

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2002

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	11
2	Lagförslag.....	13
2.1	Förslag till lag om fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.....	13
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall	14
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
3.1	Omfattning.....	15
3.2	Utgiftsutveckling.....	15
4	Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	17
4.1	Omfattning.....	17
4.2	Utgiftsutvecklingen.....	18
4.3	Mål.....	18
4.4	Politikens inriktning	18
4.5	Insatser	20
4.5.1	Insatser inom politikområdet	20
4.5.2	Insatser utanför politikområdet	23
4.6	Resultatbedömning	23
4.6.1	Resultat	23
4.6.2	Analys och slutsatser.....	30
4.7	Revisionens iakttagelser	34
4.8	Förslag till regeländringar	34
4.8.1	Kommunal Primärvård.....	34
4.8.2	Ersättning till steriliserade i vissa fall	34
4.9	Budgetförslag.....	36
4.9.1	13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.....	36
4.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen.....	38
4.9.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	39
4.9.4	13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	41
4.9.5	13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	42
4.9.6	13:6 Socialstyrelsen	43
4.10	Övrig verksamhet	46
4.10.1	Läkemedelsverket	46
4.10.2	Apoteket AB.....	47
5	Politikområde Folkhälsa	49

5.1	Omfattning.....	49
5.2	Utgiftsutveckling	50
5.3	Mål	51
5.4	Politikens inriktning.....	51
5.5	Insatser	52
5.5.1	Insatser inom politikområdet.....	52
5.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	56
5.6	Resultatbedömning.....	56
5.6.1	Resultat.....	56
5.6.2	Analys och slutsatser	59
5.7	Revisionens iakttagelser.....	61
5.8	Budgetförslag	61
5.8.1	14:1 Insatser mot aids	61
5.8.2	14:2 Bidrag till WHO	62
5.8.3	14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan.....	63
5.8.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	63
5.8.5	14:5 Smittskyddsinstitutet	65
5.8.6	14:6 Institutet för Psykosocial Medicin	68
5.8.7	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	68
5.8.8	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	69
5.8.9	14:9 Alkoholsortimentsnämnden	71
5.9	Övrig statlig verksamhet	72
5.9.1	Systembolaget AB.....	72
6	Politikområde Barnpolitik	73
6.1	Omfattning.....	73
6.2	Utgiftsutveckling	73
6.3	Mål	74
6.4	Politikens inriktning.....	74
6.5	Insatser	74
6.5.1	Insatser inom politikområdet.....	74
6.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	76
6.6	Resultatbedömning.....	76
6.6.1	Resultat.....	77
6.6.2	Analys och slutsatser	77
6.7	Revisionens iakttagelser.....	78
6.8	Budgetförslag	78
6.8.1	15:1 Barnombudsmannen.....	78
6.8.2	15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	79
7	Politikområde Handikappolitik.....	81
7.1	Omfattning.....	81
7.2	Utgiftsutveckling	82
7.3	Mål	82
7.4	Politikens inriktning.....	82
7.5	Insatser	84
7.5.1	Insatser inom politikområdet.....	84
7.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	85
7.6	Resultatbedömning.....	86
7.6.1	Resultat.....	86
7.6.2	Analys och slutsatser	89

7.7	Revisionens iakttagelser	90
7.8	Budgetförslag	90
7.8.1	16:1 Personligt ombud	90
7.8.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	91
7.8.3	16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	91
7.8.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder ..	93
7.8.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer	94
7.8.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	94
7.8.7	16:7 Bilstöd till handikappade	95
7.8.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	96
7.8.9	16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	97
7.8.10	16:10 Handikappombudsmannen	98
8	Politikområde Äldrepolitik	101
8.1	Omfattning	101
8.2	Utgiftsutveckling	101
8.3	Mål	102
8.4	Politikens inriktning	102
8.5	Insatser	103
8.5.1	Insatser inom politikområdet	103
8.5.2	Insatser utanför politikområdet	103
8.6	Resultatbedömning	104
8.6.1	Resultat	104
8.6.2	Analys och slutsatser	106
8.7	Budgetförslag	107
8.7.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	107
9	Politikområde Socialtjänstpolitik	109
9.1	Omfattning	109
9.2	Utgiftsutveckling	109
9.3	Mål	110
9.4	Politikens inriktning	110
9.5	Insatser	111
9.5.1	Insatser inom politikområdet	111
9.5.2	Insatser utanför politikområdet	113
9.6	Resultatbedömning	114
9.6.1	Resultat	114
9.6.2	Analys och slutsatser	116
9.7	Budgetförslag	119
9.7.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	119
9.7.2	18:2 Statens institutionsstyrelse	120
9.7.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	122
10	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning	123
10.1	Budgetförslag	123
10.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	123
10.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	124

Tabellförteckning

Anslagsbelopp	12
3.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet.....	15
3.2 Härledning av ramnivån 2002–2004.....	16
4.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	18
4.2 Patientnöjdhet. Öppen sjukvård, tandvård och förlossningsvård 2000; (indexskala från 0-100)	24
4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården 1996–1999	26
4.4 Läkemedelskostnaden i öppenvård fördelad på läkemedelsförmån resp. egenavgift 1999–2000	26
4.5 Tandstatus 1980–81, 1988–89 och 1996–97	28
4.6 Nedsatt tuggförmåga i olika åldersgrupper	29
4.7 Anslagsutveckling 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.	36
4.8 Beräknad fördelning på anslagsposter.....	36
4.9 Härledning av nivån 2002–2004	38
4.10 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen.....	38
4.11 Härledning av nivån 2002–2004	39
4.12 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	39
4.13 Härledning av nivån 2002–2004	41
4.14 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	41
4.15 Härledning av nivån 2002–2004	42
4.16 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	42
4.17 Härledning av nivån 2002–2004	43
4.18 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen.....	43
4.19 Offentligrättslig verksamhet	43
4.20 Uppdragsverksamhet	43
4.21 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser.....	44
4.22 Härledning av nivån 2002–2004	46
4.23 Offentligrättslig verksamhet	47
4.24 Uppdragsverksamhet	47
4.25 Medicintekniska produkter.....	47
4.26 Ekonomisk översikt	48
5.1 Anslagsutvecklingen inom politikområdet.....	50
5.2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids.....	61
5.3 Härledning av nivån 2002–2004	62
5.4 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO	62
5.5 Härledning av nivån 2002–2004	63
5.6 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	63
5.7 Härledning av nivån 2002–2004	63
5.8 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	63
5.9 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser.....	64
5.10 Härledning av nivån 2002–2004	65
5.11 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet	65

5.12	Uppdragsverksamhet.....	66
5.13	Härledning av nivån 2002–2004.....	67
5.14	Anslagsutveckling 14:6 Institutet för Psykosocial Medicin.....	68
5.15	Härledning av nivån 2002–2004.....	68
5.16	Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	68
5.17	Härledning av nivån 2002–2004.....	69
5.18	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	69
5.19	Härledning av nivån 2002–2004.....	70
5.20	Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden.....	71
5.21	Härledning av nivån 2002–2004.....	71
5.22	Ekonomisk översikt för de fem senaste åren	72
6.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet	73
6.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen	78
6.3	Härledning av nivån 2002–2004.....	78
6.4	Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	79
6.5	Härledning av nivån 2002–2004.....	79
7.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet	82
7.2	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud	90
7.3	Härledning av nivån 2002–2004.....	91
7.4	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	91
7.5	Härledning av nivån 2002–2004.....	91
7.6	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	91
7.7	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	92
7.8	Härledning av nivån 2002–2004.....	93
7.9	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	93
7.10	Härledning av nivån 2002–2004.....	94
7.11	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer	94
7.12	Härledning av nivån 2002–2004.....	94
7.13	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	94
7.14	Härledning av nivån 2002–2004.....	95
7.15	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade	95
7.16	Härledning av nivån 2002–2004.....	96
7.17	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansutveckling.....	96
7.18	Härledning av nivån 2002–2004.....	97
7.19	Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	97
7.20	Härledning av nivån 2002–2004.....	98
7.21	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen	98
7.22	Härledning av nivån 2002–2004.....	99
8.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet	101
8.2	Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken ...	107
8.3	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	108
8.4	Härledning av nivån 2002–2004.....	108
9.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet	109
9.2	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	119
9.3	Härledning av nivån 2002–2004.....	120
9.4	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	120
9.5	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	121
9.6	Härledning av nivån 2002–2004.....	122
9.7	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	122

9.8	Härledning av nivån 2002–2004	122
10.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	123
10.2	Härledning av nivån 2002–2004	123
10.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	124
10.4	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	124
10.5	Härledning av nivån 2002–2004	124

Diagramförteckning

4.1	Hälso- och sjukvårdens nettokostnader 1999 fördelade efter verksamhet (%).....	17
4.2	Landstingens externa inkomster år 1999 fördelade efter inkomstslag (%)	17
4.3	Patientnöjdhet 1994–2000.....	25
4.4	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånen 1990-2000.....	25
4.5	Månadsvis försäljning av Xenical och Viagra	26
4.6	Giltighetstid för frikort 2000 jämfört med 1999	27
4.7	Läkemedelskostnader (kr) per invånare och landsting år 2000	27
4.8	Andel (%) kariesfria barn.....	28
5.1	Medellivslängden under 1980- och 1990-talet	57
5.2	Andel (%) som besväras av nervositet, oro, ångest eller sömnbesvär, 16–44 år, 1998–1999.....	57
5.3	Relativ risk för arbetare att avlida i olika dödsorsaker jämfört med tjänstemän, 1991–95, 35–79 år (tjänstemän är referensgrupp = 1).....	58
9.1	Antal nya och kvarvarande bidragstagare under 1990-talet.	115
9.2	Antal vuxna inskrivna i institutionsvård den 31 december 1990–1997 samt den 1 november 1998–2000 uppdelat på män och kvinnor.	116

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård (avsnitt 2.1),
2. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall (avsnitt 2.2),
3. bemyndigar regeringen att under 2002, i fråga om ramanslaget 13:6 *Socialstyrelsen*, samt ramanslaget 6:9 *Funktionen hälso- och sjukvård m.m.*, ingå ekonomiska förpliktelser som tillsammans inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 12 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 4.9.6),
4. bemyndigar regeringen att under 2002, i fråga om ramanslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 74 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 5.8.4),
5. bemyndigar regeringen att under 2002, i fråga om ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 81 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 7.7.3),
6. bemyndigar regeringen att under år 2002 i fråga om ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 40 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 8.7.1),
7. bemyndigar regeringen att under 2002, i fråga om ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 18 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 9.7.2),
8. bemyndigar regeringen att under 2002, i fråga om ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 550 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 10.1.2),
9. för budgetåret 2002 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.	ramanslag	2 179 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen	ramanslag	17 624 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	310 224
13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	ramanslag	36 653
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	24 980
13:6 Socialstyrelsen	ramanslag	460 736
14:1 Insatser mot aids	ramanslag	58 122
14:2 Bidrag till WHO	ramanslag	39 371
14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	ramanslag	19 133
14:4 Statens folkhälsoinstitutet	ramanslag	122 403
14:5 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	161 034
14:6 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	13 921
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	ramanslag	86 554
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	302 500
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	ramanslag	410
15:1 Barnombudsmannen	ramanslag	10 865
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	7 722
16:1 Personligt ombud	ramanslag	90 000
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	reservationsanslag	275 000
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	ramanslag	159 733
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	anslag	80 394
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	anslag	157 248
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	ramanslag	21 777
16:7 Bilstöd till handikappade	ramanslag	164 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	ramanslag	7 606 000
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	ramanslag	24 022
16:10 Handikappombudsmannen	ramanslag	15 945
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	25 446
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	ramanslag	80 378
18:2 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	671 765
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	reservationsanslag	10 000
26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	ramanslag	21 403
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	ramanslag	268 171
Summa		31 128 910

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård

Härigenom föreskrivs att lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, som gäller till utgången av år 2001¹, skall fortsätta att gälla till och med utgången av år 2003.

¹ Lagens giltighetstid senast förlängd 1999:1357.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 6 § lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §

En ansökan om ersättning skall ha kommit in till nämnden före utgången av *juni* månad 2001. Ansökningar som kommer in därefter skall avvisas.

En ansökan om ersättning skall ha kommit in till nämnden före utgången av *december* månad 2002. Ansökningar som kommer in därefter skall avvisas.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2002. Den nya bestämmelsen skall dock tillämpas för tid från och med den 1 juli 2001.

3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

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

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2000	Anslag 2001 ¹	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
Hälso- och sjukvårdspolitik	20 375,2	20 281,8	20 288,1	20 635,6	21 934,1	22 915,7
Folkhälsopolitik	470,4	562,2	555,8	803,4	704,6	695,8
Barnpolitik	15,8	15,8	16,1	18,6	19,0	19,4
Handikappolitik	6 273,1	7 670,7	7 430,1	8 594,1	9 753,3	10 427,0
Äldrepolitik	266,3	252,0	255,0	25,4	35,4	35,4
Socialtjänstpolitik	591,2	695,6	771,3	762,1	788,9	782,2
Forskningspolitik ^{2,3}	127,6	273,0	255,0	289,6	307,1	312,9
Totalt för utgiftsområde 9	28 573,3⁴	29 837,0⁵	29 612,4⁶	31 128,9	33 542,4	35 188,4

¹ Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudgetar till statsbudgeten för budgetåret 2001 i samband med den ekonomiska vårpropositionen och i budgetpropositionen för 2002.

² Politikområdet ligger under utgiftsområde 16.

³ Utfall 2000 gäller Socialvetenskapliga forskningsrådet.

⁴ Inklusive 454 miljoner kronor på anslag som ej upptas på statsbudgeten för år 2002.

⁵ Inklusive 85 miljoner kronor på anslag som ej upptas på statsbudgeten för år 2002.

⁶ Inklusive 41 miljoner kronor på anslag som ej upptas på statsbudgeten för år 2002.

Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2002–2004*Miljoner kronor*

	2002	2003	2004
Ramnivå 2001 ¹	29 837	29 837	29 837
Förändring till följd av:			
Beslut	1 112	2 276	3 151
Pris- och löneomräkning	49	101	142
Premiejustering ²	-10	-10	-10
Övr. makroekonomiska förutsättn.	260	290	290
Volym	748	1 915	2 645
Överföring till/från andra utg.omr. m.m.	-867	-867	-867
Summa förändring	1 292	3 705	5 351
Förslag/beräknat anslag	31 129	33 542	35 188

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning av detta finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

4 Politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik

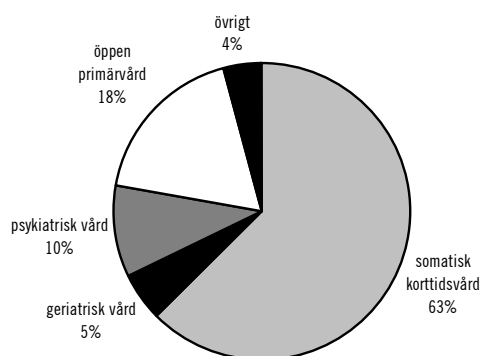
4.1 Omfattning

Politikområdet Hälsa- 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, ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, läkemedelsförmånen, ersättning till steriliserade i vissa fall, bidrag till hälso- och sjukvård, samt myndigheterna Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), Socialstyrelsen, Steriliseringsersättningsnämnden och Läkemedelsverket, samt det statligt ägda bolaget Apoteket AB.

En rad olika verksamheter omfattas av landstingens hälso- och sjukvård. Fördelningen av nettokostnaderna efter verksamheter 1999 framgår av diagrammet nedan. Under 1990-talet genomfördes omstruktureringar som bland annat inneburit en omfördelning från slutna vård till öppna vårdformer och hemsjukvård.

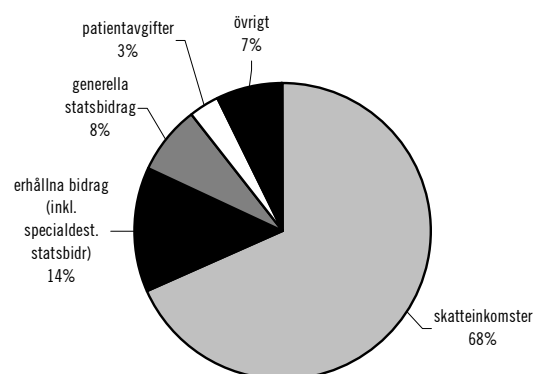
Diagram 4.1 Hälsa- och sjukvårdens nettokostnader 1999 fördelade efter verksamhet (%)



Källa: Landstingsförbundet

Landstingens verksamhet finansieras i huvudsak via landstingsskatten. Under 1999 utgjorde landstingsskatten cirka 68 procent av landstingssektorns inkomster, vilket framgår av diagram 4.2. Statens bidrag till landstingen utgörs dels av generella statsbidrag, dels av vissa specialdestinerade statsbidrag. De sistnämnda består inom hälso- och sjukvårdsområdet främst av ersättning med anledning av den årliga s.k. Dagmaröverenskommelsen och statsbidraget för läkemedelsförmånen. Vidare har landstingen inkomster från patientavgifter och vissa övriga inkomster. Uppgifterna i diagram 4.2 avser landstingens totala verksamhet och inte endast hälso- och sjukvården, men ger ändå en rättvisande bild av landstingens hälso- och sjukvård eftersom denna utgör en mycket stor andel, cirka 85 procent 1999, av landstingens totala verksamhet.

Diagram 4.2 Landstingens externa inkomster år 1999 fördelade efter inkomslag (%)



Källa: Landstingsförbundet

För mer information om landstingens finansiering och verksamhet hänvisas till regeringens skrivelse om utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 2000/01:102).

4.2 Utgiftsutvecklingen

Tabell 4.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2000	Anslag 2001 ¹	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.	2 012,4	2 242,0	2 272,0	2 179,0	2 523,0	2 575,0
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen m.m.	16 920,6	16 531,0	16 530,8	17 624,0	18 550,0	19 450,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	969,7	962,1	968,4	310,2	327,2	346,2
13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	34,2	36,0	38,5	36,7	37,6	38,3
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	21,2	21,8	22,4	25,0	25,6	26,1
13:6 Socialstyrelsen	417,1	488,9	456,0	460,7	470,7	480,1
Totalt för Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	20 375,2	20 281,8	20 288,1	20 635,6	21 934,1	22 915,7

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

4.3 Mål

Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

4.4 Politikens inriktning

Den svenska hälso- och sjukvårdspolitikerna har i sina huvuddrag vuxit fram i brett politiskt samförstånd och med starkt stöd i befolkningen. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården framgår av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och innebär en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården är en samhällssektor som befolkningen känner stor tillit till och vårdens utveckling har också motsvarat högt ställda förväntningar. Den samlade bedömningen är att kvaliteten och innehållet i den svenska vården är hög i jämförelse med andra OECD-länder. Trots den svaga utvecklingen av samhällsekonomin under 1990-talet har både tillgängligheten och kvaliteten i vården legat på en hög nivå. Vården har också bidragit till unikt låg spädbarnsdödlighet och hög medellivslängd. Därutöver har patientens ställning stärkts genom ökade valmöjligheter och rätt till inflytande och delaktighet i behandlingen.

Samtidigt finns stora utmaningar, både finansiella, kvalitativa och strukturella, för hälso- och sjukvården. En av de främsta utmaningarna är att implementera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop.

1999/2000:149) och långsiktigt stärka primärvården. Av största vikt är också att klara den framtida personalförsörjningen inom vården och att minska trycket på vårdpersonalen. Det är också viktigt att noga följa utvecklingen av landstingens och kommunernas finansiella situation. Vidare finns det skäl att prioritera åtgärder för att komma tillrätta med de väntetider som i vissa fall finns till den planerade (dvs. icke-akuta) vården. Detta är särskilt viktigt eftersom tilltron till och solidariteten med hälso- och sjukvårdssystemet förutsätter hög tillgänglighet så att även mindre prioriterade grupper har godtagbar tillgång till vård. Vidare måste ett ökat fokus sättas på att undanröja eventuella hinder för samverkan mellan olika vårdgivare och/eller olika huvudmän samt att hitta nya former för sådan samverkan. Därutöver innebär den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen, i kombination med medborgarnas krav på bästa möjliga vård, att hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning måste utvecklas och nya arbetssätt stimuleras. I detta sammanhang är det viktigt att ledarskapsfrågorna uppmärksammas i större utsträckning än tidigare och att möjligheterna att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya vården tas tillvara.

Regeringen föreslår att målet för politikområdet hälso- och sjukvårdspolitik skall ligga fast och således vara att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. I arbetet med att uppnå detta mål är det viktigt att de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård upprätthålls. Hälso- och sjukvården skall även i framtiden ges på lika villkor och efter behov,

styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Dessutom skall människor ha möjlighet att påverka och vara delaktiga i vården.

Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och de med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet överenskomna utvecklingsinsatserna inom vården och omsorgen, har viktiga steg tagits mot att långsiktigt förbättra hälso- och sjukvårdens möjligheter att uppnå god kvalitet och tillgänglighet. Hälso- och sjukvården tillförs ökade resurser om sammanlagt 9 miljarder kronor fram till och med 2004. Arbetet med att följa upp effekterna av resurstillskottet och sjukvårdshuvudmännens åtgärder med anledning av utvecklingsavtalet kommer att vara en viktig uppgift under de kommande åren. Enligt regeringens bedömning har ytterligare ett viktigt steg för att förbättra tillgängligheten och korta köerna i vården tagits genom det tillskott på 1,25 miljarder kronor per år som i 2001 års ekonomiska vårproposition tillförts hälso- och sjukvården för detta ändamål. Denna satsning kommer att bli föremål för en noggrann uppföljning i syfte att säkra att avsedda effekter nås. En viktig utgångspunkt är att medlen skall utbetalas för utförd prestation.

För att hälso- och sjukvården skall utvecklas gynnsamt är det också av största vikt att såväl köns- som integrationsperspektivet beaktas. Ett annat perspektiv som behöver utvecklas är barnperspektivet, både avseende bemötande och behandling. Socialstyrelsen kommer under hösten 2001 att redovisa ett regeringsuppdrag om hur barnkompetensen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas. Detta bör vara utgångspunkten för vidare arbete inom området.

Regeringen har för avsikt att under hösten uppdraga åt Socialstyrelsen att analysera ojämlikheter mellan kvinnor och män i hälso- och sjukvården samt att föreslå åtgärder. Inriktningen är att uppdraget även skall omfatta socialtjänsten.

Samhällets kostnader för läkemedelsförmånen fortsätter alltjämt att öka i en relativt hög takt. I syfte att begränsa ökningstakten för läkemedelskostnaderna och nå ökad effektivitet i förmånssystemet har regeringen för avsikt att under hösten 2001 till riksdagen lämna förslag till vissa förändringar inom läkemedelsområdet. Utgångspunkten för förslagen är främst betänkandet Den nya läkemedelsförmånen (SOU 2000:86) som överlämnades till regeringen i

oktober 2000. Inriktningen är att förslagen bl.a. skall beröra hur beslut om subvention av respektive pris för olika läkemedel inom förmånen skall fattas i framtiden.

Vidare har ett viktigt steg tagits mot att nå en mer kontrollerad utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånen genom den överenskommelse som regeringen i mars 2001 träffade med Landstingsförbundet och som innebär att en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader införs med början 2002. Överenskommelsen innebär dels att landstingens planeringsförutsättningar förbättras genom att den statliga ersättningen till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader under åren 2002–2004 lagts fast, dels att landstingen ges förstärkta incitament, och större ekonomiska risker, för att intensifiera sina insatser för att nå ökad kontroll över läkemedelskostnaderna.

Ett högt prioriterat område för regeringen är att förbättra tandvårdssstödet. Tandvården har tillförts 100 miljoner kronor 2001, ytterligare 300 miljoner kronor för 2002 samt ytterligare 300 miljoner kronor för 2003. Regeringens avsikt är att under hösten 2001 lämna förslag till hur dessa medel skall användas. Inriktningen är att de tillförda medlen främst skall användas för att förbättra skyddet vid höga behandlingsskostnader inom tandvården. Förbättringarna skall främst rikta sig mot de äldre. Utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. (S 2000:03) skall enligt sina direktiv (dir. 2000:65) lämna sitt slutbetänkande senast den 31 mars 2002. I detta betänkande kommer bl.a. frågor som rör arbetsformer och kompetens m.m. för de yrkesgrupper som arbetar inom tandvården att belysas.

Den mycket snabba utvecklingen inom den biomedicinska forskningen öppnar oanade möjligheter att diagnostisera och behandla sjukdomar. Inom exempelvis gentekniken sker en utveckling som vi tidigare inte kunnat föreställa oss. Utvecklingen väcker stora förväntningar samtidigt som svåra etiska frågor väcks. De fördelar i form av prevention, bättre hälsa och livskvalitet som kan uppnås genom en ansvarsfull användning av forskningsresultaten bör självfallet tas tillvara. Regeringen beslutade under våren 2001 om direktiv till en utredning om genetiska undersökningar m.m. (dir. 2001:20). Utredningen skall bl.a. se över ett antal frågeställningar om genetisk diagnostik, genterapi,

stamceller och kloning. Utredningen skall redovisa sitt uppdrag senast den 28 februari 2003. Vidare kommer regeringen inom kort att lämna en proposition med förslag om bl.a. en rättslig reglering av s.k. biobanker inom hälso- och sjukvården.

4.5 Insatser

4.5.1 Insatser inom politikområdet

Hälso- och sjukvård

Regeringen presenterade i juni 2000 en nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). Planens huvudsakliga inriktning är att förstärka primärvården i landstingen, hälso- och sjukvårdsinsatserna för äldre i den kommunala primärvården samt insatserna för personer med psykisk ohälsa.

Målsättningen med handlingsplanen är att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. Regeringen har vidare i ett utvecklingsavtal med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kommit överens om insatser i linje med den önskade inriktningen.

I handlingsplanen aviserade regeringen också avsikten att i budgetpropositionerna för 2001–2004 föreslå ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner samt till vissa nationella insatser om sammanlagt 9 miljarder kronor. Resurstillskottet kommer i huvudsak att inordnas i det generella statsbidraget till kommuner och landsting och skall fördelas med 70 procent till landstingssektorn och 30 procent till kommunsektorn. En av de nationella insatserna handlar om att stärka informationsförsörjning och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har i juli 2001 redovisat en plan för detta arbete.

Ett annat viktigt inslag i handlingsplanen är att till skapa ett familjemedicinskt institut i syfte att stärka kunskapsutvecklingen inom primärvården. Regeringen avser att under hösten åter-

komma om de närmare formerna för bildandet av ett familjemedicinskt institut.

Vidare är det enligt regeringen angeläget med en bred uppföljning av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det gäller att kunna redovisa hur tillgängligheten i form av köer och väntetider utvecklas både i den planerade och i den akuta vården. Det är därför en allvarlig brist att det hittills har saknats tillförlitliga system för att följa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden enades regeringen och Landstingsförbundet i den s.k. Dagmaröverenskommelsen för 1999 om att utveckla system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt kunna redovisa hur antalet besök och behandlingar utvecklats, liksom köer och faktiska väntetider för besök och behandling. Särskilda medel avsattes till projektet Väntetider i vården. I överenskommelserna för 2000 och 2001 enades parterna om att projektet skulle fortgå också under dessa år. Inom ramen för projektet har en nationell databas för information om förväntade väntetider presenterats där alla landsting på Internet redovisar förväntade väntetider för olika behandlingar vid olika kliniker vid sjukhus. Avsikten är att komplettera databasen med uppgifter inom ytterligare några områden samt med uppgifter om faktiska väntetider.

För att öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården, dvs. förkorta väntetider och vårdköer, är det också viktigt att öka patienternas valmöjligheter, så att de kan söka vård där väntetiderna är kortare. Frågan lyftes också fram i Dagmaröverenskommelsen för 2001. Parterna konstaterade i överenskommelsen att det är mycket angeläget att tillgodose både krav på reella valmöjligheter och tydliga regelverk. Mot bakgrund av detta har Landstingsförbundet utarbetat en ny rekommendation till landstingen om valmöjligheter i vården.

I sammanhang då hälso- och sjukvårdens tillgänglighet diskuteras är det även viktigt att överväga prioriteringar inom vården. I anslutning till riksdagsbeslutet om prioriteringar tillsatte regeringen en parlamentarisk delegation, Prioriteringsdelegationen, med uppgift att informera om och följa upp riksdagens beslut. Prioriteringsdelegationen har avslutat sitt arbete under 2001 och överlämnat slutbetänkandet Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare (SOU 2001:8). Delegationens sammanfattande intryck är att

riksdagsbeslutet har fått genomslag i hälso- och sjukvården, om än i varierande omfattning. Regeringen har tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet beslutat att under perioden 2000–2003/2004 stödja uppbyggnaden av ett nationellt kunskapscenter inom området medicinskt programarbete och prioriteringar. Kunskapscentret är placerat i Östergötland.

Övergripande kvalitetsindikatorer är viktiga som underlag för jämförelser av vårdens kvalitet och som utgångspunkt för utvecklings- och kvalitetsarbete på alla nivåer i vården. Socialstyrelsen har med anledning av ett regeringsuppdrag lämnat en rapport med förslag till ett 60-tal övergripande kvalitetsindikatorer med utgångspunkt från bland annat de medicinska kvalitetsregistren.

Socialstyrelsen har också i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god medicinsk praxis med syftet att stärka patienternas möjligheter att få likvärdig kunskapsbaserad vård i alla delar av landet. Nationella riktlinjer finns för närvarande publicerade för:

- vård och behandling vid diabetes mellitus (1995, reviderad 1999)
- kranskärllssjukvård (1998, reviderad 2001)
- stroke-sjukvård (2000).

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har för sin del under 2000 publicerat utvärderingar av omkring 80 olika metoder för diagnostik, behandling och rehabilitering. Dessa utgörs av metoder vilka tillämpas vid stora folkhälsosjukdomar som astma samt rygg- och magont. SBU:s verksamhet under 2000 har också inneburit avsevärt mer omfattande aktiviteter än tidigare för spridning av resultaten av utvärderingarna för att dessa skall få praktiskt genomslag inom hälso- och sjukvården.

En viktig förutsättning för att kvaliteten i vården skall kunna upprätthållas är att man lyckas lösa personalförsörjningen. Socialstyrelsen ansvarar sedan den 1 juli 1999 för att förlöpande ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare, främst specialistläkare. Under 2000 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla ett sådant centralt planeringsstöd för att också kunna underlätta planeringen av det framtida behovet av grund-

respektive specialistutbildade sjuksköterskor. Detta stöd är för närvarande under uppbyggnad.

Med anledning av regeringens proposition Rätt att arbeta till 67 års ålder (prop. 2000/01:78, bet. 2000/01:AU10, rskr. 2000/01:211) avser regeringen att inom kort tillsätta en utredning som har till uppgift att analysera förutsättningarna för privata läkare, sjukgymnaster, tandläkare och tandhygienister att arbeta efter 67 års ålder med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna. Utredaren skall även analysera effekterna av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik avseende möjligheterna för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att överlåta etableringar till annan.

I januari 2000 överlämnade Socialstyrelsen rapporten Omfattningen av administration i vården. I rapporten redovisar Socialstyrelsen olika förslag till åtgärder, bl.a. att en översyn bör göras av den administration som sker på ledningsnivå för att utröna möjligheterna till besparingar där som kan komma vården till godo. På Socialstyrelsen pågår för närvarande en översyn både av patientjournalagen (1985:562) och av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. I översynen ingår bl.a. att granska föreskriftens utformning, vilket i sin tur kan leda till förändrade krav på dokumentation och administration i hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av denna översyn avser regeringen inte vidta några ytterligare åtgärder med anledning av Socialstyrelsens rapport.

I propositionen Ett informationssamhälle för alla (prop. 1999/2000:86) gjorde regeringen bl.a. bedömningen att en utökad satsning bör göras på att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya hälso- och sjukvården. Vidare konstaterade regeringen att det är angeläget att förutsättningarna för en nationellt breddad användning av telemedicin klargörs. Regeringen beslutade i november 2000 att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att koordinera gemensamma nationella insatser inom området telemedicin. Gruppens arbete skall vara avslutat senast den 31 januari 2002.

Slutligen har lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) varit föremål för ett antal lagändringar som trädde ikraft den 1 juli 2000 (prop. 1999/2000:44). Vid utformningen av lagändringarna har patientens, men också vård-

personalens, rättssäkerhet varit av grundläggande betydelse. Socialstyrelsen har under 2000 utkommit med föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av den förändrade tvångsvårdslagstiftningen (SOSFS 2000:12). Bl.a. har en mall färdigställts för vad en vårdplan skall innehålla.

Läkemedel

I oktober 2000 överlämnades betänkandet Den nya läkemedelsförmånen (SOU 2000:86) till regeringen. I betänkandet lämnas en rad förslag till förändringar inom läkemedelsområdet. Ett av förslagen innebär att en ny självständig myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden, inrättas med uppgift att bedöma om såväl nya som beprövade läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånen. Betänkandet har varit ute på en bred remiss.

Socialstyrelsen fick i december 2000 av regeringen uppdraget att utreda förbättringsmöjligheter vad gäller uppföljningen av läkemedelsanvändning. I maj 2001 lämnade Socialstyrelsen rapporten Uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel. Rapporten har remissbehandlats.

Socialstyrelsen har även regeringens uppdrag att löpande följa och utvärdera läkemedelsanvändningen i befolkningen. Fr.o.m. 2000 redovisar Socialstyrelsen till regeringen kvartalsvis uppgifter om utvecklingen i läkemedelsanvändningen samt kommenterar viktiga förändringar i denna genom rapportserien Läkemedel i användning – förändringar och tendenser. Varje rapport belyser särskilt ett visst ämne. Under 2000 behandlades ämnena psyko-farmaka till barn och tonåringar, försäljningen av läkemedel mot sjukdomar i hjärta och kärl, försäljningen av läkemedel som används mot magsår och andra magproblem samt läkemedelsinteraktioner. Under 2001 har rapporterna hittills behandlat skillnader i mäns och kvinnors läkemedelsanvändning, samt läkemedel vid osteoporos – benskörhet.

Den 9 april 2001 lyftes läkemedel för behandling av impotens och fetma, genom en ändring av förordningen (1996:1294) om högkostnads-skydd vid köp av läkemedel m.m., ut ur läkemedelsförmånen. Regeringens beslut att lyfta ut vissa grupper av läkemedel ur läkemedelsförmånen ingår som en del i ett åtgärdsprogram för sjukvården. Beslutet är viktigt för

att läkemedelskostnaderna inte skall tränga ut annan angelägen hälso- och sjukvård.

Från och med 1997 har staten och landstingen träffat årliga överenskommelser om ersättningen för läkemedelsförmånen. Efter överläggningar mellan företrädare för staten och landstingen träffades i mars 2001 en överenskommelse om en ny modell för statens ersättningar till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader åren 2002–2004. Fram till och med 2004 erhåller landstingen sammanlagt 56 100 miljoner kronor från staten som ersättning för läkemedelsförmånen. Kostnader som överstiger detta belopp kommer delvis att bekostas av landstingen själva. Vidare kommer en ny modell för fördelningen av statsbidraget mellan de enskilda landstingen att införas fr.o.m. 2002. En arbetsgrupp tillsatt av Socialdepartementet och Landstingsförbundet föreslår att en ny modell skall fördela statsbidraget utifrån faktorer som är opåverkbara för det enskilda landstinget samtidigt som det skall spegla de strukturella skillnaderna i behov på ett så rättvisande sätt som möjligt.

I den s.k. Dagmaröverenskommelsen mellan staten och landstingen för 2001 enades parterna om att ett omfattande utvecklingsarbete inom landstingen vad gäller bl.a. information, utbildning och uppföljning inom läkemedelsområdet krävs för att landstingen skall kunna ta över det fulla kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen. Dessutom fordras att staten ser över gällande regelverk inom området. Landstingsförbundet skall enligt överenskommelsen redovisa dels landstingens strategier och målsättning för arbetet med att förbättra effektiviteten och rationaliteten i läkemedelsanvändningen, dels vilka informations-, utbildnings- och uppföljningsinsatser som landstingen genomfört på läkemedelsområdet. Senast den 1 oktober 2001 skall Landstingsförbundet redovisa landstingens samlade insatser till Socialdepartementet.

Tandvård

Under perioden 2001–2003 kommer tandvårdsstödet att tillföras betydande resurstillskott som totalt innebär en nivåhöjning på 700 miljoner kronor jämfört med 2000. Regeringens avsikt är att dessa medel skall användas för att förbättra skyddet mot höga tandvårdskostnader för i första hand de äldre. Som ett första steg tillfördes 100 miljoner kronor 2001. Dessa medel har

använts för att finansiera vissa ändringar i tandvårdstaxan som främst berör helproteser. Från och med den 1 januari 2001 skall inget karensbelopp beräknas för behandling med helprotes eller rebasering och komplicerad lagning av avtagbar protes. På grund av karensbeloppet utbetalades tidigare inte någon tandvårdsersättning eller endast en mycket låg ersättning för dessa behandlingsåtgärder. Helproteser förekommer framför allt bland äldre och är vanligast i de högsta åldrarna, i vilka många också har låga inkomster. Regeringen ansåg det angeläget att de som har behov av helprotes inte skall behöva avstå från detta av ekonomiska skäl.

Under hösten 2000 tillsattes en utredning med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. Utredningen har under våren 2001, i ett delbetänkande (SOU 2001:36), lagt fram förslag till bättre tandvårdsförsäkring för äldre. Den kommer att fortsätta sitt arbete med att utvärdera tandvårdsstödet till våren 2002.

För 2001 avsattes 13 miljoner kronor för olika kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Syftet med dessa kompetenscentrum är att samla kunskap kring sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd respektive dentala material, vilket kan förväntas bidra till en kvalitetshöjning inom tandvården.

Under 1999 och 2000 har utvärderingar och uppföljningar av tandvården gjorts avseende bl.a. tandhälsan och tandvårdsefterfrågan i olika åldersgrupper, personalsituationen och tandvårdsprisernas utveckling. Socialstyrelsen har bl.a. genom enkäter till landstingen undersökt rekryteringsläget för tandläkare och tandhygienister.

4.5.2 Insatser utanför politikområdet

Hälso- och sjukvård

Vårdkommissionen presenterade i sin rapport Den ljusnande framtid är vård (Ds 1999:44) ett flertal förslag till åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal för att motverka kommande bristsituationer inom vården. Regeringen har bl.a. mot bakgrund av dessa förslag vidtagit en rad åtgärder för att förbättra möjligheterna att klara personalförsörjningen i framtiden. Läkarutbildningen utökas från och med hösten 2001 med 200 platser. En successiv utökning av sjuk-

sköterskeutbildningen har påbörjats och utbildningen beräknas 2003 ha utökats med fler än 1 000 platser. Staten övertar vidare huvudmannskapet för landstingens vårdutbildningar från och med den 1 januari 2002 vilket förbättrar regeringens möjligheter att anpassa dimensioneringen av de utbildningar som ges inom ramen för sådan utbildning.

Satsningar görs dessutom på att underlätta för personer med utländsk utbildning, bl.a. läkare, sjuksköterskor och farmaceuter, att få svensk legitimation.

4.6 Resultatbedömning

4.6.1 Resultat

Hälso- och sjukvård

Det är ännu för tidigt att dra några slutsatser om effekterna av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och resurstillskottet till vården. Regeringen har emellertid gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa handlingsplanen och användningen av resurstillskottet genom årlig rapportering. Socialstyrelsen har i juli 2001 redovisat en plan för uppföljningsarbetet, som inleds med en s.k. baseline-studie.

Utifrån andra källor bedömer Socialstyrelsen emellertid att tillgängligheten till akut sjukhusvård vid svår och omedelbart livshotande sjukdom får anses vara acceptabel i hela landet, även om omhändertagandet ibland måste göras till priset av överbeläggningar, framför allt i den internmedicinska verksamheten.

Tillgängligheten till s.k. planerade sjukvårdsinsatser vid sjukhus, mätt som t.ex. köer till olika former av kirurgiska ingrepp, varierar mycket mellan olika delar av landet. Sett som helhet bedömer dock Socialstyrelsen att kösituationen har förbättrats något, dvs. behov och efterfrågan kan någorlunda bemästras i sådan verksamhet. Möjligen har enligt Socialstyrelsen patienternas möjlighet att anlita annan vårdgivare, när patienten inte vill vänta på behandling vid sitt primärt valda sjukhus eller liknande vårdenhet, nu börjat få ett visst genomslag.

Även tillgängligheten till primärvården varierar enligt Socialstyrelsen. När bemanningen inte kan hållas på planerad nivå blir det svårt att ta emot vårdsökande omedelbart och att hinna göra

hembesök. Detta har också konsekvenser för läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården, som inte alltid kan tillhandahållas i önskvärd omfattning. Inom den traditionella förebyggande hälsovården vid barna- och mödravårdsenheter och i skolhälsovården, som till väsentliga delar baseras på specialistsjuksköterskeansvar, bedömer Socialstyrelsen däremot att tillgängligheten i allt väsentligt är tillfredsställande.

När det gäller kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården gör Socialstyrelsen helhetsbedömningen att kvaliteten och säkerheten under 2000 har hållits på en oförändrat hög nivå, även vid internationella jämförelser. Det finns emellertid på många ställen fortfarande svårigheter att få till stånd samordnade insatser för psykiskt funktionshindrade personer utifrån deras behov och rättigheter. Detta gäller för personer med de allvarligaste psykiska störningarna och svårigheterna återfinns främst i storstadsområdena.

Barnpsykiatrikommittén konstaterade i sitt slutbetänkande Det gäller livet (SOU 1998:31) att vården ofta fungerar otillfredsställande för ungdomar med allvarliga psykiska problem, såsom bl.a. ätstörningar, autism, schizofreni, svåra tvångssyndrom och depression med suicidrisk. Av betänkandet framgick vidare att det ofta uppstår kontinuitetsbrott i kontakt och arbetssätt mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Inom flera landsting pågår numera arbete för att integrera de olika specialiteterna genom särskilda samverkansprojekt.

Socialstyrelsen gör vidare bedömningen att problemen med personalförsörjningen för flera av de yrkeskategorier som behövs för att forma ”den goda vården” är en strategisk fråga. Vid sidan av läkare och sjuksköterskor håller även bristen på omvårdnadspersonal, t.ex. undersköterskor och vårdbiträden, på att bli ett allt större problem. Av Socialstyrelsens redovisning av det centrala planeringsstödet för läkare framgår bl.a. att det de senaste fem åren har tillkommit ca 2 800 nya läkare (efter avräkning av nyblivna ålderspensionärer och nettot av in- och utflyttade). Däremot har antalet specialister i allmänmedicin stadigt sjunkit. Läkartätheten – antal invånare per läkare – var 312 vid årsskiftet 1999/2000. Uppsala och Stockholms län var läkartätast, 196 respektive 240. Många landsting utanför storstadsregionerna har en betydligt lägre läkartäthet än den i Stockholms län.

Ett flertal oberoende utvärderingar har visat att allt fler inom hälso- och sjukvården känner till Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) och SBU:s rapporter och anser att dessa håller hög kvalitet och trovärdighet. De utvärderingar som myndigheten genomför får stort gehör och visar att de successivt förändrar kulturen inom vården till en mer kritisk och balanserad hållning inför såväl etablerad praxis som nya medicinska teknologier. Som exempel kan nämnas att förskrivningen av läkemedel mot högt blodtryck markant har kunnat påverkas så att äldre, billigare mediciner behållit sin andel och att ökningen av nya och dyrare läkemedel avstannat.

En viktig aspekt vid bedömningen av måluppfyllelsen är naturligtvis medborgarnas inställning till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Svenskt Kvalitetsindex (SKI) är ett integrerat system för att samla in, analysera och sprida information om kunders och andra brukares förväntningar, upplevda kvalitet samt värdering av varor och tjänster. SKI har varje år sedan 1994 studerat brukarnas uppfattning om offentligt bedriven sjukvård.

I slutet av 2000 genomfördes på Socialstyrelsens uppdrag olika SKI-studier avseende bl.a.:

- offentligt bedriven öppen vård
- offentligt bedriven tandvård
- förlossningsvård.

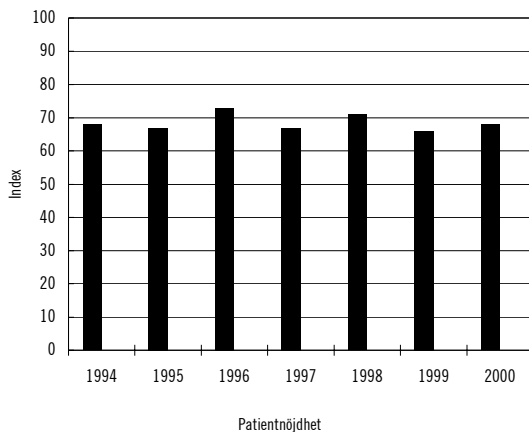
Av nedanstående tabell framgår patientnöjdheten inom olika områden.

Tabell 4.2 Patientnöjdhet. Öppen sjukvård, tandvård och förlossningsvård 2000; (indexskala från 0-100)

	Patientnöjdhet
Offentlig öppenvård	66
Offentlig tandvård	73
Förlossningsvård länsjukhus	78
Förlossningsvård regionsjukhus	75

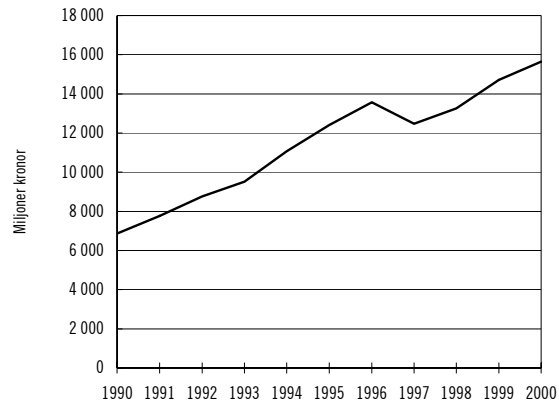
Patientnöjdheten har legat relativt stilla under senare år. I nedanstående diagram sammanfattas patientnöjdheten med den öppna sjukvården 1994–2000 respektive patientnöjdhet inom de studerade områdena i SKI-studierna 2000.

Diagram 4.3 Patientnöjdhet 1994–2000



Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.4 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånen 1990-2000



Källa: Apoteket AB

Läkemedel

Läkemedel är en viktig del av den totala hälso- och sjukvården och används både som ett betydelsefullt komplement och/eller substitut till övrig sjukvård. Under senare år har läkemedelsanvändningen alltmer integrerats i den gängse hälso- och sjukvården. Ur både patient- och kostnadsperspektiv är det avgörande att läkemedel ses som en integrerad del av den övriga hälso- och sjukvården samt att de resurser som läkemedel tar i anspråk ingår i de samlade resurserna för hälso- och sjukvården. Detta är viktigt för att säkerställa att patienten får den bästa och mest kostnadseffektiva vården som finns tillgänglig.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen uppgick 2000 till drygt 15,6 miljarder kronor. Detta motsvarar en ökning med 6,44 procent i löpande priser jämfört med 1999. Detta innebär således att kostnaderna för läkemedelsförmånen fortsätter att öka även om ökningstakten under 2000 var relativt sett låg jämfört med 1990-talet.

Det finns flera faktorer som bidrar till att kostnaderna för läkemedel ökar. Efterfrågan på läkemedel ökar som en följd av befolkningsstrukturen. Sverige har en ökande andel äldre i befolkningen och eftersom äldre generellt sett konsumerar mer läkemedel än yngre ökar därigenom efterfrågan på läkemedel vilket medför ökande kostnader. Ytterligare orsaker till att efterfrågan på läkemedel ökar kan vara att läkemedel i större utsträckning än tidigare förskrivs vid tillstånd som inte entydigt definieras som sjukdom, utan exempelvis behandlar olika

riskfaktorer. Detta i kombination med att gränserna för när läkemedelsterapi rekommenderas kontinuerligt flyttas påverkar naturligtvis kostnadsutvecklingen. Som ett exempel på förskjutning av gränsvärden kan nämnas att rekommendationerna för vilka värden av förhöjda blodfetter som bör behandlas med läkemedel, nu är lägre än tidigare. Detta kan vara bidragande till att statinerna för behandling av höga lipidvärden är en starkt ökande läkemedelsgrupp. Även utbudet av läkemedel ökar genom att ett stort antal nya och ofta dyra läkemedel på senare år har introducerats på den svenska marknaden.

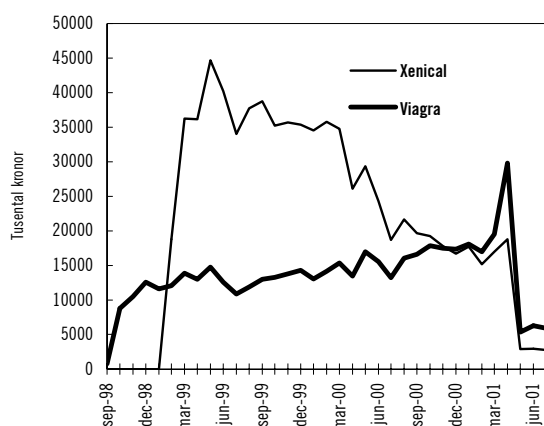
För övrigt kan även nämnas att det numera finns läkemedelsbehandling för diagnoser som tidigare inte kunde behandlas alls eller som tidigare behandlades genom att ta annan typ av sjukvård i anspråk. Som exempel på detta kan nämnas att kirurgiska ingrepp för behandling av magsår i stort sett har eliminerats genom introduktionen av magsårsmediciner.

De tre största läkemedelsgrupperna 2000 var läkemedel för behandling av sjukdomar i nervsystemet, läkemedel för behandling av sjukdomar i kroppens matsmältningsorgan och ämnesomsättning samt läkemedel för behandling av kardiovaskulära sjukdomar och tillstånd (som t.ex. högt blodtryck). Dessa tre grupper motsvarade närmare 50 procent av det belopp som apoteken köpte in läkemedel för under 2000. De undergrupper av läkemedel som i antal kronor har ökat mest under 2000 är läkemedel för behandling av höga blodfetter och läkemedel för behandling och smärtlindring för bl.a. reumatism. Bidragande orsaker till att dessa undergrupper av läkemedel ökar är bl.a. ändrade be-

handlingsrekommendationer och att nya läkemedel har introducerats där det tidigare har saknats tillfredställande behandling. Tio läkemedelsgrupper stod för 55 procent av den totala kostnadsökningen 2000. Ökningen av dessa läkemedelsgrupper överensstämmer i stort med det mönster som kan urskiljas i andra västländer och som till en del har sin grund i de folkhälsoproblem som idag återfinns i industriländerna.

Den sammanlagda försäljningen av Xenical (för behandling av fetma) och Viagra (för behandling av impotens) uppgick för 2000 till 490 miljoner kronor. I samband med att Xenical och Viagra undantogs från läkemedelsförmånen den 9 april 2001 uppstod först en ökning av den samlade försäljningen av dessa preparat. Orsaken till detta var en hamstringseffekt av framförallt Viagra i början av april månad. Påföljande månad sjönk försäljningen drastiskt.

Diagram 4.5 Månadsvis försäljning av Xenical och Viagra



Källa: Socialstyrelsen Hälsö- och sjukvårdens läkemedelsregister

Det finns emellertid även faktorer som bidrar till att motverka ökningstakten. Exempel på detta kan vara en ökad kostnadsmedvetenhet hos landsting och förskrivare. Detta kan ha bidragit till att läkarna exempelvis har minskat sin förskrivning av den storsäljande protonpumpshämmaren Losec till förmån för den billigare produkten Lanzo. För denna typ av läkemedel minskade landstingens kostnader det första kvartalet 2001 med 62 miljoner kronor jämfört med samma period 2000. En ytterligare faktor som kan ha bidragit till att dämpa ökningstakten är den efterfrågedämpande effekten av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet för läkemedel som i juni 1999 höjdes från 1 300

kronor till 1 800 kronor per år. Effekterna av denna förändring fick sin fulla genomslagskraft under 2000.

De ökande läkemedelskostnaderna har länge fått stort utrymme i den allmänna debatten. En anledning till det stora intresset för läkemedelskostnaderna kan vara att andelen som kostnaden för läkemedel upptar i de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna under flera år har ökat. Denna utveckling återfinns även i många andra västeuropeiska länder. En viktig aspekt att ha i åtanke vad det gäller läkemedelskostnadernas utveckling är att läkemedelsanvändning kan bidra till att minska kostnaderna någon annanstans inom hälso- och sjukvården. Som tidigare nämnts så har introduktionen av magsårsmidiciner minskat kostnaderna för kirurgiska ingrepp för behandling av magsår.

Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården 1996–1999

Miljoner kronor

	Totalt	därav läkemedel	Andel
1996	135 000	20 124	14,9 %
1997	136 200	18 242	13,4 %
1998	144 200	20 777	14,4 %
1999	151 400	23 279	15,4 %

Källa: Socialstyrelsen.

Läkemedel finansieras från tre källor: offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånen), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (sluten vård) samt privat genom patientens egenavgifter. Som framgår av tabell 4.4 nedan har andelen egenavgift, främst som ett resultat av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet i juni 1999, ökat mellan 1999 och 2000.

Tabell 4.4 Läkemedelskostnaden i öppenvård fördelad på läkemedelsförmån resp. egenavgift 1999–2000

Miljoner kronor

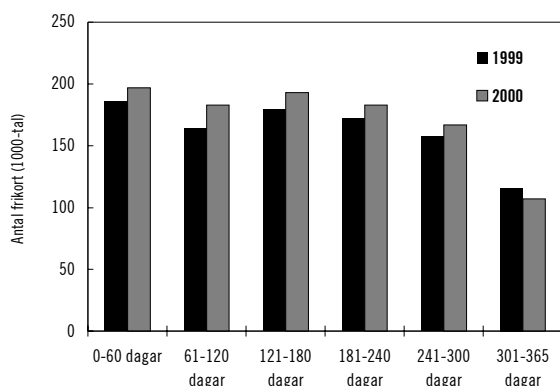
	Läkemedelsförmån	Egenavgift	Total kostnad	Andel egenavgift
1999	14 710	4 329	19 039	22,7 %
2000	15 644	4 824	20 468	23,6 %

Källa: Apoteket AB.

En förskjutning av läkemedelskostnaderna har skett från den slutna vården till den öppna vården, varvid landstingens kostnader för läkemedel som används i slutna vård har minskat och patienternas andel har ökat. Två för läkemedelskostnaderna viktiga kostnadsdrivande faktorer är antalet personer som erhåller frikort samt tiden

som dessa frikort innehas. Högkostnadsskyddet gäller i 12 månader från det första inköpsfallet. Patienten betalar högst 1 800 kronor under denna period. Efter 1 800 kronor erhåller patienten frikort som befriar honom eller henne från ytterligare kostnader under perioden.

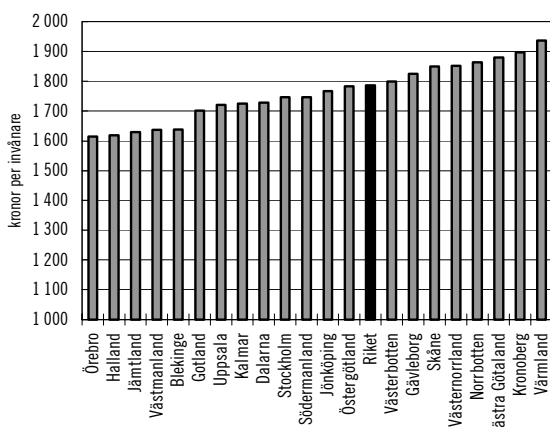
Diagram 4.6 Giltighetstid för frikort 2000 jämfört med 1999



Källa: Apoteket AB receptstatistik

Totalt ökade antalet frikort 2000 jämfört med 1999 från 975 000 frikort till 1 035 000 frikort. En minskning skedde dock av de frikort som innehades mer än 300 dagar. Höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet i juni 1999 kan ha bidragit till denna minskning eftersom en sådan höjning innebär att det tar längre tid att uppnå kostnadsfrihet än vad som tidigare var fallet.

Diagram 4.7 Läkemedelskostnader (kr) per invånare och landsting år 2000



Källa: Socialstyrelsen Hälsa- och sjukvårdens läkemedelsregister

I formell mening övergick kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen till landstingen redan den 1 januari 1998. Samtidigt infördes emellertid ett

särskilt statsbidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen. Genom att ett vinst/förlustsystem har tillämpats har landstingen riskerat att få stå för en del av de totala årliga kostnaderna för läkemedelsförmånen. Kostnaderna för läkemedel skiljer sig väsentligt åt mellan landstingen och detta gäller även vid en jämförelse av läkemedelskostnader per invånare i landstingen.

Förklaringar till kostnadsskillnaderna kan bl.a. vara variationer i faktorer som påverkar läkemedelskostnaderna så som exempelvis skillnader i åldersstruktur och förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. Önskemål om alternativa behandlingsmetoder kan vara ett annat skäl. Landstingens organisation av hälso- och sjukvården samt vilket genomslag expertkommittéernas rekommendationslistor har fått påverkar också kostnaderna. Fr.o.m. den 1 juni 1997 är det obligatoriskt för alla landsting att inrätta en eller flera läkemedelskommittéer. Det övergripande målet för läkemedelskommittéernas verksamhet är att verka för en säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtliga landsting har i dag minst en fungerande läkemedelskommitté. Det är av största vikt att läkemedelskommittéerna samverkar såväl med forskrivarkåren som med övriga intressenter.

Tandvård

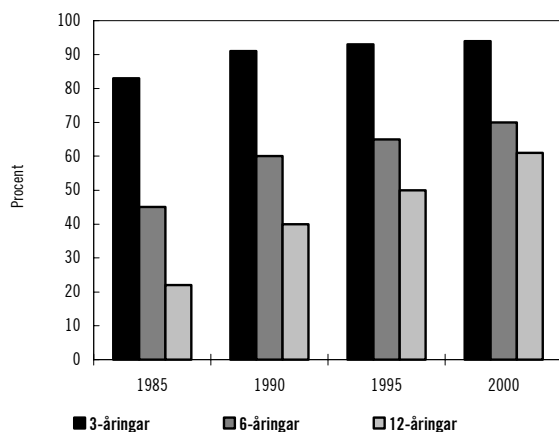
Uppgifter om befolkningens tandhälsotillstånd kan vara en indikation på hur tandvårdens kvalitet och tillgänglighet har utvecklats men är också viktiga utgångspunkter för framtida ändringar i tandvårdsstödet.

Tandhälsotillståndet hos barn och ungdomar har förbättrats betydligt under de två senaste decennierna. Enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvarar landstingen för att barn och ungdomar erbjuds regelbunden och fullständig tandvård t.o.m. det år då de fyller 19 år.

Socialstyrelsens sammanställning från 2001 över situationen 2000 visar bl.a. att den procentuella andelen kariesfria 12-åringar har ökat kraftigt mellan åren 1985 och 2000. Medelvärdet för antalet kariesade och fyllda tänder har samtidigt minskat mellan åren 1985 och 2000. På riksnivå uppgick detta medelvärde till 1,0 tänder 2000. I förhållande till 1999 innebar detta dock

en ökning med 0,1 enheter. Enligt Socialstyrelsen kan tänkbara förklaringar till detta vara att Stockholms landsting nu för första gången ingår i statistiken samt att landstingen i större utsträckning kallar enbart s.k. riskpatienter. Målet enligt WHO är 1,5 tänder 2025 och detta internationella mål har Sverige alltså redan uppnått.

Diagram 4.8 Andel (%) kariesfria barn



Källa: Socialstyrelsen

Skillnader i kariesförekomsten hos barn kan dock konstateras mellan olika landsting, även om en viss utjämning skett under senare år. Enligt statistik för 2000 varierar exempelvis andelen

kariesfria av undersökta 3-åringar mellan 97,7 procent i Landstinget Sörmland och 91,2 procent i Landstinget Västmanland. När det gäller 6-åringarna ligger andelen kariesfria mellan 82,0 procent (Landstinget i Uppsala län) och 62,0 procent (Landstinget Blekinge). Kariesfrekvensen är enligt olika undersökningar också större bland barn som växer upp i socialt utsatta områden eller har föräldrar med invandrarbakgrund.

Uppgifter om tandhälsan hos vuxna kan bl.a. inhämtas från Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Det framgår bl.a. att andelen individer i åldrarna 25–84 som enbart har egna tänder ökade från 75,1 procent till 82,9 procent mellan undersökningar gjorda 1988–89 och 1996–97. Andelen som helt saknar egna tänder minskade under samma period från 11,7 till 6,4 procent. I åldersgruppen 65–74 minskade denna andel från 28,6 till 15,7 procent. Bland personer i åldern 75–84 år saknade hälften egna tänder enligt 1988–89 års undersökning men endast 31,5 procent i 1996–97 års undersökning. Detta innebär att en allt större del av den äldre befolkningen har egna tänder. Andelen som uppgav att de hade både löständer och egna tänder utgjorde 13,2 procent enligt 1988–89 års undersökning men hade sjunkit till 10,7 procent 1996–97 för samtliga i åldrarna 25–84 år. I nedanstående tabell redovisas resultatet av undersökningarna uppdelat på kön.

Tabell 4.5 Tandstatus 1980–81, 1988–89 och 1996–97

Procent

Män	Enbart egna tänder			Lös- och egna tänder			Inga egna tänder		
	1980–81	1988–89	1996–97	1980–81	1988–89	1996–97	1980–81	1988–89	1996–97
25–44 år	94,6	97,1	98,0	4,3	2,5	1,6	1,2	0,4	0,4
45–64 år	65,2	75,1	86,8	21,1	17,2	10,8	13,7	7,7	2,4
65–74 år	30,5	48,2	58,9	28,5	27,2	26,6	41,1	24,7	14,5
75–84 år	22,1	26,3	43,0	21,3	27,0	31,2	56,6	46,7	25,9
Samtliga 25–84 år	70,4	77,2	84,2	14,7	12,9	10,8	14,9	9,9	5,1

Kvinnor	Enbart egna tänder			Lös- och egna tänder			Inga egna tänder		
	1980–81	1988–89	1996–97	1980–81	1988–89	1996–97	1980–81	1988–89	1996–97
25–44 år	94,2	97,1	98,2	4,1	2,6	1,6	1,7	0,3	0,2
45–64 år	64,6	75,5	87,3	17,9	16,4	9,8	17,5	8,1	3,0
65–74 år	29,6	40,1	58,9	23,6	28,0	24,4	46,8	32,0	16,7
75–84 år	15,9	24,3	38,0	22,7	23,4	26,4	61,4	52,3	35,6
Samtliga 25–84 år	66,5	73,1	81,7	13,7	13,5	10,7	19,8	13,5	7,6

Källa: SCB

En mer negativ utveckling kan dock ses när det gäller tuggförmågan. En viss ökning av andelen som uppger att de har svårigheter att tugga hårda saker har skett mellan 1988–89 och 1996–97 i åldersgruppen 25–44 år.

Bland de äldre är nedsatt tuggförmåga enligt den senaste undersökningen något vanligare hos kvinnor, men i åldersgruppen 25–44 är det en något större andel av männen som uppger att de har sådana svårigheter. Totalt tycks dock tuggförmågan ha förbättrats mest hos män under den senaste 20-årsperioden.

Tabell 4.6 Nedsatt tuggförmåga i olika åldersgrupper

Procent

Män	1980–81	1988–89	1996–97
25–44 år	4,0	2,1	3,1
45–64 år	11,7	6,7	5,4
65–74 år	22,5	16,2	13,3
75–84 år	33,1	31,1	18,4
Samtliga 25–84 år	11,2	7,9	6,5
Kvinnor			
25–44 år	3,3	1,5	3,8
45–64 år	10,9	7,0	6,3
65–74 år	20,3	17,1	12,3
75–84 år	30,4	27,1	22,9
Samtliga 25–84 år	11,1	8,6	8,1

Källa: SCB.

Betydande skillnader i tandstatus och tandhälsa kan noteras mellan olika socioekonomiska grupper. Exempelvis visar SCB:s undersökningar att total avsaknad av egna tänder liksom nedsatt tuggförmåga är betydligt vanligare bland arbetare och jordbrukare än bland företagare och tjänstemän. Enligt 1996–97 års undersökning var 10 procent av arbetarna men endast 2,5 procent av tjänstemännen helt tandlösa.

Det nya tandvårdsstödet som infördes den 1 januari 1999 är i första hand inriktat på att ge alla vuxna möjlighet till hälsobefrämjande vardaglig tandvård (bastandvård) till en överkomlig kostnad i syfte att förebygga uppkomsten av större behandlingsbehov. En satsning på reparativ och förebyggande tandvård förutsätts minska ett framtida mer omfattande och dyrbart vårdbehov. En förskjutning mot bastandvård har också skett i den tandvårdsersättning som utbetalas. År 1999 gick 81 procent av försäkringsutgifterna till bastandvård. Under 1998 gick bara drygt hälften

av utgifterna för tandvårdsförsäkringen till bastandvård.

Personer som har väsentligt ökade tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har rätt till dubbel tandvårdsersättning för bastandvård och slipper dessutom karensbeloppet vid protetik och tandreglering. Under 1999 och 2000 ansökte omkring 17 000 personer om detta stöd. Det kan jämföras med att 300 000 personer hade beräknats vara berättigade till stödet.

Tandvårdens tillgänglighet avgörs till stor del av patienternas kostnader för vården. Riksförsäkringsverket (RFV) konstaterar i sin utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet (RFV Anser 2000:3) att patienter som är 50 år och äldre har fått högre genomsnittliga tandvårdskostnader under 1999 jämfört med tidigare. För patienter upp till 29 år var kostnaderna lägre och för patienter i åldern 30–49 år oförändrade. Patientens kostnader är beroende dels av vårdgivarens priser, dels av nivån på den statliga tandvårdsersättningen.

Prisökningarna på tandvård har varit kraftiga sedan prisregleringen på tandvård togs bort i samband med införandet av det nya tandvårdsstödet 1999. Generellt har priserna på bastandvård höjts mer än priserna på protetik. RFV har publicerat flera undersökningar av priserna inom tandvården. I en rapport om landstingens tandvårdstaxor den 1 maj 2000 framkom stora skillnader i pris för samma tandvårdsbehandling mellan de olika landstingen. Det förekom prisskillnader på mer än 100 procent för samma åtgärd mellan två landsting. RFV har också gett ut rapporter om de förändringar som skett i privattandvårdens taxor. Dessa förändringar följer samma mönster som priserna hos landstingen.

Socialstyrelsen har i två intervjuundersökningar som genomfördes dels 1997, dels 1999, det första året med det nya tandvårdsstödet, låtit personer i fyra olika län svara på frågor om sin tandvårdskonsumtion. År 1997 uppgav 70 procent att de hade varit hos tandläkare under det senaste året, medan motsvarande siffra 1999 var 68 procent. Undersökningar som RFV låtit genomföra tyder på en något större minskning av besöksfrekvensen mellan 1998 och 1999. De lägsta besöksfrekvenserna hittar man generellt bland yngre vuxna samt bland de allra äldsta.

Landstingen har sedan den 1 januari 1999 ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig

tandvård för äldre och funktionshindrade som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad m.fl. samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. I enlighet med den överenskommelse som träffats med staten har Landstingsförbundet till regeringen redovisat hur landstingen använt det statliga bidraget för detta åtagande under 2000. På grund av eftersläpningar hos landstingen har redovisningen inte till alla delar skett med avsedd detaljeringsgrad. Verksamheten är fortfarande under uppbyggnad och Landstingsförbundet bedömer att såväl vårdvolym som kostnader kommer att öka. Det totala antalet berättigade till uppsökande verksamhet har beräknats till ca 195 000 personer. Antalet uppsökta personer under 2000 var drygt 67 000 (ca 33 000 år 1999) medan antalet som fick nödvändig tandvård var större, drygt 94 000 (56 000 år 1999). Knappt 30 000 patienter, ungefär dubbelt så många som 1999, redovisades ha avslutat behandlingsomgångar med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

Kostnaderna för verksamheten under 2000 uppgick enligt Landstingsförbundet till 433 miljoner kronor, vilket kan jämföras med de 193 miljoner kronor som verksamheten kostade 1999. För dessa kostnader kompengades landstingen genom statsbidraget på 405 miljoner kronor samt förväntade kostnadsminskningar om 80 miljoner kronor på grund av ändrade ersättningsregler för oralkirurgiska åtgärder fr.o.m. den 1 januari 1999. Kostnaden för uppsökande verksamhet var totalt drygt 51 miljoner kronor medan nödvändig tandvård för dem som är berättigade till det kostade närmare 228 miljoner kronor. Den redovisade kostnaden för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling var 124 miljoner kronor.

4.6.2 Analys och slutsatser

Hälso- och sjukvård

Även om svensk hälso- och sjukvård, vid en internationell jämförelse, fungerar väl finns det problem både med bristande tillgänglighet och kvalitet. Problemen har bl.a. finansiella och strukturella orsaker.

Det var för att bidra till en lösning av dessa problem som regeringen presenterade den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso-

och sjukvården och resurstillskottet till vården om sammanlagt 9 miljarder kronor under åren 2001–2004.

Handlingsplanen och resurstillskottet skall ses mot bakgrund av att hälso- och sjukvården under 1990-talet har genomgått en djupgående strukturomvandling. Detta har skett till följd av den snabba medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen med allt kortare vårdtider vid sjukhusen. Till detta kommer att Ädelreformen medförde att vårdinsatser för äldre i ökad utsträckning ges utanför den slutna vården i ordinarie eller särskilt boende.

Det finns emellertid en obalans i denna strukturomvandling. Primärvårdens successivt vidgade ansvar för allt mer vårdbehövande patienter har inte åtföljts av erforderliga kapacitetsförstärkningar. Denna eftersläpning i primärvårdens kapacitet orsakar tillgänglighets-, kvalitets- och samordningsproblem i hela hälso- och sjukvården. Konsekvenserna är särskilt allvarliga för äldre vars vårdbehov förutsätter samordnade insatser från olika håll, i synnerhet när insatser krävs från både landstingens och kommunernas primärvård.

Utvärderingar av 1995 års psykiatrireform visar, även om utvecklingen allmänt sett varit god, att det finns ett antal brister, bl.a. när det gäller hur somatiska och psykiatriska vårdbehov tillgodoses. Handlingsplanen omfattar därför även insatser för barn och ungdomar med psykiska problem, psykiskt funktionshindrade och äldre med psykisk ohälsa. Regeringen har också erfarit att flera landsting med anledning av den nationella handlingsplanen exempelvis har förstärkt barn- och ungdomspsykiatri och psykiatriersurserna i primärvården samt utvecklat samverkan mellan primärvården och kommunerna. Andra landsting har fattat beslut om förändringar eller begärt in underlag från vårdenheterna om förslag på önskvärda satsningar.

Regeringen gör bedömningen att den nationella handlingsplanen och resurstillskottet till vården kommer att bidra till att uppfylla målet för politikområdet genom att tillgängligheten i primärvården kommer att öka och att vårdens kvalitet kommer att förbättras, bl.a. för äldre och för personer med psykiska problem.

Det finns emellertid också problem med tillgängligheten till besök och behandlingar vid sjukhus och specialistmottagningar. På många håll och för flera behandlingar är väntetiderna för planerad vård vid sjukhus oacceptabelt långa.

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

Dessa tillgänglighetsproblem riskerar därmed att utvecklas till ett allvarligt trovärdighetsproblem för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Prioriteringsdelegationen betonade också i sin nyligen avlämnade slutrapport att både tilltron till och solidariteten med hälso- och sjukvårdssystemet förutsätter hög tillgänglighet. Prioriteringar i vården skall göras utifrån den av riksdagen antagna prioriteringsordningen. Det måste dock finnas en rimlig balans mellan behovstillfredsställelsen i olika prioriteringsgrupper där även mindre prioriterade grupper måste ha godtagbar tillgång till hälso- och sjukvård.

Mot denna bakgrund föreslog regeringen i 2001 års ekonomiska vårproposition att fr.o.m. 2002 under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner årligen avsätta 1,25 miljarder kronor för att förbättra tillgängligheten till behandlingar. En förutsättning för resurstillskottet är enligt vårpropositionen att det regleras i ett avtal mellan staten och Landstingsförbundet. Målsättningen är att skapa varaktigt förbättrad tillgänglighet.

Resurstillskottet skall fördelas efter prestation, vilket bl.a. innebär att landstingen för att få medel för 2002 skall inkomma med en plan för hur de avser att korta köer och minska väntetider till behandlingar. Landstingen skall vidare årligen redovisa hur väntetiderna har utvecklats.

Enligt regeringen innebär detta resurstillskott tillsammans med den nationella handlingsplanen och andra insatser – såsom utökade valmöjligheter för patienterna, förbättrad väntetidsinformation samt insatser för att trygga personalförsörjningen – att en stabil grund lagts för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten inom hälso- och sjukvården.

Slutbetänkandet från HSU 2000 – God vård på lika villkor

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) överlämnade

i juni 1999 sitt slutbetänkande *God vård på lika villkor?* – om statens styrning av hälso- och sjukvården (SOU 1999:66) till regeringen. Betänkandet har därefter remissbehandlats på sedvanligt sätt.

I slutbetänkandet redovisar kommittén olika förslag med syfte att underlätta för kommuner och landsting att bedriva en god vård. Bl.a. föreslås en översyn av lagar, förordningar och föreskrifter för att göra hälso- och sjukvårdens regelverk tydligare och med ett uttalat patientperspektiv. Kommittén efterlyser vidare en översyn av Socialstyrelsens verksamhet med syfte att belysa tillsynsverksamheten samt ett förbättrat underlag och kriterier för tillsyn. I betänkandet framhålls också betydelsen av regelbundna överläggningar mellan regeringen och företrädare för kommuner och landsting om ekonomiska förutsättningar för vården. Även frågor kring forskning inom hälso- och sjukvården behandlas i betänkandet. Kommittén framhåller vikten av en allsidig forskning och behovet av att utveckla FoU-verksamhet med inriktning på kommunal vård och omsorg.

Regeringens bedömning är att slutbetänkandet från HSU 2000 innehåller viktiga synpunkter om hälso- och sjukvården. Regeringen noterar dock att flera remissinstanser har anfört att övervägandena i betänkandet är av mer principiell karaktär, att konkreta förslag saknas samt att brister finns i utredningens analyser.

Många av de förslag som kommittén har lämnat har beröring eller ligger i linje med den hälso- och sjukvårdspolitik som regeringen bedriver och avser att bedriva under de närmast kommande åren. En översyn av hälso- och sjukvårdens regelverk utifrån ett patientperspektiv är planerad att genomföras. Regeringen har även erfarit att Socialstyrelsen arbetar med att förbättra kvalitet, tydlighet och tillgänglighet vid publicering av olika dokument. Vidare kan nämnas att regeringen i februari 2000 beslutade att inrätta ett nationellt råd för vårdpolitik i vilket staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ingår. Beträffande behovet av att utveckla forskningen inom äldreområdet kan hänvisas till den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården där regeringen aviserar en fortsatt satsning avseende uppbyggnaden av regionala FoU-centrum där landsting och kommuner tillsammans med universitet och högskolor bedriver FoU-verksamhet.

Mot bakgrund av vad som har anförts ovan angående den av regeringen bedrivna hälso- och sjukvårdspolitiken samt vad vissa remissinstanser anför, finner regeringen inte skäl att vidta några ytterligare åtgärder med anledning av de förslag som lämnas i slutbetänkandet av HSU 2000.

Läkemedel

Läkemedelskostnaderna har på senare år fortsatt att öka. Ett antal faktorer bidrar till detta. Bland dessa kan här nämnas befolkningsstrukturen och introduktionen av nya och dyra läkemedel. Motverkande faktorer till denna trend är bl.a. höjningen av beloppsgränsen för högkostnads-skyddet till 1 800 kronor i juni 1999 samt att landstingen arbetar aktivt för en ökad kostnads-medvetenhet hos förskrivarna.

Förskrivarkåren har behov av producent-oberoende information om läkemedel och behandlingsterapier, därför är det av största vikt att läkemedelskommittéernas arbete stimuleras, utvecklas och intensifieras. Detta är viktigt för att läkarna aktivt skall kunna medverka till att dämpa kostnadsutvecklingen genom att förskriva det mest kostnadseffektiva läkemedlet utan att ge avkall på den medicinska effektiviteten. Landstingens läkemedelskommittéer bedriver ett arbete med att verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstingen genom att till hälso- och sjukvårdspersonalen ge rekommendationer som skall vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet.

För att stimulera till användandet av den mest effektiva behandlingen, både medicinskt och kostnadsmässigt, måste läkemedelskostnaderna finnas med i landstingens samlade prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta medför att avvägningar mellan läkemedelsbehandling och övrig behandling inom hälso- och sjukvården genomförs och därmed ökas den samlade vårdkvaliteten för patienten.

Regeringens uppfattning är att en ökad kostnadsmedvetenhet och effektivitet bör eftersträvas läkemedelsförmånen. Nya och dyrare läkemedel kommer att fortsätta att introduceras på den svenska marknaden. Ett nytt system för hur läkemedel skall prissättas och subventioneras bör därför införas. Detta är nödvändigt för att möjliggöra att resurserna satsas på de bästa och mest kostnadseffektiva läkemedlen och för att stävja kostnadsutvecklingen för läkemedel. Vid

prissättningen bör även exempelvis miljöaspekter på läkemedel och deras förpackningar beaktas. Regeringens avsikt är att under hösten 2001 i en proposition lämna förslag angående vissa förändringar av förmånssystemet för läkemedel. Inriktningen är att förslag skall lämnas till att en ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden, inrättas. Nämnden föreslås få i uppgift att fatta beslut om subvention av och pris för olika läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Enligt regeringens bedömning innebär överenskommelsen med Landstingsförbundet om en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader åren 2002–2004, samt införandet av den föreslagna Läkemedelsförmånsnämnden, att viktiga steg kommer att ha tagits mot att nå både en mer rationell läkemedelsanvändning och en mer kontrollerad utveckling av läkemedelskostnaderna.

Tandvård

Under de senaste decennierna har tandhälsan förbättrats kraftigt i alla åldersgrupper. Detta framgår av undersökningar av kariesfrekvens, antal egna tänder m.m. Från intervjuundersökningar under de senaste åren finns dock vissa uppgifter som tyder på att tandhälsan för vissa grupper inte fortsätter att förbättras i önskvärd utsträckning. Det gäller t.ex. uppgifterna om smärre öknings av andelen personer som har svårt att tugga hårda saker. Det finns klara skillnader i tandhälsa mellan olika grupper och mellan olika landsting. Inkomst och social situation i övrigt spelar stor roll för människors tandhälsotillstånd. Invandrare har i många fall sämre tandstatus än personer som är födda i Sverige. Enligt en undersökning i fyra län av Socialstyrelsen 1999 ansåg sig 24 procent av befolkningen i åldrarna 20–65 år ej ha råd med behövlig tandvård. Det är angeläget att berörda myndigheter noga följer tandhälsans utveckling mot bakgrund av genomförda och planerade förändringar i tandvårdsförsäkringen. I det fortsatta arbetet med att utveckla tandvårdsstödet är det viktigt att dels bibehålla de goda resultat som har uppnåtts, dels försöka utjämna de skillnader som fortfarande existerar.

När det gäller tandvårdens tillgänglighet har viktiga insatser gjorts i samband med tandvårdsreformen 1999. Införandet av landstingens an-

svar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade har inneburit stora förbättringar för ett stort antal personer. Det gäller många människor som tidigare har haft svårt att få tillgång till tandvård, antingen av ekonomiska skäl eller på grund av att de inte själva förmått ta kontakt med tandvården.

En annan viktig åtgärd för att öka tandvårdens tillgänglighet för grupper med särskilda behov är införandet av en rätt till högre tandvårdsersättning för personer med långvarig sjukdom eller funktionshinder. Uppenbarligen har dock denna del av tandvårdsstödet utnyttjats i betydligt mindre utsträckning än vad som antogs när stödet infördes. Det kan finnas olika orsaker till att det är förhållandevis få som sökt och fått del av stödet. Det kan bero på en överskattning av antalet individer som har särskilda tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. En annan möjlig förklaring skulle kunna vara att försäkringskassans bedömningar har varit strängare än vad som ursprungligen avsågs. Utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. (dir. 2000:65) skall enligt sina direktiv se över bestämmelserna om det särskilda stödet till långvarigt sjuka och funktionshindrade.

Den förskjutning av utbetalad tandvårdsersättning mot bastandvård som skett sedan det nya tandvårdsstödet infördes är i enlighet med intentionerna med reformen. Om detta i sin tur kommer att få de avsedda effekterna i form av förbättrad tandhälsa och minskat behov av omfattande och dyrbara behandlingar går ännu inte att bedöma. För den stora del av befolkningen som betalar större delen av sina tandvårdskostnader själv gäller att hushållens ekonomiska situation och köpkraft har stor betydelse för tandvårdskonsumtionen. Den minskade arbetslösheten och ökade köpkraften under de senaste åren kan antas ha bidragit till en ökad efterfrågan på tandvård. Förväntningar på framtida förändringar i stödet kan leda till att människor ändå väljer att avstå från tandvård eller skjuta upp behandling när så är möjligt. På senare tid talar mycket för att sådana effekter kan ha lett till lägre efterfrågan på protetik än vad som annars hade varit fallet.

Regeringen har tidigare konstaterat att de höga tandvårdskostnaderna utgör ett stort problem som hindrar många människor, i synnerhet äldre, från att få den tandvård de behöver.

Regeringen avser att i en proposition om tandvårdsfrågor under hösten 2001 bl.a. redovisa sin syn på hur tandvårdsstödet skydd mot höga behandlingskostnader skall förbättras. Därvid kommer regeringen att i första hand inrikta sig på de äldre.

Av stor betydelse är emellertid också tandvårdsprisernas utveckling. De prishöjningar som har skett under 1999–2001 har varit stora. Prisutvecklingen har analyserats i tandvårdsutredningens delbetänkande Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36). Oavsett orsakerna till att priserna höjts så kraftigt anser regeringen att fortsatta prisökningar av detta slag kan äventyra möjligheterna för enskilda att få tandvård till en överkomlig kostnad. Regeringen avser att under hösten 2001 återkomma till denna fråga i den kommande propositionen om tandvårdsfrågor.

En viktig faktor för tillgången till tandvård är personaltillgången. I glesbygd märks på vissa håll svårigheter att rekrytera tandläkare och även beträffande annan tandvårdspersonal förekommer sådana problem. Brist på personal kan i förlängningen utgöra ett hot mot tandhälsan om människors möjligheter att få regelbunden tandvård försämras. En annan följd av brist på tandvårdspersonal kan bli ytterligare höjningar av tandvårdspriserna. I ett läge där regeringen planerar reformer som kommer att medföra ökad efterfrågan är det också av detta skäl viktigt att det finns tillräckliga resurser i form av personal. Regeringen har därför gett tandvårdsutredningen i uppdrag att belysa den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal och lägga fram förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal.

Regeringen har i samverkan med Landstingsförbundet följt utvecklingen beträffande möjligheterna att välja mellan offentlig och privat tandvård för barn och ungdomar. Socialutskottet behandlade frågan i betänkandet 2000/01:SoU1, vilket resulterade i ett tillkännagivande från riksdagen till regeringen. Utskottet ansåg bl.a. att en lagstadgad rätt till valfrihet mellan offentlig och privat tandvård för barn och ungdomar borde införas.

Regeringen konstaterar att valfrihet i barn- och ungdomstandvården numera har genomförts i de flesta landsting och är på väg att genomföras i de övriga med något enstaka undantag. Mot denna bakgrund anser regeringen

inte att det finns behov av ytterligare åtgärder för att påskynda utvecklingen.

4.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat verksamheten, räkenskaperna och årsredovisningarna för samtliga myndigheter inom politikområdet avseende budgetåret 2000. RRV har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2000 för dessa myndigheter. SBU har av RRV emellertid tillställts en revisionsrapport. Rapporten innehåller vissa kommentarer om myndighetens administrativa rutiner. Den ekonomiadministrativa värderingen som Ekonomistyrningsverket (ESV) har utfört av samtliga myndigheter för 2000 har givit EA-värdet tillfredsställande för SBU och Socialstyrelsen samt EA-värdet fullt tillfredsställande för övriga myndigheter inom politikområdet.

4.8 Förslag till regeländringar

4.8.1 Kommunal Primärvård

Regeringens förslag: Pågående försök med kommunal primärvård förlängs i avvaktan på behandlingen av Samverkansutredningens (dir. 1999:42) förslag till nya bestämmelser som förbättrar möjligheterna för landsting och kommuner att samverka på vård- och omsorgsområdet. Förlängningen gäller dock längst till utgången av 2003.

Skälen till regeringens förslag: Enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård får en kommun erbjuda primärvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Lagen begränsades vid sin tillkomst till att gälla till utgången av 1998.

Regeringen tillkallade genom beslut den 27 maj 1999 en särskild utredare (dir. 1999:42) med uppgift att beskriva och analysera de problem som finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. I utredarens uppgift ingick att lämna förslag till lösningar som förbättrar möj-

ligheterna till samverkan mellan huvudmännen inom dessa områden. I detta sammanhang skulle bl.a. möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad samt förbättrade möjligheter att verka i en gemensam nämnd analyseras. Mot bakgrund av detta ansåg regeringen det olämpligt att ta ställning till försöksverksamheten med kommunal primärvård innan utredningen presenterat sitt förslag. Försöksverksamheten förlängdes därför till utgången av 2001.

Den särskilde utredaren överlämnade sitt betänkande – Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. – (SOU 2000:114) till regeringen i november 2000. Till utredarens förslag hör bl.a. att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget får bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet. En sådan uppgift skulle t.ex. kunna vara att bedriva primärvård.

Regeringen anser mot bakgrund av ovanstående att försöksverksamheten med kommunal primärvård bör förlängas i avvaktan på att utredarens förslag om nya bestämmelser som förbättrar möjligheterna för landsting och kommuner att samverka kring primärvården behandlats. Förlängningen gäller dock längst till utgången av 2003. Nya försöksverksamheter får inte påbörjas under denna tid.

4.8.2 Ersättning till steriliserade i vissa fall

Regeringens förslag: Tiden för att ansöka om ersättning enligt lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall förlängs fram till den 31 december 2002.

Steriliseringsersättningsnämndens arbete: Genom lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall, som trädde i kraft den 1 juli 1999, ges vissa personer som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ möjlighet att ansöka om ersättning av staten om 175 000 kronor. En särskild myndighet, Steriliseringsersättningsnämnden, har till uppgift att handlägga och pröva de ansökningar om ersättning som inkommer.

För 2000 tilldelades nämnden ett anslag om 191 530 000 kronor som till största delen skulle

användas till ersättning till personer som ansökt om ersättning. Till anslagsbeloppet tillkom ett anslagssparande om 17 572 000 kronor. Vid ingången av 2000 uppgick ärendebalansen till 1 197 ärenden. Under året inkom ytterligare 329 ansökningar om ersättning. Nämnden har under 2000 avgjort 1 321 ansökningar. Av dessa bifölls 1 036, vilket utgör 78 procent av ansökningarna. Bifallsprocenten under 2000 var lägre än under 1999, vilket kan förklaras med att de enklast utredda bifallsärendena har blivit avgjorda snabbast. Under det första halvåret 2001 avgjordes 204 ärenden varav 58 procent bifölls.

Utgifterna för ersättningar uppgick under 2000 till 190 925 000 kronor. Nämndens förvaltningskostnader under det året uppgick till knappt 3 695 000 kronor. Anslagssparandet uppgick vid utgången av 2000 till ca 14 326 000 kronor.

Arbetet inom Steriliseringsersättningsnämnden bedöms under 2000 och 2001 ha fungerat mycket bra. Ärenden har avgjorts i den takt som förväntats. Antalet ärenden som inkommit till nämnden är betydligt fler än vad som först beräknades. Ursprungligen uppskattades att ersättningen till personer som blivit steriliserade skulle komma att omfatta 500 till 1 000 personer. Kostnaderna för ersättning beräknades mot bakgrund av dessa siffror totalt komma att uppgå till 100–175 miljoner kronor. Emellertid framhölls att uppskattningarna var behäftade med stor osäkerhet. Fram till den 30 juni 2001 hade totalt ca 2 000 ansökningar om ersättning registrerats hos nämnden. Den stora ärendetillströmningen samt den höga bifallsfrekvensen har haft till följd att statens kostnader för ersättningen till steriliserade hitintills uppgått till ca 270 miljoner kronor vilket motsvarar ungefär 1 500 bifall.

Regeringens skrivelse om steriliseringsfrågan: Den 15 mars 2001 överlämnade regeringen en skrivelse till riksdagen: Redogörelse för steriliseringsfrågan i Sverige åren 1935 – 1975 samt regeringens åtgärder (skr. 2000/01:73). Riksdagen beslutade den 18 maj 2001 att lägga skrivelsen till handlingarna (rskr. 2000/01:227). I skrivelsen lämnas en redogörelse för bakgrunden till och arbetet med den ekonomiska ersättningen till steriliserade i vissa fall och erfarenheterna av Steriliseringsersättningsnämndens arbete. Vidare lämnas en redogörelse för slutsatserna av den historiska analysen i Steriliseringsutredningens slutbetänkande (Sterilise-

ringsfrågan i Sverige 1935 – 1975 – historisk belysning, kartläggning, intervjuer, SOU 2000:20) samt en redovisning för de åtgärder regeringen har vidtagit med anledning av utredningens slutbetänkande.

Skälen till regeringens förslag: I regeringens proposition Ersättning av staten till steriliserade i vissa fall (prop. 1998/99:71) s. 27 f. framhölls att tiden för att ansöka om ersättning inte skulle sättas så kort att det fanns risk för att någon inte skulle hinna ansöka. Två år bedömdes vara en rimlig ansökningstid. Av lagen om ersättning till steriliserade följer av 6 § att en ansökan om ersättning skall ha kommit in till nämnden före utgången av juni månad 2001, dvs. två år från det att lagstiftningen trädde i kraft den 1 juli 1999. Ansökningar som inkommer efter det datumet skall avvisas.

Tillströmningen av ansökningar uppgick under 1999 till omkring 200 i månaden men har successivt minskat. Under första halvåret 2001 inkom ca 20 ärenden i månaden till nämnden. Efter det att ansökningstiden gick ut har ytterligare ansökningar inkommit.

Det relativt sett stora antal ansökningar som inkommit till nämnden de sista månaderna innan ansökningstiden gick ut samt omständigheten att ansökningar inkommit efter det att ansökningstiden gått ut talar enligt regeringen för att det kan finnas ett inte obetydligt antal ersättningsberättigade som av olika skäl ännu inte har ansökt om ersättning. Tiden för ansökan om ersättning bör mot denna bakgrund förlängas ytterligare en tid.

Regeringen föreslår att tiden för ansökan förlängs fram till den 31 december 2002. Lagen skall även tillämpas på ansökningar som inkommit efter den 30 juni 2001 men före det att den nu aktuella lagändringen trätt i kraft. Förslaget är framtaget i samråd med Steriliseringsersättningsnämnden.

Anslaget till Steriliseringsersättningsnämnden för 2001 uppgår till 78 000 000 kronor. Till detta belopp kommer ett anslagssparande om 14 326 000 kronor. Fram till den 30 juni 2001 har nämndens kostnader uppgått till 22 100 000 kronor varav ca 21 000 000 kronor utgjort kostnader för ersättning till steriliserade. Regeringens bedömning är att en förlängning av ansökningstiden för ersättning inte kommer att innebära några ytterligare kostnader utöver det för 2001 angivna anslaget.

4.9 Budgetförslag

4.9.1 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.

Tabell 4.7 Anslagsutveckling 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags- sparande	
2000		2 012 364		-159 813
2001	Anslag	2 242 000	Utgifts- prognos	2 272 000
2002	Förslag	2 179 000		
2003	Beräknat	2 523 000		
2004	Beräknat	2 575 000		

Anslaget finansierar t.o.m. 2001 vuxentandvård (tandvårdsstödet), ersättning till sjukvårdshuvudmännen för tandvård för vissa patientgrupper samt ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden till bl.a. sjukvårdshuvudmännen. Fr.o.m. 2002 ingår inte ersättningen till sjukvårdshuvudmännen för tandvård för vissa patientgrupper i anslaget. Den beräknade fördelningen i miljoner kronor för de två anslagsposterna för åren 2001–2004 framgår av tabell 4.8.

År 2000 blev utfallet för hela anslaget något större än beräknat. Utgifterna översteg anslagsbeloppet med ca 14 miljoner kronor. Det ackumulerade underskottet på anslaget uppgick vid början av 2001 till knappt 160 miljoner kronor.

Tabell 4.8 Beräknad fördelning på anslagsposter

Miljoner kronor

Anslagsposter år	2001	2002	2003	2004
Ersättning till sjukvårdshuvudmännen m.m.	570	147	157	167
Tandvårdsersättning	1 702	2 032	2 366	2 408
Totalt	2 272	2 179	2 523	2 575

Anslagspost 1 Ersättning till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Anslagsposten bekostar bl.a. den vuxentandvård som landstingen utför åt vissa patientgrupper, samt utgifter för sjukvård i internationella förhållanden.

Utgifterna under anslagsposten 1 blev under 2000 något högre än anslagsbeloppet (539 jämfört med 530 miljoner kronor). Ett ingående överskott från tidigare år resulterade dock i ett överskott även för 2000. Det finns emellertid

kostnader från tidigare år för EU-vård som ännu inte har belastat anslaget, men som kommer att göra det under 2001.

Anslagspost 2 Tandvårdsersättning

De faktiska utgifterna för tandvårdsersättning under 2000, 1 462 miljoner kronor, låg ganska nära det av regeringen beräknade utfallet (1 455 miljoner kronor). På grund av en sedan tidigare beslutad indragning från anslaget reducerades dock tillgängliga medel, vilket ledde till ett negativt utgående överföringsbelopp.

Enligt Riksförsäkringsverket (RFV) har administrativa problem hos främst landstingen medfört att en kontinuerlig rapportering av kostnaderna under 1999 och 2000 inte har skett, varför inte all vård som utförts har belastat anslaget för 2000. Dessa utgifter senareläggs och belastar anslaget kommande år.

Utgifterna för bastandvård blev betydligt högre än RFV antagit i sitt prognosarbete medan ersättningen för protetiska åtgärder och den förhöjda ersättningen som utgår till vissa långvarigt sjuka och funktionshindrade blev lägre än beräknat. RFV bedömer att förväntningar om framtida förändringar till viss del har bidragit till det förhållandevis låga utfallet för protetik under 1999 och 2000, men att protetik framöver kommer att efterfrågas i större utsträckning.

Regeringens överväganden

Ersättning till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Sveriges medlemskap i EU, EES-avtalet samt vissa bilaterala avtal som Sverige har ingått medför både kostnader och intäkter för sjukvårdsförmåner gentemot annat land. Utländska medborgare har i enlighet med EU-medlemskapet och andra avtal vid behov rätt till sjukvårdsförmåner under vistelse i Sverige. Landstingen erhåller ersättning för sådana utförda vårdinsatser. På motsvarande sätt uppkommer kostnader för sådana sjukvårdsförmåner som svenska medborgare vid behov är berättigade till vid vistelse i dessa länder.

Kostnader och intäkter i internationella förhållanden regleras ofta flera år efter att de uppkommit. Det är därför svårt att med större exakthet beräkna den årliga nettokostnaden för

försäkringen. Under senare år har kostnaderna för sjukvårdsförmåner gentemot annat land tenderat att öka medan intäkterna har varit relativt konstanta. De ökade kostnaderna beror främst på att det blivit vanligare att svenska pensionärer bosätter sig utomlands samt att antalet svenska turister utomlands har ökat.

Sedan tandvårdsreformen 1999 har landstingen haft det administrativa ansvaret för tandvården för vissa patientgrupper. För detta har landstingen enligt en överenskommelse med staten erhållit ett årligt fast ersättningsbelopp på 405 miljoner kronor. Enligt överenskommelsen skall ersättningen till landstingen för de särskilda patientgrupperna fr.o.m. 2002 lämnas genom det generella statsbidraget. En ekonomisk slutreglering av landstingens åtagande skall ske i budgetpropositionen för 2003. I samband därmed skall landstingen kompenseras för utökningen av deras åtagande till att omfatta även patienter med Sjögrens syndrom och patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.

Enligt Landstingsförbundets redogörelse för hur de till landstingen överlämnade medlen för tandvårdsreformen använts uppgick de totalt redovisade kostnaderna inom landstingen för tandvårdsreformen under 2000 till 433 miljoner kronor. Eftersom landstingen också kompenseras för sina kostnader genom ändringar i reglerna om oral kirurgi, vilket beräknats innebära en kostnadsminskning på 80 miljoner kronor, innebär detta att ersättningen från staten inte förbrukades i sin helhet under 2000. Den uppsökande verksamheten är ännu inte fullt utbyggd i alla landsting. Kostnaderna kan antas komma att öka under kommande år.

Regeringen föreslår att ersättningen till landstingen för tandvård för särskilda patientgrupper fr.o.m. 2002 skall ingå i det generella statsbidraget till landstingen (utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 91:1 Generellt statsbidrag till kommuner och landsting).

Tandvårdsersättning

Utgifterna för tandvårdsersättning ökade under 2000 jämfört med 1999. Under 1999 var dock utgifterna lägre än beräknat. Detta berodde på att många hade valt att tidigarelägga behandlingar under 1998 eftersom det nya tandvårds-

stödet som skulle införas den 1 januari 1999 innebar lägre ersättningsnivåer för vissa typer av behandlingar. När det gäller 2000 finns det anledning att tro att utgifterna under året kan ha påverkats av förväntningar om framtida förbättringar av tandvårdsstödet, särskilt vad gäller behandlingar med protetik. Detta ledde antagligen till att en del behandlingar sköts upp under 2000. Sådana effekter är troliga också för 2001. På grund av att tillgängliga medel 2001 reduceras av det negativa överföringsbeloppet från 2000 kommer troligen större delen av den tillgängliga anslagskrediten att behöva tas i anspråk under 2001.

Enligt förslag i budgetpropositionen för 2001 tillfördes tandvården detta år 100 miljoner kronor. Dessa medel har huvudsakligen använts till förbättringar i stödet för helproteser. För 2002 föreslås 300 miljoner kronor tillföras tandvårdsstödet och för 2003 ytterligare 300 miljoner kronor. Avsikten är att dessa resurstillskott skall användas till att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingarkostnader för de äldre. Regeringen återkommer under hösten 2001 med förslag till hur detta skall ske.

Vid beräkningen av anslaget för 2002 har regeringen antagit att en viss volymökning kan förväntas i fråga om utförd tandvård som ersätts av försäkringen oberoende av de planerade förändringarna i tandvårdsstödet.

För 2002 skall sammanlagt 13 miljoner kronor avsättas för ekonomiskt stöd till olika kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Dessa medel skall disponeras av Socialstyrelsen. I enlighet med vad som tidigare aviserats i budgetpropositionen för 2001 skall 5 miljoner kronor användas för verksamheten vid Socialstyrelsens kunskapscentrum för dentala material. Regeringen angav i budgetpropositionerna för 2000 och 2001 även till vilka övriga kompetenscentrum ekonomiskt stöd skulle utbetalas. Regeringen bedömer att Socialstyrelsen har tillgång till den sakkunskap som krävs för att bedöma hur de för detta ändamål tillgängliga medlen skall fördelas. Fr.o.m. 2002 bör i stället Socialstyrelsen avgöra vilka kompetenscentrum som skall få del av de medel som avsatts för kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Tabell 4.9 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	2 242 000	2 242 000	2 242 000
Förändring till följd av:			
Beslut	300 000	600 000	600 000
Övr. makroekonomiska förutsättn.	0	0	0
Volymer	42 000	86 000	138 000
Överföring till/från andra anslag m.m.	-405 000	-405 000	-405 000
Summa förändring	-63 000	281 000	333 000
Förslag/beräknat anslag	2 179 000	2 523 000	2 575 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 179 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 2 523 000 000 kronor respektive 2 575 000 000 kronor.

4.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen

Tabell 4.10 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2000	Utfall	16 920 596	-1 611 948	
2001	Anslag	16 531 000 ¹		16 530 753
2002	Förslag	17 624 000		
2003	Beräknat	18 550 000 ²		
2004	Beräknat	19 450 000 ³		

¹ Varav 394 000 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 17 624 000 tkr i 2002 års prisnivå.

³ Motsvarar 17 624 000 tkr i 2002 års prisnivå.

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånen. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel skall kunna förskrivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Från anslaget utbetalas under 2002 ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen dels under månaderna november och december 2001, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2002. Det ackumulerade underskottet på anslaget uppgick vid början av 2001 till drygt 1 600 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Landstingen övertog i formell mening kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen (dvs. läkemedel i öppenvård) den 1 januari 1998. Samtidigt infördes emellertid ett särskilt statsbidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen. Statens ekonomiska ersättning till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånen har fastställts genom en årlig överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. Statsbidraget har i princip täckt landstingens kostnader för förmånen. Landstingen har emellertid årligen riskerat att få stå för en liten del av de totala kostnaderna eftersom ett system för vinst- eller förlustdelning mellan parterna har tillämpats.

Under hösten 2000 träffade parterna en överenskommelse avseende 2000 och 2001. Överenskommelsen innebär bl.a. att staten ersatt landstingen för deras faktiska kostnader för läkemedelsförmånen under 2000. För 2001 ersätts landstingen enligt överenskommelsen med ett belopp som motsvarar en uppräkningskostnaden för 2000 med 5,44 procent (den faktiska kostnadsökningen 2000 – 6,44 procent – minskat med en procentenhet). Överenskommelsen för 2001 innebär också att en vinst- eller förlustdelning tillämpas i det fall utfallet avviker från den överenskomna ersättningen. En eventuell förlustdelning kommer att belasta detta anslag för 2002.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen ökade stadigt under hela 1990-talet. Bland orsakerna till denna kraftiga ökning kan nämnas den demografiska utvecklingen som innebär att läkemedelsbehoven ökar i takt med att antalet äldre i befolkningen ökar, strukturförändringarna inom vården som lett till att en allt större andel av läkemedlen skrivs ut i öppenvård samt introduktionen av nya och dyrare läkemedel.

Mellan 1999 och 2000 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånen med 6,44 procent till drygt 15,6 miljarder kronor. Under de första sju månaderna 2001 har kostnaderna för läkemedelsförmånen ökat med 8,5 procent jämfört med motsvarande månader 2000.

Regeringen träffade i anslutning till den ekonomiska vårpropositionen i april 2001 en överenskommelse med Landstingsförbundet om en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader 2002–2004. Överenskommelsen innebär i korthet att ersättningen för läkemedelsförmånens kostnader under de tre kommande åren läggs fast. Ersättningen uppgår till 17 800 miljoner kronor för 2002, till 18 700 miljoner kronor för 2003 och till 19 600 miljoner kronor för 2004. Överenskommelsen anger också att en ny modell för fördelningen av ersättningen mellan de olika landstingen skall införas med början 2002. Dessutom lägger överenskommelsen fast hur stor landstingens egen ekonomiska risk för den samlade aktuella perioden skall vara och att en eventuell reglering av det faktiska utfallet för perioden skall ske i början av 2005. Slutligen lägger överenskommelsen fast ett antal åtgärder som respektive part skall vidta under den aktuella perioden och att en överenskommelse om ersättningen för tiden fr.o.m. 2005 skall träffas senast under våren 2004. Regeringens bedömning är att dessa åtgärder sammantaget leder till bättre förutsättningar för landstingen att hantera de förstärkta incitament och ökade ekonomiska risker som överenskommelsen innebär. Vidare förväntas åtgärderna bidra till en mer kontrollerad utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånen.

I syfte att nå en mer rationell läkemedelsanvändning anser regeringen att det är av största vikt att förändringar genomförs i vissa av regelsystemen inom läkemedelsområdet. Regeringen har därför för avsikt att under hösten 2001 lägga en proposition till riksdagen om ett nytt system för beslut om subvention av läkemedel. Propositionen beräknas också komma att innehålla förslag som rör prissättningssystemet för läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Tabell 4.11 Härledning av nivå 2002–2004

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	16 531 000	16 531 000	16 531 000
Förändring till följd av:			
Beslut	1 093 000	2 019 000	2 919 000
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	1 093 000	2 019 000	2 919 000
Förslag/beräknat anslag	17 624 000	18 550 000	19 450 000

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget med budgetpropositionen för 2002.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 624 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånen* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 18 550 000 000 kronor respektive 19 450 000 000 kronor.

4.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

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

		Tusental kronor	
2000	Utfall	969 734	Anslags-sparande 19 731
2001	Anslag	962 087	Utgifts-prognos 968 363
2002	Förslag	310 224	
2003	Beräknat	327 224	
2004	Beräknat	346 224	

Från anslaget utbetalas statsbidrag till landstingen i enlighet med de årliga överenskommelser som träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården (den s.k. Dagmaröverenskommelsen). Bidragets användningsområden finns angivna i förordningen (1984:908) om vissa

statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. Under 2000 har medlen enligt överenskommelsen mellan staten och landstingen (skr. 1999/2000:21) primärt använts för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Från och med budgetåret 1999 har även det statliga bidraget till Hjälpmedelsinstitutet ingått som en del av överenskommelsen.

Vidare betalas från anslaget ersättningar för vissa kostnader och förluster som uppkommit på grund av myndighetsingripanden för att förhindra smittsam sjukdom. Vissa kostnader enligt smittskyddsförordningen (1989:301) betalas också från detta anslag, liksom även kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar. Även den statliga ersättningen till den ideella föreningen Spri – Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut – har ingått i anslaget 2000. I anslaget ingår också fr.o.m. 2001 stöd till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. För 2001 och 2002 ingår även ersättning till Dopingjouren.

Ramen för det totala beloppet som omfattades av överenskommelsen uppgick 2000 till 1 182 miljoner kronor varav 947 miljoner kronor utgick från detta anslag och 235 miljoner kronor från anslaget 19.1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. (under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp). En jämförelse mellan anslag och utfall för 2000 visar ett överskott för anslaget om drygt 19,7 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

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

Den 23 november 2000 godkände regeringen överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården 2001, som tidigare hade träffats mellan företrädare för staten och landstingen (skr.

2000/01:46). Överenskommelsen innebär att den tidigare inriktningen med en långsiktig satsning för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården ligger fast. Därvidlag betonas både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet.

Vid beräkningen av anslaget för 2002 har hänsyn tagits till att anslagsramen jämfört med 2001 – som en effekt av förslag i 2001 års ekonomiska vårproposition – minskats med 450 miljoner kronor främst för att förstärka det generella statsbidraget till landstingen.

Vidare minskas anslaget från och med 2002 som en delvis finansiering av insatserna enligt propositionen om avgifter inom äldre- och handikappomsorg (prop. 2000/2001:149). För 2002 minskas anslaget med 125 miljoner kronor och för 2003 och framåt med 250 miljoner kronor. Därutöver minskas anslaget för 2002 med ytterligare 125 miljoner kronor som en delvis finansiering av insatserna i den kommande nationella handlingsplanen mot narkotika.

Ett syfte med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården är att förstärka primärvården så att den kan utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården. För att bidra till detta är inriktningen att ett familjemedicinskt institut skall tillskapas med uppgift att stärka kunskapsutvecklingen inom området. Regeringen anser att sammanlagt 60 miljoner kronor skall avsättas för detta ändamål. Inriktningen är att verksamheten skall komma i gång fr.o.m. 2002 och anslaget har därför tillförts 20 miljoner kronor för vardera av åren 2002–2004.

Vidare ökas anslaget med 25 miljoner kronor för 2002, 40 miljoner för 2003 och 59 miljoner kronor per år fr.o.m. 2004 för finansiering av förslagen i den proposition om vissa förändringar av förmånssystemet för läkemedel som avses att lämnas under hösten 2001. Propositionen kommer bl.a. att innehålla förslag om att en ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden, skall inrättas med ansvar för beslut om subvention av och pris för läkemedel inom läkemedelsförmånen. Myndigheten föreslås börja sitt arbete den 1 juli 2002.

Av anslaget skall 100 miljoner kronor användas för finansiell samordning under 2002 (se anslag 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.).

Dessutom avser regeringen att årligen fram till och med 2004 stödja dels Vidarkliniken med 3 miljoner kronor, dels Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa (Kilen) med 3,2 miljoner kronor.

Tabell 4.13 Härlledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	962 087	962 087	962 087
Förändring till följd av:			
Beslut	-201 863	-184 863	-165 863
Överföring andra anslag m.m.	-450 000	-450 000	-450 000
Summa förändring	-651 863	-634 863	-615 863
Förslag/beräknat anslag	310 224	327 224	346 224

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 310 224 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 327 224 000 respektive 346 224 000 kronor.

4.9.4 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

Tabell 4.14 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2000	Utfall	34 216		2 315
2001	Anslag	35 971 ¹	Utgifts-prognos	38 480
2002	Förslag	36 653		
2003	Beräknat	37 562 ²		
2004	Beräknat	38 259 ³		

¹ Varav -194 tkr på tilläggsbudget i samband med den budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 36 653 tkr i 2002 års prisnivå.

³ Motsvarar 36 653 tkr i 2002 års prisnivå.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) skall bidra till god kvalitet och effektiv resursanvändning inom hälso- och sjukvården genom att utvärdera och sprida kunskap om medicinsk metodik. Syftet är att förse beslutfattare inom hälso- och sjukvården med kunskapsunderlag för att på så sätt bidra till att förbättra vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet.

Anslagssparandet, som vid början av 2001 uppgick till drygt 2,3 miljoner kronor, förklaras med påbörjade men inte avslutade projekt. Hela anslagssparandet beräknas bli förbrukat under 2001.

Regeringens överväganden

Genom att kritiskt granska existerande praxis och metoder inom hälso- och sjukvården bidrar SBU till att inte bara öka patientsäkerheten utan också till att höja kvaliteten och kostnadseffektiviteten inom vården.

Under verksamhetsåret 2000 har SBU publicerat utvärderingar av omkring 80 olika metoder för diagnostik, behandling och rehabilitering. Dessa utgörs av metoder vilka tillämpas vid stora folksjukdomar som astma, ryggont och magont.

SBU:s verksamhet under 2000 har också inneburit avsevärt mer omfattande aktiviteter än tidigare för spridning och praktiskt genomslag av resultaten av utvärderingarna. Ett flertal oberoende utvärderingar har visat att allt fler inom hälso- och sjukvården känner till SBU och SBU:s rapporter och anser att dessa håller hög kvalitet och trovärdighet. Mellan 70 och 75 procent av de som känner till SBU anser att de haft praktisk nytta av SBU:s resultat i sitt arbete. Totala antalet spridda rapporter under 2000 har uppgått till 29 000, vilket är en ökning med ca 40 procent jämfört med 1999. I ett internationellt perspektiv intar SBU en stark och ledande roll bland de 30–40 myndigheter som arbetar med utvärdering inom hälso- och sjukvården i olika länder.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2000. I budgetunderlaget för 2002 har SBU visat på behovet av att utveckla ett utvecklingsprogram för evidensbaserad hälso- och sjukvård för alla personalgrupper inom vården, en uppfattning som regeringen delar. Regeringen avser att lösa frågan i särskild ordning. Inriktningen för SBU:s verksamhet i övrigt bör vara oförändrad.

Tabell 4.15 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	35 971	35 971	35 971
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Pris- och löneomräkning	585	1 494	2 191
Premiejustering ²	97	97	97
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	682	1 591	2 288
Förslag/beräknat anslag	36 653	37 562	38 259

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 36 653 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 37 562 000 kronor respektive 38 259 000 kronor.

4.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.16 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2000	Utfall	21 248		2 802
2001	Anslag	21 769 ¹		22 439
2002	Förslag	24 980		
2003	Beräknat	25 586 ²		
2004	Beräknat	26 086 ³		

¹ Varav -1 638 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2001/budgetpropositionen för 2002.² Motsvarar 24 980 tkr i 2002 års prisnivå.³ Motsvarar 24 980 tkr i 2002 års prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har i uppdrag att stärka patientens ställning och säkerhet genom att se till att hälso- och sjukvården och tandvården bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt att den enskilde individens behov tillgodoses.

HSAN skall pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och därigenom bedöma hur hälso- och sjukvårdspersonal utövat sitt yrke. HSAN skall återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt

information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna.

Under 2000 anvisades 19 086 000 kronor under anslaget och verksamhetsåret resulterade i ett anslagssparande om 2 802 000 kronor. Det ingående anslagssparandet för året var 4 964 000 kronor. På grund av omprioriteringar i den statliga budgeten minskades anslaget för 2001 i tilläggsbudgeten i anslutning till 2001 års ekonomiska vårproposition med 1 570 000 kronor jämfört med tidigare föreslaget belopp.

Regeringens överväganden

HSAN:s årsredovisning för verksamhetsåret 2000 visar att antalet ärenden som inkommit under året legat på samma nivå som 1999. Den ökning av antalet ärenden som tidigare prognostiserats har sålunda inte infallit under de två senaste åren. En trolig förklaring till detta är utbyggnaden av patientnämnderna.

Första delrapporten för 2001 visar dock att ärendefrekvensen tilltagit något under det första kvartalet. Vidare har antalet avgjorda ärenden minskat i förhållande till föregående år samtidigt som de överstigit antalet inkomna ärenden under året. Antalet balanserade ärenden liksom kostnaden per ärende har minskat i förhållande till föregående år. Den genomsnittliga handläggningstiden har också minskat från 6,1 månader under 1999 till 5,3 månader under 2000. Denna utveckling har möjliggjorts genom att en större andel av ärendena avgjorts genom ordförandebeslut. Antalet ordförandebeslut uppgick under 2000 till 71 procent av samtliga fattade beslut, vilket bör jämföras med 55 procent respektive 68 procent under 1998 och 1999. Att andelen ordförandebeslut ökat så kraftigt beror på att den sedan 1999 gällande lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område är mindre restriktiv än den tidigare gällande disciplinpåföljdslagen i detta avseende.

I årsredovisningen för 2000 redogör nämnden detaljerat för könsfördelning hos anmälade patienter, anmäld sjukvårdspersonal, handläggare, ledamöter och experter.

Regeringen anser att analys av verksamheten ur båda köns perspektiv är viktig för nämndens arbete.

För att minska belastningen när det gäller förfrågningar från allmänhet, myndigheter och övriga, ämnar nämnden börja presentera infor-

mation om verksamheten på Internet. För att i möjligaste mån tillgodose behovet av information till invandrare kommer informationen också att finnas tillgänglig på några vanliga invandrar-språk. Hänsyn kommer även att tas till funktionshinderades informationsbehov.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2000 och ser därför ingen anledning att ändra myndighetens verksamhetsinriktning under det närmaste budgetåret.

Tabell 4.17 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	21 769	21 769	21 769
Förändring till följd av:			
Beslut	1 570	1 570	1 570
Pris- och löneomräkning	1 607	2 213	2 713
Premiejustering ²	34	34	34
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	3 211	3 817	4 317
Förslag/beräknat anslag	24 980	25 586	26 086

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vär-proposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 24 980 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvars-nämnd för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 25 586 000 kronor respektive 26 086 000 kronor.

4.9.6 13:6 Socialstyrelsen

Tabell 4.18 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

År	Utfall	417 090	Anslags-sparande	10 811
2000	Utfall	417 090	Anslags-sparande	10 811
2001	Anslag	488 865 ¹	Utgifts-prognos	455 988
2002	Förslag	460 736		
2003	Beräknat	470 683 ²		
2004	Beräknat	480 086 ³		

¹ Varav 12 288 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 459 236 tkr i 2002 års prisnivå.

³ Motsvarar 459 236 tkr i 2002 års prisnivå.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsyns-myndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst, tandvård, stöd och service till funktionshinderade, hälsoskydd och smittskydd. Det övergripande

ändamålet med anslaget är att säkerställa och främja god hälsa, social välfärd, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen har vidare ett övergripande ansvar för beredskapsfunktionen inom sitt bevakningsområde, vilket finns närmare redogjort för under utgiftsområde 6 Totalförsvaret, politikområde Försvarspolitik.

Utgifterna under anslaget uppgick under 2000 till drygt 417 miljoner kronor. Det ackumulerade anslagssparandet vid utgången av 2000 uppgick till knappt 11 miljoner kronor. Avvikelserna mellan anslag 2001 och prognos 2001 beror på att Socialstyrelsen för 2001 tillförts 43 miljoner kronor för informationsförsörjning, verksamhetsuppföljning m.m. på grund av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. Dessa medel är emellertid avsedda att användas för att täcka kostnaderna för denna verksamhet under hela perioden 2001–2004. För 2002, 2003 och 2004 tillförs anslaget 3 miljoner kronor vardera året för detta ändamål.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.19 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (Som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2000	6 261	0	15 549	-9 228
Prognos 2001	6 400	0	14 000	-7 600
Budget 2002	6 400	0	14 000	-7 600

Intäkterna avser avgifter från utfärdandet av legitimationer som sker inom Socialstyrelsens arbete med behörighetsfrågor. Socialstyrelsen disponerar inte någon del av intäkterna från legitimationshandlingen utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida.

Tabell 4.20 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2000	7286	30 279	-22 993
Prognos 2001	8 740	27 500	-18 760
Budget 2002*	5 200	23 800	-18 600

* Exkl. medicintekniska produkter.

Intäkterna under 2000 bestod av avgifter för kontroll av medicintekniska produkter, för ma-

terial från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data och statistikproduktion samt från försäljning av rapporter, skrifter m.m. Socialstyrelsen disponerar avgifterna i sin helhet. I enlighet med förslag i budgetpropositionen för 2001 har regeringen beslutat att överföra ansvaret för marknadsövervakningen av medicintekniska produkter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket fr.o.m. den 1 september 2001 (se även under rubriken Regeringens överväganden under detta anslag). Förändringen innebär också att rätten att ta ut avgifter enligt förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter överförs till Läkemedelsverket.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Som en anslagspost under anslaget 13:6 Socialstyrelsen disponerar myndigheten 42 miljoner kronor per år för att stimulera en önskvärd utveckling inom den kommunala socialtjänsten. En betydande del av dessa medel används till fleråriga utvecklingsprojekt i någon eller några kommuner. Därmed uppstår ett behov för Socialstyrelsen att ta på sig ekonomiska förpliktelser som sträcker sig över flera budgetår. Motsvarande behov finns även vad avser Socialstyrelsens beredskapsfunktion (se utgiftsområde 6 Totalförsvaret, politikområde Försvarspolitik). Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att för anslaget 13:6 Socialstyrelsen och 6:9 Funktionen Hälso- och sjukvård m.m. ikläda sig sådana förpliktelser. Den föreslagna sammanlagda bemyndiganderamen under perioden 2002–2004 framgår av tabellen nedan.

Tabell 4.21 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	16 279	6 536	11 000		
Nya åtaganden	1 716	10 550	11 000		
Infriade åtaganden	-11 459	-6 086	-10 000	-11 000	-1 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	6 536	11 000	12 000		
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	45 000	32 000	12 000		

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

Regeringen har på politikområdesnivån i tillämpliga delar redovisat Socialstyrelsens insatser och uppnådda resultat i förhållande till de mål som riksdagen fastställt för verksamhetsområdena Hälsovård och sjukvård, respektive Social omsorg i budgetpropositionen för 2000. Socialstyrelsens verksamhetsområde är mycket omfattande och spänner över stora delar av det socialpolitiska fältet. Det är därför endast möjligt att beröra begränsade delar av myndighetens verksamhet i denna resultatredovisning.

Under 2000 och hittills under 2001 har ett omställningsarbete genomförts inom Socialstyrelsen för att bättre anpassa myndigheten till nu rådande krav och förväntningar. Cirka 85–90 personer har direkt omfattats av myndighetens åtgärder. Socialstyrelsen har i omställningsarbetet valt att så långt möjligt bygga på de anställdas önskan att frivilligt lämna organisationen. Formerna för personalavvecklingen har dels varit förtida uttag av pension (pensionsersättning) och kompletterande ersättning av Socialstyrelsen, dels individuella lösningar med särskilda insatser. Endast ett fåtal anställda har i formell mening sagts upp från sina anställningar. Myndigheten har också rekryterat viss ny personal, bl.a. har ett ekonomiskt sekretariat byggts upp och den utvärderande kompetensen hos myndigheten generellt förstärkts. Regeringens bedömning är att myndigheten genomfört dessa förändringar på ett förtjänstfullt sätt.

Regeringens samlade bedömning är att Socialstyrelsen under 2000 på ett effektivt sätt arbetat mot målen för verksamheten. Den verksamhet som Socialstyrelsen bedrivit under året har också en inriktning och omfattning som på ett bra sätt svarar mot de krav som regeringen ställt på myndigheten i olika sammanhang.

För 2002 ligger de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende Socialstyrelsens verksamhet i huvudsak fast.

I februari 2001 lämnade Socialstyrelsen en redovisning av myndighetens miljöledningssystem, i enlighet med ett regeringsuppdrag som Socialstyrelsen och ett antal andra statliga myndigheter fick i december 1998. Socialstyrelsen genomförde under 1999 en miljöutredning och fortsatte arbetet med att utforma ett miljöledningssystem genom att ta fram miljöpolicy, miljömål och en handlingsplan för myndighetens

miljöarbete 2001–2002. Arbetet med att implementera miljöarbetet i verksamheten fortsätter. Smittskyddsområdet redovisas och analyseras under politikområdet Folkhälsa (avsnitten 5.6.1 och 5.6.2).

I enlighet med förslag i budgetpropositionen för 2001 har regeringen beslutat att överföra ansvaret för marknadsövervakningen av medicintekniska produkter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket fr.o.m. den 1 september 2001. Tillsynen av vårdgivarnas och sjukvårdspersonalens användning av medicintekniska produkter förblir emellertid Socialstyrelsens ansvar. Överföringen har reglerats genom en ändring av förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter. Förordningsändringen innebär även att rätten att ta ut avgifter för verksamheten överförs från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. Som redogjordes för i budgetpropositionen för 2001 innebär ändringen i ansvarsförhållandena att medel behöver överföras från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. Regeringen har därför för avsikt att genom en ändring i Socialstyrelsens regleringsbrev avseende anslag 13:6 Socialstyrelsen ålägga styrelsen att överföra medel enligt överenskommelse mellan Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Det kommer framgent att åligga de två myndigheterna att inför varje verksamhetsår sluta en överenskommelse om överföringsbeloppets storlek.

Socialstyrelsen har sedan 1996 ansvarat för det nationella biverkningsregistret för dentala material, vilket inrättades detta år. Driften av biverkningsregistret lades dock ut på Medicinskodontologiska fakulteten vid Umeå universitet. Med anledning av överförandet av tillsynen över medicintekniska produkter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket överförs ansvaret för rapportering av biverkningar av dentalmaterial till Läkemedelsverket. Denna rapportering skall ingå i den normala vigilansrapporteringen för medicintekniska produkter i enlighet med LVFS 2001:8.

I enlighet med regeringens proposition Svenska miljömål – delmål och åtgärdsstrategier (2000/01:130) är Socialstyrelsen den myndighet som har det övergripande ansvaret för miljömålsfrågor relaterade till hälsa. Regeringen anser att det är angeläget att samordna aktiviteter inom området för miljö och hälsa, och kommer att tillse att uppföljning inom miljömålsarbetet

överensstämmer i tiden med den uppföljning som kommer att bli referenspunkt för de nationella folkhälsomålen. Under 2002 och 2003 kommer Socialstyrelsen att tilldelas 1,2 miljoner kronor per år från utgiftsområde 20, anslaget 34:2 Miljöövervakning. Från 2004 och framåt kommer i stället samma summa att föras över från anslaget 34:3 Åtgärder för biologisk mångfald under samma utgiftsområde.

I beräkningen av anslaget har också tagits hänsyn till att 1,5 miljoner kronor engångsvis föreslås överföras från utgiftsområde 4 Rättsväsendet, anslaget 4:11 Ersättning för skador på grund av brott, till detta anslag 2002 för särskilda insatser avseende kunskapsutveckling inom socialtjänsten på brottsofferområdet (prop. 2000/01:79).

Vidare minskas anslaget 2002–2004 med 6,5 miljoner kronor som en delvis finansiering av insatserna i den kommande nationella handlingsplanen mot narkotika. De 6 miljoner kronor som engångsvis överfördes 2001 till anslaget 14:4 Folkhälsoinstitutet för tobaksprevention återförs 2002 till Socialstyrelsens anslag. För uppföljning av effekterna av resurstillskottet till vården samt för centrala insatser som stöd till landstingens och kommunernas utvecklingsarbete tillfördes anslaget 13:6 Socialstyrelsen 7 miljoner kronor 2001. Under 2002–2004 uppgår motsvarande tillskott till 14 miljoner kronor.

Tabell 4.22 Härlledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	488 865	488 865	488 865
Förändring till följd av:			
Beslut	–30 800	–32 300	–32 300
Pris- och löneomräkning	8 815	20 262	29 665
Premiejustering ²	–6 144	–6 144	–6 144
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	–28 129	–18 182	–8 779
Förslag/beräknat anslag	460 736	470 683	480 086

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 460 736 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 Socialstyrelsen för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 470 683 000 kronor respektive 480 086 000 kronor.

4.10 Övrig verksamhet

4.10.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att tillse att läkemedel är säkra, effektiva och av god kvalitet samt verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Läkemedelsverket skall främja säkerheten och kvaliteten för läkemedelsnära produkter. Läkemedelsverket ansvarar också för medicintekniska produkter.

Läkemedelsverket skall även medverka till att läkemedelsförsörjningen utvecklas och blir kostnadseffektiv.

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

Läkemedelsverkets verksamhet är i sin helhet avgiftsfinansierad och verket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 2000 redovisat ett rörelseöverskott på 24 946 000 kronor. Verksamhetens intäkter var 241 641 000 kronor. Läkemedelsverket har angivit en beräknad kostnadsbudget om 252,5 miljoner kronor för 2001. Regeringen har i juni 2001 beslutat om nya avgifter för Läkemedelsverket. Budgeten för 2002 är beräknad efter dessa avgifter och kostnadsbudgeten är angiven till 258,4 miljoner kronor för 2002.

Läkemedelsverket hade i början av 2001 ett ingående myndighetskapital på drygt 22 miljoner kronor.

Inom ramen för offentligrättslig verksamhet redovisas fr.o.m. 2001 6 miljoner kronor som avser producentobunden läkemedelsinformation.

I enlighet med förslag i budgetpropositionen för 2001 har regeringen beslutat att överföra marknadsövervakningen av medicintekniska produkter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. Regeringen har av denna anledning i juni 2001 beslutat om höjda avgifter för verksamheten som därutöver kommer att finansieras genom att Socialstyrelsen till Läkemedelsverket årligen utbetalar ett överenskommet belopp.

Socialstyrelsen har sedan 1996 ansvarat för det nationella biverkningsregistret för dentala material, vilket inrättades detta år. Driften av biverkningsregistret lades dock ut på Medicinskodontologiska fakulteten vid Umeå universitet. Rapportering av biverkningar för dentala mate-

rial skall ingå i den normala vigilansrapporteringen enligt LVFS 2001:8 för medicintekniska produkter och ansvaret bör därför flyttas över till Läkemedelsverket.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.23 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (Som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2000	–	239 817	–214 703	25 114
Prognos 2001	–	248 000	–233 100	14 900
Budget 2002	–	260 000	–252 500	7 500

Tabell 4.24 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter som inte får disponeras	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2001	–	1 824	–1 992	–168
Prognos 2001	–	2 170	–2 170	0
Budget 2002	–	2 000	–2 000	0

Tabell 4.25 Medicintekniska produkter

Tusental kronor

Medicintekniska produkter	Intäkter som inte får disponeras	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Prognos 2001	–	1 200	–1 300	–100
Prognos 2002	–	3 800	–3 900	–100
Prognos 2003	–	3 800	–3 900	–100

Regeringens överväganden

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

4.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är helägt av staten. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen med redogörelse för företaget med statligt ägande.

Apoteket AB är inne i en utvecklingsfas som syftar till att öka företagets nytta för samhället. Detta sker genom att man satsar på nya distributionsformer och utvecklar tjänster för en bättre läkemedelsanvändning. Många studier visar att felanvändning av läkemedel är ett stort problem, inte endast för den enskilda individens hälsa utan även för att det medför stora kostnader för samhället. Apoteket AB, som har kontakt med landets alla förskrivare och möter alla receptkunder, har här en nyckelroll i arbetet för en bättre läkemedelsanvändning.

Vid utgången av 2000 bestod koncernen av moderbolaget Apoteket AB, de rörelsedrivande dotterbolagen, Kemi och Miljökonsulterna AB, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi AB (IHE), samt intressebolagen Oy Tamro Abp och Kårhuset Pharmen AB.

Läkemedelsdistributionen sker genom ca 900 apotek. Den slutna vårdens behov av läkemedel tillgodoses av Apoteket AB via ettåriga entreprenadavtal med sjukvårdshuvudmännen genom cirka 100 särskilda sjukhusapotek, ofta kombinerade sjukhus- och expeditionsapotek med försäljning också till allmänheten. I Apoteket AB:s distributionservice ingår förutom apoteken även cirka 1 000 apoteksombud. Dessa är enskilda näringsidkare som mot provision förmedlar receptbelagda läkemedel eller säljer vissa receptfria läkemedel från ett lager som ägs av Apoteket AB. Ombudens huvuduppgift är att tillgodose behovet av distribution av läkemedel företrädesvis i glesbygd.

Apoteket omsatte under 2000 27,9 miljarder kronor, en ökning med 6,6 procent jämfört med föregående år. Försäljningen av läkemedel mot recept ökade med 7,6 procent.

Från 1980-talet fram till och med 1996 har försäljningen ökat konstant. Den minskade försäljningen 1997 var en effekt av det nya systemet med läkemedelsförmånen som trädde i kraft den 1 januari 1997. Ändringen i läkemedelsförmånen ledde bl.a. till en hamstring av läkemedel under senare delen av 1996 vilket medförde en minskad försäljning under första halvåret 1997. Under 1999 och 2000 har försäljningen åter ökat. Sänkta handelsmarginaler har påverkat Apoteket AB:s resultat negativt men kommit samhället till godo i form av sänkta läkemedelskostnader.

Den största delen av kostnaderna för läkemedel på recept inom ramen för läkemedelsförmånen betalas av landstingen. För detta får de ett särskilt statsbidrag. Ändringar i läkemedelsförmånen infördes fr.o.m. den 1 juni 1999 efter beslut i riksdagen.

Vinstutdelningen till bolagets ägare var 100 miljoner kronor för verksamhetsåret 2000.

Staten har vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 18 april 2001 uttalat att vinstutdelning till bolagets ägare avseende verksamhetsåret 2001 bör, under förutsättning att aktiebolagslagens vinstutdelningsregler medger detta, uppgå till omkring 100 miljoner kronor.

Regeringen avser att under 2002 se över verksamhetsavtalet mellan staten och Apoteket AB med anledning av de förändringar som inträder med anledning av förslagen i den kommande propositionen om vissa ändringar i läkemedelsförmånen och landstingens ökande ansvar för kostnaderna för läkemedel i öppen vård.

Tabell 4.26 Ekonomisk översikt

Miljoner kronor

	1996	1997	1998	1999	2000
Nettoomsättning	23 541	21 624	23 420	26 130	27 866
Resultat efter Finansiella poster	1 175	1 126	341	400	29
Eget kapital	2 600	3 076	1 873	2 032	1 955
Utdelning	300	1 500	100	100	100
Räntabilitet på eget kapital, %	5,5	-11,7	13,6	14,1	0,2
Antal anställda	9 550	9 447	9 147	9395	9 802

5 Politikområde Folkhälsa

5.1 Omfattning

Den verksamhet som ingår i politikområdet folkhälsa är inriktad mot hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Utmärkande för politikområdet är dess sektorsövergripande och tvärvetenskapliga karaktär, vilket bl.a. innebär ett stort mått av samordning av insatser för att förbättra folkhälsan. De flesta hälsofaktorer, s.k. hälsodeterminanter eller bestämningsfaktorer för hälsa, påverkas främst inom andra politikområden än politikområdet folkhälsa. De hälsofaktorer som ligger inom politikområdet folkhälsa är:

- Alkohol, narkotika, dopning och tobak
- Smittskydd och hälsoskydd
- Förebyggande av hiv/aids och andra sexuellt överförbara infektioner (STI)
- Psykisk hälsa
- Matvanor och fysisk aktivitet
- Förebyggande av spelberoende

Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå, dvs. inom landsting och kommuner samt av frivilligorganisationer. Ett folkhälsoansvar åvilar bl.a. hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), smittskyddslagen (1988:1472) m.fl. lagar. Kommunernas folkhälsoarbete härrör från ett flertal kommunala verksamheter och dithörande lagar, t.ex. miljöbalken (1998:808), socialtjänstlagen (1980:620), livsmedelslagen (1971:511), plan- och bygglagen (1987:10) m.fl. lagar.

Det nationella folkhälsoarbetet handlar om att utforma en folkhälsopolitik som skapar bra förutsättningar för en god hälsa hos befolkningen. Syftet är bl.a. att se till att folkhälsoaspekter tillvaratas och beaktas i politiska beslut och att incitament skapas för institutioner och enskilda att prioritera folkhälsa.

På nationell nivå bedrivs folkhälsoarbete av statliga myndigheter samt frivilliga organisationer. Centrala roller har bl.a. Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Dessa myndigheter har viktiga uppgifter att fylla inom områden som nationell uppföljning och utvärdering, kunskapscentrum, epidemiologisk uppföljning, tillsyn m.m. Andra myndigheter med viktiga roller inom folkhälsoområdet är bl.a. länsstyrelserna, Konsumentverket, Livsmedelsverket och Naturvårdsverket. När det gäller forskningsområdet bedrivs viktig folkhälsoforskning bl.a. för medel som disponeras av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, vilka är huvudfinansiärer för folkhälsoforskning på statlig nivå.

Statens stöd inom politikområdet folkhälsa handlar om medel till statliga myndigheter, dvs. Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut och Institutet för Psykosocial Medicin. Inom politikområdet ges även bidrag till olika förebyggande insatser mot hiv/aids, folkhälsopolitiska åtgärder bestående av framför allt bidrag till organisationer m.fl. samt medel för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder inklusive medel för genomförande av de nationella handlingsplanerna mot alkoholskador och narkotika. Därutöver ges även bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) i form av Sveriges medlemsavgift. Inom området folkhälsa ingår även Nordiska hälsovårdshögskolan, vilken utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. Även Alkoholsortimentsnämnden ingår i politikområdet folkhälsa. Nämnden inrättades som ett led i de krav som Europeiska unionen ställde upp i samband med Sveriges inträde. Alkoholinspektionen avvecklades som myndighet från och med den 1 juli 2001 och uppgifterna övertogs av Statens folkhälsoinstitut.

De dominerande posterna inom politikområdet folkhälsa är anslagen till Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut och Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Anslagsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2000 ¹	Anslag 2001	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
14:1 Insatser mot aids	67,3	65,6	64,4	58,1	58,1	58,1
14:2 Bidrag till WHO	32,0	8,0	9,2	39,4	34,4	34,4
14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	18,6	18,9	19,4	19,1	17,5	17,9
14:4 Statens folkhälsoinstitut	111,4	123,8	129,8	122,4	125,5	127,8
14:5 Smittskyddsinstitutet	123,1	150,7	155,9	161,0	175,4	178,6
14:6 Institutet för Psykosocial Medicin	12,9	14,1	13,3	13,9	14,3	14,5
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	64,2	53,6	53,6	86,6	86,6	86,6
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	40,8	127,5	110,0	302,5	192,5	177,5
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	0,1	0,0	0,3	0,4	0,4	0,4
Totalt för politikområde Folkhälsa	470,4	562,2	555,9	803,4	704,6	695,8

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

5.3 Mål

Målet för politikområdet är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.

Med folkhälsa menas det allmänna hälsotillståndet för hela eller delar av befolkningen samt hälsans utveckling och fördelning i befolkningen. För ett framgångsrikt folkhälsoarbete krävs sektorsövergripande samverkan på både lokal (kommuner), regional (landsting samt försöksverksamhet med regioner) och nationell nivå.

Målet för politikområdet är formulerat så att en fokusering ligger på att minska ojämlikheten i hälsa. Detta utesluter dock inte att folkhälsan skall förbättras för hela befolkningen. Med "eftersatta grupper" menas här grupper i befolkningen som utifrån skillnader i livsvillkor och levnadsvanor har sämre förutsättningar för en god hälsa.

Regeringen har påbörjat arbetet med att utforma en nationell folkhälsopolitik vilket inkluderar ett arbete med att formulera nationella mål och indikatorer för folkhälsoarbetet. Detta arbete kommer att redogöras för i en proposition till riksdagen under 2001/2002. I och med att utvecklingsarbetet pågår föreslås i denna budgetproposition inget nytt mål för politikområdet. De nationella folkhälsomålen kommer att bli vägledande för vilket mål som formuleras för politikområdet folkhälsa för 2003.

I årets budgetproposition presenteras ett antal hälsomått, mot vilka målpuppfyllelsen kan bedömas. Dock saknas för närvarande på många områden entydiga och tillförlitliga mått som t.ex. visar på ojämlikhetens fördelning och utveckling i olika grupper. De indikatorer som för närvarande används för att mäta hälsoutvecklingen i befolkningen är bl.a. förväntad medellivslängd, dödlighet, sjuklighet samt självskattad hälsa (avseende funktionshindrade, se vidare politikområde Handikappolitik, för redovisning av sjukfrånvaro och arbetsrelaterad ohälsa hänvisas även till politikområde Ersättning vid arbetsoförmåga samt vad avser arbetsmiljö och arbetsrelaterad stress till politikområde Arbetslivspolitik).

5.4 Politikens inriktning

För att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i ohälsa har regeringen påbörjat arbetet med att utforma en nationellt samordnad folkhälsopolitik som avses bli vägledande för aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå inom folkhälsoområdet. I detta arbete ingår bl.a. att formulera folkhälsomål och ta fram indikatorer för att bättre kunna följa upp folkhälsoutvecklingen. Målen för folkhälsan kommer att ha ett tydligt köns- och klassperspektiv. Dessutom har Statens folkhälsoinstitut (fr.o.m. 1 juli 2001) fått en ny uppföljnings- och utvärderingsroll vilket på sikt kommer att kunna ge regeringen förbättrade beslutsunderlag på folkhälsoområdet.

Ett viktigt inslag i det internationella arbetet är att stärka arbetet med folkhälsofrågor inom EU. Sverige verkar för att ett nytt åtgärdsprogram inom folkhälsoområdet skall antas. Många av de viktigaste och mest grundläggande bestämmningsfaktorerna för hälsa ligger utanför den traditionella folkhälsopolitiken. Sverige strävar därför efter att hälsoaspekter skall integreras i andra politikområden och har i utformningen av den framtida folkhälsopolitiken inom EU understrukt att en sådan integrering måste ske på ett tidigt stadium. Sverige har även poängterat att arbetet med de sociala bestämmningsfaktorerna för folkhälsan måste stärkas och ges ökad tyngd.

När det gäller *alkoholområdet* har riksdagen den 21 februari 2001 beslutat om en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144). I handlingsplanen slås fast att målet för samhällets alkoholpolitik även i fortsättningen är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Huvudinriktningen för alkoholpolitiken skall vara att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. Förstärkta åtgärder behövs i form av särskilda stödinsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende, vård- och behandlingsinsatser, opinionsbildning och information, begränsning av tillgängligheten och marknadsföringen av alkoholdrycker, kompetensutveckling, uppföljning av konsumtions- och skadeutvecklingen samt alkoholforskning. Förstärkta åtgärder behövs också för att utveckla samarbetet på europeisk och internationell nivå.

Visionen för den svenska *narkotikapolitiken* är ett samhälle utan narkotika. Inriktningen kommer även fortsättningsvis att vara insatser och åtgärder inom narkotikapolitikens område. Dessa syftar till att begränsa både tillgången och efterfrågan på narkotika samt baseras på kunskap om faktiska förhållanden och utvärderingar av effekterna av olika insatser.

Narkotikakommissionens slutbetänkande (SOU 2000:126) som överlämnades i januari 2001 kommer att ligga till grund för en särskild narkotikapolitisk handlingsplan som regeringen avser att överlämna till riksdagen under 2001. I handlingsplanen kommer att presenteras en rad åtgärder för hur de narkotikapolitiska målen skall kunna uppnås samt hur arbetet på nationell och lokal nivå bör inriktas och samordnas. Handlingsplanen kommer bl.a. att omfatta förebyggande åtgärder och vård- och behandlingsinsatser.

Under 2001 planerar regeringen att överlämna en *tobaksproposition* till riksdagen. I propositionen kommer ett antal åtgärder att presenteras som syftar till att målen för regeringens politik på området skall uppnås. I denna proposition kommer bl.a. att behandlas Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande Hälsa på lika villkor (SOU 2000:91) avseende förslag om tobak. Slutligen avser regeringen att återkomma med riksdagens tillkännagivanden att frågan om förtäckt reklam måste utredas (bet.1993:94:SoU 17 och rskr. 1993/94:149).

Den självupplevda psykiska ohälsan har förvärrats i vissa befolkningsgrupper. För att förbättra den *psykiska hälsan* krävs insatser på både statlig, regional och lokal nivå. Samhällets ansvar är att skapa goda förutsättningar för att främja en god psykisk hälsa. Detta tillsammans med individens egna förutsättningar och egna val blir slutligen avgörande för den psykiska hälsan och välbefinnandet. Regeringen avser att i arbetet med propositionen med förslag till nationella folkhälsomål försöka skapa dessa förutsättningar i samhället för att främja en god psykisk hälsa för hela befolkningen. Frågor om den psykiska ohälsan berörs också i regeringens handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (se politikområde 19 Ersättning vid arbetsförmåga).

Regeringen avsätter varje år särskilda medel för att minska spridningen av *hiv/aids*. Genom förebyggande insatser och väl fungerande smittskyddsarbete har Sverige legat på en mycket låg nivå av hiv-smittade med internationella mått

mätt. Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att arbeta vidare på den handlingsplan för att förebygga hiv/aids/STI som togs fram år 2000. Det framtida arbetet skall särskilt inriktas på ett ökat samarbete mellan de statliga aktörerna på området, smittskyddsläkarna och landstingen. Det nationella arbetet för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar kommer även fortsättningsvis att ha hög prioritet i regeringens arbete.

5.5 Insatser

5.5.1 Insatser inom politikområdet

I maj 2000 presenterade Kommissionen ett meddelande om den framtida hälsostrategin inom den Europeiska gemenskapen samt ett förslag till nytt åtgärdsprogram på folkhälsoområdet åren 2001–2006. Den nuvarande strukturen med flera separata program föreslås ersättas av ett enda sammanhållet program som är tänkt att inriktas på tre övergripande åtgärdsområden; förbättrad information för förbättring av hälsan, snabba åtgärder vid risker mot hälsan samt arbete med bestämningsfaktorer för hälsan genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Förslaget till nytt folkhälsoprogram har fått starkt stöd av både rådet och Europaparlamentet. Vid hälsorådet i juni 2001 antogs en gemensam ståndpunkt om förslaget.

På nationell nivå har Socialstyrelsen i mars 2001 inkommit med en folkhälso rapport på uppdrag av regeringen. Syftet med rapporten är att ge en översiktlig beskrivning och analys av folkhälsans utveckling och fördelning. Rapporten utgör ett viktigt underlag för regeringens fortsatta folkhälsoarbete. Dessutom har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag i januari 2001 inkommit med en miljöhälso rapport. Rapporten beskriver det nationella läget när det gäller hälsorisker i miljön och miljörelaterad ohälsa. Syftet med rapporten är att ge underlag för prioriteringar och beslut inom miljöhälsoområdet.

Statens folkhälsoinstitut har under år 2000 haft regeringens uppdrag att utveckla och pröva metoder för hälsokonsensbedömningar/beskrivningar (HKB). I likhet med miljökonsekvensbeskrivningar (MKB), som dessutom är etablerade i lagstiftning, handlar det om att tillföra underlag som belyser

effekter och konsekvenser på hälsan av olika beslut. I dag saknas dock en allmänt vedertagen modell och metodik för hur HKB skall genomföras. Institutet har inom uppdragets ram koncentrerat arbetet till att utveckla en s.k. principmodell för HKB. Principmodellen utgår från Nationella folkhälsokommitténs förslag till hälsomål som har formulerats med utgångspunkt från hälsans bestämningsfaktorer. Det återstår ett fortsatt utvecklingsarbete med att ta fram säkerställda underlag om olika åtgärders påverkan på olika bestämningsfaktorer för hälsan samt praktisk tillämpning av principmodellen innan HKB kan användas i politiskt beslutsfattande på nationell nivå.

Förutsättningarna för att bedriva en traditionell svensk *alkoholpolitik* har de senaste åren förändrats och alkoholpolitiken har sedan det svenska EU-inträdet stått inför nya utmaningar. För att motverka negativa effekter för folkhälsan till följd av ändrade införselregler inrättades redan 1997 en nationell ledningsgrupp för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser under socialministerns ledning och en ny nationell handlingsplan togs under 2000 fram för perioden 2001–2005. För genomförandet av den nationella handlingsplanen tillsattes i mars 2001 en särskild kommitté med representanter från bl.a. berörda statliga myndigheter samt kommun- och landstingsförbunden. Kommittén skall samordna insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatserna på regional och lokal nivå under de närmaste fem åren.

Erfarenheterna från de projekt på nationell nivå som den nationella ledningsgruppen för alkoholförebyggande insatser hittills har initierat är mycket goda. Ett 25-tal nationella projekt har fått stöd i syfte att bidra till att genomföra den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador. Ett omfattande forskningsprogram har stötts vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) liksom projekt med syfte att aktivt engagera ungdomar i det alkoholskadeförebyggande arbetet. En kommunal handbok i alkohol- och drogförebyggande lokalt arbete har tagits fram av Svenska Kommunförbundet med stöd av medel från Socialdepartementet. Sammanlagt har drygt 40 miljoner kronor fördelats till olika alkohol- och narkotikaförebyggande projekt under år 2000. Länsstyrelserna har hittills för

2001 erhållit 25 miljoner kronor att fördela till kommunernas alkoholförebyggande arbete samt föreslås tillföras ytterligare 50 miljoner kronor i tilläggsbudgeten för 2001.

Under det svenska ordförandeskapet har på svenskt initiativ en europeisk WHO-ministerkonferens genomförts om alkohol i Stockholm den 19–21 februari 2001. Temat för konferensen var unga människor och alkohol. Hälso- och ungdomsministrar samt andra representanter från 51 länder i Europa antog en ny WHO-deklaration om unga människor och alkohol. Som ett led i förberedelsearbetet för konferensen hölls också ett särskilt ungdomsmöte i Stockholm där unga representanter från samtliga WHO:s medlemsländer deltog för att ge sin syn på hur alkoholens skadeverkningar skall minskas.

På svenskt initiativ har EU-kommissionen utarbetat ett förslag till rekommendation (Kom (2000) 736) som Ministerrådet antog den 5 juni 2001 om barns och ungdomars alkoholkonsumtion. Medlemsländerna rekommenderas av ministerrådet att förbättra det hälsofrämjande arbetet samt utveckla lämpliga strukturer och normer för producenter och försäljare av alkoholhaltiga drycker i syfte att förebygga alkoholrelaterade problem hos barn och ungdomar. Ministerrådet har även i juni 2001 på svenskt initiativ beslutat att uppdra åt EU-kommissionen att utarbeta en alkoholstrategi på folkhälsoområdet inom EU.

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

Sverige deltar aktivt i FN:s narkotikakontrollprogram UNDCP, men även i Europarådets samarbetsgrupp för narkotikafrågor, den s.k. Pompidougruppen. I Pompidougruppen deltar Sverige bl.a. aktivt i ett uppföljningsprojekt som startade hösten 1999 och som handlar om utbildning av personal inom förebyggande arbete samt vård- och behandlingsarbete i Central- och

Östeuropa. En strategi för narkotikabekämpning inom EU antogs vid Europeiska rådet i Helsingfors 1999. Vid toppmötet i juni 2000 antogs en särskild handlingsplan för att genomföra EU:s narkotikastrategi. Under våren 2001 har arbetet påbörjats med att utvärdera handlingsplanen. Denna halvtidsutvärdering kommer att presenteras i slutet av 2002.

Syftet med de statliga satsningarna inom området *tobaksprevention* är dels att bidra till att unga människor inte börjar använda tobak, dels att underlätta för människor att sluta röka. Regeringen har anslagit 6 miljoner kronor under 2001 för tobakspreventivt arbete. Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag genomfört detta uppdrag. Institutet har också bidragit till Sluta Röka Linjen och även utvecklat ett självhjälp-material för företag, Rökfri på Jobbet-paket, i samarbete med arbetsmarknadens parter.

Genom EU-medlemskapet har tobakspolitiken påverkats påtagligt då en viktig del av lagstiftningen numera är europeisk. En skärpning pågår för närvarande av den europeiska lagstiftningen och ett antal viktiga initiativ genomförs inom EU och WHO. Under det svenska ordförandeskapet i EU:s ministerråd genomfördes en förlikning för att skärpa lagstiftningen inom området tillverkning, presentation och marknadsföring av tobaksvaror. Inom WHO pågår sedan år 2000 en förhandlingsprocess om en bindande ramkonvention för tobakskontroll som förväntas antas av WHO:s årsförsamling år 2003.

EU-kommissionen har den 30 maj 2001 publicerat ett nytt förslag till direktiv avseende reklam för tobaksvaror som därmed kommer att vara föremål för diskussion i ministerrådet under 2001 och 2002. Beslut kan tidigast komma år 2002.

Psykisk ohälsa och stressrelaterad ohälsa är problem som ökar i samhället. Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att arbeta för barns och ungdomars psykiska hälsa. För att få bättre kunskap om barns och ungdomars psykiska besvär har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa. Dessutom arbetar även Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) med att främja hälsa såväl för barn och ungdomar som vuxna och med vissa områden som särskilt fokuseras i institutets verksamhet. IPM har under föregående år gett ut ett trettiotal originalpublikationer fördelade på samtliga fem verk-

samhetsgrenar. Kunskapsspridning sker även via publikationer avsedda för allmänheten, personalvård, företagshälsovård, studerande inom vården och liknande mottagare för att sprida kunskapen externt om genomförda studier. Institutet har även medverkat med föreläsningar vid kurser och konferenser för exempelvis olika högskolor, landsting och kommunförbund. Medverkan har också skett vid en del akademiska grundutbildningar för att få en tillämpning och användning av den kunskap som tagits fram inom IPM. Vid IPM drivs även Centrum för suicidforskning och prevention i samarbete med Stockholms läns landsting. Inom ramen för arbetet har bl.a. ett utbildningsmaterial till skolor om självmordsprevention tagits fram.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har under året genomfört aktiviteter för att förbättra den psykiska hälsan. Flera insatser har gjorts inom området barns och ungdomars psykiska hälsa, där ett flertal seminarier med experter genomförts. Stressrelaterad hälsa har även varit fokus i ett av FHI:s större projekt inom ett utvecklingsarbete med arbetslivet som arena. Målgruppen har varit kvinnor yrkesverksamma inom vården.

Inom *smittskyddsområdet* har ett program för beredskap mot allvarlig smitta – Kunscapscentrum för mikrobiologisk beredskap (KCB) – inrättats i samarbete mellan Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet (SMI), Försvarets forskningsanstalt (FOA), Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) och Försvarmakten. Utgångspunkten för en del av detta arbete utgörs bl.a. av de möjligheter som kommer att finnas i det nya säkerhetslaboratoriet vid Smittskyddsinstitutet att hantera smittämnen som kräver högsta säkerhetsnivå.

När det gäller förebyggande insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara infektioner har regeringen dels genom ekonomiskt stöd, dels genom handlingsplaner och regeringsuppdrag till Statens folkhälsoinstitut bidragit till att få till stånd ett brett förankrat och väl samordnat preventivt arbete kring hiv/aids. Statens folkhälsoinstitut har under året genomfört ett flertal konferenser och informationskampanjer. FHI har även tagit fram och presenterat en nationell handlingsplan för hiv/STI-prevention. I regleringsbrevet för 2001 har FHI fått ett uppdrag att vidareutveckla arbetet med handlingsplanen i samverkan med berörda myndigheter och organisationer.

FN:s generalförsamling har genomfört en särskild session med fokus på hiv/aidsfrågorna i världen i juni 2001. Vid mötet enades medlemsstaterna om en deklaration om de insatser som behövs för att bekämpa hiv/aids och dess följdverkningar. I samband med generalförsamlingens möte i juni 2001 har hiv/aids kommit att uppmärksammas alltmer i nationella sammanhang.

Under året har Socialstyrelsen arbetat med att förbättra informationen till föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal i fråga om säkerhet och effekter av vacciner. Socialstyrelsen har bl.a. färdigställt en rapport Vaccination av barn – vanliga frågor om säkerhet och effekter.

När det gäller antibiotikaresistens har ett förslag till nationella handlingsplan utarbetats av Socialstyrelsen. Förslaget har remissbehandlats och är för närvarande under beredning inom regeringskansliet. Ett omfattande övervaknings-, registrerings- och informationsarbete förekommer sedan tidigare, t.ex. av STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotika användning och minskad antibiotikaresistens) och RAF (Referensgruppen för antibiotikafrågor).

Den svenska modellen för övervakning av resistensläget och strategier för att få till stånd en rationell antibiotikaanvändning har under året vunnit gehör inom EU. Som ett led i det svenska ordförandeskapet i EU har Socialstyrelsen arrangerat en konferens i Visby om det mikrobiella hotet. I juni 2001 presenterade kommissionen ett meddelande om en gemenskapsstrategi mot antibiotikaresistens i vilket åtgärder inom en rad områden som humanmedicin, veterinärmedicin och forskningspolitik föreslås. Till meddelandet bilades ett förslag till rekommendation om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicinen. Förslaget kommer under hösten att vara föremål för behandling i rådet.

EU-kommissionen presenterade i september 2001 en rapport om utvecklingen av nätverket för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen. I rapporten konstateras att det bl.a. redan finns flera system för övervakning av smittsamma sjukdomar inom EU och att en utvidgning av verksamheten till att omfatta jämförbara system för andra prioriterade smittsamma sjukdomar pågår löpande. Den epidemiologiska situationen vad gäller variant Creutzfeldt-Jakob sjukdom har fortlöpande varit föremål för diskussion inom

hälsorådet under senare år. Vid hälsorådet i juni 2001 antogs rådslutsatser om behovet av en proaktiv strategi inom detta område.

Inom Östersjösamarbetet har arbetet i den särskilda aktionsgruppen smittsamma sjukdomar som inrättats inom Östersjöstaternas råd (CBSS) utvecklats ytterligare och bl.a. har utpekats prioriterade områden som hiv/aids, tuberkulos, antibiotikaresistens och primärvård.

Under budgetåret 2000 har Statens folkhälsoinstitut tilldelats fyra miljoner kronor och i tilläggsanslag ytterligare två miljoner kronor för att förebygga *spelberoende* och minska de skadliga effekterna av patologiskt spelande och problemspelande. Verksamhet som bedrivits för att minska ohälsoeffekterna till följd av överdrivet spelande har inriktats dels på att sprida kunskap om fenomenet genom riktade informationsinsatser till strategiska grupper i samhället, dels på stödjande insatser direkt till de spelberoende och deras anhöriga. Stöd till forskning utgör dock den största delen och vidare har samverkan med övriga intressenter på spelmarknaden utvecklats. Cirka 1–1,5 miljoner kronor har satsats på att driva och marknadsföra ett 020-nummer, en hjälplinje för spelberoende och deras anhöriga. En konferensserie har dessutom genomförts i syfte att öka kunskapen om spelberoende hos grupper som i sitt arbete möter individer med spelberoendeproblematik.

Tillförlitliga och representativa data om *kost och fysisk aktivitet* i befolkningen saknas idag. Statens folkhälsoinstitut har därför, tillsammans med Socialstyrelsen och Livsmedelsverket, inlett ett arbete med att utveckla enkätfrågor om levnadsvanor inom området. Det är särskilt angeläget att få ett bättre kunskapsunderlag om barns och ungdomars kostvanor och fysiska aktivitet. Livsmedelsverket har dessutom arbetat fram en ny rekommendation gällande intag av frukt och grönsaker. Statens folkhälsoinstitut arbetar för närvarande med att ta fram strategier för att öka konsumtionen av frukt och grönt i befolkningen. Institutet har vidare fortsatt arbetet med ätstörningar i form av en expert- och myndighetsgrupp. Syftet är att få ökad kunskap som bas för att utveckla förebyggande strategier mot ätstörningar. Det nätverk som skapats över landet har getts information om kunskapsläget via nätverksbrev. Inom ramen för EU-samarbetet antogs under år 2000 en resolution om hälsa och kost. Världshälsoförsamlingen (WHO) enades på mötet i Genève i maj 2001

inom nutritionsområdet om bl.a. tiden för amning respektive introduktion av tilläggskost.

Statens folkhälsoinstitut genomför på regeringens uppdrag ett fysiskt aktivitetsår – ”Sätt Sverige i rörelse 2001”. Underlag för detta arbete presenterades i rapporten Fysisk aktivitet – för nytta och nöje. Under det intensiva förberedelsearbetet inför året gavs bl.a. utbildning om utvärdering till samtliga nationella och regionala nyckelpersoner och en webbplats startades för stöd och erfarenhetsutbyte. I september 2000 lämnade institutet en rapport om planeringsarbetet till regeringen samt genomförde en rikskonferens i Falun. Intresset för den planerade satsningen 2001 ökade därefter avsevärt i kommuner, landsting och organisationer och många aktörer startade själva ett intensivt förberedelsearbete.

5.5.2 Insatser utanför politikområdet

Kommuner och landsting har ett lagstadgat ansvar för att förebygga ohälsa genom bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen m.fl. lagar. Kommunernas och landstingens engagemang för folkhälsofrågor har successivt ökat de senaste åren. Lokala folkhälsoråd, folkhälsoplanerare, folkhälsoprogram etc. finns i många av landets kommuner. Dessutom arbetar ett antal kommuner med hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) av politiska beslut och lokala välfärdsbokslut.

I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dessa insatser är individ-, befolknings- och samhällsinriktade. De flesta landsting har idag någon form av samhällsmedicinska funktioner eller motsvarande. Inom många landsting har man tagit fram hälsopolitiska mål och program och i några fall har man tillsatt s.k. folkhälsolandstingsråd och politiskt tillsatta folkhälsoutskott. Kommuner och landsting har ökat det lokala tvärssektoriella samverkansarbetet mellan kommuner, landsting och övriga aktörer inom folkhälsoområdet.

Det finns en mängd frivilligorganisationer som bedriver ett betydelsefullt arbete inom området med bidrag från antingen stat, kommun, landsting eller privata intressenter. Idrottsrörelsen med sina mer än 20 000 föreningar är t.ex. en viktig resurs i samhällets folkhälsoarbete.

När det gäller *alkohol-, narkotika- och tobaksområdet* är det främst polis och tull m.fl. som genom sina insatser försöker minska tillgången på narkotika, svartsprit och smuggelcigaretter. De förebyggande insatserna som utförs inom kommuner, landsting och länsstyrelser samt frivilliga organisationer är också mycket betydelsefulla.

Den *psykiska hälsan* påverkas till stor del av det samhälle vi lever i. Det pågår många insatser inom flera olika politikområden i syfte att påverka människors välbefinnande och psykiska hälsa. Inom arbetsmiljöområdet har t.ex. en handlingsplan för förbättrad arbetsmiljö tagits fram och inom socialförsäkringsområdet pågår ett arbete med att ta fram en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Elevvården förväntas även få en förstärkt roll i arbetet med att förbättra den psykosociala miljön för barn och ungdomar, vilket bl.a. berörs i Elevvårdsutredningen (SOU 2000:19). En proposition om elevvård/elevhälsa är för närvarande under utarbetande i regeringskansliet.

Staten har genom ekonomiskt stöd till kommuner, landsting och frivilliga organisationer bidragit till att stärka det *hiv/aids*-preventiva arbetet lokalt och regionalt. Från det under utgiftsområde 25 uppförda anslaget 99:2, Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting, har särskilda medel utgått för *hiv/aids*-preventivt arbete i storstadsregionerna.

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

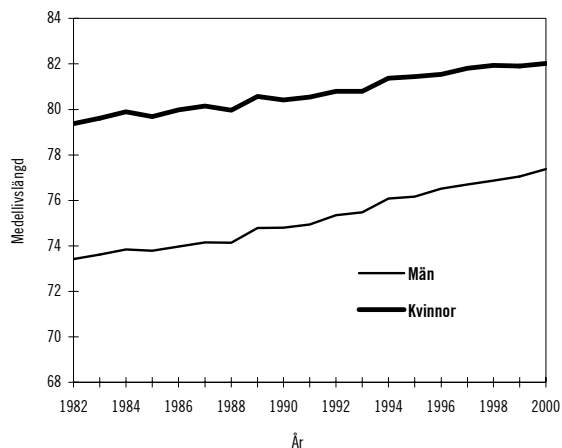
5.6 Resultatbedömning

5.6.1 Resultat

När resultatbedömningen görs på *politikområdesnivå* kan konstateras att måluppfyllelse inom folkhälsoområdet nåtts i det avseendet att folkhälsan under 1990-talet generellt sett har förbättrats. Denna utveckling har redovisats i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001 som överlämnats till regeringen. Förbättringarna i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och lägre

dödlighet. Minskningen av dödligheten, och därmed den ökade medellivslängden, beror främst på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat. Dödligheten minskar således för nästan alla socioekonomiska grupper, utom för kvinnor i okvalificerade arbetaryrken.

Diagram 5.1 Medellivslängden under 1980- och 1990-talet

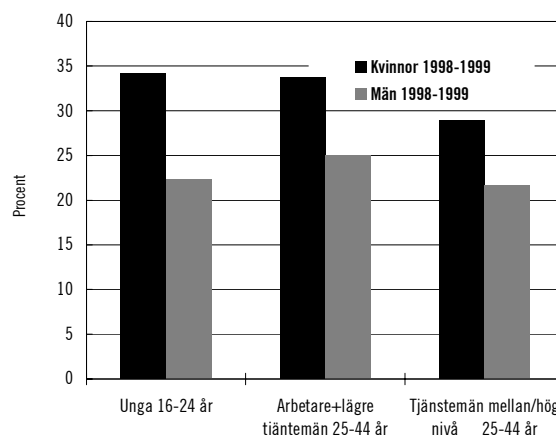


Källa: SCB

Kvinnor lever i genomsnitt 4,6 år längre än män. Mäns medellivslängd ökar snabbare än kvinnors vilket har gjort att skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd minskar.

Om utgångspunkten för bedömningen i stället tas i hälsoproblem och sjukdomar snarare än dödlighet blir bilden något annorlunda. Den stadiga ökningen av livslängden har t.ex. inte medfört någon ökning av antalet "friska" år, dvs. år med full hälsa enligt SCB:s hälsoindex. Snarare kan man skönja en svag nedgång av antalet år med full hälsa för både män och kvinnor, men nedgången är tydligare för kvinnor. En särskild stor försämring har även skett i befolkningen vad gäller psykisk ohälsa i form av ångslan, oro, ångest och sömnbesvär och här har ingen förbättring skett under slutet av 1990-talet. Ökningen har skett i samtliga åldersgrupper upp till pensionsåldern, men den största ökningen har skett i de yngre åldersgrupperna, dvs. bland barn och ungdomar, särskilt unga kvinnor, samt bland kvinnor i yrken med låga utbildningskrav.

Diagram 5.2 Andel (%) som besväras av nervositet, oro, ångest eller sömnbesvär, 16-44 år, 1998-1999



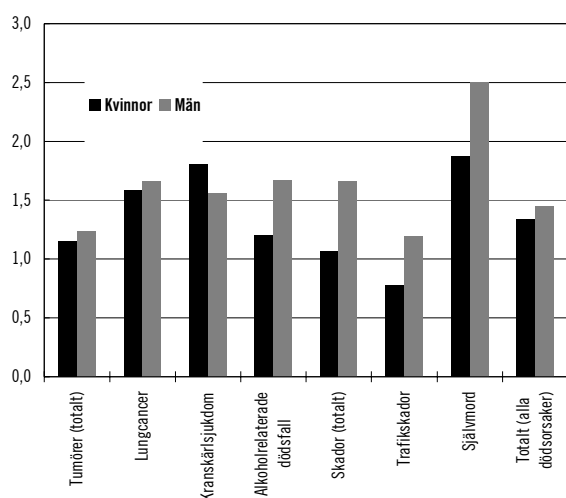
Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF)

Sedan länge ökar dessutom andelen psykiska diagnoser bland personer som förtidspensioneras. Ökningen av sjukfrånvaron under 1990-talets sista år har satts i samband med dessa symptom (SOU 2000:72), men ökningen av besvaren har pågått under hela 1990-talet. Antalet självmord har dock fortsatt att sjunka i så gott som samtliga åldersgrupper. I åldersgruppen 16-24 år har dock antalet självmord legat konstant under de senaste 20 åren.

Avseende målet att minska ojämlikheten i hälsa har detta inte uppfyllts i tillfredsställande grad. De sociala skillnaderna i hälsa är fortfarande påtagliga och förefaller inte ha minskat under den senaste tjugoårsperioden. Generellt sett har kvinnor sämre hälsa än män och arbetare sämre hälsa än tjänstemän. Lågutbildade har betydligt fler hälsoproblem än välutbildade. Ensamstående föräldrar har sämre hälsa än sammanboende föräldrar. Ensamstående män har särskilt stora risker att dö i förtid. Personer födda utomlands har sämre hälsa än personer födda i Sverige. De som tillhör vissa ekonomiskt och socialt utsatta grupper löper större risk än andra att bli sjuka eller skadade, t.ex. socialbidragstagare, barn till missbrukare och psykiskt sjuka. Barn till ensamstående föräldrar löper större risk än barn till sammanboende att bli sjuka eller skadas, framför allt när det gäller psykisk ohälsa, drogrelaterade diagnoser och självmord. En stor del av den förhöjda förekomsten verkar förklaras av ekonomiska och sociala förhållanden.

De sociala skillnaderna i dödlighet ligger idag kvar på samma nivåer som under 1960- och 1970-talen, då det skedde en kraftig ökning. Riskerna för arbetare att avlida, jämfört med tjänstemän, är särskilt stor i dödsorsaker föranledda av kranskärslsjukdom, lungcancer, alkoholskador och självmord (se diagram nedan). Det skall tilläggas att svenska män och kvinnor i arbetaryrken har den lägsta dödligheten bland motsvarande yrkesgrupper i hela Europa.

Diagram 5.3 Relativ risk för arbetare att avlida i olika dödsorsaker jämfört med tjänstemän, 1991–95, 35–79 år (tjänstemän är referensgrupp = 1)



Källa: Socialstyrelsen/EpC, databasen Hur mår Sverige?

Det är också ett alltmer påtagligt fenomen att de sociala klyftorna i sjuklighet är mera uttalade ju allvarigare funktionsnedsättning och handikapp man mäter. Förekomst av långvarig sjukdom eller besvär är vanligare hos arbetare och lägre tjänstemän. Konsekvenserna av att vara sjuk i termer av bl.a. sysselsättning blir också relativt allvarigare för människor i yrken med låga utbildningskrav. Kvinnor uppvisar generellt en överrisk för långvarig sjukdom. Räknat i termer av befolkningens totala sjukdomsburden dominerar funktionsnedsättningar av psykiska sjukdomar (44 %) och rörelseorganens sjukdomar (15 %).

Alkoholkonsumtionen har ökat totalt sett i landet sedan 1998. Flera undersökningar under det senaste året visar att andelen ungdomar som ofta berusar sig ökar och andelen som aldrig berusar sig minskar. Flickornas andel av den totala alkoholkonsumtionen har också ökat kraftigt sett i ett längre tidsperspektiv. Förutom ung-

domarnas spritkonsumtion och speciellt konsumtion av hembränt och smuggelsprit inger också deras folköls- och starkölskonsumtion stor oro.

Den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador och inrättandet av kommittén för att genomföra handlingsplanen har tillsammans med Statens folkhälsoinstitut och Alkoholinspektionens insatser lett till en ökad aktivitet på alkoholområdet. Flera nationella projekt har initierats av den nationella ledningsgruppen för alkoholskadeförebyggande insatser och ett antal regionala konferenser har hållits över hela landet för att presentera den nationella handlingsplanen och få i gång lokala aktiviteter på området. Erfarenheterna från de projekt på nationell nivå som ledningsgruppen hittills har initierat är mycket goda. Uppföljning och utvärdering av de olika insatserna är inplanerade men det är ännu alltför tidigt att uttala sig om effekterna av de vidtagna åtgärderna. En plan för utvärdering av handlingsplanen har nyligen presenterats av Statens folkhälsoinstitut.

Från flera länder i Europa kommer rapporter om en positivare inställning till *droger* bland ungdomar och en viss ökning av missbruket. Samma tendens finns också i Sverige. Även om förändringen på intet sätt är dramatisk är den ändå värd att ta på allvar. Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, som årligen genomför skolvaneundersökningar har narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 ökat successivt under andra halvan av 1990-talet. Enligt en kartläggning av det tunga missbruket som CAN genomfört har också det tunga missbruket ökat sedan 1991 då den förra kartläggningen gjordes.

Trots den positivare inställningen till droger i vissa ungdomsgrupper visar tillgängliga undersökningar på att en överväldigande majoritet av svenska folket inte befattar sig med någon form av narkotika. Det finns också en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. Någon legaliseringsdebatt liknande den som bedrivs i flera andra europeiska länder förekommer inte i Sverige.

Sverige är det första land i Europa som uppnått WHO:s mål på *tobaksområdet*, dvs. att minst 80 procent av befolkningen skall vara rökfri år 2000. Rökningen har i Sverige minskat sedan 1980-talet bland såväl kvinnor som män. Minskningen har varit mer påtaglig bland män. En viktig orsak till att människor röker allt

mindre är att det under de senaste åren har skett en skärpning av tobakspolitiken bl.a. genom tobakspreventiva åtgärder som har genomförts i Statens folkhälsoinstitutets m.fl. regi.

Tobak är den enskilt största hälsorisken och en av orsakerna till skillnaderna i hälsa. Tobakskonsumtionen minskar mest i mer gynnade socioekonomiska grupper, men förblir fortsatt utbredd i mindre gynnade grupper. I dag är det de välutbildade och de med god inkomst som är rökfria, medan de som saknar arbete eller är lågutbildade röker. Den rökrelaterade sjukligheten och dödligheten har minskat bland män, men ökar fortfarande bland kvinnor och i de mindre gynnade socioekonomiska grupperna.

Den nedgång i rökningen bland ungdomar som skedde fram till 1980-talets mitt bromsades upp i början av 1990-talet. Om det därefter skett en ökning av rökningen är svårt att avgöra. Det är fler flickor än pojkar som röker medan det omvända gäller för snusning som fortfarande är ovanligt bland flickor i årskurs 9.

Försäljningen av snus har ökat stadigt under 1990-talet. Endast ett par procent av kvinnorna snusar, men bruket tycks öka på samma sätt som för männen. Det är även tydligt att blandbruket ökar.

År 1998 infördes lagen om 18 års åldersgräns för försäljning av tobaksvaror. Det har framkommit att lagen inte alltid efterlevs och att ungdomar under 18 år även fortsättningsvis inhandlat tobaksvaror.

Det epidemiologiska läget avseende *smittsamma sjukdomar* följs upp genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen och via frivillig rapportering. Inom Sverige har förekomsten av smittsamma sjukdomar allmänt sett varit tämligen oförändrad under de senaste tio åren och inte heller under år 2000 uppvisade den epidemiologiska situationen några dramatiska förändringar. I förhållande till många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Det totala antalet anmälda sjukdomsfall fortsätter liksom tidigare år att öka.

Trots att vi kan se en ökning av antalet nydiagnostiserade hiv-fall under det senaste året har Sverige haft ett lågt antal smittade sett ur ett internationellt perspektiv. Tidiga insatser i samband med epidemins utbrott och ett brett och väl samordnat folkhälsoarbete har bidragit till att antalet hiv/aids-fall i Sverige fortfarande ligger

lågt. Den ökning som dock skett återfinns i samtliga riskgrupper. En ökning har skett även för andra sexuellt överförbara infektioner under den senaste tiden. En orsak till detta kan vara ändrade sexualvanor och en förändrad attityd till sex.

Sverige har fortfarande ett gynnsamt läge i Europa vad gäller antibiotikaresistens. Oroande är dock att antalet fall av resistent tuberkulos har ökat i Sverige, liksom att multiresistenta stammar sprids i vårt närområde. Gynnsamt har dock varit att ökningen av antalet anmälningar av några av de vanligaste formerna av resistens har avtagit något.

Vaccinationstäckningen i landet har under de senaste åren genomsnittligt minskat något. Minskningen har dock ännu varit obetydligt ur folkhälsosynpunkt. Fortfarande vaccineras 96 procent av barnen i de olika åldersgrupperna. Det förekommer dock kommuner och skolor där täckningen fallit under en acceptabel nivå.

Den tillsynsverksamhet som Socialstyrelsen under året har bedrivit över smittskyddsverksamheten i landstingen har allmänt visat att smittskyddsarbetet fungerar väl, även om det finns utrymme för förbättringar. Arbetet med utbrott och uppföljningar av anmälningar sker i de flesta fall på ett väl fungerande sätt. Generellt gäller dock att det preventiva arbetet tenderar att bli eftersatt i de landsting där resurserna för smittskyddet är tilltagna i underkant. Uppföljning av att riskpersoner verkligen erbjuds vaccination är ett eftersatt område, liksom att kontakten med personal i primärvården skulle kunna vara mer utvecklad.

Inom området *spelberoende* har t.ex. inrättandet av en s.k. hjälplinje resulterat i att både spelberoende och deras anhöriga fått stöd och hjälp med sina problem. Samtalsfrekvensen har varierat, men håller sig i genomsnitt mellan tre till fem samtal per dygn. Även journalister, socialsekreterare och andra kommunala tjänstemän har ringt till numret och ställt frågor.

5.6.2 Analys och slutsatser

När det gäller hälsoutvecklingen under 1990-talet kan konstateras att den generellt sett förbättrats vad gäller framför allt längre medellivslängd och minskad dödlighet i sjukdomar och skador. Det är dock oroande att den psykiska ohälsan har försämrats, framför allt avseende

barn och ungdomar. Dessutom kvarstår betydande skillnader i ohälsa mellan olika grupper i befolkningen. Regeringen anser att det är av stor vikt att folkhälsoarbetet framöver prioriteras både på nationell, regional och lokal nivå. Regeringen avser därför att utforma en nationell folkhälsopolitik inklusive folkhälsomål som skall kunna ligga till grund för det framtida folkhälsoarbetet i landet. I denna proposition kommer även särskilt att beaktas den psykiska ohälsan samt hur ojämlikheten i hälsa skall kunna motarbetas. I och med detta metodiska och strategiska arbete läggs en grund för att på sikt kunna komma tillrätta med framför allt skillnaderna i ohälsa.

Regeringen bedömer att de insatser som hittills genomförts inom *alkoholområdet* har fungerat bra och varit nödvändiga för att få igång en aktiv process. Den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador har mottagits väl och de 550 miljoner kronor som under tre år disponeras för handlingsplanens genomförande innebär en viktig stimulans framför allt för det lokala och regionala alkoholskadeförebyggande arbetet. Detta är viktigt också mot bakgrund av att vi i Sverige kan konstatera en ökad total konsumtion av alkohol. Även internationellt och på europeisk nivå har olika framgångsrika initiativ tagits och viktiga beslut fattats framför allt inom EU som har lyft upp alkoholfrågan som en folkhälsofråga på den europeiska dagordningen. Ministerrådets beslut att uppdra åt EU-kommissionen att arbeta fram en alkoholstrategi inom EU är ett viktigt beslut för det fortsatta europeiska alkoholpolitiska samarbetet.

En ökning av narkotikaanvändningen bland ungdomar och ett ökat tryck från många länder att liberalisera narkotikapolitiken kräver intensifierade insatser på narkotikaområdet. Den nuvarande *narkotikapolitikens* inriktning skall ligga fast, men det behövs ytterligare medel för att möjliggöra en nysatsning när det gäller att genomföra politiken i praktiken. En nationell narkotikapolitisk handlingsplan planeras därför att överlämnas till riksdagen under 2001. Handlingsplanen kommer att omfatta hela det narkotikapolitiska området och således inkludera såväl utbuds- som efterfrågedämpande åtgärder.

Genom det internationella samarbetet inom FN, Europarådet och EU har Sverige förbättrat sina möjligheter att kontrollera den illegala narkotikahandeln genom ett förbättrat samarbete mellan olika länders polis- och tullmyndigheter.

Även när det gäller insatser som syftar till att minska efterfrågan av narkotika har det internationella samarbetet utvecklats. Det är angeläget att Sverige även fortsättningsvis kommer att ha en framträdande roll i det internationella samarbetet för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

Under 1990-talet har den svenska *tobakspolitiken* skärpts. Tobakslagen har stramats upp, såväl avseende reklambegränsningar som produktreglering samt avseende frågor som rör rökfria miljöer och passiv rökning. Åtgärder såsom exempelvis tobakspreventivt arbete inom vården och på arbetsplatserna har bidragit till att attityderna gentemot rökning under samma period påtagligt förändrats. Sammantaget har ovanstående lett till att Sverige har nått WHO:s mål att 80 procent av befolkningen är rökfri.

Trots att Sverige har nått WHO:s mål har ungdomars användning av tobak, såväl cigaretter som snus, visat tendenser att öka. Blandmissbruket av både snus och cigaretter har också visat en stigande trend och tobaksanvändningen varierar påtagligt mellan olika grupper i samhället. Vidare är tobaken fortfarande den största enskilda riskfaktorn för hälsan. Ytterligare åtgärder kommer därför att behövas.

I och med omorganisationen av Statens Folkhälsoinstitut från och med den 1 juli 2001 har tillsynen av tobakslagstiftningen, bl.a. avseende 18 års åldersgräns för försäljning av tobak, förts över från Socialstyrelsen. Genom att tillsynen över tobak, alkohol och narkotika förs samman bedömer regeringen att en förstärkning av den nationella tillsynen kommer att ske. Regeringen avser att utveckla och stärka tobakspolitiken ytterligare bl.a. genom den planerade tobakspropositionen.

Regeringen lägger stor vikt vid det internationella samarbetet på tobaksområdet. Den pågående förstärkningen av den europeiska lagstiftningen på området är angelägen. Regeringen prioriterar också arbetet med att utveckla och anta en ramkonventionen för tobakskontroll inom WHO.

När det gäller *smittskyddsområdet* medför bl.a. människors alltmer omfattande resande, den ökade invandringen och handeln med livsmedel att infektionssjukdomar som blossar upp i en del av världen i dag har mycket större spridningspotential än tidigare. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras. Samtidigt har redan kända sjukdomar återupp-

stått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Ett fördjupat internationellt samarbete inom smittskyddsområdet är av stor vikt för att dessa utmaningar skall kunna hanteras.

Inom området hiv/aids-prevention har regeringen en fortsatt hög ambitionsnivå. Regeringen ser med tillförsikt på det ökade samarbete som inletts på nationell nivå för att utveckla det hiv/aids-preventiva arbetet i framtiden. Statens folkhälsoinstitut skall i december 2001 redovisa till regeringen hur detta samarbete fortlöpt. Det framtida arbetet skall särskilt inriktas på ett ökat samarbete mellan de statliga aktörerna på området, smittskyddsläkarna och landstingen.

Läget i Sverige beträffande antibiotikaresistens är sannolikt ett av de bästa i Europa. Påtagliga problem finns dock även i vårt land, framför allt på sjukhus, och situationen förvärras snabbt internationellt vilket leder till ökad risk för import av antibiotikaresistenta bakterier. Socialstyrelsens förslag till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens som för närvarande är under beredning i regeringskansliet är ett viktigt led i det fortsatta arbetet.

Spelmarknaden fortsätter att expandera. Fler spelformer etableras, konkurrensen hårdnar med Internet som spelarena samt beslutet att inom kort öppna fyra kasinon. För närvarande placeras ca 7 000 värdeautomater ut på restauranger och bingohallar runt om i Sverige. Omsättningen ökar och är i dag över 30 miljarder kronor. I takt med detta ökar också behovet av att ta hänsyn till de människor som fastnar i ett spelberoende och framför allt att vidta åtgärder som har preventiv effekt. Även i ett jämlikhetsperspektiv bör man beakta att hushåll med låga inkomster spenderar tre gånger så mycket av sin disponibla inkomst på spel som höginkomsttagare. Den kartläggning som Lotteriinspektionen gjort av omfattningen av marknadsföringen av spel i Sverige visar att branschen satsar mer än 2,3 miljarder kronor per dag på att marknadsföra spel. Svenska Spel AB har under senaste femårsperioden genererat en vinst till statskassan på 18 miljarder kronor.

5.7 Revisionens iakttagelser

Ingen myndighet inom politikområdet har fått någon invändning av Riksrevisionsverket, vilket innebär att årsredovisningarna för 2000 i allt

väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler. I Ekonomistyrningsverkets ekonomiadministrativa utvärdering för 2000 gavs samtliga myndigheter inom politikområdet EA-värdet tillfredsställande eller fullt tillfredsställande.

5.8 Budgetförslag

5.8.1 14:1 Insatser mot aids

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids

Tusental kronor				
2000	Utfall	67 257	Anslags-sparande	273
2001	Anslag	65 622	Utgifts-prognos	64 395
2002	Förslag	58 122		
2003	Beräknat	58 122		
2004	Beräknat	58 122		

Anslaget disponeras av Statens folkhälsoinstitut. Medlen skall användas för insatser mot hiv/aids. Institutet skall samverka med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarna och Landstingsförbundet i arbetet med den nationella handlingsplanen för hiv-prevention och stimulera till regionala och lokala aktiviteter. De största stöden lämnas till Noaks Ark-Röda korset, RFSL och RFSU. Ekonomiskt stöd lämnas också direkt till de hiv-smittades frivilligorganisationer på riksnivå. Från anslaget 99:2 Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting under utgiftsområde 25 har särskilda medel beviljats för hiv-preventiv arbete i storstadsregionerna.

I propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99) anges att med anledning av FHI:s nya roll kan aids-anslagets organisatoriska tillhörighet behöva ses över. Regeringen avser att återkomma i denna fråga.

Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att tack vare de förebyggande insatser som gjorts med de medel som tillförts anslaget har Sverige lyckats hålla hiv/aids-epidemin på en mycket låg nivå med internationella mått mätt. Det framtida arbetet skall särskilt inriktas på ett ökat samarbete mellan de statliga aktörerna på området, smittskyddsläkarna, landstingen och kommunerna.

Statens folkhälsoinstitut skall även fortsättningsvis samarbeta med intresseorganisationerna i det preventiva arbetet.

I samband med budgetpropositionen för 2001 (prop. 2000/01:1) föreslog regeringen att anslaget 14:5 Smittskyddsinstitutet fr.o.m. 2002 permanent skulle tillföras 7,5 miljoner kronor från anslaget 14:1 Insatser mot aids som delfinansiering av byggnationen av ett nytt djurhus för fortsatt forskning kring hiv/aids.

Tabell 5.3 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	65 622	65 622	65 622
Förändring till följd av:			
Beslut	-7 500	-7 500	-7 500
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	-7 500	-7 500	-7 500
Förslag/beräknat anslag	58 122	58 122	58 122

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 122 000 kronor anvisas under anslaget 14:1 *Insatser mot aids* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 58 122 000 respektive 58 122 000 kronor.

5.8.2 14:2 Bidrag till WHO

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

År	Utfall	32 000	Anslags-sparande	612
2000	Utfall	32 000	Anslags-sparande	612
2001	Anslag	8 000	Utgifts-prognos	9 170
2002	Förslag	39 371		
2003	Beräknat	34 371		
2004	Beräknat	34 371		

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). WHO har som FN:s fackorgan för hälso- och sjukvårdsfrågor en bred normativ verksamhet. Medlemsländernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen, antog i maj 2001 organisationens budget för perioden 2002–2003. Budgeten, som fastställs i US dollar, består av dels den reguljära budgeten, dels frivilliga bidrag. Bidraget för verksamhetsåret baseras på omfattningen av den reguljära budgeten, skalan för medlemsländernas avgifter och valutakurserna gentemot US dollar.

WHO:s reguljära budget för 2002–2003 fastställdes i nominellt oförändrat belopp i förhållande till föregående år. Samtidigt beslöt församlingen om en ny skala för medlemsavgifter. Skalan är baserad på FN:s skala för medlemsavgifter, med en efterskänkning av samtliga beräknade höjningar för 2002 och 75 procent av höjningarna för 2003. Sverige som med den nya skalan får en i US dollar något sänkt avgift, berörs dock inte av detta.

För 2002 har avgiften för Sverige således fastställts till 4 289 109 US dollar. Enligt WHO:s regler skall denna avgift ha betalats in vid årets början.

Regeringens överväganden

WHO:s generaldirektör har företagit en genomgripande reformering av WHO:s organisation och verksamhet. Organisationen arbetar nu mer tydligt med de verksamhetsstrategier och prioriteringar som medlemsländerna har fattat beslut om. WHO:s budgetsystem är mål- och resultatstyrd. Sverige har aktivt stött utvecklingsarbetet för att den strategiska budgeten skall fungera som organisationens huvudsakliga styrinstrument.

Sverige har genom Sida slutit ett avtal med WHO om frivilliga bidrag med 160 miljoner kronor för budgetperioden 2000–2001. Stödet avser huvudsakligen utvecklingsarbete inom prioriterade hälsoområden, som t.ex. reproduktiv hälsa, hälsosystem och barnhälsa. Hälften av dessa medel utgör stöd till forskning. Ett nytt tvåårsavtal kommer att ingås under hösten 2001.

Sverige ingår i WHO:s styrelse under perioden 2000–2003. För styrelsearbetet har formulerats övergripande mål som baseras på viktigare svenska profilfrågor i det globala hälsosamarbetet via WHO, varvid har vägts samman för alla länder viktiga hälsofrågor och de mer biståndsrelaterade prioriteringarna.

Även med en nominellt oförändrad budget och en för Sverige mer gynnsam avgiftsskala bedömer regeringen att anslaget, med hänsyn till den höga dollarkursen, bör ökas för 2002.

Tabell 5.5 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	8 000	8 000	8 000
Förändring till följd av:			
Beslut	31 371	26 371	26 371
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	31 371	26 371	26 371
Förslag/beräknat anslag	39 371	34 371	34 371

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 39 371 000 kronor anvisas under anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor vardera året.

5.8.3 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2000	18 575		382
2001	18 866 ¹		19 375
2002	Förslag	19 133	
2003	Beräknat	17 514 ²	
2004	Beräknat	17 906 ²	

¹ Varav 1 970 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2001.

² Motsvarar 17 133 tkr i 2002 års prisnivå.

Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) utgör en del av nordiska ministerrådets organisation. På skolan bedrivs vidare- och efterutbildning av personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssektorer samt närliggande områden. Nordiska ministerrådet fastställer varje år en total ekonomisk ram för skolans verksamhet.

Regeringens överväganden

NHV spelar en viktig roll i att tillgodose behovet av kvalificerad folkhälsovetenskaplig kompetens. Regeringens bedömning är att utbildningen motsvarar de krav som ställs på en nordisk utbildning på hög nivå inom området. I Sverige är intresset stort för att erhålla utbildning vid skolan. För de svenskar som söker skall en tredjedel beredas plats, men Sverige dispone-

rar ca 45 procent av utbildningsplatserna vid skolan.

Vid ingången av 2001 visade det sig att anslaget och anslagskrediten inte räckte för att finansiera den uträknade avgiften för 2001. Anslaget tillfördes därför i 2001 års ekonomiska vårproposition 1 970 000 kronor. Nordiska ministerrådet arbetar för närvarande med att ta fram en ny finansieringsmodell fr.o.m. 2004. Fram till dess avser regeringen att försöka förbättra förutsättningarna för att bedöma anslagsnivån samt prognoserna för anslaget. En försvarande omständighet är att Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete, inklusive NHV, fastställs först i november månad 2002. I avvaktan på säkrare information beräknas anslaget till NHV utifrån en preliminär bedömning, vilken beräknas vara 38,8 miljoner kronor varav Sveriges andel av dessa medel beräknas uppgå till 19,3 miljoner kronor.

Tabell 5.7 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	18 866	18 866	18 866
Förändring till följd av:			
Beslut	30	-1 970	-1 970
Pris- och löneomräkning	237	618	1 010
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	267	-1 352	-960
Förslag/beräknat anslag	19 133	17 514	17 906

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 133 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 17 514 000 respektive 17 906 000 kronor.

5.8.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5.8 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2000	111 358 ¹		3 549
2001	123 763 ¹		129 800
2002	Förslag	122 403	
2003	Beräknat	125 487 ²	
2004	Beräknat	127 784 ²	

¹ Varav 3 488 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen 2002.

² Motsvarar 122 403 tkr i 2002 års prisnivå.

Statens folkhälsoinstitut fick den 1 juli 2001 en ny roll och nya uppgifter. Institutet skall ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området och ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Alkoholinspektionen avvecklades den 1 juli 2001 och dess uppgifter enligt alkohollagen (1994:1738) överfördes samtidigt till Statens folkhälsoinstitut. Den 1 juli 2001 tog institutet också över Socialstyrelsens uppgifter enligt tobakslagen (1993:581). Institutet skall även kunna genomföra nationellt samordnade insatser på folkhälsoområdet efter beslut av regeringen.

Målet för institutets verksamhet är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Under år 2000 har institutet arbetat i syfte att uppnå fem verksamhetsmål. Sammanfattningsvis berör dessa områdena psykisk hälsa och levnadsvanor, viktiga arenor för hälsoarbetet, droger, sjukdomar och skador, forskning och stöd till utveckling samt därutöver europasamarbete.

Större delen av första halvåret 2001 har använts till att avveckla verksamhet som inte skall följa med i den nya organisationen och till att förbereda den nya verksamheten. Förslag till organisation för det nya institutet har inlämnats till regeringen. I den nya organisationen ingår även Alkoholinspektionens verksamhet, personal och ekonomi. Av Alkoholinspektionens anslag för 2001 kvarstod endast en mindre del, vilket gör att medel för denna verksamhet måste bekostas av anslaget för Statens folkhälsoinstitut.

Institutet 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 institutet att ikläda sig sådana ekonomiska förpliktelser föreslår regeringen att riksdagen ger regeringen ett för ändamålet anpassat bemyndigande. Det föreslagna bemyndigandet under perioden 2002–2004 anges i tabellen ovan.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Tabell 5.9 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	37 240	18 620	50 000		
Nya förpliktelser	0	50 000	50 000		
Infriade förpliktelser*	–18 620	–18 620	–26 000	– 50 000	– 24 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	18 620	50 000	74 000		
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	108 000	50 000	74 000		

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att institutet under året gjort värdefulla insatser inom viktiga folkhälsoområden och i väsentlig utsträckning uppfyllt sina verksamhetsmål. Institutet har även på ett förtjänstfullt sätt bistått regeringen med expertkunskap och stöd i arbetet med det svenska ordförandeskapet i EU. Institutet har drivit omställningsarbetet på ett genomtänkt och ändamålsenligt sätt och förväntas även framöver att fortsätta arbetet med att bygga upp den nya rollen i enlighet med de intentioner som presenterats i proposition (prop. 2000/01:99) Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter. Regeringen gör även bedömningen att nuvarande anslagsnivå är tillräcklig för att kunna uppnå de ambitioner som krävs för de kommande uppgifterna i samband med den nya rollen. Detta förutsätter dock att andra myndigheter tar sitt kostnadsansvar för sin sektorsvisa uppföljning, analys och avrapportering av frågor som berör folkhälsan.

För att stärka det tobakspreventiva arbetet avser regeringen att under anslaget 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder avsätta 30 miljoner kronor per år under perioden 2002–2004. Statens folkhälsoinstitut kommer att få disponera dessa medel.

Från och med 2002 kommer statens stöd till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) att föras samman till ett enda bidrag, vilket gör att 3 miljoner kronor överförs permanent från FHI:s anslag till anslag 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.

Anslaget minskas med 6 miljoner kronor fr.o.m. 2002 med anledning av att myndigheten 2001 engångsvis tillfördes 6 miljoner kronor för tobakspreventivt arbete. Vidare ingår fr.o.m. 2002 7,65 miljoner kronor som tidigare disponerats av Alkoholinspektionen vilken lades ned den 1 juli 2001.

Tabell 5.10 Härledning av nivå 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	123 763	123 763	123 763
Förändring till följd av:			
Beslut	1 650	1 650	1 650
Pris- och löneomräkning	1 734	4 818	7 115
Överföring andra anslag	– 3 000	– 3 000	– 3 000
Premiejustering ²	– 1 744	– 1 744	– 1 744
Summa förändring	– 1 360	1 724	4 021
Förslag/beräknat anslag	122 403	125 487	127 784

¹Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

²En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 122 403 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 Statens folkhälsoinstitut för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 125 487 000 respektive 127 784 000 kronor.

5.8.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tabell 5.11 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

År	Typ	Belopp	Notering	Belopp
2000	Utfall	123 083	Anslags-sparande	15 052
2001	Anslag	150 723	¹ Utgifts-prognos	155 900
2002	Förslag	161 034		
2003	Beräknat	175 416	²	
2004	Beräknat	178 645	²	

¹Varav – 2 146 tkr i samband med budgetpropositionen 2002.

²Motsvarar 171 234 tkr i 2002 års prisnivå.

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

En jämförelse mellan budget och utfall för budgetåret 2000 visar att det ekonomiska läget för SMI avsevärt förbättrats under året. Vid utgången av år 2000 hade SMI ett anslagssparande på 15 miljoner kronor. Det stora anslagssparandet är bl.a. en följd av att medel avsatts för åtgärder som genomförs under 2001 inom ramen för verksamhetsutvecklingsprojektet, att säkerhetslaboratoriet inte kunnat tas i bruk som beräknat vilket lett till lägre hyreskostnader, att OH-intäkterna ökat och investeringar senarelagts.

En översyn av verksamheten har under året påbörjats vid SMI. En omorganisering av verksamheten har skett från och med den 1 juli 2001 vilken bl.a. resulterat i att en mer ändamålsenlig ledningsgrupp inrättas och att vissa myndighetsövergripande funktioner förts samman under året. De ekonomiadministrativa rutinerna har setts över och under 2001 kommer ett nytt ekonomiadministrativt system att införas. Andra insatser för att förbättra de ekonomiadministrativa rutinerna genomförs för närvarande inom ramen för det verksamhetsutvecklingsprogram som påbörjats.

I det underlag för fördjupad prövning som redovisades i februari 2001 lyfte SMI fram sex områden som särskilt prioriterade: ökade insatser mot antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens, epidemiologi och diagnostik av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom och andra zoonoser, inrättandet av en biobank, vaccinationsuppföljning, ökade insatser beträffande sexuellt överförbara infektioner i Sverige och i närområdet samt ökat stöd till regeringskansliet avseende internationella smittskyddsfrågor.

Planeringen av det nya djurhuset på Karolinska institutets område har under 2000 försenats ytterligare bl.a. på grund av att byggprojektet inrymmer svåra avvägningar som skall samrådas med de myndigheter som utövar djurskyddstillsyn. Regeringen fattade i januari 2001 beslut om medgivande att få teckna ett hyreskontrakt för det nya djurhuset. Byggstarten för det nya djurhuset skedde strax därefter och byggnaden är nu planerad att stå klar vid årsskiftet 2002/2003.

Under året har en rad åtgärder vidtagits för att förbättra djurmiljön i det befintliga djurhuset. Bland de åtgärder som vidtagits för att förbättra djurmiljön kan nämnas att en etolog med kompetens rörande beteenden hos försöksdjur har anställts på deltid samt att nya och större burar har upphandlats och är under installation. Den

förbättrade djurmiljön för aporna föranledde Jordbruksverket att i november 2000 bevilja tillstånd för fortsatt verksamhet fram till och med 2002.

Under året har stora delar av det nybyggda säkerhetslaboratoriet tagits i drift. SMI kommer genom det nya säkerhetslaboratoriet att få en komplett diagnostisk beredskap för allvarlig smitta. Möjligheter att hantera smittämnen som kräver högsta säkerhetsnivå är en viktig förutsättning för det samarbete som inlets mellan Socialstyrelsen, Försvarets forskningsanstalt (FOA), Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), Försvarmakten och SMI inom Kunskapscentrum för mikrobiologisk beredskap (KCB).

En enhetsövergripande samordning av arbetet med att bekämpa antibiotikaresistens har under året påbörjats. Forskningsinsatser har under året väckt internationell uppmärksamhet. Den största delen av forsknings- och utbildningsprojekten vid SMI finansieras helt eller delvis med externa anslag.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.12 Uppdragsverksamhet

<i>Tusental kronor</i>			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2000	17 100	19 600	- 2 500
(varav tjänsteexport)	(6 %)		
Prognos 2001	18 100	22 500	-4 400
(varav tjänsteexport)	(6 %)		
Budget 2002	18 500	22 900	-4 400
(varav tjänsteexport)	(6 %)		

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

Försöksdjursverksamheten redovisade under år 2000 ett underskott på 1,8 miljoner kr och prognosen för 2001 pekar på ett underskott på 4,4 miljoner kronor. Underskottet i verksamheten beror främst på att ett minskat antal foderdagar för apor medfört minskade intäkter för verksamheten.

Målet full kostnadstäckning har inte kunnat uppfyllas för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken redovisade ett underskott på 0,7 miljoner kronor år 2000, vilket är en betydande förbättring i förhållande till föregående år. Det förbättrade resultatet är en följd av att intäkterna för verksamheten ökat till följd av ett ökat antal prover och att en avgiftshöjning genomförts under år 2000. Prognosen för 2001 visar på ett nollresultat. Det ackumulerande underskottet i verksamheten fram till utgången av 2000 har efter regeringens bemyndigande täckts med medel från ramanslaget.

Regeringens överväganden

SMI har kunnat uppfylla uppställda mål för verksamheten relativt väl trots störningar, främst i form av myndighetens ekonomiska situation. Under året har SMI aktivt medverkat till att skyddet mot smittsamma sjukdomar har upprätthållits och förstärkts och i dessa frågor samverkat med berörda myndigheter och organisationer. Samarbetet och kontakterna inom smittskyddsområdet har utvecklats väl såväl nationellt som internationellt. SMI har bl.a. ett väl fungerande kontaktnät med smittskyddsläkarna och de mikrobiologiska laboratorerna.

Den verksamhet som bedrivs vid SMI kommer även fortsättningsvis att ha stor betydelse. Övervakning av antimikrobiell resistens, ökningen av antal fall av hiv/aids och andra sexuellt överförbara infektioner samt det intensifierade internationella samarbetet inom smittskyddsområdet är några av de frågor som kommer att ställa krav på ökade insatser av myndigheten under de närmaste åren. För att kunna möta dessa utmaningar är det nödvändigt att den översyn av verksamheten som har inletts ges fortsatt hög prioritet. De åtgärder som vidtagits för att förbättra ekonomiadministrationen och styrningen av myndigheten har lett till avsevärt bättre kontroll över myndighetens verksamhet och ekonomi. Det ger enligt regeringens bedömning goda förutsättningar för myndighetsövergripande styrning och prioriteringar av verksamheten i syfte att ytterligare stärka myndighetens möjligheter att medverka till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthålls och förstärks.

Försöksdjursverksamheten flyttar enligt nuvarande planer in i det nya djurhuset vid årsskiftet 2002/2003. Med anledning av detta kommer hyreskostnaderna att öka under de kommande åren. SMI kommer även de kommande åren att få ökade utgifter för det befintliga djurhuset till följd av bl.a. investeringar i nya burar. Till följd av avvecklingen av det befintliga djurhuset kommer åtgärder att behöva vidtas under de närmaste åren för att säkerställa en ändamålsenlig förvaring av ett stort antal prover med biologiskt material. Det är vidare angeläget att SMI även under 2002 fortsätter den översyn av verksamheten som inletts.

I enlighet med budgetpropositionen 2001 föreslås att SMI tillförs ytterligare medel för ökade kostnader med anledning av byggnation av nytt djurhus samt säkerhetslaboratorium.

Tabell 5.13 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	150 723	150 723	150 723
Förändring till följd av:			
Beslut	6 129	16 329	16 329
Pris- och löneomräkning	3 109	7 291	10 520
Överföring andra anslag	0	0	0
Premiejustering ²	1 073	1 073	1 073
Summa förändring	10 311	24 693	27 922
Förslag/beräknat anslag	161 034	175 416	178 645

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 161 034 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 Smittskyddsinstitutet för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 175 416 000 kronor respektive 178 645 000 kronor.

5.8.6 14:6 Institutet för Psykosocial Medicin

Tabell 5.14 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för Psykosocial Medicin

Tusental kronor

2000	Utfall	12 944	Anslags-sparande	68
2001	Anslag	14 131 ¹	Utgifts-prognos	13 317
2002	Förslag	13 921		
2003	Beräknat	14 260 ²		
2004	Beräknat	14 535 ²		

¹ Varav 882 tkr på tilläggsbudget i samband budgetpropositionen 2002.

² Motsvarar 13 921 tkr i 2002 års prisnivå.

Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) mål är att minska de psykosociala risksituationerna och öka de psykosociala friskfaktorerna i samhället genom att utveckla, bearbeta och sprida kunskap om riskfaktorer och bidra till god metodutveckling. Verksamhetsmålen är formulerade för områdena arbetsrelaterad stress, barn och ungdom, invandrare, psykosomatisk ohälsa, suicidforskning och psykisk ohälsa. Förändrade krav i omvärlden medför kontinuerligt förväntningar på IPM att utveckla ny kunskap inom befintliga verksamhetsområden.

Av IPM:s totala verksamhet finansieras ca 50 procent av externa bidragsmedel och avgifter.

Regeringens överväganden

Vår bedömning är att IPM bedrivit en för området viktig forskning under året. En strävan bör dock vara att öka kunskapsspridningen eftersom IPM:s uppdrag att sprida kunskap om uppnådda forskningsresultat är centralt. Det finns exempelvis en ökad arbetsrelaterad psykisk ohälsa i samhället som skapar behov av kunskap om dess orsaker. Såväl inom detta område som inom IPM:s övriga verksamhetsområden behöver IPM fortsätta verka för att viktiga resultat förs ut och nyttiggörs. Viktiga mottagargrupper finns bl.a. inom social-, hälso- och arbetsmarknadsområdena. Sådan kunskapsspridning behöver fortsättningsvis även ske i samverkan med andra aktörer och söka finna former som möjliggör att ny kunskap får praktisk tillämpning i samhället.

IPM:s forskarmedverkan i externa sammanhang anses som angelägen liksom satsningen på bearbetning och spridning av resultat. Det är en process som behöver fortgå och ständigt vidareutvecklas.

Arbetet som bedrivits vid Centrum för suicidforskning och IPM:s arbete med stressforskning ses som mycket angelägna områden inom institutet beroende på ett starkt samhällsintresse och behovet av preventiva åtgärder. Stressforskningen vid IPM inkluderar även temat barn och stress genom en stärkt ställning för detta område. Satsningen på det senast tillkomna området – Barn och ungdom – anses som angeläget och behöver även fortsättningsvis stimuleras inom IPM. Ett ytterligare angeläget område även fortsättningsvis inom IPM är psykisk hälsa i ett mångkulturellt perspektiv, speciellt nyanlända flyktingars psykiska hälsa, något som bedrivs vid programmet för Migration och Hälsa.

Tabell 5.15 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	14 131	14 131	14 131
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Pris- och löneomräkning	231	570	845
Överföring andra anslag	0	0	0
Premiejustering ²	- 441	- 441	- 441
Summa förändring	- 210	129	404
Förslag/beräknat anslag	13 921	14 260	14 535

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 13 921 000 kronor anvisas under anslaget 14:6 *Institutet för Psykosocial Medicin* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 14 260 000 respektive 14 535 000 kronor.

5.8.7 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 5.16 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

2000	Utfall	64 166	Anslags-sparande	
2001	Anslag	53 554	Utgifts-prognos	53 554
2002	Förslag	86 554		
2003	Beräknat	86 554		
2004	Beräknat	86 554		

Bidrag från detta anslag lämnas till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa missbrukare och

som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och fördelas av Socialstyrelsen. Även Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) erhåller statsbidrag från detta anslag.

Från anslaget disponerar Folkhälsoinstitutet 4 miljoner kronor årligen för insatser i syfte att öka kunskapen om spelberoende och för att initiera aktiviteter för att förebygga spelberoende.

Regeringens överväganden

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

Socialstyrelsen konstaterar i sin årliga summering och bedömning av bidragsgivningen att statsbidraget har använts enligt det syfte och de mål som staten har för bidraget. Av redovisningen framgår också att organisationerna inriktar sig på allt fler grupper, exempelvis invandrare, kvinnor med missbruk etc. Vidare kan man konstatera att samverkan mellan organisationerna och kommunerna eller landstingen omfattar allt fler verksamheter. Organisationernas självförsörjningsgrad har också ökat något mellan 1999 och 2000.

Regeringen bedömer att statens övergripande syfte med bidraget har nåtts och att det även fortsättningsvis är angeläget att Socialstyrelsen fördelar medel till organisationer som arbetar med alkohol- och narkotikafrågor.

Statens stöd till CAN har kanaliserats, dels genom det här anslaget via Socialstyrelsen, dels via Statens folkhälsoinstitut. Det är dock enligt regeringens uppfattning önskvärt att föra samman alla statliga bidrag och arvoden till CAN i ett statligt anslag som årligen tilldelas organisationen och genom ett avtal reglera användning, uppföljning och utvärdering av medlen. Anslaget bör täcka såväl det allmänna informationsarbetet som arbetet med bibliotek, drogvaneundersökningar, webbsidan Drugsmart samt den löpande verksamheten. Detta innebär

att de medel – 3 miljoner kronor – CAN tidigare erhållit från Statens folkhälsoinstitut från och med 2002 kommer att utbetalas från detta anslag.

Regeringens bedömning är vidare att det är angeläget att Statens folkhälsoinstitut även fortsättningsvis arbetar för att öka kunskapen om spelberoende och stödjer verksamheter som kan förebygga spelberoende.

Därutöver avser regeringen att avsätta 30 miljoner kronor årligen under perioden 2002 till och med 2004 för att förstärka arbetet med tobaksprevention. Statens folkhälsoinstitut kommer att få disponera dessa medel.

Tabell 5.17 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor			
	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	53 554	53 554	53 554
Förändring till följd av:			
Beslut	30 000	30 000	30 000
Överföring andra anslag m.m.	3 000	3 000	3 000
Summa förändring	33 000	33 000	33 000
Förslag/beräknat anslag	86 554	86 554	86 554

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 86 554 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 86 554 000 kronor vardera året.

5.8.8 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.18 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor				
År	Typ	Belopp	Notering	Belopp
2000	Utfall	40 832	Anslags-sparande	2 817
2001	Anslag	127 500 ¹	Utgifts-prognos	110 000
2002	Förslag	302 500		
2003	Beräknat	192 500		
2004	Beräknat	177 500		

¹ Varav 50 000 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen 2002.

Internationaliseringen och det svenska EU-inträdet har ändrat förutsättningarna för att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. De ökade införselkvoterna av alkohol från den 1 juli 2000 har bl.a. föranlett regeringen att ta fram en nationell handlingsplan för att förebygga

alkoholskador (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144). Syftet med handlingsplanen är att lägga fast grundvalarna för en alkoholpolitik som leder till minskad alkoholkonsumtion och begränsar alkoholskadorna. Handlingsplanens huvudinriktning är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. För att bl.a. förverkliga handlingsplanen har detta anslag kraftigt utökats. I samband med proposition (prop. 2000/01:144) Skatten på vin föreslogs att ytterligare 100 miljoner kronor under 2001 till 2003 skulle avsättas till arbete mot alkoholens skadeverkningar. Resurserna avser främst insatser för barn till missbrukare och barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer. Dessa medel bör avsättas inom ramen för arbetet med att förverkliga den befintliga nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador.

Det har sedan början av 1990-talet startat en hel del verksamheter till stöd för barn till missbrukare runt om i landet. Dessa verksamheter ser olika ut i olika kommuner. En del kommuner har föredömligt satsat på att utbilda yrkesgrupper som kommer i kontakt med barn till missbrukare och har eller avser starta verksamheter för dessa barn. Allt fler kommuner har börjat se dessa verksamheter som en viktig del i det förebyggande arbetet. I vissa kommuner är dock tanken på riktade insatser inte lika självklara och verksamheter har lagts ned eller aldrig kommit igång. Det är därför viktigt att värna om det arbete som sker i kommunerna och inom olika organisationer när det gäller stöd till dessa barn och försöka stärka de positiva processer som pågår samt uppmuntra utökad verksamhet på området. Fortfarande är det en mycket liten andel av alla barn till missbrukare som får hjälp. Det går heller inte att särskilja barn till missbrukare av alkohol från barn till missbrukare av narkotika eller läkemedel, varför hela gruppen barn till missbrukare och liknande riskmiljöer bör omfattas av projektpengarna.

En utsatt grupp som alltför sällan talas om är barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer. Dessa barn är särskilt utlämnade och skyddslösa och riskerar att utveckla eget missbruk på sikt. De bör därför också omfattas av projektmedlen.

Regeringens överväganden

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

Regeringen föreslår att 100 miljoner kronor avsätts under 2001–2003 för stödjande insatser för barn till missbrukare och barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer. Av dessa medel utbetalas 50 miljoner kronor för 2001 och 25 miljoner kronor för 2002 respektive 2003. Medlen fördelas av länsstyrelserna efter ansökan från kommuner eller kommuner i samarbete med organisationer enligt direktiv som utarbetas av regeringen. För att täcka länsstyrelsernas administrationskostnader bedömer regeringen att viss del av de 100 miljoner kronorna får tas i anspråk för detta.

I samband med den nationella handlingsplanen mot narkotika som för närvarande är under utarbetande avser regeringen att avsätta 265 miljoner kronor under åren 2002–2004.

Tabell 5.19 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	127 500	127 500	127 500
Förändring till följd av:			
Beslut	175 000	65 000	50 000
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	175 000	65 000	50 000
Förslag/beräknat anslag	302 500	192 500	177 500

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 302 500 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 192 500 000 kronor respektive 177 500 000 kronor.

5.8.9 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tabell 5.20 Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

2000	Utfall	129	Anslags-sparande	582
2001	Anslag	1 ¹	Utgifts-prognos	300
2002	Förslag	410		
2003	Beräknat	420 ²		
2004	Beräknat	428 ²		

¹ Varav – 400 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2001.

² Motsvarar 410 tkr i 2002 års prisnivå.

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

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

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

Regeringens överväganden

I ett inledningsskede har det varit svårbedömt hur många ärenden som nämnden skulle komma att få behandla. Numera bedöms att verksamheten och antalet ärenden har stabiliserats.

Tabell 5.21 Härledning av nivå 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	1	1	1
Förändring till följd av:			
Beslut	400	400	400
Pris- och löneomräkning	9	19	27
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	409	419	427
Förslag/beräknat anslag	410	420	428

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 410 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 Alkoholsortimentsnämnden för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 420 000 kronor respektive 428 000 kronor.

5.9 Övrig statlig verksamhet

5.9.1 Systembolaget AB

Systembolaget AB är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget AB också de helägda dotterbolagen, Lagena Distribution AB, Systembolaget Restaurang Partner AB och Systembolaget Fastigheter AB. Verksamheten omfattar detaljhandel och partihandel med alkoholdrycker. Den totala försäljningen uppgick år 2000 till 17 368,2 miljoner kronor (16 624,9 miljoner kronor år 1999), en ökning med 743,3 miljoner kronor jämfört med 1999. Totalt såldes 295,9 miljoner liter alkoholdrycker vilket är en ökning med 6,2 procent sedan 1999. Det är Systembolagets största försäljning någonsin. För både vin och starköl slogs tidigare försäljningsrekord och för spritförsäljningen blev det en liten försäljningsökning jämfört med föregående år. Resultatet efter finansiella intäkter och kostnader uppgick år 2000 till 196,3 miljoner kronor (470 miljoner kronor år 1999).

Under år 2000 öppnades tio nya butiker. Bolaget har för närvarande 411 butiker runt om i landet. Systembolaget hade vid årsskiftet 2000/01 totalt 2 519 märken till försäljning och under år 2000 lanserades totalt 819 nya märken. Sedan den 1 juli 2001 har Systembolaget permanent lördagsöppet i hela landet, i enlighet med det beslut riksdagen fattade tidigare under året.

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

Arbetsproduktiviteten minskade under 2000 i förhållande till 1999, men är fortfarande högre än åren innan. Lageromsättningshastigheten var i stort sett oförändrad. Detsamma gäller varusvinn. När det gäller effektiviteten i ålderskontrollerna är trenden fortsatt positiv.

Tabell 5.22 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren

Miljoner kronor

	1996	1997	1998	1999	2000
Omsättning	16 063	15 837	15 495	16 625	17 368
Resultat efter finansiella poster	145	239	351	470	196
Justerat eget kapital ¹	967	1 046	1 179	1 395	1 226
Räntabilitet på JEK, %	15,0	22,9	29,8	33,7	16,0
Antal anställda	2 746	3 386	3 270	3 246	3 440
Arbetsproduktivitet	583	591	604	644	619
Lageromsättningshastighet	21,1	21,6	24,2	26,9	26,8
Varusvinn	0,25	0,33	0,35	0,34	0,33
Ålderskontroll	67 %	77 %	79 %	80 %	81 %

¹ Hänsyn är tagen till obeskattade reserver och latent skatt.

För ytterligare information om bolagets ekonomi och verksamhet hänvisas till regeringens skrivelse (skr. 2000/01:120) 2001 års redogörelse för företag med statligt ägande.

6 Politikområde Barnpolitik

6.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige. Till politikområdet hör Barnombudsmannen (BO) som har ett särskilt ansvar att bevaka barns och ungdomars rättigheter och intressen, att följa Sveriges åtaganden enligt barnkonventionen och att driva på genomförandet av barnkonventionen på alla nivåer i samhället. Till politikområdet hör även Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) med ansvar för tillsyn, kontroll och information i frågor rörande internationella adoptioner.

Vid sidan om politikområdet bör även noteras bidrag till kostnader för internationella adoptioner som utgår under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn. Vidare finns medel för insatser för att förverkliga FN:s barnkonvention under politikområdet Socialtjänstpolitik, anslaget 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

6.2 Utgiftsutveckling

Den främsta orsaken till att utgifterna ökar under perioden 2000–2004 är att BO tillförs 2 miljoner kronor fr.o.m. 2002. Avsikten är att stärka och renodla Barnombudsmannens funktion.

Tabell 6.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2000	Anslag 2001 ¹	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
15:1 Barnombudsmannen	8,6	8,7	9,1	10,9	11,1	11,3
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	7,2	7,1	7,1	7,7	7,9	8,1
Totalt för Politikområde Barnpolitik	15,8	15,8	16,1	18,6	19,0	19,4

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

6.3 Mål

Målet för politikområdet är att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden.

Målet är mycket omfattande och berör flertalet av de politikområden som behandlas i statsbudgeten. Inom de enskilda politikområdena finns ofta indikatorer som berör barnens situation inom det området. Vad som ytterligare behöver utvecklas är att sammanställa beskrivningarna av barnens och ungdomarnas situation från olika områden och att sammanfatta det till en helhetsbeskrivning.

6.4 Politikens inriktning

Med FN:s barnkonvention som utgångspunkt har barnfrågorna under de senaste åren kommit att framträda som ett eget, övergripande politikområde. Det innebär att insatser för att sätta barnets bästa i centrum skall genomsyra alla delar av regeringens politik och alla samhällsverksamheter som rör barn. Inom varje politikområde skall barnkonventionen och dess intentioner beaktas. Till grund för regeringens politik inom området ligger den strategi för att förverkliga FN:s barnkonvention i Sverige som riksdagen godkände i mars 1999 (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171).

FN:s konvention om barnets rättigheter är ett viktigt instrument i detta arbete. Inriktningen i barnpolitiken är att:

- Barnets bästa skall vara vägledande vid allt beslutsfattande och alla åtgärder som rör barn.
- Inget barn skall diskrimineras på grund av härkomst, kön, religion, funktionshinder eller andra likartade skäl.
- Barn skall tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar.
- Barn skall ges möjligheter att framföra sina åsikter i frågor som rör dem.

Tyngdpunkten i regeringens insatser för barn under de kommande åren ligger i förbättringar för barnfamiljerna, ökade resurser till skola, vård och omsorg, uppmärksamhet och stöd för utsatta barn, ökade möjligheter för barns och ungdomars inflytande samt fortsatt genomförande

och uppföljning av den nationella strategin för att förverkliga FN:s barnkonvention.

Ett annat område som kommer att kräva uppmärksamhet de kommande åren är barns och ungdomars hälsa med tonvikt lagd på psykiska problem och astma/allergi. En annan grupp barn som behöver mer uppmärksamhet är barn som lever i familjer som under längre tid uppbär socialbidrag. Får de tillräckligt stöd i sin utsatta situation är en angelägen fråga att få svar på. Ytterligare en grupp barn och ungdomar som behöver uppmärksammas i ett brett perspektiv är de som inte når upp till skolans mål. De och deras familjer behöver sannolikt ofta stöd från olika samhällsorgan.

Det är viktigt att samhällets resurser och verksamheter kommer både flickor och pojkar till del på lika villkor liksom att flickor och pojkar får möjlighet att utveckla sina egna personligheter utan att begränsas av könsstereotypa mönster. Barn och ungdomar påverkas även av hur jämställdheten fungerar mellan de vuxna kvinnor och män som omger och möter barnen och som därmed sätter normer och utgör förebilder.

Regeringen avser att återkomma till riksdagen med beskrivningar av barnens situation ur olika synvinklar och där också fördjupa helhetsbilden. Avsikten är också att ytterligare tydliggöra barnperspektivet i budgetpropositionen genom att tillföra ett barnperspektiv på nya områden eller att fördjupa redan befintliga barnbeskrivningar. Allt i syfte att förverkliga den målsättning regeringen har att statsbudgeten om några år skall ha ett tydligt barnperspektiv.

6.5 Insatser

6.5.1 Insatser inom politikområdet

De statliga insatserna inom politikområdet går främst ut på att initiera och stödja processer för att på såväl central som regional och lokal nivå förverkliga barnets rättigheter i enlighet med åtagandena i barnkonventionen. Redovisningen av de statliga insatserna avspeglar det faktum att konventionen griper in i alla områden i samhället som rör barn. Åtgärderna kan dels vara av övergripande och generell natur, dels utgöra insatser som når en mer begränsad grupp, såsom genom vissa konkreta projekt.

Genomförande av den nationella strategin för barnkonventionens förverkligande

Barnombudsmannen (BO) har en central roll i den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (jfr prop. 1997/98:182). Inom ramen för sitt breda uppdrag att genomföra utbildningsinsatser och utveckla metoder och verktyg för barnkonventionens genomförande har BO startat ett arbete som innebär att utvärdera och vidareutveckla olika metoder för att tillämpa barnkonventionen i kommuner och landsting. När det gäller den statliga sektorn bedriver BO ett utvecklingsarbete tillsammans med nio försöksmyndigheter som syftar till att finna och utveckla modeller för hur barnkonsekvensanalyser kan göras.

Under hösten 2000 arrangerade Barnombudsmannen, i samarbete med Socialdepartementet och ett antal ungdomsorganisationer, en rikskonferens om barnkonventionen i myndigheterna med deltagare från ett 25-tal myndigheter samt Regeringskansliet och frivilligorganisationer.

Ett fortbildningsprogram kring barnkonventionen har också tagits fram och erbjuds intresserade kommuner och landsting. Under år 2000 har ett trettiotal informations- och utbildningstillfällen ägt rum runt om i landet. Dessutom har BO inrättat särskilda referensgrupper av kommuner och landsting. Till detta kommer utbildningsinsatser som BO genomför i första hand till beslutsfattare inom myndigheter, kommuner och landsting.

Skadeförebyggande arbete bland barn och ungdom

Arbetet med att förebygga skador bland barn och ungdomar fungerar förhållandevis väl i Sverige. Dödsfallen är få liksom de allvarliga skadefallen. Det hindrar inte att mer kan göras och att målsättningen bör höjas ytterligare när det gäller att minska skadorna. Ett flertal myndigheter har ett sektorsansvar eller på annat sätt funktioner när det gäller att förbättra barns och ungdomars säkerhet och motverka olycksfall. Vissa har tillsynsansvar och andra arbetar med metodutveckling och kunskapsspridning. Barnombudsmannen har det övergripande myndighetsansvaret för samordning och utveckling av samhällets förebyggande insatser inom området

barns och ungdomars säkerhet. På den lokala nivån har olika kommunala och landstingskommunala verksamheter; förskola, skola, gatukontor, räddningstjänst, hälso- och sjukvården etc. viktiga funktioner.

Föräldrautbildning

Föräldrautbildningsutredningens betänkande Stöd i föräldraskapet (SOU 1997:161) behandlades i regeringens skrivelse till riksdagen Barn här och nu (skr. 2000/01:137). I denna aviseras att Folkhälsoinstitutet skulle få i uppdrag att arbeta med frågor om föräldrautbildning. Insatserna handlar om att samla kunskap om befintlig föräldrautbildning, analysera vad som varit framgångsrikt och att sprida kunskaper om bra metoder. Detta uppdrag har nu lämnats till institutet och skall vara avslutat den 30 juni 2004.

Folkhälsoinstitutet skall även stödja projekt på områden där metodutveckling behövs. Inom ramen för de resurser som föreslås för att förverkliga FN:s barnkonvention avses 1,5 mkr för detta ändamål.

Barnstatistik

Statistiska centralbyrån har under budgetåren 2000 och 2001 tilldelats 1 miljon kronor per år för att utveckla basstatistiken om barn och deras familjer. En andra rapport med statistik om barn och deras familjer presenterades under året (Barn och deras familjer 1999, SCB, Demografiska rapporter 2000:2). Arbetet med att vidareutveckla och förbättra basstatistiken om barn fortsätter.

Kvinnlig könsstympning

Regeringen har för en treårsperiod, med början av 1999, avsatt medel för arbete mot könsstympning av kvinnor och flickor. Medlen disponeras av Socialstyrelsen för att vidareutveckla och sprida metoder samt initiera förebyggande projekt mot kvinnlig könsstympning. Styrelsen skall redovisa sitt uppdrag under december 2001.

Kommittén mot barnmisshandel

Inom ramen för sitt utredningsuppdrag har Kommittén mot barnmisshandel (S 1998:07) under budgetåret 2000 disponerat medel för utåtriktade insatser för att sprida information och öka medvetenheten om barnmisshandel hos allmänheten och personal som arbetar med barn. Kommittén har under året gett ut Föräldraboken, en skrift som riktar sig till föräldrar, samt haft riktade aktiviteter till barn och ungdomar. Under våren 2001 har en informationsaktivitet genomförts till yrkesgrupper som arbetar med barn för att medvetandegöra dem om anmälningskyldigheten enligt socialtjänstlagen (1980:620). Kommittén överlämnade nyligen sitt slutbetänkande till regeringen.

Barnfrågor inom den Europeiska unionen

Barnfrågor faller inte uttryckligen inom Europeiska unionens institutionella verksamhetsfält och unionen antar inte för medlemsstaterna bindande direktiv om barnkonventionens genomförande i de enskilda medlemsländerna. Snarare än att verka för en harmonisering av barnfrågorna vill Sverige verka som föregångsland och i EU-samarbetet dela med oss av våra erfarenheter av ett långt gånget genomförande av barnkonventionen. Under det franska ordförandeskapet hösten 2000 togs ett initiativ för att öka intresset för barnfrågor inom EU. På ett informellt barnministermöte diskuterades olika barnfrågor och hur dessa skulle kunna föras vidare inom EU-samarbetet. Diskussionerna fortsatte under det svenska ordförandeskapet, bland annat genom ett möte på tjänstemannanivå i Stockholm den 6 april 2001.

Det tycks finnas en bred enighet inom EU om att ansvaret för barnpolitiken även fortsättningsvis bör ligga på varje enskilt land. Regeringen delar den åsikten. Däremot bör det i unionens arbete finnas krav på att barnets bästa beaktas i beslut som tas inom unionen. De krav som ställs på alla medlemsstaterna genom deras tillträde till barnkonventionen bör också ställas på de gemensamma besluten som tas i unionen när de berör barn. Det finns också en bred enighet om att erfarenhetsutbyte, exempelvis i form av barnministermöten, är ett bra sätt att arbeta. Belgien kommer att arrangera ett sådant möte i november i år.

6.5.2 Insatser utanför politikområdet

Barnpolitikens sektorövergripande karaktär innebär att insatser för att förverkliga barnkonventionen redovisas under respektive politikområde. Den ekonomiska familjepolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, socialtjänstpolitiken, folkhälsopolitiken, utbildningspolitiken, storstadspolitiken och kriminalpolitiken är exempel på politikområden där för barn och ungdomar väsentliga insatser utförs.

En stor del av arbetet med att genomföra barnkonventionen handlar om ökad kunskap och medvetenhet samt attitydförändringar. Här spelar insatser som utförs inom ramen för av Allmänna arvsfonden beviljade projekt, liksom det arbete som frivilligorganisationerna bedriver i form av bl.a. opinionsbildning, en stor roll. Regeringen har i flera omgångar beslutat avsätta särskilda medel ur Allmänna arvsfonden till frivilligorganisationerna för att sprida kunskap om barnkonventionen. Sammanlagt har avsatts cirka 60 miljoner kronor.

Inom många kommuner och landsting vidtas åtgärder för att öka kunskapen om barnkonventionen, bl.a. genom konferenser, seminarier och informationsmaterial. Arbetet befinner sig i ett aktivt utvecklingsskede och många kommuner och landsting använder sig av olika metoder och modeller, t.ex. barn- och ungdomsplaner, barnbilagor, barn- och ungdomsråd, barnkonsekvensanalyser, för att beakta barnperspektivet i sitt beslutsfattande.

6.6 Resultatbedömning

Målet som angavs i budgetpropositionen för 2001 är att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden. FN:s konvention om barnets rättigheter är en av grundpelarna för regeringens arbete med barnfrågor. Barnets bästa skall sättas i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn och barnperspektivet skall genomsyra allt beslutsfattande som rör barn.

6.6.1 Resultat

Regeringen lämnade under hösten år 2000 en skrivelse till Riksdagen (Barn – här och nu, Skr. 1999/2000:137) med en redovisning av barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter. Skrivelsen innehåller en genomgång av hur barn har det i dagens Sverige med de glädjeämnen och svårigheter de möter. I skrivelsen görs också en omfattande genomgång av regeringens politik för barn politikområde för politikområde. Regeringen avser att fortlöpande till Riksdagen redovisa fakta kring barn och ungdomar och vad den gör för att göra Sverige till ett barnvänligt samhälle.

Det är svårt att prestationssätta ett mainstreamområde. Det arbete som utförs inom barnområdet syftar till att få ihop delarna i de olika politikområdena till en helhet så att barn och ungdomar skall kunna växa upp under trygga och goda förhållanden. Resultatet av arbetet avspeglar sig snarare i en ökad medvetenhet om barnkonventionen och vad den kräver. Uppmärksamhet i media och hos frivilligorganisationer av barns villkor och att barnkonventionen används som riktmärke är också en del i den politiska verksamheten.

Barnombudsmannen har en strategisk och viktig funktion för att öka medvetenheten och kunskapen om barnkonventionen så att allt beslutsfattande skall genomsyras av ett barnperspektiv. Av BO:s årsredovisning 2000 kan utläsas att fler kommuner än tidigare agerar processinriktat när man skall lägga upp strategier för barnkonventionen, vilket ger en större långsiktighet i arbetet. När det gäller de statliga myndigheterna har BO:s arbete under året koncentrerats på nio s.k. pilotmyndigheter (Boverket, Länsstyrelsen Skåne län, Migrationsverket, Rikspolisstyrelsen, Skolverket, Socialstyrelsen, Ungdomsstyrelsen, Vägverket och Yrkesinspektionen i Stockholm). BO har vidare tillsammans med Ekonomistyrningsverket arbetat med att utveckla en grundmodell för barnkonsekvensanalyser. BO:s bedömning är att arbetet med barnkonventionens genomförande i myndigheterna har varit framgångsrikt.

Barnombudsmannen avser att under hösten 2001 redovisa resultatet av en förnyad kommunenkät. Tidigare enkäter har presenterats 1995, 1997 och 1999.

Inom landstingsvärlden har det bildats ett nätverk för barnkonventionen för att utväxla idéer om hur barnkonventionen kan spridas och användas i det dagliga arbetet inom sjukvården.

Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) har till främsta uppgift att bevaka att adoptionsverksamheten i Sverige sker i enlighet med gällande lagstiftning både i barnens ursprungsländer och i Sverige och att den håller en godtagbar etisk nivå. Ingenting tyder på annat än att så sker. Några väsentliga händelser där lagstiftning eller konventioner åsidosatts eller där adoptivbarn farit illa har inte inträffat.

6.6.2 Analys och slutsatser

Sammantaget visar myndigheter, landsting och kommuner ett allt större intresse för barnkonventionen, men de behöver stöd med att omsätta det i praktiken. Barnkonventionen har ännu inte blivit ett självklart redskap i planering och vid beslut inom något samhällsområde.

Det utvecklingsarbete som Barnombudsmannen bedriver inom ramen för den nationella strategin (jfr prop. 1997/98:182) innebär ett viktigt stöd för kommuner, landsting och myndigheter i deras fortsatta barnkonventionsarbete. Frågor om metoder m.m. för att införliva ett barnperspektiv inom alla samhällsområden som rör barn kommer därför även fortsättningsvis att prioriteras. De målsättningar och prioriteringar som anvisas i strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (prop. 1997/98:182) ligger fast.

Insatserna från Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) är främst inriktade på att upprätthålla en hög etisk nivå i adoptionsverksamheten. Detta gäller även framledes. Oroväckande signaler hörs för närvarande om att pengar har en allt större betydelse i den internationella adoptionsverksamheten. Även om Sverige spelar en liten roll i detta sammanhang är det ändå viktigt att NIA är observant på dessa risker och motverkar en felaktig utveckling inte minst i det internationella samarbetet inom området.

Kostnaderna för internationella adoptioner har ökat de senaste åren. Bland annat har rese- och utlandskostnader ökat. För att enskilda adoptivfamiljer inte skall drabbas alltför hårt har bidraget vid internationella adoptioner höjts från 24 000 kronor till 40 000 kronor per adoption fr.o.m. 2001.

6.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2000 avseende myndigheternas verksamhetsområden.

6.8 Budgetförslag

6.8.1 15:1 Barnombudsmannen

Tabell 6.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen

Tusentals kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Övrigt
2000	Utfall	8 621	Anslags-sparande	262
2001	Anslag	8 675 ¹	Utgifts-prognos	9 050
2002	Förslag	10 865		
2003	Beräknat	11 131 ²		
2004	Beräknat	11 344 ²		

¹ Varav 110 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 10 865 tkr i 2002 års prisnivå.

Barnombudsmannen (BO) har i uppgift att bevaka frågor som angår barns och ungdomars rättigheter och intressen och skall särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar står i överensstämmelse med Sveriges åtaganden enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. BO:s del av målet för barnpolitiken är att barns och ungdomars rättigheter och intressen i ökad utsträckning skall tillgodoses och att FN:s barnkonvention i ökad utsträckning skall efterlevas på alla nivåer i samhället. BO:s verksamhet har under budgetåret 2000 och innevarande budgetår till stor del präglats av arbetet med att genomföra centrala delar av strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (jfr regeringsbeslut S1999/3654/ST).

Regeringens överväganden

Barnombudsmannen (BO) har som myndighet ett särskilt ansvar att följa Sveriges åtaganden enligt FN:s barnkonvention och en viktig uppgift när det gäller att driva på genomförandet av den på alla nivåer i samhället. För att kunna fullfölja vissa på BO redan ålagda uppgifter samt

för att kunna svara mot de förväntningar som finns från omvärlden – främst kommuner, lands- ting och myndigheter – när det gäller utbildningsinsatser och metoder för att genomföra barnkonventionen behöver BO:s verksamhet stärkas och effektiviseras. BO bör bl.a. vara spetsmyndigheten när det gäller att ha en välutvecklad och kontinuerlig dialog med barn och ungdomar, vilket kommer att kräva förstärkta och förbättrade insatser. Vidare bör påbörjade utbildnings- och metodutvecklingsinsatser när det gäller genomförandet av barnkonventionen i samhället fortsätta. Även här bör BO äga spetskompetensen och vara pådrivare i genomförandeprocessen. Med utgångspunkt i BO-utredningens betänkande (SOU 1999:65) avser regeringen att under hösten 2001 återkomma med förslag för att stärka och effektivisera BO. Syftet är att så långt som det är möjligt betona ombudsmannarollen, vilket bl.a. innebär att öka utrymmet för BO att ta egna initiativ inom ramen för BO:s bevakningsområde – barns och ungdomars rättigheter och intressen. Anslaget har mot denna bakgrund höjts med 2 miljoner kronor fr.o.m. 2002.

Tabell 6.3 Härledning av nivån 2002–2004

Miljoner kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	8 675	8 675	8 675
Förändring till följd av:			
Beslut	2 000	2 000	2 000
Pris- och löneomräkning	245	511	724
Premiejustering ²	-55	-55	-55
Summa förändring	2 190	2 465	2 669
Förslag/beräknat anslag	10 865	11 131	11 344

¹ Inklusivt förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 865 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 *Barnombudsmannen* för år 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 11 131 000 kronor respektive 11 344 000 kronor.

6.8.2 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tabell 6.4 Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2000		7 157		-45
2001	Anslag	7 144 ¹	Utgifts-prognos	7 084
2002	Förslag	7 722		
2003	Beräknat	7 915 ²		
2004	Beräknat	8 061 ²		

¹ Varav 164 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 7 722 tkr i 2002 års prisnivå.

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

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

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

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

Sverige har ratificerat 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner. NIA är centralmyndighet enligt konventionen.

Bidrag till kostnader för internationella adoptioner utgår under utgiftsområde 12 anslaget 21:4 Bidrag till kostnader för internationella

adoptioner. Bidraget har höjts fr.o.m. den 1 januari 2001 från 24 000 till 40 000 kronor per adoption.

Regeringens överväganden

Cirka 800–1 000 barn adopteras till Sverige årligen. För 2002 görs bedömningen att cirka 1 000 adoptivbarn skall komma till Sverige.

Regeringens bedömning är att myndigheten fungerar väl och att de anslagna resurserna utnyttjas på ett tillfredsställande sätt. Adoptionsverksamheten håller en hög etisk nivå i Sverige. NIA har väsentligt bidragit till detta genom sin aktiva tillsyns- och informationsverksamhet.

Tabell 6.5 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	7 144	7 144	7 144
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Pris- och löneomräkning	660	853	999
Premiejustering ²	-82	-82	-82
Summa förändring	578	771	917
Förslag/beräknat anslag	7 722	7 915	8 061

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 722 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 7 915 000 respektive 8 061 000 kronor.

7 Politikområde Handikappolitik

7.1 Omfattning

Värdet av ett samhälle med mångfald som grund är viktigt att understryka. Personer med funktionshinder utgör en resurs för samhället som helhet. Politikområdet omfattar insatser för att uppnå en samhällsgemenskap i vilken personer med funktionshinder har full delaktighet och jämlikhet. Flertalet insatser för individuellt stöd och för samhällets tillgänglighet för funktionshindrade ingår också i andra politik- och utgiftsområden.

Kommunerna och landstingen har huvudansvaret för vård, stöd och service till personer med funktionshinder. Detta ansvar regleras i socialtjänstlagen (1980:620, SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Statens insatser i form av ekonomiskt stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Inom detta politikområde ingår statsbidrag till landstingen för insatsen rådgivning och annat personligt stöd som regleras i LSS och till tolktjänst för barndomsdöva m.fl. enligt HSL. Landstingen får ersättning från staten även för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation t.ex. texttelefoner, bildtelefoner m.m. till döva, gravt hörselskadade, dövblinda, talskadade och språkstörda samt till deras närstående.

Statlig assistansersättning lämnas till funktionshindrade personer som har behov av personlig assistans för att tillgodose sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Statligt bilstöd lämnas till funktionshindrade personer och föräldrar till funktionshindrade barn för anskaffning och anpassning av motorfordon m.m. Dessutom lämnas statsbidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder samt för verksamhet med personliga ombud till enskilda med psykiska funktionshinder.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus), som bl.a. administrerar vårdartjänstanslaget (särskilt utbildningsstöd) m.m. har till uppgift att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder. Handikappombudsmannen (HO) har till uppgift att bevaka funktionshindrade personers rättigheter och intressen på nationell nivå. HO:s verksamhet omfattar alla politikområden och samhällsområden. Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till funktionshindrade. Även länsstyrelserna har viktiga uppgifter inom politikområdet.

I politikområdet ingår även att ekonomiskt stödja handikapporganisationerna.

Internationellt arbete är en ökande andel av politikområdets verksamhet.

7.2 Utgiftsutveckling

Tabell 7.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2000	Anslag 2001 ¹	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
16:1 Personligt ombud	29,2	60,0	60,4	90,0	90,0	90,0
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	279,0	277,0	276,4	275,0	275,0	275,0
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	187,1	172,5	172,7	159,7	164,3	168,0
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	79,1	79,4	79,4	80,4	80,4	80,4
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	152,7	157,2	157,2	157,2	157,2	157,2
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	12,7	21,5	22,3	21,8	22,5	23,1
16:7 Bilstöd till handikappade	208,9	227,0	227,9	164,0	164,0	164,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	5 306,0	6 640,0	6 400,0	7 606,0	8 759,0	9 437,0
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	10,2	21,0	18,7	24,0	24,6	15,7
16:10 Handikappombudsmannen	8,3	15,1	15,0	15,9	16,3	16,6
Totalt för Politikområde Handikappolitik	6 273,1	7 670,7	7 430,1	8 594,1	9 753,3	10 427,0

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

7.3 Mål

De nationella 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.

7.4 Politikens inriktning

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

Under de närmaste åren kommer tre områden att prioriteras inom handikappolitiken. Regeringen skall arbeta för att handikapperspektivet skall genomsyra alla samhällssektorer, för att skapa ett tillgängligt samhälle och för att förbättra bemötandet. Bl.a. får statliga myndigheter i uppdrag att integrera handikapperspektivet i sin verksamhet, vissa lagar och föreskrifter föreslås

ändras i syfte att stärka tillgängligheten och offentligt anställd personal erbjuds kompetensutveckling i frågor om bemötande.

För att Sverige skall klara sig i den internationella konkurrensen och bibehålla välfärden måste alla resurser i landet tas tillvara. En prioriterad uppgift för regeringen är att undanröja mekanismer, t.ex. diskriminering, som hindrar människor från att bidra till tillväxt och produktion. Under Sveriges ordförandeskap i EU inriktades det handikappolitiska arbetet på strategier för att öka tillgängligheten inom informations- och kommunikationsområdet.

En viktig markering i handikappolitikens inriktning inom EU är att en ny artikel, artikel 13, har förts in i EG-fördraget. Med stöd av artikeln antog ministerrådet Arbetslivsdirektivet (2000/78/EG) i november 2000, ett direktiv om likabehandling i arbetslivet, som även omfattar människor med funktionshinder, och ett handlingsprogram mot diskriminering. Fr.o.m. den 1 maj 1999 gäller lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder. Ett genomförande av direktiven innebär att lagen kan komma att behöva justeras eller ändras. Regeringen har tillsatt en särskild utredare som skall lämna förslag till hur detta direktiv skall genomföras i Sverige.

1999 års diskrimineringsutredning har i betänkandet Ett effektivt diskrimineringsförbud, (SOU 2001:39) gjort en översyn av lagstiftningen om olaga diskriminering m.m. (dir.

1999:49). Enligt utredaren finns det behov av att införa ett generellt förbud mot diskriminering i näringsverksamhet m.m. av personer med funktionshinder. Vidare bör ett kommande arbete med utformningen av ett sådant förbud omfatta även frågan om tillgänglighet. En diskrimineringslagstiftning som inte ger möjlighet att beakta denna fråga riskerar, enligt utredaren, att bli ett slag i luften.

Studenter med funktionshinder bör ges bättre förutsättningar att genomföra sina högskolestudier. En lagrådsremiss om likabehandling av studenter i högskolan innehåller förbud mot diskriminering av bl.a. funktionshindrade studenter. Regeringen avser fortsätta arbetet med att undersöka möjligheterna till ett utvidgat skydd mot diskriminering som omfattar alla eller ett flertal diskrimineringsgrunder och samhällsområden.

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

Det är också i detta sammanhang särskilt viktigt att regeringens jämställdhetspolitik tillämpas fullt ut, så att de problem som det innebär att ha ett funktionshinder inte ytterligare förstärks av könsstereotypa föreställningar.

Regeringen har tillsatt flera utredningar som syftar till att utveckla frågor om demokrati och medborgarskap där frågor om tillgänglighet och diskriminering ingår. Det gäller bl.a. översyn av vallagen (dir. 2000:10), samt behov av åtgärder för att stärka den medborgerliga insynen och deltagandet i den kommunala demokratin (dir. 1999:98). Betänkandet Att vara med på riktigt – demokratiutveckling i kommuner och landsting (SOU 2001:48) innehåller förslag på åtgärder för att bl.a. öka tillgängligheten och funktionshindrades deltagande i den kommunala demokratin. Förslagen bereds för närvarande inom regeringskansliet. Ett förslag, som bygger på delbetän-

kande (SOU 2000:125), om ändringar i vallagen bereds också i Regeringskansliet.

Utbyggnaden av den offentliga sektorn har stor betydelse för människor med funktionshinder. Genom den generella välfärden minskas utanförskapet. Stöd och service, som är solidariskt finansierat, har lett till ökade förutsättningar att utforma det egna livet för personer med funktionshinder. Människor har olika förutsättningar. Att tänka i ett mångfaldsperspektiv är att ta tillvara fördelarna med olikheter och planera utifrån detta faktum. Det är viktigt att samhället tar tillvara människors olikheter, som t.ex. etnisk tillhörighet, ålder, sexuell läggning och funktionshinder. Människor med funktionshinder finns i alla grupper i samhället och i alla åldrar. Mer än var sjätte person i yrkesverksam ålder har något slag av funktionshinder. En åldrande befolkning bidrar till att antalet personer med funktionshinder stiger.

När hinder för tillgänglighet till miljöer och verksamhet rivs får människor med olika bakgrund möjlighet att mötas. Därigenom kan fördomar, negativa attityder och diskriminering undanröjas. Människor med funktionshinder är ofta beroende av olika insatser från samhället. De måste i samband med insatserna bemötas med respekt och ges möjlighet till självbestämmande och kontroll över den egna livssituationen.

Människor med funktionshinder – såväl barn som vuxna – har traditionellt betraktats ur ett snävt omsorgsperspektiv, dvs. inte som fullvärdiga medborgare utan som föremål för stöd från samhället. Handikappolitiken skall nu bedrivas ur ett medborgarperspektiv. Riksdagen har godkänt inriktningen för handikappolitiken i samband med behandlingen av regeringens proposition Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240).

Handikappolitikens inriktning överensstämmer med FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Standardreglerna antogs av FN:s generalförsamling i december 1993.

7.5 Insatser

7.5.1 Insatser inom politikområdet

Statens insatser inom politikområdet är, förutom de individuella stödinsatser som kommuner och landsting erbjuder med hjälp av statsbidrag, de pågående och planerade insatser som framgår av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. Det är framförallt arbetet med att skapa ett tillgängligt samhälle som kommer att prioriteras de närmaste åren.

En prioriterad uppgift och en viktig förutsättning för ökad tillgänglighet är att få handikapperspektivet att genomsyra alla samhällssektorer. Varje statlig myndighet (under regeringen) har ett grundläggande ansvar för att inom sitt område leva upp till de nationella målen för handikappolitiken och FN:s standardregler. Detta har under 2001 förtydligats i en särskild förordning om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken (2001:526). Regeringen har också beslutat (prop. 1999/2000:79) att större myndigheter samt myndigheter under regeringen som har stor kontakt med allmänheten skall redovisa handlingsplaner för att göra myndigheternas lokaler, information och övrig verksamhet tillgänglig för personer med funktionshinder.

Handikappombudsmannen har fått i uppdrag att identifiera vilka myndigheter som bör utforma särskilda handlingsplaner för tillgänglighet. Regeringen avser vidare ge vissa myndigheter på central nivå, som har ansvar för en samhällssektor, ett särskilt ansvar för att de handikappolitiska målen skall uppnås.

Handikappombudsmannen har till uppgift att bevaka frågor som rör funktionshindrades rättigheter och intressen. Ett nationellt center för tillgänglighet finns hos Handikappombudsmannen sedan den 1 januari 2001. Centret skall vara ett nationellt rådgivande organ i frågor om tillgänglighet. Arbetet med att driva på utvecklingen att göra samhället tillgängligt koncentreras till kunskapsuppbyggnad, rådgivning, utveckling och samverkan. Handikappombudsmannen skall dessutom övervaka att lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder följs.

Konceptet Design för Alla bör genomsyra statens arbete inom arkitektur, formgivning och design.

Ett nationellt program för kompetensutveckling har utarbetats av handikapporganisationerna och berörda statliga och kommunala myndigheter tillsammans. Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) skall hålla samman och driva programmet centralt. Sisus har även i uppdrag att i samråd med Statens kvalitets- och kompetensråd och andra intressenter genomföra en särskild informationsinsats riktad till nyckelpersoner inom statsförvaltningen om myndigheternas ansvar för de handikappolitiska frågorna.

Regeringen har den 11 juli 2001 överlämnat förslag till riksdagen om nya och preciserade bestämmelser vad gäller uppgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Förslagen omfattar bl.a. ett högkostnadsskydd för hemtjänst och bestämmelser om enskildas förbehållsbelopp.

Fr.o.m. den 1 juli 2000 har lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (1980:620, SoL) ändrats för att komma till rätta med det så kallade domstolstrotset. Länsstyrelserna skall verka för att kommunerna och landstingen planerar för att kunna tillgodose framtida behov av stöd, service och bistånd. Om länsstyrelsen finner att en kommun eller ett landsting inte fullgör vad de ålagts i en lagakraftvunnen dom enligt LSS eller SoL får länsstyrelsen förelägga dem att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite.

Insatsen personlig assistans och den ekonomiska ersättningen för denna – assistansersättning – gör det möjligt för personer med omfattande funktionshinder att leva ett självständigt och aktivt liv. Rätten till personlig assistans har funnits i drygt sju år och har fr.o.m. den 1 januari 2001 utvidgats till att även omfatta personer som fyllt 65 år och som har haft denna insats tidigare.

Personer med psykiska funktionshinder har ofta mycket sammansatta behov av service, stöd och vård och behöver därför hjälp från en rad olika håll. Samtidigt kan det innebära stora svårigheter att ta och upprätthålla sådana kontakter. En försöksverksamhet med personliga ombud har gett positiva effekter. Därför har verksamheten permanentats och statliga medel har avsatts för fortsatt verksamhet. Socialstyrelsen fördelar tillsammans med länsstyrelserna anslagna medel och arbetar för att utveckla verksamheten. De personliga ombuden skall bl.a. företräda den enskilde i olika situationer och stärka den enskildes egen initiativförmåga.

Med stöd av bostadsanpassningsbidrag finns möjlighet att anpassa bostaden till individuella behov. Ändringar infördes den 1 juli 2000 i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag vilket gör det lättare att få bidrag till anpassning vid köp och byte av bostad om insatserna inte medför större kostnader.

Den 1 juli 2000 infördes nya regler för statsbidrag till handikapporganisationer (förordning 2000:7). Samtidigt höjdes anslaget. Ett 50-tal handikappförbund får bidrag till sin verksamhet på riksplånet. Socialstyrelsen beslutar om fördelningen och skall följa upp och utvärdera effekterna av de nya reglerna särskilt vad gäller de mindre organisationerna.

7.5.2 Insatser utanför politikområdet

Regeringen har i En nationell handlingsplan mot rasism, främlingsfientlighet, homofobi och diskriminering (skr. 2000/2001:59) redogjort för konkreta initiativ inom dessa områden. I planen ingår åtgärder för att motverka och förebygga diskriminering bl.a. av personer med funktionshinder.

I miljöer för allmänheten, både inomhus och utomhus, finns ofta hinder för personer med funktionshinder. Den 1 juli 2001 infördes en ändring i plan- och bygglagen (1987:10, PBL). Ändringen innebär att enkelt åtgärdade hinder mot tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga skall vara avhjälpta före utgången av 2010 i befintliga lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser. I PBL finns också krav på tillgänglighet i samband med nybyggnad och ändring av allmänna platser. Boverket har fått i uppdrag att förtydliga kraven genom tillämpningsföreskrifter.

Kollektivtrafiken bör vara tillgänglig för funktionshindrade senast 2010. För att påskynda utvecklingen har riksdagen beslutat om ett statsbidrag till åtgärder för att göra kollektivtrafiken mer tillgänglig för funktionshindrade. Ett villkor för bidraget är att planerna för färdtjänst och kollektivtrafik samordnas.

Att göra transportsystemet tillgängligt även för funktionshindrade personer är en fråga som regeringen prioriterar. Regeringen har tidigare via myndigheternas instruktioner givit de sektorsansvariga trafikverken och Rikstrafiken i uppdrag att verka för en anpassning av tran-

sportsystemet. En omfattande utvärdering av handikappolitiken inom transportområdet kommer att avrapporteras vid årsskiftet. Regeringen avser därefter att bereda frågan vidare under 2002 i syfte att skynda på utvecklingen.

Stora satsningar görs inom olika arbetsmarknadspolitiska program för att underlätta och stödja funktionshindrades möjligheter att delta i arbetslivet. Det handlar om olika personliga och tekniska stöd till den enskilde arbetstagar samt stöd till företag som anställer funktionshindrade personer.

Begreppet förtidspension avskaffas fr.o.m. den 1 januari 2003. Ersättningen vid långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga kommer i stället att benämnas sjukersättning och blir en del av sjukförsäkringssystemet. Den som har nedsatt arbetsförmåga under minst ett år, men inte varaktigt, får tidsbegränsad sjukersättning. För personer som är yngre än 30 år ersätts systemet med förtidspension och sjukbidrag med ett nytt försäkringsstöd som kallas aktivitetsersättning.

Allmänna arvsfonden har till ändamål att främja verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionshinder. Det gäller t.ex. ideella organisationers utvecklingsverksamhet som kan förbättra bemötandet av personer med funktionshinder, stöd för att stärka personer med funktionshinder och deras anhöriga samt information och utbildning riktade till allmänheten, personalgrupper och beslutsfattare. Vidare ingår talangsatsning inom handikappidrotten, alternativa stöd och boendeformer för personer med psykiska funktionshinder och insatser för att öka IT-kompetensen bland personer med funktionshinder.

Statens kulturråd har erhållit nya medel i syfte att öka funktionshindrades deltagande i kulturlivet. Även Talboks- och punktskriftsbiblioteket (TPB) och Stiftelsen för lättläst nyhetsinformation och litteratur (LL-stiftelsen) har fått utökade anslag för att öka tillgängligheten till litteraturen.

Medel har avsatts för att göra film mer lättillgänglig för funktionshindrade. Stöd skall lämnas till textning av svensk film och video och till tolkning på videogram. Regeringen har beslutat att införa ett särskilt verksamhetsmål för Filminstitutet rörande stöd till textning av film och video och till syntolkning. Film för barn och ungdom skall prioriteras.

Barn och ungdomar med funktionshinder bor idag med få undantag tillsammans med sina föräldrar och får också i allmänhet sin skolgång inom ramen för det ordinarie utbildningssystemet i en skola i närheten av hemmet. På sikt kommer sex statliga specialskolor med möjlighet till elevboende att finnas kvar för döva och hörselskadade barn och ungdomar som använder teckenspråk. De båda övriga specialskolorna kommer att avvecklas till förmån för en utökad resurscenterverksamhet för respektive målgrupp.

En treårig satsning på kompetensutveckling har inletts för att stärka förutsättningarna för elever i behov av särskilt stöd för att nå målen i ungdomsskolan. Satsningen inriktas på att öka kompetensen i arbetslagen, i gymnasieskolan också hos vissa nyckelpersoner, för att kunna möta behoven hos elever med varierande förutsättningar och behov. Den 1 juli inrättades Specialpedagogiska institutet. Syftet är att skapa en förbättrad samordning av statens stöd till huvudmännen för förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola samt vuxenutbildning i specialpedagogiska frågor. Specialpedagogiska institutets verksamhet är organiserat i fem regioner: Norra, Mellersta, Östra, Västra och Södra regionen. Regionerna har rikstäckande ansvar för bl.a. specialpedagogiska utvecklingsfrågor på olika områden.

Under treårsperioden 1999–2001 satsar regeringen medel för att stimulera IT-användningen i skolan. Delegationen för IT i skolan har avsatt särskilda medel för att utveckla läromedel för elever med funktionshinder.

I enlighet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken har handikappforskningens resurser förstärkts.

7.6 Resultatbedömning

I budgetpropositionen för 2001 angavs följande mål för handikappolitiken:

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

7.6.1 Resultat

Vård, stöd och service

Kommuner och landsting svarar för den övervägande delen av vård, stöd och service till personer med funktionshinder. En redovisning av verksamheten ges i regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 2000/01:102). Andelen personer med stöd enligt SoL respektive LSS varierar fortfarande mellan kommunerna, men skillnaderna minskar. Den 1 juni 2000 hade cirka 50 000 personer en eller flera insatser enligt LSS. Det var 2 procent fler än året innan. Flertalet insatser rörde personer med utvecklingsstörning.

På hjälpmedelsområdet förekommer oklarheter i gränsdragningen mellan olika huvudmäns ansvar, bl.a. för studerande. De förändrade förutsättningar som skapas genom den tekniska utvecklingen utnyttjas också olika.

Personer med funktionshinder har fortfarande sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. (Tillgänglighet för alla – Handikappombudsmannens sjunde rapport till regeringen, 2001). Situationen i kommunerna visar dock en varierande bild.

Resultaten av länsstyrelsernas tillsyn enligt Socialstyrelsens sammanställning, Social tillsyn 2000, är i korthet att kommunerna inte alltid verkställer sina beslut om insatser enligt LSS eller bistånd enligt SoL inom rimlig tid. En anledning till att besluten inte verkställs är bl.a. brist på bostäder med särskild service för vuxna. Brister i bemötande rapporteras också efter verksamhetstillsyn och i enskilda tillsynsärenden. Antalet klagomål har ökat mer på handikappområdet än på andra tillsynsområden inom det sociala området.

Personlig assistans

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionshinder. Assistansersättning är vanligast bland funktionshindrade i åldersgruppen 50–64, den åldersgrupp som antalsmässigt också ökat mest. Flest timmar assistansersättning beviljas personer i åldrarna 20–39 år. Män beviljas assistansersättning i något större utsträckning än kvinnor både antalsmässigt men även som andel av

befolkningen. Vidare erhåller männen något fler assistanstimmar än kvinnorna. Skillnaden är dock relativt liten och konstant över tiden.

Den genomsnittliga genomströmningstiden för ärenden om assistansersättning ligger strax under Riksförsäkringsverkets mål på högst 180 dagar. Variationen mellan länen är dock stor. Den kortaste genomsnittliga genomströmningstiden är 125 dagar medan den längsta är fem gånger så lång.

Allt fler har sedan reformen genomfördes valt att låta brukarkooperativ eller serviceorganisation vara arbetsgivare för sina assistenter. Fortfarande låter dock cirka två tredjedelar av de assistansberättigade sina assistenter vara anställda hos kommunen.

Det är på många håll mycket svårt att rekrytera personliga assistenter. En viktig orsak är sannolikt den goda utvecklingen på arbetsmarknaden som lett till konkurrens om arbetskraft. Regeringen har därför tillsatt en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppgift att analysera förutsättningarna för att underlätta rekryteringar av personliga assistenter.

Personliga ombud

Sedan statsbidraget för personliga ombud tillkom år 2000 har Socialstyrelsen tillsammans med länsstyrelserna haft regeringens uppdrag att arbeta för en utveckling av insatsen över hela landet och att fördela bidraget. Det har visat sig att det i många län och kommuner fanns behov både av mer information och mer tid för förberedelser innan kommunerna var beredda att ansöka om medel för att starta sådan verksamhet. Samtidigt har Socialstyrelsen, tillsammans med en beredningsgrupp bestående av berörda myndigheter och organisationer, också definierat vilka arbetsuppgifter som bör innefattas i insatsen och vilka personer som bör omfattas av stödet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att utvärdera vilka effekter insatsen får såväl för enskilda med psykiska funktionshinder som på utformningen av andra närliggande insatser som god man och kurator. Det är dock ännu för tidigt att se några sådana effekter.

Bilstöd

Under 2000 beviljades cirka 2 100 personer bilstöd. Av dessa var ungefär hälften kvinnor och hälften män. Detta är en minskning med drygt 100 personer jämfört med såväl 1998 som 1999. De totala kostnaderna ökade med cirka 4 procent eller 8 miljoner kronor jämfört med 1999 men minskade med cirka 3 miljoner kronor jämfört med 1998. Ökningen beror på att en del av utbetalningarna försköts från 1999 till 2000.

Av de iakttagelser Riksrevisionsverket (RRV) gjort om bilstödets effekter för brukarna är en utbredd uppfattning att tillgång till bil har mycket positiva effekter för personer med funktionshinder och bilstödet är ett värdefullt bidrag. Jämfört med färdtjänst betyder tillgång till egen bil ofta större frihet och flexibilitet i resandet, kortare restider och sannolikt också bättre försörjningsmöjligheter. Enligt RRV är det osäkert i vilken utsträckning bilstödet når dem som är berättigade till det, dvs. personer som har väsentliga och varaktiga förflyttningssvårigheter och som motsvarar kraven i definitionerna av de olika grupperna i personkretsen.

Enligt Riksförsäkringsverkets tillsyn av beslut som fattades av försäkringskassorna under fjärde kvartalet 1999 har besluten om bilstöd bedömts vara rätt i 84 procent av fallen och fel 1 procent av fallen. I 15 procent av fallen fanns det sådana brister i beslutsunderlaget att det inte borde ha fattats beslut. Framförallt brast utredningen om personkretstillhörighet men det fanns också brister i det medicinska underlaget. RFV har också noterat att det förekommer stora skillnader mellan försäkringskassornas bedömning av ärendena.

Utbildningsstöd

Jämfört med många andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. Statsbidrag för vårdtjänst (statligt utbildningsstöd) dvs. assistans till deltagare med rörelsehinder, betalades ut till 44 av landets 146 folkhögskolor. Stödet är således koncentrerat till relativt få folkhögskolor med omfattande verksamhet för personer med funktionshinder. Räknar man om antalet deltagarveckor på helårsbasis har ca 370 helårsstuderande fått del av vårdtjänsten. I september 2000 hade cirka 380 elever vårdtjänst. Kostnaden för

verksamheten har varit relativt stabil de senaste åren och uppgick till 83,5 miljoner kronor år 2000.

Antalet studenter med rörelsehinder inom universitet och högskola ökar och fler personer får stöd från anslaget 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd. Omfattningen av stödinsatserna har dock minskat. Fler elever får stöd men i mindre omfattning. Vissa får sitt behov av kompletterade stöd tillgodosett via socialtjänsten eller LSS och via universitetens egna resurser. Antalet personer som får del av vårdartjänsten uppgick under 2000 till 110 personer vilket är en fördubbling i jämförelse med året innan.

Kostnaderna uppgick till 6,5 miljoner kronor år 2000.

Riksgymnasier för svårt rörelsehindrade ungdomar finns i Stockholm, Göteborg, Umeå och Kristianstad. Statsbidraget finansierar de omvårdnadsinsatser som behövs i samband med undervisning och boende. Ett nytt betalningssystem inom riksgymnasieverksamheten infördes den 1 juli 2001 för verksamheten med boende, omvårdnad och habilitering. Det innebär att kostnaderna för verksamheten delas mellan staten, hemkommun och hemlandsting. Förändringarna sker i enlighet med regeringens proposition (1998/99:105). Ökningen av antalet elever vid riksgymnasierna har planat ut den senaste treårsperioden i jämförelse med stora ökningar under första hälften av 1990-talet. Under perioden 1998–2000 ökade kostnaderna för verksamheten med 17 procent till 96,9 miljoner kronor och antalet elevplatser med 8 procent. Antalet elevhems- och habiliteringsplatser var 124 respektive 181. Antalet årsarbetskrafter som finansieras med bidrag var drygt 260. Genomsnittskostnaderna per elevhemplats varierar mellan gymnasieorterna, framförallt beroende på skillnader i personaltäthet.

Tolktjänst

Den senaste uppföljningen av landstingens tolktjänstverksamhet för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade gjordes våren 2001 och avsåg år 2000. Uppföljningen visade en förbättring vid de flesta av tolkcentralerna jämfört med tidigare uppföljningar men Socialstyrelsen konstaterade samtidigt att tolktjänsten ännu inte kunde anses genomförd på det sätt

som avsågs i handikappreformen då landstingen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) gavs en skyldighet att erbjuda tolktjänst för döva m.fl. Fortfarande är det många som får avslag på sin begäran om teckenspråkstolk. 10 procent av beställda tolkuppdrag kunde inte genomföras p.g.a. tolkbrist. Enligt Tolk- och översättarinstitutets (TÖI) prognos för 2001 till 2005 kommer det att tillföras 360 nya tolkar under perioden. Samtidigt erfar TÖI att tolktjänsten inte byggs ut i den takt som tolkar utbildas trots att målet om en utbyggd tolktjänst inte är uppnått.

Handikapporganisationerna

Handikapporganisationernas arbete är av stort värde. Samhällsutvecklingen under 1990-talet har ställt organisationerna inför nya uppgifter och krav. Ett stort antal nya riksorganisationer har också bildats. Av de drygt 70 organisationer som ansökte om statsbidrag för år 2001 har omkring 30 procent bildats under 1990-talet. Bland de 53 riksorganisationer som fick bidrag fanns fem organisationer som inte fått statsbidrag tidigare.

Delaktighet i samhällslivet, utbildning, arbete m.m.

Handikappombudsmannens s.k. kommunenkät ger svar på hur kommunerna arbetar för delaktighet och jämlikhet för människor med funktionshinder. Andelen kommuner med handikappolitiskt program har ökat något enligt 2000 års kommunenkät sedan senaste undersökningen (1998). Dock har endast hälften av kommunerna som besvarat enkäten ett sådant program. En viss kvalitetshöjning på programmen är dock märkbar. Fler kommuner anger åtgärder, tidsramar och kopplar dessa till budgeten. Över hälften av kommunerna saknar program för tillgänglighet. Nästan en femtedel av kommunerna tar inte fram information i anpassad form vid förfrågan.

Under 2000 kom de första effekterna av lagen om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder. HO har fått ta emot 54 ärenden där en enskild person med funktionshinder anmäler någon för diskriminering eller missgynnande i arbetslivet. Med stöd av lagen har flera förlikningar uppnåtts. Det

innebär att funktionshindrade som upplevt sig diskriminerade kompenseras av arbetsgivaren. Men det är för tidigt att bedöma om syftet med diskrimineringslagen uppfyllts.

Den svenska skollagstiftningen garanterar inte barn i behov av stöd en fullgod rättssäkerhet rapporterar HO. Lagstiftningen ger inte barn med funktionshinder tillräckligt skydd mot osaklig särbehandling. Tillgång till utbildning och en relevant utbildningsnivå är en faktor som starkt påverkar människors levnadsförhållanden såväl på arbetsmarknaden som i samhällslivet i övrigt. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) har ungefär var sjätte funktionshindrad en eftergymnasial utbildning, medan var fjärde i hela befolkningen har sådan utbildning.

Otillräcklig information om den fysiska tillgängligheten kan utgöra hinder för personer med funktionshinder att bedriva högre studier. Sibus har under 2000 kartlagt tillgängligheten vid drygt 500 institutioner/byggnader vid svenska universitet och högskolor. Resultatet visar bl.a. att vissa enklare anpassningar är gjorda endast i 20 procent av byggnaderna. Nästan 40 procent av gymnasieskolorna saknar minimal anpassning för personer med rörelsehinder, enligt HO:s rapport.

7.6.2 Analys och slutsatser

Handikappolitiken rör alla samhällssektorer och skall ses som frågor om mänskliga rättigheter. Fortfarande händer det att personer med funktionshinder utestängs från en samhällsgemenskap. Ett utvidgat skydd mot diskriminering är en viktig förutsättning för att uppnå full delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkoren för personer med funktionshinder. Skydd mot diskriminering inom arbetslivet är reglerat i lag och regeringen har föreslagit förstärkt skydd inom högskolan. Hur skyddet bör utvecklas skall utredas vidare.

Eftersom målet är ett samhälle som är tillgängligt för alla måste insatserna inriktas dels på individinriktade insatser och dels på att identifiera och undanröja de hinder som finns bl.a. i den fysiska miljön. Varje myndighet har ett grundläggande ansvar för att inom sitt område leva upp till de nationella målen för handikappolitiken och FN:s standardregler. Detta har under året förtydligats i en särskild förordning om de statliga myndigheternas ansvar för genomföran-

det av handikappolitiken (2001:526). De handikappolitiska målen har haft svårt att tränga igenom alla samhällsområden. Ett skäl till detta kan vara bristen på konkreta och uppföljningsbara etappmål. Regeringen avser ge vissa myndigheter på central nivå, som har ansvar för en samhällssektor, ett särskilt ansvar för att de handikappolitiska målen skall uppnås.

Hjälpmedel är för många funktionshindrade ett viktigt och ibland nödvändigt komplement till den generella anpassningen av miljön. Erfarenheter visar att det finns en rad brister inom hjälpmedelsförsörjningen. Regeringen avser därför att tillsätta en särskild utredare för att se över bl.a. hjälpmedelsförsörjningen för studerande med funktionshinder samt de förändrade förutsättningarna på hjälpmedelsområdet genom den tekniska utvecklingen.

I praktiken har införandet av LSS inneburit en ökad betoning av individens eget initiativ och att den enskilde skall ha inflytande över hur stödet utformas. En person med funktionshinder förväntas själv aktivt göra sina behov kända och begära insatser. Antalet personer som har stöd enligt LSS ökar men andelen i förhållande till personer med stöd enligt SoL varierar mellan kommunerna. Innebörden i begreppet rådgivning och annat personligt stöd har varit oklar ända sedan LSS infördes. Socialstyrelsen föreslog i sin slutrapport 1997 angående uppföljningen av handikappreformen att insatsens benämning skulle ändras från "råd och stöd" till "särskilt expertstöd". Även Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder föreslog i sitt slutbetänkande att ett förtydligande bör göras av lagstiftningen. Regeringen avser att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att föreslå förtydliganden avseende syftet med råd och stöd, förutsättningar för att erhålla insatsen och på vilket sätt den kan komplettera andra åtgärder.

Tolktjänsten kan ännu inte anses genomförd på det sätt som avsågs i handikappreformen. Regeringen avser därför att göra en översyn av tolktjänstverksamheten mot bakgrund av senaste årens utveckling på området.

Rätten till personlig assistans har fr.o.m. den 1 januari 2001 utvidgats till att omfatta personer som fyllt 65 år och som har haft denna insats tidigare. Insatsen möjliggör ett aktivt deltagande i samhällslivet. Regeringens bedömning är att förverkligandet av intentionerna (LSS) får som

konsekvens att gruppen med assistansersättning ökar.

Regeringen ser med allvar på de brister i beslutsunderlag och beslut i bilstödsärenden som RFV rapporterat om i sin tillsyn av försäkringskassorna. Försäkringskassorna har under en längre period varit arbetstygda vilket kan vara en orsak till detta. Men för att tilltron till den allmänna försäkringen inte skall urholkas måste de försäkrade bli behandlade rättssäkert och effektivt. Detta är också en förutsättning för att de begränsade anslagsmedlen skall användas effektivt. Regeringen anser att försäkringskassorna måste fokusera verksamheten mot att uppnå ökad kvalitet och effektivitet i ärendehandläggningen. RFV:s roll är viktig i detta utvecklingsarbete. Se vidare under Uo10 och avsnittet om administration.

RRV:s översyn har visat att det kan finnas behov av regelförändringar i syfte att förbättra och effektivisera stödet. Regeringen avser att återkomma i frågan.

Personer med psykiska funktionshinder har haft särskilt begränsade möjligheter till delaktighet och inflytande i samhället. De har också upplevt svårigheter att få del av insatser enligt LSS. Medel för personliga ombud avsattes för att öka psykiskt funktionshindrades inflytande över sitt liv och möjligheten att få del av det stöd som finns eftersom erfarenheterna från tidigare försöksverksamhet var goda. Insatsen kan medföra liknande positiva effekter för personer med psykiska funktionshinder som personlig assistans har inneburit för personer med andra funktionshinder.

Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (S 1997:04) beskrev i olika rapporter att funktionshindrade upplever mistro och kontroll från samhällsorganens sida. Den tydliga avgränsningen av vilka som omfattas av LSS kan också innebära en risk för att behoven bland andra grupper av funktionshindrade förbises. Förutom en god planering av resurser krävs också bl.a. hög kompetens hos personal som bedömer och beslutar om funktionshindrade personers behov och stöd. Ett av de prioriterade arbetsområdena enligt handlingsplanen för handikappolitiken är därför att förbättra kompetensen och bemötandet. Det innebär bl.a. satsningar på att offentligt anställd personal, som i sitt arbete möter personer med funktionshinder, får möjlighet att utveckla sin kompetens i fråga

om bemötande. Huvudmännen har ansvaret för denna kompetensutveckling.

Det förekommer också att den som beviljats stöd inte får beslutet verksamt. Ett stort problem som uppmärksammats under många år är också att huvudmännen, kommuner och landsting, dröjer med att vidta åtgärder enligt domar som ger enskilda personer rätt till insatser enligt LSS eller SoL. Åtgärder har vidtagits för att komma tillrätta med detta problem och frågan bereds för närvarande ytterligare inom Regeringskansliet.

Regeringen gör bedömningen att de sammantagna statliga insatserna haft avsedda effekter. Ökad kunskap kan leda till ytterligare eller förändrade satsningar i en fortsatt utveckling i överensstämmelse med inriktningen i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

I samarbete med SCB har regeringen påbörjat en analys av funktionshindrades levnadsvillkor som även omfattar skillnaden i villkor mellan funktionshindrade kvinnor och män.

7.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2000 avseende myndigheternas verksamhetsområden.

7.8 Budgetförslag

7.8.1 16:1 Personligt ombud

Tabell 7.2 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

2000	Utfall	29 161	Anslags-sparande	839
2001	Anslag	60 000	Utgifts-prognos	60 438
2002	Förslag	90 000		
2003	Beräknat	90 000		
2004	Beräknat	90 000		

Bidraget är avsett för att utveckla verksamhet med personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder. De personliga ombuden skall bl.a. företräda den enskilde i olika situationer, ge råd och stöd samt stärka den enskildes egen initiativförmåga. Verksamheten skall grundas på ett kommunalt ansvar och huvudmanna-

skap men olika verksamhetsformer kan prövas beträffande det praktiska utförandet.

Socialstyrelsen har sedan bidraget tillkom år 2000 tillsammans med länsstyrelserna på regeringens uppdrag arbetat för att verksamheten blir rikstäckande. I många län och kommuner fanns behov både av mer information och mer tid för förberedelser. Socialstyrelsen har definierat vilka arbetsuppgifter som bör innefattas i stödet och utformat kriterier för vilka personer som bör omfattas av insatsen. I uppdraget till Socialstyrelsen ingår också att utvärdera utvecklingen av verksamheten samt vilka effekter den får såväl för psykiskt funktionshindrade som på utnyttjandet och utformningen av andra närliggande insatser och verksamhetsområden.

Tabell 7.3 Härlledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor			
	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	60 000	60 000	60 000
Förändring till följd av:			
Beslut	30 000	30 000	30 000
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	30 000	30 000	30 000
Förslag/beräknat anslag	90 000	90 000	90 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 90 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:1 *Personligt ombud* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till vardera 90 000 000 kronor.

7.8.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 7.4 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2000	Utfall	279 000		1 324
2001	Anslag	277 000	Utgifts-prognos	276 406
2002	Förslag	275 000		
2003	Beräknat	275 000		
2004	Beräknat	275 000		

Från anslaget lämnas statsbidrag till landstingen för vissa handikappinsatser som avser:

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

- statsbidrag till tolktjänst (75 miljoner kronor)

Medlen fördelas av Socialstyrelsen till landstingen. Bidraget till rådgivning och annat stöd lämnas i enlighet med finansieringsprincipen för de ökade åtaganden landstingen fick genom införandet av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med bidraget till tolktjänsten är att ge landstingen förutsättningar att bygga ut tolktjänsten för döva och dövblinda m.fl.

År 2001 tillfördes anslaget ett engångsbelopp för att tillgodose länsstyrelsernas behov av utbildning med anledning av ändringar i LSS:

Regeringens överväganden

Tabell 7.5 Härlledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor			
	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	277 000	277 000	277 000
Förändring till följd av:			
Beslut	–2 000	–2 000	–2 000
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	–2 000	–2 000	–2 000
Förslag/beräknat anslag	275 000	275 000	275 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 275 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till vardera 275 000 000 kronor.

7.8.3 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tabell 7.6 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2000	Utfall	187 141		218
2001	Anslag	172 470	Utgifts-prognos	172 688
2002	Förslag	159 733		
2003	Beräknat	164 285 ¹		
2004	Beräknat	167 953 ¹		

¹ Motsvarar 159 733 tkr i 2002 års prisnivå

Syftet med statsbidraget är bl.a. att 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 högskola. Bidraget gör det också möjligt för ungdomar som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning, att genomföra studierna.

De utgifter som belastar anslaget är kostnader för vårdtjänst åt studerande med rörelsehinder vid folkhögskola, universitet, högskola. Fr.o.m. 2001 omfattar anslaget vårdtjänstinsatser för samtliga studerande inom folkhögskola, oavsett diagnos. Anslaget används också för omvårdnadsinsatser, dvs. habilitering och boende med tillgång till personlig omvårdnad, i anslutning till

rh-anpassad gymnasieutbildning. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna på riksgymnasieområdet är dels antal elever med rörelsehinder respektive funktionshinder vid utbildningsställena, dels dessa elevers individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen. Kostnadsansvaret för verksamheten delas fr.o.m. den 1 juli 2001 mellan stat, kommun och landsting. Som en följd härav har anslaget reducerats med 12,5 miljoner kronor för 2001 och 25 miljoner kronor fr.o.m. 2002.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) administrerar anslaget enligt bestämmelserna i förordningen (2000:755) med instruktion för Statens institut för särskilt utbildningsstöd.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 7.7 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	50 000	48 000	78 000		
Nya förpliktelser	48 000	78 000	81 000		
Infriade förpliktelser*	-50 000	-48 000	-78 000	-81 000	
Utestående förpliktelser vid årets slut	48 000	78 000	81 000		
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	60 000	90 000	81 000		

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att anslagsbenämningen Statsbidrag till vårdtjänst m.m. inte tillräckligt väl speglar den verksamhet anslaget avser att täcka och föreslår därför att anslaget fortsättningsvis benämns statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.

Tabell 7.8 Härledning av nivå 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	172 470	172 470	172 470
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Pris- och löneomräkning	-237	4 315	7 983
Överföring till/från andra anslag m.m. ¹	-12 500	-12 500	-12 500
Summa förändring	-12 737	-8 185	-4 517
Förslag/beräknat anslag	159 733	164 285	167 953

¹ Vid fastställandet av anslagsnivån gjordes en felaktig pris- och löneomräkning. Regeringen avser att korrigera detta på tilläggsbudget under 2002.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 159 733 000 kronor anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* för budgetåret 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 164 285 000 kronor respektive 167 953 000 kronor.

7.8.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 7.9 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2000	79 122		
2001	Anslag	79 394	79 394
2002	Förslag	80 394	
2003	Beräknat	80 394	
2004	Beräknat	80 394	

Bidraget är avsett att öka organisationernas möjligheter att själva bedriva vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder. Några har fått bidrag från detta anslag sedan 1950-talet medan andra tillkom så sent som år 1997. Statsbidrag lämnas till följande organisationer och verksamheter:

- Synskadades Riksförbund (SRF) Hantverk AB för verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för inköp och tilldelning av ledarhundar för synskadade m.m.
- SRF för viss övrig verksamhet, bl. a. utgivning av ersättningstidningar för synskadade, individriktad verksamhet för synskadade med ytterligare funktionsnedsättning, stöd till synskadades sysselsättning, punktskriftprojekt och skrivtjänst.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) för att utgivning av tidningar (ej medlems-tidningar) för dövblinda och för utveckling av databasen Telenuet.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för dess teckenspråksavdelning.
- Stiftelsen Rikstolk-tjänst för rikstolk-tjänst.
- Naturhistoriska riksmuset/palynologiska laboratoriet för bl.a. pollenmätningar och rapportering av pollenhalt i luften.
- Föreningen Rekryteringsgruppen för tränings- och rehabiliteringsverksamhet.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställningen NHR-Center.
- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper vid Mo Gård och Ågrenska.
- Stöd till handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.

Regler för fördelning av bidraget till rekreationsanläggningar finns i förordningen (1994:950) om statsbidrag till rekreationsanläggningar.

Regeringens överväganden

Organisationerna redovisar sin verksamhet och inlämnar sina ansökningar till Socialstyrelsen som följer upp och utvärderar de verksamheter som bedrivs med bidrag från anslaget. Regeringen bedömer att organisationerna genom sina verksamheter svarar för insatser som är av stor betydelse för personer med funktionshinder men som inte skulle finnas om inte organisationerna påtog sig detta ansvar. Anslaget föreslås utökas med 1 miljon kronor fr.o.m. 2002.

En del av anslaget används för bidrag till vissa handikapporganisationer som driver egna rekreationsanläggningar av rikskaraktär. Organisationerna har med dessa tagit på sig ett ansvar för att ge personer med omfattande funktionshinder möjlighet till rekreation i tillgänglig miljö och med särskild personal och service.

Tabell 7.10 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	79 394	79 394	79 394
Förändring till följd av:			
Beslut	1 000	1 000	1 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Summa förändring	1 000	1 000	1 000
Förslag/beräknat anslag	80 394	80 394	80 394

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 80 394 000 kronor anvisas under anslaget 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till vardera 80 394 000 kronor.

7.8.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 7.11 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2000	Utfall	152 694	
2001	Anslag	157 248	157 248
2002	Förslag	157 248	
2003	Beräknat	157 248	
2004	Beräknat	157 248	

Statsbidrag lämnas till handikapporganisationer. Bidraget regleras fr.o.m. den 1 juli 2000 enligt förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Enligt den nya förordningen ansvarar Socialstyrelsen fr.o.m. den 1 juli 2000 för såväl beslut om fördelning som administration av bidraget till handikapporganisationerna.

Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för

funktionshindrade. Organisationerna bidrar också genom sitt intressepolitiska arbete med att förverkliga de politiska målen för handikappolitiken.

I januari 2000 beslutade regeringen om en ny förordning om statsbidraget till handikapporganisationerna. I den nya förordningen definieras vad som avses med en handikapporganisation samt hur anslaget skall fördelas. Socialstyrelsen skall på regeringens uppdrag kartlägga och analysera effekterna av bestämmelserna i den nya förordningen. En redovisning skall lämnas i samband med årsredovisningen för år 2001.

Från och med andra halvåret 2000 förstärktes anslaget med 19,5 miljoner kronor varav 5,5 miljoner kronor var ett engångsbelopp för att underlätta övergången till det nya bidragssystemet.

Tabell 7.12 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	157 248	157 248	157 248
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	157 248	157 248	157 248

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 157 248 000 kronor anvisas under anslaget 16:5 Bidrag till handikapporganisationer för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till vardera 157 248 000 kronor.

7.8.6 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 7.13 Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2000	Utfall	12 650	800
2001	Anslag	21 476	22 276
2002	Förslag	21 777	
2003	Beräknat	22 457 ¹	
2004	Beräknat	23 112 ¹	

¹ Motsvarar 21 777 tkr i 2000 års prisnivå

Syftet med ersättningen till utrustning för elektronisk kommunikation är att ge personer som

är döva, gravt hörselskadade, dövblinda, talskadade eller språkstörda möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät.

De utgifter som belastar anslaget är ersättning till landstingen för inköp av sådan kommunikationsutrustning, samt för utrustning som skall användas av närstående.

Verksamheten regleras fr.o.m. 1 oktober 2001 i förordningen (2001:638) om statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation. Bidrag får dock lämnas för tid fr.o.m. den 1 juli 2001. Socialstyrelsen betalar ut statsbidraget i början av varje kvartal med en fjärdedel av det beräknade statsbidraget för det löpande kalenderåret till landstingen eller kommunalförbund som förskriver sådan utrustning.

De huvudsakliga faktorerna som styr utgifterna under anslaget är antalet personer som har behov av sådan utrustning, utbyte av föråldrad utrustning och prisutvecklingen på framför allt ny teknik.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utveckla nya bidragsregler och fördelningsprinciper i enlighet med förslagen i regeringens proposition (1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) Från patient till medborgare - en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Dessa regler skall också ta hänsyn till den teknikutveckling som pågår inom området.

Regeringens överväganden

Bildtelefoner med tillräckligt god kvalitet för att kunna fungera för teckenspråkskommunikation har utvecklats och utrustningen bedöms kostnadsmissigt uppnå rimliga nivåer den närmaste tiden. Försöksverksamhet med medel till sådan utrustning har bedrivits inom Socialstyrelsen. Utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text samtidigt ger ytterligare nya möjligheter att tillgodose målgruppens behov.

Elektronisk kommunikation är ett internationellt vedertaget begrepp för de ändamål som anslaget omfattar varför regeringen föreslår att anslagsbeteckningen ändras från Alternativ telefoni till Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.

Tabell 7.14 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	21 476	21 476	21 476
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Pris- och löneomräkning	301	981	1 636
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	301	981	1 636
Förslag/beräknat anslag	21 777	22 457	23 112

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 777 000 kronor anvisas under anslaget 16:6 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 22 457 000 kronor respektive 23 112 000 kronor.

7.8.7 16:7 Bilstöd till handikappade

Tabell 7.15 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2000	Utfall	208 850		-10 585
2001	Anslag	227 000	Utgifts-prognos	227 915
2002	Förslag	164 000		
2003	Beräknat	164 000		
2004	Beräknat	164 000		

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

Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärende om bilstöd till handikappade. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna ansvarar för bilstödet. Stöd kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Under vissa förutsättningar kan bidrag också lämnas till körkortsutbildning till den som beviljats bilstöd. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna inom området är personkretsens omfattning, inkomstutvecklingen och prisutvecklingen på fordonsmarknaden. Nytt bilstöd kan beviljas den som tidigare fått sådant om minst sju år förflutit sedan beslut senaste fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag. Bilstöd

måste användas inom sex månader från det att den som beviljats bilstöd fått besked om att bilstöd kan betalas ut.

Genom en förordningsändring under hösten 1998 begränsades utbetalningarna för bilstöd så att de för respektive budgetår ryms inom ramen för de medel som anslås.

De tre senaste åren har utbetalningarna av beviljade bilstöd fått stoppas före årets slut och vissa utbetalningar har förskjutits till året efter.

Regeringens överväganden

Riksförsäkringsverkets senaste prognos pekar på att anslagna medel för 2002 inte kommer att räcka till för att motsvara den väntade efterfrågan. Regeringen kommer att noga följa utvecklingen. Riksrevisionsverkets översyn av bilstödet visar dessutom att det kan finnas behov av regelförändringar i syfte att förbättra och effektivisera stödet. Regeringen avser att återkomma i frågan.

Tabell 7.16 Härlledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	227 000	227 000	227 000
Förändring till följd av:			
Beslut	-63 000	-63 000	-63 000
Övr. makroekonomiska förutsättn.	0	0	0
Volym	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Summa förändring	-63 000	-63 000	-63 000
Förslag/beräknat anslag	164 000	164 000	164 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 164 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade* för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 164 000 000 kronor respektive 164 000 000 kronor.

7.8.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 7.17 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansutveckling

Tusental kronor

2000	Utfall	5 305 995	Anslags-sparande	51 377
2001	Anslag	6 640 000	Utgifts-prognos	6 400 000
2002	Förslag	7 606 000		
2003	Beräknat	8 759 000		
2004	Beräknat	9 437 000		

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

Anslaget disponeras av Riksförsäkringsverket. De allmänna försäkringskassorna administrerar och beslutar om ersättningen. Frågor om assistansersättning regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning och i förordningen (1993:1091) om assistansersättning. Rätten gäller för svårt funktionshindrade personer som inte fyllt 65 år och som bor i eget boende, servicehus eller hos familj eller anhörig. Från och med den 1 januari 2001 gäller att personer som beviljats assistansersättning före 65 års ålder får behålla denna rätt även därefter.

Assistansersättning utgår under 2001 med 184 kronor per beviljad timme. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan efter ansökan medge att schablonen får överskridas med de godkända faktiska kostnaderna – dock högst 12 procent. Kommunerna finansierar beviljad assistansersättning för de första 20 timmarna per vecka. De faktorer som styr utgifterna på anslaget är personkretsens omfattning, antalet beviljade assistanstimmar per vecka och beviljad assistansersättning per timme.

Regeringens överväganden

Såväl antalet personer som beviljats assistansersättning som antalet assistanstimmar har ökat kraftigt sedan reformen infördes 1994. Utgiftsökningen består till största delen av att antalet assistanstimmar per person och vecka ökat väsentligt.

Som ett led i uppföljningen av reformen har RFV haft i uppdrag att analysera de bakomliggande orsakerna till de ökade utgifterna för den statliga assistansersättningen. RFV lämnade sin rapport i februari 2001. Syftet med uppdraget har varit att förbättra underlaget för regeringens prognoser på anslaget. En arbetsgrupp har tillsatts för att beskriva och analysera rekryteringsbehov och de förhållanden som påverkar möjligheten att rekrytera assistenter.

Tabell 7.18 Härlledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	6 640 000	6 640 000	6 640 000
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Övr. makroekonomiska förutsättn.	260 000	290 000	290 000
Volymer	706 000	1 829 000	2 507 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Summa förändring	966 000	2 119 000	2 797 000
Förslag/beräknat anslag	7 606 000	8 759 000	9 437 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 606 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 8 759 000 000 kronor respektive 9 437 000 000 kronor.

7.8.9 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tabell 7.19 Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

2000	Utfall	10 185	Anslags-sparande	232
2001	Anslag	20 973 ¹	Utgifts-prognos	18 700
2002	Förslag	24 022		
2003	Beräknat	24 613 ²		
2004	Beräknat	15 685 ³		

¹ Inklusive en ökning med 192 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 24 022 tkr i 2002 års prisnivå.

³ Motsvarar 15 022 tkr i 2002 års prisnivå.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) skall bidra till att uppnå målet för handikappolitiken genom att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder samt genom att med god kvalitet och kostnadseffektivitet administrera och utveckla olika stöd som behövs i och omkring studiesituationen för personer med funktionshinder. Sisus ger också kansliservice till Nämnden för Rh-anpassad utbildning.

Myndigheten har fått ökade arbetsuppgifter med anledning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. Anslaget höjdes i tilläggsbudget i samband med 2000 års ekonomiska vårproposition med 1,5 miljoner kronor. Fr.o.m. 2001 har anslaget tillförts sammanlagt 12 miljoner kronor för kompetensutvecklingsinsatser i enlighet med inriktningen i den nationella handlingsplanen varav 9 miljoner kronor avser stimulansbidrag till särskilda projekt under åren 2001–2003.

From 1 juli 2001 övertar Sisus hanteringen av vissa bidrag som hittills administrerats av Centrala studiestödsnämnden. Det gäller korttidsstudiestöd, internatbidrag och timersättning inom Särvox. Medel har tillförts 2001 för att täcka de ökade administrationskostnaderna.

Regeringens överväganden

I sin årsredovisning för budgetåret 2000 redovisar Sibus sin verksamhet under verksamhetsgrenarna stöd inom folkhögskoleområdet, stöd inom universitet och högskolor samt stöd inom riksgymnasieverksamheten för svårt rörelsehindrade ungdomar. Sibus verksamhet utvecklas i enlighet med verksamhetsmålen. Myndigheten har under året arbetat med att utveckla olika uppföljningsinstrument och att förbättra sina prognoser för statbidragen. Folkhögskolan har stor betydelse för många personer med funktionshinder och Sibus har genom sin verksamhet en god helhetsbild av handikappinsatserna där. Den uppföljning som Sibus gjort visar att skolorna i allmänhet är nöjda med Sibus administration av bidraget.

Sibus får i enlighet med regeringsbeslut i maj 1998 ta ut avgift av Folkbildningsrådet för att registrera ansökningar och redovisningar samt bereda rådets beslut avseende förstärkningsbidraget till folkhögskolor. Insatsen innebär att Sibus får en helhetsbild av handikappinsatserna på folkhögskolorna. Den bidragsfinansierade verksamheten skall ha som mål full kostnadsäckning. Sibus fick 60 000 kronor av Folkbildningsrådet under 2000 för att sköta denna administration.

Ett nytt betalningssystem inom riksgymnasieverksamheten infördes den 1 juli 2001 för verksamheten med boende, omvårdnad och habilitering. Det innebär att kostnaderna för denna verksamhet delas mellan stat, hemkommuner och hemlandsting. Förändringarna sker i enlighet med regeringens proposition 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd.

Sibus administrerar det nya systemet och har också fått ett större ansvar för förhandlingarna och överenskommelserna med de huvudmän som ansvarar för boende, omvårdnad och habilitering i anslutning till riksgymnasierna.

För att täcka Sibus kostnader för nya administrationsuppgifter som också innefattar utveckling av den tekniska utrustningen tillförs anslaget 1 miljon kronor fr.o.m. 2002.

Tabell 7.20 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	20 973	20 973	20 973
Förändring till följd av:			
Beslut	1 000	1 000	-8 000
Pris- och löneomräkning	2 145	2 736	2 616
Premiejustering ²	-96	-96	-96
Summa förändring	3 049	3 640	-5 480
Förslag/beräknat anslag	24 022	24 613	15 685

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning av detta finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 24 022 000 kronor anvisas under anslaget 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 24 613 000 kronor respektive 15 685 000 kronor.

7.8.10 16:10 Handikappombudsmannen

Tabell 7.21 Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

2000	Utfall	8 330	Anslags-sparande	-193
2001	Anslag	15 141 ¹	Utgifts-prognos	15 000
2002	Förslag	15 945		
2003	Beräknat	16 335 ²		
2004	Beräknat	16 644 ²		

¹ Inklusive minskning med 106 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 15 945 tkr i 2002 års prisnivå.

Handikappombudsmannen skall bidra till att uppnå målet för handikappolitiken genom att bevaka frågor som angår funktionshindrade personers rättigheter och intressen samt verka för att personer med funktionshinder uppnår full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkoren. Målet för Handikappombudsmannens verksamhet omfattar således handikappolitik inom alla politikområden och samhällssektorer.

I enlighet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken höjdes anslaget med 7 miljoner kronor fr.o.m. 2001 för inrättande av ett nationellt tillgänglighetscenter.

Regeringens överväganden

I årsredovisningen för budgetåret 2000 redovisar Handikappombudsmannen sin verksamhet under verksamhetsgrenarna ärendehandläggning, uppföljning och analys samt information och kunskapsöverföring. Handikappombudsmannen har i särskild ordning lämnat en rapport till regeringen om sin verksamhet och om utvecklingen inom handikappområdet samt givit förslag till åtgärder. Den senaste rapporten uppmärksammar särskilt situationen för barn och för personer med psykiska funktionshinder. HO har genom sina insatser bidragit till målen för handikappolitiken. Ärendemängden har ökat och myndigheten har fått nya uppgifter till följd av lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder. Den juridiska rådgivningen bedöms hålla hög kvalitet. Arbetet med information, utveckling av arbetsmetoder och uppföljning av diskrimineringslagstiftningen har prioriterats under året.

Regeringen avser att i en särskild proposition föreslå en lag om likabehandling av studenter i högskolan. Den skall ha till ändamål att främja lika rättigheter för studenter och för sökande till högskolan och att motverka diskriminering på grund av könstillhörighet, etnisk tillhörighet, sexuell läggning och funktionshinder. Jämställhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) skall utöva tillsynen över lagens efterlevnad. Under förutsättning att riksdagen godkänner propositionen kommer ombudsmännen

att förstärkas med sammanlagt 2 miljoner kronor som fördelas mellan dem utifrån den förväntade arbetsmängden hos respektive ombudsman. Handikappombudsmannens anslag tillförs därför 500 000 kronor från anslaget 25:73 Särskilda utgifter inom universitet och högskolor m.m. inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Tabell 7.22 Härledning av nivå 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	15 141	15 141	15 141
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Pris- och löneomräkning	251	641	950
Premiejustering ²	53	53	53
Överföring till/från andra anslag m.m.	500	500	500
Summa förändring	804	1 194	1 503
Förslag/beräknat anslag	15 945	16 335	16 644

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning av detta finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 945 000 kronor anvisas under anslaget 16:10 Handikappombudsmannen för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 16 335 000 respektive 16 664 000 kronor.

8 Politikområde Äldrepolitik

8.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att ge äldre personer förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Bland annat omfattas insatser som bidrar till att förbättra kvaliteten inom äldreomsorg och äldreomsorg och insatser som ökar den fysiska tillgängligheten i boendet, i samhället och till information bl.a. via modern informationsteknologi.

De insatser som redovisas inom politikområdet rör främst äldreomsorg. Ansvaret för äldreomsorgen ligger i första hand på kommunerna. Detta ansvar regleras i socialtjänstlagen (1980:620). Staten lämnar ekonomiskt bidrag till

verksamheten inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Politikområdet omfattar medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken. Detta anslag innefattar stöd till pensionärsorganisationerna.

Statens insatser inom äldrepolitiken i övrigt omfattar främst lagstiftning, tillsyn samt olika åtgärder för att stimulera utvecklingen inom äldreområdet. Länsstyrelserna är viktiga aktörer inom politikområdet.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Milljoner kronor

	Utfall 2000	Anslag 2001 ¹	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	266,3	252,0	255,0	25,4	35,4	35,4
Totalt för politikområde Äldrepolitik	266,3	252,0	255,0	25,4	35,4	35,4

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

8.3 Mål

Målet för politikområdet är att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.

Målet innebär bl.a. att den enskilde skall ha inflytande i samhället som boende, patient, mottagare av hemtjänst eller i andra sammanhang. Äldre bör finnas representerade bland förtroendevalda i kommuner, landsting och riksdag. Pensionärsorganisationernas möjlighet att medverka i beslutsprocesser i kommuner och landsting som rör frågor om äldres förhållanden skall tas tillvara. Samhällets planering vad gäller t.ex. utformning av bostadsområden, butiker, gator och kollektivtrafik skall göras på ett sådant sätt att äldres behov av tillgänglighet tillgodoses. Välanpassade bostäder skall göra det möjligt för äldre personer att bo kvar hemma trots funktionshinder eller sjukdom. Pensionerna skall ge ekonomisk trygghet. Brottsligheten skall bekämpas så att äldre personer kan känna sig trygga både hemma och ute på gator och torg.

Målet för den nationella äldrepolitiken omfattar de flesta samhällsområden. Målet kompletterar på så sätt de målsättningar som finns i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, vilka främst inriktar sig på verksamheter inom vård och omsorg.

Målet för äldrepolitiken fastslogs av riksdagen i samband med behandlingen av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98SoU24, rksr. 1997/98:307). Regeringen avser att i en skrivelse till riksdagen under våren 2002 redovisa genomförandet av handlingsplanen.

8.4 Politikens inriktning

Äldrepolitiken står inför en rad utmaningar. Andelen personer i åldersgruppen 65 år och äldre har under de senaste decennierna ökat kraftigt. Denna utveckling kommer att fortsätta. År 2020 kommer Sverige enligt SCB:s befolkningsprognos att ha drygt 2 miljoner invånare i åldersgruppen 65 år eller äldre, vilket motsvarar drygt 22 procent av befolkningen. Denna utveckling

ställer ökade krav på samhällets insatser för äldre personer.

Den parlamentariska äldreberedningen, som tillsattes i december 1998, har som uppgift att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Beredningens arbete inriktar sig på tre huvudområden; äldre i arbetslivet, det friska pensionärlivet och äldre inom vård och omsorg. Beredningens förslag skall bidra till måluppfyllelse med avseende på de av riksdagen fastställda nationella målen för äldrepolitiken. Om så erfordras skall beredningen föreslå nya mål. Beredningen skall redovisa resultatet av sitt arbete till regeringen senast den 1 maj 2003.

Regeringen har under de senaste åren vidtagit en serie åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kommuner och landsting att utveckla verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Bland annat har det generella statsbidraget till kommunsektorn successivt höjts sedan 1997. Vidare antog riksdagen i juni 1998 regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, i vilken samlade mål för äldrepolitiken fastslogs samt drygt 20 olika åtgärder föreslogs för att uppnå målen. Syftet med handlingsplanen är bl.a. att rätta till brister och problem inom vården och omsorgen om äldre personer. Handlingsplanen avser vidare att lägga fast grundvalarna för en äldrepolitik som beaktar behoven hos en befolkningsstruktur med en betydligt större andel av invånarna 65 år eller äldre.

Uppföljningen av genomförandet av handlingsplanen samt den parlamentariska äldreberedningens förslag kommer att utgöra viktiga underlag när regeringen förbereder insatser för att utveckla den framtida äldrepolitikens innehåll. Samhällets insatser inom äldrepolitiken behöver även i fortsättningen dels inriktas på att ge äldre förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet, dels att ge äldre med behov service, vård och omsorg av god kvalitet.

Även inom EU har den successivt ökande andelen äldre i medlemsländerna uppmärksammas. En prioriterad fråga i sammanhanget är hur EU-ländernas pensionssystem skall utvecklas för att möta denna utveckling. Under våren 2001 lyftes även frågor om vård och omsorg upp i arbetet inom EU. Till EU-toppmötet våren 2002 skall en rapport lämnas till Europeiska

rådet med riktlinjer för vård och omsorg till äldre personer.

Sverige har i samband med ordförandeskapet i EU under våren 2001 spelat en aktiv roll i arbetet inom FN med framtagandet av en reviderad internationell handlingsplan om äldrefrågor. Handlingsplanen kommer att behandlas under FNs andra världsförsamling om äldrefrågor i Madrid våren 2002. Handlingsplanen omfattar äldrefrågor ur ett brett perspektiv, bl.a. förebyggande hälsoarbete, det livslånga lärandet samt boende och miljö.

8.5 Insatser

8.5.1 Insatser inom politikområdet

Regeringen har i juli 2001 överlämnat förslag till riksdagen om nya och preciserade bestämmelser vad gäller avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Förslagen omfattar dels ett högst kostnadsskydd för hemtjänst och dagverksamhet, dels bestämmelser om beräkning av enskildas förbehållsbelopp. Vidare finns förslag om hur beräkning skall ske av enskildas avgiftsunderlag (inkomster) samt förslag om högsta nivå för boendeavgifter i vissa typer av särskilt boende. Det föreslås även att det införs regler som gör det möjligt att genom förvaltningsbesvär överklaga individuella beslut enligt socialtjänstlagen som rör avgifternas storlek. Förslagen i regeringens proposition syftar till att säkerställa att den kvarts miljon människor som erhåller insatser från äldre- och handikappomsorgen skyddas mot för höga avgifter.

År 2001 är det tredje och sista året då särskilda satsningar görs inom vissa prioriterade områden inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Under tiden för genomförandet av handlingsplanen fördelas sammanlagt 1,2 miljarder kronor för att stödja och påskynda kvalitetsutvecklingen inom äldreområdet. Bland annat har Socialstyrelsen och länsstyrelserna fått resursförstärkningar för att kunna öka tillsynsinsatserna inom äldreområdet. Forskning och kunskapsutveckling inom äldreområdet, fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda samt utveckling av anhörigstödet är exempel på andra insatser som erhåller statligt stöd. Vidare har 380 miljoner kronor av

de totala medlen satsats för ny- och ombyggnation inom det särskilda boendet.

8.5.2 Insatser utanför politikområdet

Regeringen har under senare år föreslagit och genomfört en serie åtgärder inom andra politikområden som även kommit de äldre till del.

Regeringen har bl.a. anvisat extra medel till kommuner och landsting bl.a. för att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 2000/01:102) redogörs närmare för kommunernas insatser inom äldreomsorgen.

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken antogs av riksdagen i maj 2000. I handlingsplanen fastslås att ett av de prioriterade områdena under de närmaste åren är att skapa ett tillgängligt samhälle för att möjliggöra full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder. Som ett led i detta arbete har riksdagen nyligen beslutat om ändringar i plan- och bygglagen som innebär att enkelt avhjälpna hinder mot tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga skall vara åtgärdade före utgången av 2010 i befintliga lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser (1987:10, jfr prop. 2000/01:48). Bestämmelserna gäller fr.o.m. 1 juli 2001.

Inom ramen för den av riksdagen antagna nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvårdspolitik (prop. 1999/2000:149) genomförs bl.a. satsningar för att skapa förutsättningar för att höja kvaliteten på den vård och omsorg som ges till äldre personer vad gäller såväl medicinska insatser som omvårdnad och rehabilitering i särskilt boende och i hemsjukvården.

Rätten till personlig assistans har fr.o.m. 1 januari 2001 utvidgats till att även gälla personer över 65 år som haft denna insats tidigare.

Regeringens proposition Ny socialtjänstlag (prop. 2000/01:80, bet. 2001/02:SoU18, rskr. 2000/01:259) antogs av riksdagen våren 2001. Den nya lagen innebär bl.a. att alla former av biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen skall kunna överklagas genom förvaltningsbesvär.

Regeringen föreslår i proposition 2000/01:136 Äldreförsörjningsstöd ett nytt ekonomiskt stöd för äldre som skall garantera de personer som är

bosatta i Sverige en viss lägsta levnadsnivå. De som kan komma att beviljas äldreförsörjningsstöd är personer som inte uppfyller bosättningskravet för oavkortad folkpension, ofta invandrare som kommit hit sent i livet. I dag är dessa personer i stor utsträckning hänvisade till socialbidrag, som dock inte är avsett för permanent försörjning utan som en tillfällig lösning.

Förbättringar som gäller fr.o.m. januari 2001 har gjorts i bostadsstödet för pensionärer. Vidare föreslår regeringen i denna proposition ytterligare förbättringar genom en höjning av ersättningsnivån för bostadskostnaden.

Under perioden 2001–2003 kommer tandvårdsstödet att tillföras ett betydande resurstillskott. Regeringens avsikt är att dessa medel skall användas för att förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader för äldre personer.

8.6 Resultatbedömning

8.6.1 Resultat

År 2000 var ungefär 250 000 personer 65 år eller äldre beviljade hemtjänst i ordinärt boende eller boende i en särskild boendeform. Antalet motsvarande drygt 16 procent av åldersgruppen. Något mer än hälften av omsorgstagarna fick hemtjänst i ordinärt boende och resterande andel i särskilt boende. Andelen män respektive kvinnor med omsorgsinsatser varierade kraftigt mellan de olika åldersgrupperna. Av personer 80 år eller äldre hade t.ex. knappt 30 procent av männen hemtjänst eller plats i särskilt boende medan motsvarande andel för kvinnor var drygt 45 procent. För de i åldrarna 65–79 år var motsvarande andel drygt 5 procent respektive 7 procent.

Det har under 1990-talet skett en kraftig ökning av offentligt finansierad äldreomsorg i privat drift. Ökningen har skett inom såväl det särskilda boendet som hemtjänsten. Enligt den officiella statistiken erhöll ungefär 10 procent av samtliga äldreomsorgstagare hjälp från privata vårdgivare år 2000. Andelen är störst inom det särskilda boendet.

Det skedde en minskning av äldreomsorgens omfattning under större delen av 1990-talet. Under senare år har dock den andel äldre personer som erhåller äldreomsorg stabiliserats (se

vidare Socialstyrelsens rapport Nationell handlingsplan för äldrepolitiken: lägesrapport 2001).

En tydlig trend under 1990-talet har varit att antalet äldre personer med mer omfattande insatser i form av hemtjänst och hemsjukvård har ökat, medan ett stort antal äldre med mer begränsade hjälpbehov har ställts utanför den offentliga omsorgen. Denna utveckling har fortsatt under år 2000. Kommunerna har blivit alltmer restriktiva med att bevilja insatser av servicekaraktär, såsom skötsel av hem och inköp. Även de sociala inslagen i kommunernas äldreomsorg har minskat i omfattning. Utvecklingen har lett till att anhöriga har kommit att få ett växande ansvar för hjälpen till äldre och att fler äldre köper tjänster på den privata marknaden.

En tydlig förbättring har ägt rum under senare år beträffande boendestandarden i särskilda boendeformer. År 1993 delade drygt 15 procent av samtliga personer i särskilda boendeformer rum med annan person än make eller maka. Motsvarande siffra för år 2000 var knappt 6 procent. Jämfört med 1993 bodde betydligt färre personer år 2000 i boende utan egen dusch eller bad samt utan egen toalett.

Under våren 2000 genomförde Socialstyrelsen tillsammans med landets länsstyrelser en studie över olika aspekter av rättssäkerhet inom äldreomsorgen. Av studien framgick att det i många kommuner förekommer långa väntetider på verkställighet av beslutade insatser inom äldreomsorgen. Det förekommer också att äldre personer får avslag på ansökningar om hjälp trots att de bedömts vara i behov av insatser. Den dominerande orsaken till dessa problem är platsbrist i särskilda boendeformer (se vidare regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn).

En fjärdedel av landets länsstyrelser rapporterar om att kommuner avvecklar särskilda boenden av besparingsskäl. Detta gällde inte sällan gruppboenden för dementa personer samt servicehusliknande boenden.

Sedan 1997 har det skett en ökning av de offentliga utgifterna för vård och omsorg om äldre i kommuner och landsting i förhållande till antalet äldre personer (Regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn). Det har skett en viss ökning av personal inom äldreomsorgen. Hälften av länsstyrelserna rapporterar dock om problem med personal- och kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Andelen anställda som

arbetar deltid är fortfarande hög och långtids-sjukskrivningarna ökar. Vidare har andelen anställda inom äldreomsorgen utan adekvat vård- och omsorgsutbildning ökat under senare år. Problem att rekrytera och behålla personal med lämplig kompetens finns både vad gäller högskoleutbildad personal som sjuksköterskor och sjukgymnaster och vad gäller undersköterskor och vårdbiträden. Bristande personal- och kompetensförsörjning leder till problem både vad gäller verkställighet av beviljade insatser och kvaliteten i vård- och omsorgsverksamheter.

Arbetet med kvalitetsutveckling inom socialtjänsten har i många kommuner kommit längst inom äldreomsorgen. Arbetets innehåll och omfattning varierar dock kraftigt mellan kommunerna. Heltäckande system för kvalitetssäkring saknas i de allra flesta kommuner.

Handläggning och dokumentation inom kommunernas äldreomsorg har under många år varit bristfällig. För år 2000 rapporterar Socialstyrelsen och länsstyrelserna om förbättringar inom detta område, bl.a. som en följd av att länsstyrelserna genomfört utbildningsinsatser. Fortfarande kvarstår dock brister.

Genom ett tillägg i socialtjänstlagen, 6 h §, lagstaddes fr.o.m. 1998 rätten för personer över 65 år samt funktionshindrade personer med varaktiga behov av omfattande vård och omsorgsinsatser att ansöka om sådant bistånd i annan kommun. Bestämmelsen tillkom för att bidra till måluppfyllelse med avseende på målet om självbestämmande för äldre personer och personer med funktionshinder. Uppföljningar av bestämmelsen visar att tillämpningen av ansökningar enligt 6 h § inte inneburit några större problem för kommunerna. Omkring 650 personer som önskat flytta till annan kommun har kunnat göra det. Ett 30-tal kommuner, främst förortskommuner i storstadsregionerna, har dock haft svårt att leva upp till lagstiftningens intentioner. Detta beror främst på platsbrist i särskilda boendeformer.

Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken

De utökade resurserna för tillsyn inom äldre- och handikappomsorg har medfört en utökad och förbättrad tillsyn. Länsstyrelserna har fått en betydligt bättre kunskap om situationen inom äldre- och handikappomsorgen. Förutom utökad verksamhetstillsyn ges även mer utbildning och

stöd till kommunerna. Många länsstyrelser rapporterar att tillsynen har god effekt då kommuner i stor utsträckning åtgärdar påpekade brister. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under åren 1999–2000 följa utvecklingen beträffande den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Inom ramen för detta uppdrag har Socialstyrelsen bl.a. tagit initiativ till en omfattande kartläggning av det särskilda boendet. Kartläggningen visar att strukturen i svenskt äldreboende i stort sätt är oförändrad sedan före Ädelreformens genomförande. Det kvarstår en tydlig differentiering beträffande målgrupper, boendestandard, bemanning och kompetens.

De statliga insatser som genomförts för utveckling av anhörigstödet i landets kommuner har resulterat i en såväl kvantitativ som kvalitativ utveckling av anhörigstödet. I stort sätt i samtliga kommuner pågår arbete med att bygga upp sådant stöd. Det kartläggnings- och inventeringsarbete som har bedrivits i de flesta kommuner har medfört att det i dag finns bättre kunskaper om antalet anhörigvårdare och deras behov av stöd. De anhörigas situation har fått ökad uppmärksamhet och allt fler anhöriga får hjälp. Socialstyrelsen rapporterar att en tydlig utveckling sker mot en mångfald av insatser, liksom stödinsatser som är mer lättillgängliga samt mot mer individuella stödformer.

Inom ramen för satsningen på försöksverksamheter med uppsökande verksamheter har 21 projekt beviljats stimulansbidrag. De första resultaten från projekten visar att kunskapen har ökat om hur man med enkla medel kan undanröja vissa hinder för ett självständigt liv och istället förebygga ett beroende av vård- och omsorgsinsatser. Många av de äldre personer som tagit del av de förebyggande hembesöken har uppskattat initiativet, dels för att det inneburit möjlighet till praktisk hjälp i form av t.ex. råd om enklare hjälpmedel, dels för att det givit dem en känsla av ökad trygghet.

Regeringen har beslutat om fördelning av cirka 200 projektbidrag som syftar till utveckling och nytänkande inom äldreområdet. Områden som behandlas i dessa projekt är bl.a. hälsofrämjande arbete för äldre, brukarinflytande och IT för äldre personer. Inom ramen för det sistnämnda området har bl.a. de fem största pensionsorganisationerna beviljats stimulansbidrag för att bedriva IT-utbildning för äldre personer.

Uppföljningar av den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen om skärpt anmälningsplikt för

personal avseende missförhållanden inom äldreomsorgen har visat att den upplevs som svårtolkad av dem som skall tillämpa bestämmelsen. Med anledning av detta har Socialstyrelsen meddelat föreskrifter och allmänna råd angående tillämpningen av den s.k. Lex Sarah, gällande fr.o.m. den 1 juli 2000. Exempel på missförhållanden som anmälts till länsstyrelserna är våld mellan boende, försummelser/brister i omsorg och ekonomiska oegentligheter. Det är dock fortfarande få anmälningar som gjorts i enlighet med den nya bestämmelsen.

Inom ramen för beslutade stimulansbidrag till äldreboendestäder m.m. har Boverket beviljat medel för nybyggnation av cirka 1 860 lägenheter och ombyggnad av cirka 3 800 lägenheter. Av dessa hade den 30 juni 2001 ungefär 5 300 lägenheter färdigställt.

8.6.2 Analys och slutsatser

Under de senaste åren har regeringen genomfört ett flertal insatser för att skapa bättre förutsättningar för kommuner och landsting att utveckla verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den successiva höjningen av det generella statsbidraget till kommunerna utgör en viktig del av dessa insatser. Den ökning som har skett av de offentliga utgifterna för äldre i kommuner och landsting i förhållande till antalet äldre personer tyder på att bidragen har använts i enlighet med riksdagens intentioner. De ekonomiska förutsättningarna i kommuner och landsting ser dock fortfarande olika ut, vilket gör att effekterna av bidragen varierar mellan kommunerna. Variationerna i kommunerna är också stora vad gäller t.ex. andelen äldre personer med äldreomsorg och förutsättningar för personalförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre personer.

Det pågår ett omfattande utvecklingsarbete inom äldreomsorgen, bl.a. som följd av nya bestämmelser i socialtjänstlagen och de satsningar som genomförts inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Socialstyrelsen följer upp en del av satsningarna och har i sina uppföljningsrapporter konstaterat det finns mycket positivt att säga om bl.a. uppbyggnaden av stöd till anhöriga, arbetet med uppsökande verksamhet, fortbildning av arbetsledare och uppbyggnad av regionala FoU-enheter. Överlag förefaller det som om de stimulans-

bidrag som fördelas för utveckling inom vissa prioriterade områden får åsyftad verkan. Det är dock för tidigt att dra definitiva slutsatser om stimulansbidragens effekter och långsiktiga betydelse för måluppfyllelse inom äldrepolitiken.

Problem med personalförsörjningen har i en del kommuner haft en hämmande effekt på de satsningar som genomförts under senare år. Till exempel har de satsningar som gjorts på utbildning av arbetsledare och biståndsbedömare inte fått full effekt då personal inte haft möjlighet att ta tillvara på utbildningsmöjligheterna p.g.a. tidsbrist och svårigheter att rekrytera vikarier. Likaså rapporteras det om svårigheter att frigöra personal från den ordinarie verksamheten till verksamheten som bedrivs i de 15 regionala FoU-centren. En del kommuner rapporterar också att kvalitetsutvecklingsarbetet har hämmats p.g.a. otillräcklig bemanning.

Intresset har varit stort för de stimulansbidrag för äldreboendestäder som beviljats under åren 1998–1999. Regeringen gör bedömningen att stimulansbidraget för äldreboendestäder har bidragit till en väsentlig höjning av boendestandarden i särskilda boendeformer samt till nya bostäder av hög kvalitet.

Äldreomsorgen är av god kvalitet i många kommuner. Olika studier som bl.a. genomförts av Socialstyrelsen visar emellertid att det alltjämt förekommer att äldre inte alltid får tillgång till den vård, omsorg och service som de är i behov av. Det har också vid ett antal tillfällen uppdagats allvarliga missförhållanden i vården och omsorgen om äldre personer. För att komma tillrätta med de kvalitetsbrister som fortfarande finns inom äldreomsorgen krävs insatser inom ett flertal områden. Det handlar bl.a. om att se till att det finns tillräckligt med personal med rätt kompetens. Kvalitetssäkringssystemen inom äldreomsorgen behöver utvecklas och även tillsynen över verksamheten kan i vissa avseenden behöva förbättras. Innehållet i äldreomsorgen behöver också utvecklas. En oroande utveckling är t.ex. att serviceinsatserna liksom de sociala inslagen i äldreomsorgen minskar i omfattning.

Äldre personers behov av vård och omsorg tillgodoses inte på ett tillfredsställande sätt i de kommuner där långa väntetider förekommer för att erhålla beviljad insats eller där avslag ges på ansökningar om hjälp trots att behov konstateras föreligga. Dessa problem är till största del beroende på platsbrist i särskilda boendeformer. Kommunerna är enligt lag förpliktade att

inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer med behov av särskilt stöd. Kommunerna har även en planerings- skyldighet för vissa insatser inom socialtjänsten, t.ex. särskilt boende. Regeringen ser mycket allvarligt på de kvarstående problem med att äldres faktiska behov inte tillgodoses i en del kommuner i dag. Regeringen avser att noga följa utvecklingen inom detta område.

Att skapa förutsättningar för en trygg ekonomi för äldre personer är en viktig insats för äldrepolitikens måluppfyllelse. Regeringen har vid ett flertal tillfällen pekat på brister i kommunernas tillämpning av nuvarande lagstiftning vid fastställande av avgifter inom äldreomsorgen. Tidigare genomförda ändringar och tillägg i bestämmelserna om avgifter har haft viss effekt men regeringen anser att det krävs ett större och mer samlat grepp för att helt komma till rätta med problemen. Det är främst av denna anledning som regeringen nyligen föreslagit nya och preciserade bestämmelser för avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Förslagen tar fasta på flera olika delar inom avgiftsområdet och regeringen gör därför bedömningen att huvuddelen av de problem som i dag förekommer kommer att lösas genom de nya bestämmelserna. Vad gäller äldre personers ekonomi har regeringen vidare de senaste åren prioriterat de ekonomiskt sämst ställda pensionärerna i reformarbetet inom pensions- och socialförsäkringsområdet.

Regeringen gör bedömningen att den sammantagna effekten av de statliga insatser som genomförts utgör betydelsefulla bidrag för en ökad måluppfyllelse inom äldrepolitiken. För att en tillfredsställande måluppfyllelse skall kunna uppnås krävs dock fortsatta insatser från staten, kommuner och landsting samt andra aktörer. Till exempel måste de brister som vid upprepade tillfällen påtalats vad gäller samverkan mellan kommuner och landsting beträffande vården och omsorgen om äldre rättas till. Förbättringar inom detta område är en förutsättning för att en god vård och omsorg om äldre personer skall kunna bedrivas. Detta gäller särskilt för äldre människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd. Genom satsningarna inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården finns goda förutsättningar för att förbättringar skall komma till stånd inom detta område.

Regeringen anser att det är av stor vikt att de satsningar som genomförts och det utvecklingsarbete som påbörjats inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken fortgår efter perioden för handlingsplanens genomförande. För att skapa förbättrade förutsättningar för en fast etablering av satsningarna på FoU-verksamheter och arbete med anhörigstöd i kommunerna beslutade regeringen inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård att dessa satsningar skall fortsätta under perioden 2002–2004.

Regeringen anser att det är viktigt att utvärdera hur ökningen av äldreomsorg i privat drift som skett under 1990-talet har påverkat äldreomsorgens kvalitet. Under hösten 2001 kommer därför regeringen att ta initiativ till ett uppdrag med denna inriktning.

8.7 Budgetförslag

8.7.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 8.2 Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

2000	Utfall	266 251	Anslags- sparande	13 853
2001	Anslag	251 946	Utgifts- prognos	255 000
2002	Förslag	25 446		
2003	Beräknat	35 446		
2004	Beräknat	35 446		

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) aviserade regeringen att särskilda medel skulle avsättas för att genomföra prioriterade insatser för att förverkliga målen i handlingsplanen under åren 1999–2001. Fr.o.m år 2001 omfattar anslaget även bidraget till pensionsorganisationerna.

Avvikelsen mellan budgeterade och utbetalda medel år 2000 beror dels på att några satsningar försenats, dels på att beviljade medel inte rekviderats före årsskiftet. Prognosen visar på ett överskott för år 2001. Dessa medel kommer att användas under 2002 för att avsluta satsningen.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 8.3 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden
Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	0	0	15 000		
Nya förpliktelser	0	15 000	45 000		
Infriade förpliktelser*	0	0	-20 000	-20 000	-20 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	0	15 000	40 000		
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	0	60 000	40 000		

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

Under åren 1999–2001 har stimulansbidrag lämnats till ett tiotal prioriterade områden för att stödja genomförandet av Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Regeringen avser att under våren 2002 lämna en skrivelse till riksdagen där bl.a. resultaten av dessa satsningar redovisas.

Under åren 1999–2001 har regeringen beviljat stimulansbidrag om 37 miljoner kronor för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala FoU-center, där landsting och kommuner tillsammans med universitet och högskolor bedriver forsknings- och utvecklingsverksamhet inom äldreområdet. Centrubildningarna har till syfte att stimulera en lokalt förankrad och praktisk kunskapsutveckling inom både äldreomsorg och äldresjukvård. Regeringen har bedömt att det är angeläget att denna satsning förlängs under ytterligare tre år. I Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) föreslog regeringen därför ett fortsatt stöd till uppbyggnad och utveckling av regionala FoU-center inom äldreområdet under perioden 2002–2004 med sammanlagt 60 miljoner kronor. Regeringen kommer inom kort att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för administration och uppföljning av denna satsning.

Regeringen har under åren 1999–2001 beviljat stimulansbidrag om 25 miljoner kronor till fyra huvudmän för uppbyggnad av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet. Detta forskningsprojekt innebär att det under längre tid (10–20 år) samlas in uppgifter som beskriver åldrandet ur medicinsk och social synvinkel samt vilka insatser den enskilde erhåller från äldre

omsorg, hälso- och sjukvård och anhöriga m.fl. Syftet är att öka kunskapen om både åldrandet och hur väl vård och omsorg svarar mot den enskildes behov. Projekten är långsiktiga och behöver fortsatt ekonomiskt stöd från staten med 10 miljoner kronor per år efter år 2002.

Regeringen avser att ge fortsatt stöd till nationella anhörigorganisationer m.m. inom ramen för detta anslag.

Statsbidrag till pensionärsorganisationer. Villkoren för bidraget regleras i förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Under år 2001 har fem rikstäckande pensionärsorganisationer fått bidrag. Anslaget administreras av Socialstyrelsen.

Tabell 8.4 Härledning av nivån 2002–2004
Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	252 946	252 946	252 946
Förändring till följd av:			
Beslut	-226 500	-216 500	-216 500
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	-226 500	-216 500	-216 500
Förslag/beräknat anslag	25 446	35 446	35 446

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 25 446 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2002. För år 2003 och 2004 beräknas anslaget till 35 446 000 kronor respektive 35 446 000 kronor.

9 Politikområde Socialtjänstpolitik

9.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förbättra situationen för utsatta grupper, t.ex. personer och familjer med behov av socialbidrag, utsatta barn och familjer, hemlösa, missbrukare, prostituerade och kvinnor utsatta för våld. Ansvaret för att människor i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (1980:620, SoL) på kommunen. Det rör sig bl.a. om bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga, vård av missbrukare samt åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Statens stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. På nationell nivå svarar Socialstyrelsen för

tillsyn, uppföljning, utvärdering och utveckling inom området. Även länsstyrelserna har viktiga uppgifter inom politikområdet. Många organisationer är också engagerade i frivilligt socialt arbete. Till politikområdet hör Statens institutionsstyrelse (SiS) som ansvarar för vård som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga (LVU) enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. samt utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

9.2 Utgiftsutveckling

Tabell 9.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2000	Anslag 2001 ¹	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	–	88,4	86,0	80,4	80,4	60,4
18:2 Statens institutionsstyrelse	578,7	597,2	675,0	671,8	698,5	711,8
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	12,5	10,0	10,3	10,0	10,0	10,0
Totalt för Politikområde Socialtjänstpolitik	591,2	695,6	771,3	762,1	788,9	782,2

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

9.3 Mål

Målet för politikområdet är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt att stärka skyddet för utsatta barn.

Välfärdspolitikens huvuduppgift är att ge människor trygghet och möjlighet till utveckling. I 2001 års ekonomiska vårproposition angav regeringen att arbetet nu inriktas på att öka samsättningen och rättvisan i samhället. Som en följd av det skall antalet socialbidragsberoende halveras mellan 1999 och 2004.

Social utsatthet kan ta sig många uttryck. Det kan vara fråga om långvarigt socialbidragsbehov, missbruk, hemlöshet eller prostitution. Barn som växer upp i miljöer där det förekommer våld, missbruk och psykiska sjukdomar eller i familjer med långvarigt socialbidragsbehov löper särskilt stor risk för social utsatthet. Andra utsatta grupper är kvinnor, barn och ungdomar som utsätts för våld. De statliga insatserna skall syfta till att minska det långvariga behovet av socialbidrag, att fler missbrukare genom rehabiliteringsinsatser skall bli fria från sitt beroende, att fler hemlösa skall få ett ordnat boende och att utsatta barn skall få den vård och det stöd som de behöver. Uppföljningen avser individer respektive hushåll och familjer med insats inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Insatserna kan avse ekonomiskt bistånd eller andra stöd- och hjälpinsatser som syftar till ekonomisk och social trygghet. Inom departementet pågår ett arbete med att utveckla mått och kriterier för bedömning av måluppfyllelsen. Statsbidraget följs upp i regeringens årliga skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn.

9.4 Politikens inriktning

Socialtjänsten spelar en viktig roll i välfärdspolitiken, genom att utgöra ett komplement till de allmänt riktade ekonomiska stödssystemen, för människor som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänsten svarar också för insatser för utsatta grupper. Genom 1980 års socialtjänstreform lades de grundläggande målsättningarna och värderingarna för socialtjänsten fast. Samhällets socialtjänst skall på demokratis och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor

samt aktiva deltagande i samhällslivet. Det handlar också om att bidra till att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser samt bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. De bärande principerna är helhetssyn, frivillighet, det förebyggande perspektivet samt att den enskildes egna resurser skall tas tillvara.

Regeringen anser att det är ett kompromisslöst mål att välfärden skall omfatta samtliga medborgare. Socialtjänstens insatser ger de människor som av olika anledningar utsätts för ekonomiska eller sociala påfrestningar möjlighet att leva ett värdigt och självständigt liv.

Riksdagen har under våren beslutat om en ny socialtjänstlag (prop.2000/01:80, bet. 2001/01:SoU18, Ny socialtjänstlag m.m., rskr 2000/01:259). I den proposition som föregick lagstiftningen betonas att dessa grundläggande värderingar alltså skall gälla. Principerna ger inte bara vägledning för socialtjänstens praktiska verksamhet, utan också för den människosyn som alltså skall präglare reformarbetet inom socialtjänsten.

I den nya socialtjänstlagen har bl.a. den enskildes rätt till bistånd stärkts. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt skall ha rätt till bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt av socialnämnden. I princip alla former av bistånd kan med den nya lagen överklagas med förvaltningsbesvär, inte som hittills endast insatser för äldre och funktionshindrade. Bestämmelserna om bistånd innebär i allt väsentligt en återgång till vad som gällde före den 1 januari 1998. Tillsynen över socialtjänsten stärks genom att länsstyrelserna får rätt att inspektera all socialtjänstverksamhet som står under dess tillsyn, samt att de får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som krävs för tillsynen. Länsstyrelserna ges också en vidgad rätt att ingripa mot missförhållanden i viss kommunal verksamhet. I syfte att effektivisera tillsynen pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra och stärka samarbetet mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna i deras respektive tillsynsfunktion.

Den 1 juli 2001 trädde en annan ändring i Socialtjänstlagen i kraft (prop. 2000/01:79, bet. 2000/01:JuU20, rskr. 2000/01:205). Av 8 a § framgår numera att socialtjänsten har ett ansvar för alla som utsätts för brott. Regeringen har i samband med denna lagändring uppdragit åt Socialstyrelsen att bedriva ett utvecklingsarbete

till stöd för socialtjänsten i dess arbete med brottsofferfrågor.

För att stärka rättvise- och rättssäkerhetsaspekterna i socialtjänsten för de mest utsatta i samhället har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att genomföra en strategi för nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. För ändamålet disponerar Socialstyrelsen 50 miljoner kronor under 2001–2003. Arbetet skall ske i nära samarbete med andra berörda myndigheter och organisationer som företräder brukare samt övriga berörda.

Satsningen på att förebygga hemlöshet och förbättra situationen för hemlösa som har pågått mellan 1999 och 2001 fortsätter ytterligare tre år. Regeringen har i 2001 års ekonomiska vårproposition avsatt 10 miljoner kronor årligen 2002–2004.

Betänkanden från LVU-utredningen (SOU 2000:77) och kommittén mot barnmisshandel (SOU 2001:72) kommer att ligga till grund för en proposition med förslag som syftar till att stärka skyddet för utsatta barn.

Som ett led i uppföljningsarbetet efter Världskongressen mot Kommersiell sexuell exploatering av barn i Stockholm 1996 har Sverige inom ramen för Östersjöstaternas råd drivit ett utvecklingsprojekt "Children at Risk". Syftet är att med stöd av IT bygga ett regionalt nätverk (<http://childcentre.baltifno.org/>) bland experter. Projektet planeras införlivas i sekretariatet för Östersjöstaternas råd inom kort.

Sverige har, i likhet med övriga medlemsländer i EU, under våren 2001 utarbetat en handlingsplan mot fattigdom och social utslagning 2001–2003. Här tydliggörs att en ekonomisk politik för full sysselsättning, ett generellt socialförsäkringssystem samt socialtjänstens yttersta skyddsnet utgör grunden för välfärdspolitiken.

Regeringen har för avsikt att under hösten uppdraga åt Socialstyrelsen att analysera eventuella ojämlikheter mellan kvinnor och män i hälso- och sjukvården. Inriktningen är att uppdraget skall omfatta även socialtjänsten.

9.5 Insatser

9.5.1 Insatser inom politikområdet

Statens insatser inom politikområdet består främst av lagstiftning, tillsyn, myndigheternas utvecklingsarbete samt vissa stimulansbidrag. Regeringen stödjer genom Socialstyrelsen ett utvecklingsarbete som syftar till att höja kvaliteten och utveckla kunskapen om det sociala arbetet och dess effekter. Det sker bl.a. genom forskning, uppföljning och utvärdering samt genom stöd till metod-, kunskaps- och kvalitetsutveckling. Staten är genom Statens institutionsstyrelse (SiS) huvudman för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem), och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Statens institutionsstyrelse (SiS) bedriver ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete inom sitt område.

Socialbidrag

Allt fler människor tvingades under 1990-talets ekonomiska krisår söka socialbidrag p.g.a. försörjningsproblem, vilket utsatte socialbidragssystemet för stora påfrestningar. Under de senaste åren har socialbidragstagandet åter minskat.

En kategori som erhållit långvarigt försörjningsstöd enligt socialtjänstlagen (1980:620) är vissa äldre personer som inte kvalificerat sig för en pension som är tillräcklig att leva på. I syfte att återställa socialtjänstens försörjningsstöd till dess avsedda funktion att vara ett individuellt behovsprövat bistånd vid tillfälliga ekonomiska problem, har regeringen i proposition Äldreförsörjningsstöd (prop. 2000/01:136) föreslagit att personer som är bosatta i Sverige och som är 65 år eller äldre skall garanteras en viss lägsta levnadsnivå i form av ett äldreförsörjningsstöd. Reformen innebär att denna ålderskategori inte längre behöver ha en tät kontakt med socialtjänsten för att garanteras en grundläggande försörjning. Stödet föreslås vara skattefritt, regleras i en särskild lag och finansieras av statsmedel. Det föreslås träda i kraft den 1 januari 2003 och samordnas med ikraftträdandet av den nya pensionsreformen.

Utsatta barn och unga

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för vården vid de särskilda ungdomshemmen, de s.k. § 12-hemmen. Under hela år 2000 har det förekommit omfattande köer till platserna för ungdomar som vårdas med stöd av LVU. Skälet är främst att lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (1998:603) som trädde i kraft den 1 januari 1999 har fått betydligt större tillämpning än vad som förutsetts. För att komma tillrätta med den svåra platsbristen tilldelades SiS 96 miljoner kronor verksamhetsåret 2000 för att inrätta fler platser, dels för sluten ungdomsvård, dels för den vård som bedrivs med stöd av LVU. En utbyggnad av platser för att tillgodose behovet pågår. Antalet platser utökas under 2001, från knappt 650 till cirka 700. SiS bedriver såväl forskning som metodutvecklingsarbete och klientdokumentation inom sitt verksamhetsområde. Denna bidrar till att öka kunskaperna om de ungdomar som vårdas inom SiS.

I den nya socialtjänstlagen (2001:453), som träder i kraft den 1 januari 2002, har en bestämmelse införts om att en vårdplan skall upprättas när ett barn vårdas utanför det egna hemmet. Syftet är att tydliggöra målet med och innehållet i placeringen utifrån det enskilda barnets behov. Vårdplanen bör bidra till genomtänkta placeringar, vilket på lång sikt bör innebära en mer kvalitativ och effektiv användning av socialtjänstens och andra vårdgivares resurser. En vårdplan ger också ett bättre underlag i samband med överväganden om fortsatt vård.

Inom Socialstyrelsen pågår ett antal projekt som syftar till att utveckla och förbättra kommunernas kunskaper och metoder i det sociala barnavårdsarbetet.

Hemlösa och missbrukare

För att stimulera utvecklingen av nya metoder för att avhjälpa hemlösheten har regeringen under en treårsperiod, med början 1999, avsatt utvecklingsmedel till åtgärder för stöd åt hemlösa. Regeringen har beslutat om bidrag på förslag från Hemlöshetskommittén (dir 1998:108). Medlen har främst använts till att stimulera och ekonomiskt stödja nyskapande projekt som syftar till att skapa en bättre situation för hemlösa och förhindra att hemlöshet uppstår.

Sedan år 1995 förfogar länsstyrelserna över medel för att stimulera utvecklingen av öppenvårdsinsatser inom ungdoms- och missbrukarvården i kommunerna. Medlen har också kunnat användas för att utveckla metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser för ungdomar och missbrukare. Socialstyrelsen disponerar därutöver sedan mitten av 1980-talet medel för utveckling av missbrukarvården samt medel för bidrag till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn.

Statens institutionsstyrelse (SiS) bedriver ett kontinuerligt utvecklingsarbete för att höja kvaliteten på tvångsvården av vuxna missbrukare, bland annat genom kompetenshöjande insatser för personalen och en ökad differentiering av vården. Under 2000 presenterade SiS flera nya studier om LVM-vården, som sammantaget inneburit att kunskapen om vården och de tvångsvårdade klienterna förbättrats. För att stärka rättssäkerheten hos tvångsvårdade klienter finns i den nya socialtjänstlag som Riksdagen nyligen beslutat om (prop. 2000/01:80, bet. 2000/01:SoU18, rskr 2000/01:259) bestämmelser om vad som skall gälla för blod-, urin- och utandningsprovtagning på intagna vid SiS institutioner för kontroll av drogfrihet.

Behovet av relevant och aktuell statistik om enskilda klienter i missbrukarvård har uppmärksamats under senare år. Tillsammans med Folkhälsoinstitutet, Kriminalvårdsstyrelsen och SiS bedriver Socialstyrelsen ett arbete med att utveckla ett nationellt system för rapportering av behandlingsinsatser för missbrukare. En första omgång av uppgiftsinsamling genomfördes under 2000 med ett antal specialiserade behandlingsenheter. Rapporteringen ger, förutom epidemiologisk information, också underlag för uppföljning, utvärdering och lokala eller statliga insatser för att utveckla vården.

Socialstyrelsen har med anledning av Riksdagens tillkännagivande i betänkande 1999/2000:SoU10 om vissa narkotikafrågor m.m. utrett sprututbytesverksamheten i Malmö och Lund. Verksamheten innebär att injektionsmissbrukare kan byta sina begagnade sprutor och kanyler mot rena för att minska riskerna för spridning av HIV/AIDS. Regeringen återkommer till Riksdagen med förslag till ställningstagande i frågan i samband med behandlingen av Narkotikakommissionens förslag till en samlad narkotikapolitik.

Utsatta kvinnor

Socialstyrelsen leder med anledning av Kvinnofridsreformen 1997 på regeringens uppdrag ett utvecklingsarbete i frågor om våld mot kvinnor. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen utarbetat utbildningsmaterial för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. I syfte att få till stånd en fastare samverkan på myndighetsnivå i frågor som rör kvinnovåld har Socialstyrelsen tagit initiativ till Nationell Myndighetssamverkan för Kvinnofrid. Initiativet avser att skapa bättre möjligheter att följa, integrera, styra och leda de samlade myndighetsinsatserna som vidtas utifrån givna regeringsuppdrag och regeringens proposition Kvinnofrid (prop. 1997/98:55). Som ett led i myndighetssamverkan har initiativ tagits till ett gemensamt informations- och resurscenter på Internet, en s.k. portal. Socialstyrelsen har också tagit initiativ till två metodutvecklingsprojekt inom socialtjänsten. Det ena rör familjerättens arbete och det andra socialtjänstens roll och organisation. Flera länsstyrelser deltar i länsövergripande samverkansgrupper med polis, landsting, kommuner och frivilligorganisationer för att utveckla det förebyggande arbetet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att samla kunskap om prostitutionens omfattning och utveckling, sammanställa kunskap om de sociala insatserna som bedrivs på lokal nivå samt ge stöd till utveckling och förbättring av insatserna.

Kvinnojourer samt andra organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor får ett årligt stöd för sin verksamhet. Merparten går till kvinnojourernas två riksorganisationer och en mindre del till mansjourer och andra mansorganisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor.

9.5.2 Insatser utanför politikområdet

Det är främst insatser som sker inom andra politikområden som är avgörande för välfärdsutvecklingen för individer som är socialt utsatta eller riskerar att bli det. Här kan särskilt nämnas folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitik, ekonomiska familjepolitiken, utbildningspolitiken, bostadspolitik, arbetsmarknadspolitik, insatser inom kriminalvården och rättsväsendet samt storstadspolitik. Insatser inom

bl.a. dessa politikområden är också viktiga för att förebygga social utsatthet.

Av särskild betydelse för socialbidragsutvecklingen är insatser för att bekämpa ungdomsarbetslöshet och förebygga långtidsarbetslöshet samt insatser för att främja social integration genom tillgång till anställning. Regeringen har tagit initiativ till ett arbete för att öka förutsättningarna för en långsiktigt hållbar integration, där syftet är att förbättra strukturer och system för att öka delaktigheten i samhället. Sammanlagt har 100 miljoner kronor avsatts per år under perioden 2001–2003 för insatser för att öka sysselsättningen bland invandrare och för att förbättra och utveckla svenskundervisningen och introduktionen för flyktingar och andra nyanlända invandrare som erbjuds ett introduktionsprogram. Inom ramen för storstadspolitiken tecknas lokala utvecklingsavtal mellan staten och berörda kommuner. Inriktningen på planerna är främst att höja sysselsättningsgraden och förbättra kunskaperna i det svenska språket i olika bostadsområden, vilket i förlängningen bedöms leda till ett minskat socialbidragsberoende.

I många kommuner pågår ett utvecklingsarbete för att hjälpa långvariga socialbidragstagare till annan försörjning än socialbidrag. Arbetet bedrivs i många fall i samverkan med andra myndigheter såsom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Samverkan syftar till att använda myndigheternas gemensamma resurser på ett för individen mer effektivt sätt och undvika att människor hamnar i en rundgång mellan de olika myndigheterna. Det är även av betydelse om det finns en god samverkan mellan kommunen i fråga och det lokala näringslivet. I de fall man genom riktade utbildningsinsatser kan "matcha" efterfrågan på arbetskraft med arbetsökande personer som lever på socialbidrag kan socialbidragsberoendet minska markant.

Genom 1998 års vårdnadsreform vidgades domstolarnas möjligheter att döma till gemensam vårdnad. Vidare fick socialnämnderna behörighet att godkänna föräldrars avtal om vårdnad, boende och umgänge. Arbetet med att följa upp reformen har påbörjats bl.a. höll Justitiedepartementet och Socialdepartementet en hearing om reformen i juni 2001. Arbetet är nu inriktat på att en utredning skall tillsättas med uppdrag att utvärdera denna reform samt 1996 års reform om barns rätt att komma till tals och se över verkställighetsreglerna i 21 kap. föräldrabalken ur ett barnperspektiv.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har genomfört en kunskapssammanställning av den vetenskapliga grunden för olika behandlingsmetoder inom missbruksområdet. I rapporten, som publicerades sommaren 2001, konstateras bl.a. att det finns effektiva metoder att behandla missbruk och beroende av alkohol, men att flera av de metoder som används i dag saknar dokumenterad effekt. SBU konstaterar också att det krävs stora satsningar på utbildning och forskning för att konsekvent tillämpa effektiva behandlingar i svensk missbrukarvård.

För att ytterligare uppmärksamma frågor som rör våld mot kvinnor inrättade regeringen år 2000 ett Nationellt råd för Kvinnofrid. Rådet är ett rådgivande organ för frågor som rör våld mot kvinnor samt ett forum där regeringen kan utbyta erfarenheter och idéer med företrädare för organisationer och forskare som är engagerade i frågor som rör våld mot kvinnor. Rådet skall även uppmärksamma problemområden som behöver åtgärdas. Nationella Rådet för Kvinnofrid presenterade 2001 en studie om förekomsten av våld mot kvinnor med funktionshinder.

Situationen för utsatta flickor med utländsk bakgrund har kommit alltmer i fokus. Integrationsverket har redovisat flickornas situation i rapporten *Låt oss tala om flickor...* (2000:6). Av rapporten framgår att antalet flickor i en utsatt situation visserligen är relativt litet, men att det finns ett mörkertal när det gäller omfattningen av t.ex. tvångsäktenskap eller s.k. arrangerade äktenskap.

Inom Regeringskansliet har nyligen en interdepartemental arbetsgrupp tillsatts för att studera vilka konkreta insatser som kan göras. Överläggningar har skett med experter, företrädare för kvinnoorganisationer och myndigheter som kommer i kontakt med dessa flickor och unga kvinnor.

9.6 Resultatbedömning

9.6.1 Resultat

Målet för den sociala omsorgen som angavs i budgetpropositionen för år 2001 är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt stärka skyddet för utsatta barn.

Välfärdsystemen, varav socialtjänsten är en viktig del, klarade i stort sett att säkra medborgarnas välfärd under 1990-talets krisår, i den mening att den ekonomiska krisen inte kom att följas av en välfärds-kris. Ungdomar, ensamförsörjande föräldrar och invandrare drabbades dock hårdare än andra grupper av sysselsättningskrisen i början av 1990-talet. Dessa grupper har också påverkats mer negativt när det gäller andra aspekter av välfärden. Det finns också, liksom tidigare, grupper vars villkor präglas av betydande sociala problem, som hemlöshet och missbruk.

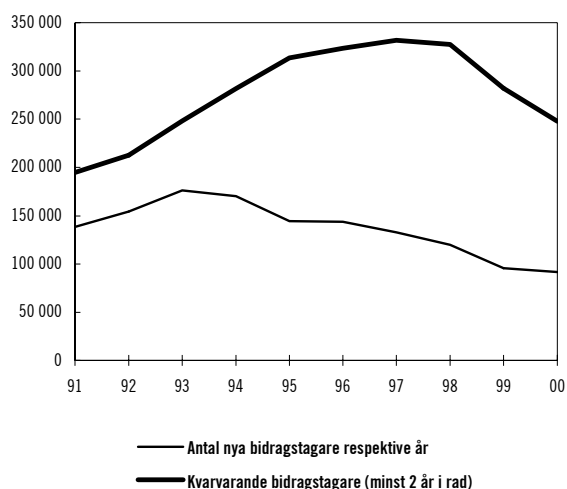
Socialbidrag

Efter en kraftig ökning under större delen av 1990-talet fortsätter nu såväl kostnaderna för socialbidrag och introduktionsersättning till flyktingar som antalet hushåll som får sådana stöd att minska. Under år 2000 utbetalades cirka 9,5 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd/-socialbidrag, inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utländska medborgare. Det var en minskning med en tiondel jämfört med 1999 och med nästan en fjärdedel jämfört med 1997 då kostnaderna var som högst. Kostnaderna under år 2000 var de lägsta sedan 1994. Av den totala biståndssumman utbetalades cirka hälften till utländska hushåll (hushåll där minst en hushållsmedlem är utrikesfödd exkl. flyktinghushåll). Cirka 1 miljard kronor utbetalades till flyktingar vilket är en minskning med cirka 30 procent jämfört med föregående år. Antalet bidragshushåll uppgick till 279 000 vilket innebär en minskning med mer än en tiondel jämfört med 1999. Antalet arbetslösa biståndsmottagare minskade med 16 procent jämfört med 1999. De flesta biståndshushållen är ensamstående utan barn. I förhållande till totalbefolkningen är dock ensamstående kvinnor med barn den vanligaste hushållstypen. Andelen nytillkomna biståndshushåll var under år 2000 två procent och har inte legat på en sådan låg nivå sedan 1981.

Nästan tre av tio biståndshushåll erhöll långvarigt ekonomiskt bistånd (minst tio månader under ett år) under 2000. Andelen är oförändrad jämfört med 1999. Sammanboende par, både med och utan barn, erhöll långvarigt bistånd i större utsträckning än andra hushållstyper. Cirka hälften av biståndsmottagarna 60 år och äldre var

långvariga biståndsmottagare medan en fjärdedel av biståndsmottagarna under 30 år fick bistånd lika länge. Långvarigt biståndstagande är vanligare för utrikesfödda än för svenskfödda. Ungefär en av fem svenskfödda biståndsmottagare var under år 2000 långvariga biståndsmottagare och nästan hälften av de utrikesfödda. Antalet utrikesfödda långvariga biståndstagare i Sverige med uppehållstillstånd i mindre än fem år ökade med 13 procent under 2000.

Diagram 9.1 Antal nya och kvarvarande bidragstagare under 1990-talet.



Det genomsnittliga biståndsbeloppet per hushåll har fortsatt att öka. I genomsnitt utbetalades cirka 34 200 kronor per hushåll vilket är en ökning på drygt en procent jämfört med 1999.

Under år 2000 var den genomsnittliga bidragstiden 5,8 månader vilket var samma genomsnittstid som året innan. Uppgången i antalet månader som noterades under 1990-talet har dock mattats av under de fem senaste åren. Det genomsnittliga antalet månader var under 2000 störst för biståndshushåll där registerledaren var 50–74 år.

Länsstyrelserna och Socialstyrelsen har ett gemensamt regeringsuppdrag att utveckla kriterier för att bedöma kvalitet och bemötande inom socialtjänstens socialbidragshandläggning. Uppdraget redovisades i en rapport till regeringen i juni månad. I rapporten presenteras en handlingsplan för att stödja kommunernas utvecklingsarbete. Länsstyrelserna föreslås få i uppdrag att under en treårsperiod följa arbetet i kommunerna, ta initiativ till erfarenhetsutbyte och i kommande årsrapporter dokumentera utvecklingen i länet.

Resultatet av regeringens arbete med att öka rättvisan i samhället där målsättningen är att antalet socialbidragsberoende halveras mellan 1999 och 2004, beskrivs närmare i bilaga 3 i finansplanen.

Utsatta barn

Socialtjänstens arbete med utsatta barn och unga utgår från ett övergripande ansvar för barns och ungas uppväxtvillkor. Det innebär framförallt att kommunen har en skyldighet att utreda, men också vid behov fatta beslut om olika öppenvårdsinsatser samt placering utanför det egna hemmet.

Socialstyrelsen har i rapporten *Barnen*, socialtjänsten och lagen (2001) redovisat uppdraget att följa upp hur ändringarna i socialtjänstlagen har slagit igenom i det sociala barnvårdsarbetet i kommunerna. Socialtjänsten talar i dag med barnen i flertalet utredningar men dokumenterar bara i hälften av de fall man talat med barnen att så skett. Det framgår sällan att barnets inställning har påverkat beslutet. Utredningstiderna har förkortats och i flertalet kommuner avslutas de inom den stipulerade fyramånadersgränsen.

Kommittén Valfärdsbokslut visar i betänkandet *Valfärdstjänster i omvandling* (SOU 2001:52) att antalet barn och ungdomar som placeras i vård utanför den egna familjen har ökat sedan år 1993. Vid den analys som forskarna genomfört visar det sig att i princip hela denna ökning gäller tonåringar. Större delen av påbörjade placeringar berör i dag ungdomar och inte små barn. Andelen tvångsomhändertaganden har i stort sett varit konstant under hela 1990-talet, och har varierat mellan 22 och 25 procent. Också insatser i öppenvård har ökat, men dessa riktas främst till de små barnen. Man konstaterar sammanfattningsvis att det skett en ökning av såväl placeringar som öppenvårdsinsatser under 1990-talet.

Socialtjänststatistiken visar endast antalet barn som får behovsprövade öppenvårdsinsatser (strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd, kontaktperson/familj) och placeras utanför det egna hemmet. Antalet barn som den 1 november 2000 hade minst en behovsprövad öppenvårdsinsats var cirka 28 000, en ökning med ungefär 1 500 jämfört med föregående år. Det totala antalet barn och unga som med stöd av SoL eller LVU vårdades utanför det

egna hemmet den 1 november 2000 uppgick till knappt 13 900, vilket var ungefär 700 fler än under år 1999.

Det går i dag inte att exakt ange den totala omfattningen av den sociala barn- och ungdomsvården i termer av exempelvis hur många barn/familjer som är föremål för barnavårdsinsatser. Den sociala barnavården har dock haft hög prioritet under 1990-talet inom kommunerna i jämförelse med annan kommunal barninriktad verksamhet, såsom elevvård i skolan och barnomsorg.

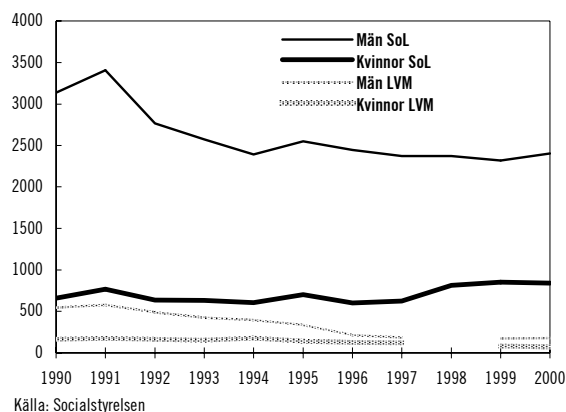
Hemlösa och missbrukare

Rehabiliteringsinsatser är grunden för att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Vård och behandling är också en viktig del i en sammanhållen alkohol- och narkotikapolitik.

Det totala antalet missbrukare som genomgick institutionsvård, antingen med tvång eller på frivillig väg, har minskat jämfört med 1990-talets början, både i frivillig vård och tvångsvård. Mest markant är nedgången i tvångsvården, som minskade från drygt 750 år 1991 till omkring 270 år 2000. Inom frivilligvården förefaller minskningen ha stannat upp under senare år.

Omkring 21 000 personer med missbruksproblem hade den 1 november 2000 någon form av vårdinsats inom socialtjänsten. Mer än 80 procent av personerna fick insatser inom öppenvård. Nästan 3 500 personer fick insatser inom institutionsvård, vilket är en liten ökning jämfört med året innan. Ökningen avser den frivilliga vården, medan tvångsvården har minskat något.

Diagram 9.2 Antal vuxna inskrivna i institutionsvård den 31 december 1990–1997 samt den 1 november 1998–2000 uppdelat på män och kvinnor.



Med stöd av statliga utvecklingsmedel för att stimulera utbyggnaden av öppen ungdoms- och missbrukarvård bedrevs år 2000 sammanlagt 282 projekt. Av dessa riktade sig 126 till ungdomar och 74 till vuxna missbrukare. Det är dels fråga om nya projekt, dels fortsättning på pågående projekt.

Det är förknippat med stora svårigheter att få tillförlitliga uppgifter om hemlöshetens omfattning. År 1993 rapporterades strax under 10 000 hemlösa. I 1999 års undersökning fann Socialstyrelsen omkring 8 440 hemlösa. Olika metoder vid undersökningstillfällena gör att jämförelser mellan år 1993 och 1999 försvåras. Socialstyrelsen bedömer dock att 1999 års siffror i stort sett motsvarar resultaten år 1993. Med stöd av utvecklingsmedel för insatser för hemlösa har ett 25-tal projekt igångsatts för att prova nya metoder för att förbättra situationen för hemlösa. De flesta projekt är fleråriga.

Utsatta kvinnor

Flera kommuner har god beredskap att i ett akut skede möta kvinnor som har utsatts för våld eller hot i hemmet och deras behov. Kommunerna har också blivit bättre på att samarbeta över myndighetsgränserna. Den långsiktiga beredskapen vad gäller t.ex. skyddat boende är dock sämre tillgodosedd. Länsstyrelserna bedömer att det finns behov av utbildningsinsatser för dem som arbetar inom socialtjänsten och som kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor.

Socialstyrelsen har i en undersökning försökt kartlägga prostitutionens omfattning före och efter det att förbudet mot köp av sexuella tjänster trädde i kraft 1999. Kartläggningen, som bygger på enkäter med ett antal nyckelpersoner visar inte på några stora skillnader mellan 1998 och 1999. Undersökningen bekräftar samtidigt att prostitutionen i Sverige utgörs av mycket mer än den synliga gatuprostitutionen. Inom Socialstyrelsen pågår ett arbete med att utveckla metoder för att nå den dolda prostitutionen.

9.6.2 Analys och slutsatser

För utformningen av den framtida socialpolitiken behöver kunskapen om utvecklingen av människors välfärd på de mest centrala områdena stärkas. Uppföljnings- och utvärderings-

instrumenten inom politikområdet behöver utvecklas. Regeringen tillsatte år 1999 kommittén Valfärdsbokslut med uppdrag att sammanställa den kunskap som finns samt att identifiera de områden där behovet av ökad kunskap kring välfärdsutvecklingen är särskilt angelägen. Kommittén, som har publicerat två delbetänkanden samt ett antal forskarvolym, avlämnar i oktober sitt slutbetänkande. Kommitténs samlade bedömning kommer att utgöra ett viktigt underlag för regeringens fortsatta överväganden av hur välfärden kan stärkas för utsatta grupper. Ett annat värdefullt underlag är den sociala rapport som Socialstyrelsen sammanställer vart tredje år med beskrivning och analys av hur befolkningens sociala förhållanden utvecklats.

Socialstyrelsens och länsstyrelsens tillsyn över socialtjänsten är ett viktigt instrument för att stärka rättssäkerheten och utveckla kvaliteten i socialtjänsten. Av Socialstyrelsens och länsstyrelsernas gemensamma rapport om den sociala tillsynen 2000 framkommer att socialtjänstens arbete med att utveckla kvaliteten fortsätter, ofta i samarbete med andra myndigheter och organisationer. Kommunerna arbetar bl.a. med att utveckla och införa metoder och system för att följa upp, säkra och utveckla kvaliteten. Det pågår också ett utvecklingsarbete för att effektivisera socialtjänsten, i syfte att fler människor ska få det stöd de behöver genom att få till stånd helhetslösningar. Tillsynen visar på behov av förbättring och utveckling inom flera områden. Ansvaret ligger främst på ansvariga huvudmän, dvs. kommunerna, men också Socialstyrelsen och länsstyrelserna har ett ansvar. På dem vilar bl.a. ansvaret att öka användbarheten av tillsynsresultaten, bl.a. genom att analysera resultaten och överväga behov av åtgärder för att komma tillrätta med allvarliga brister.

Regeringen anser det vara värdefullt att tillsynsmyndigheterna fortsätter att utveckla och förbättra formerna för tillsynen vilket bör kunna ske inom ramen för befintliga resurser. Regeringen bedömer vidare att det uppdrag som Socialstyrelsen har fått att utarbeta en strategi för kunskapsutveckling inom socialtjänsten kommer att ha stor betydelse för utvecklingen inom socialtjänsten.

Halvera antalet socialbidragstagare

Till följd av det förbättrade arbetsmarknadsläget fortsätter såväl kostnaderna för socialbidrag och introduktionsersättning som antalet bidragstagare som är beroende av dessa stöd att minska. Det kan noteras att denna utveckling ägt rum trots att antalet flyktingar som bosatt sig i Sverige under år 2000 ökat med nästan 3 000 personer jämfört med föregående år vilket kan tyda på att nyanlända invandrare under senare år blivit självförsörjande i högre grad.

Andelen hushåll som får långvarigt socialbidrag samt den genomsnittliga bidragstiden har dock inte minskat jämfört med 1999. Det genomsnittliga biståndsbeloppet per hushåll har dessutom fortsatt att öka. Alltför många människor är således fortfarande beroende av socialbidrag för sin försörjning och för dessa fortsätter socialbidraget att fungera som ett långvarigt försörjningsstöd istället för att vara ett skydd vid akuta försörjningskriser. Det är därför viktigt att även fortsättningsvis analysera och följa utvecklingen av det långvariga socialbidragsberoendet.

Förslaget om att från och med den 1 januari 2003 införa ett statligt äldreförsörjningsstöd till personer som inte får sin försörjning tryggad genom pensionssystemet kommer att minska det långvariga socialbidragsberoendet. Regeringens insatser för att uppnå målet att halvera antalet socialbidragstagare från 1999 till 2004 beräknas få effekter på såväl det totala som det långvariga socialbidragsberoendet. Se vidare i bilaga 3 i finansplanen. Vissa av förslagen som utredningen om översyn av ekonomiska familjestöd (dir. 2000:16) lämnat bedöms sammantaget kunna bidra till ett minskat socialbidragsberoende. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Förstärkt skydd för utsatta barn

Barnperspektivet har fått ett allt större genomslag inom socialtjänsten. Bestämmelserna som ska stärka barnens ställning har haft stor betydelse för att lyfta fram barnen i det sociala arbetet. Regeln att en barnavårdsutredning skall vara slutförd inom fyra månader har medfört att utredningstiden blivit kortare. Trots det finns det fortfarande behov av fortsatt utvecklingsarbete. Socialstyrelsen och länsstyrelserna utvecklar mot den bakgrunden gemensamt begreppen barnets

bästa och barnperspektivet i ett uppdrag som bland annat syftar till att klargöra barnperspektivet inom socialtjänsten.

Att antalet barn med insatser från socialtjänsten successivt har ökat under senare delen av 1990-talet kan vara ett tecken på att fler barn far illa, men det kan också bero på att socialtjänsten blivit bättre på att uppmärksamma utsatta barns behov.

Det råder förhållandevis stor enighet om att den sociala barnvårdens praktik alltför litet baseras på vetenskapliga kunskaper och beprövad erfarenhet. Det saknas ännu systematisk dokumentation av arbetet, av beprövade metoder och utvärdering av de insatser som tillämpas. Bristerna har att göra dels med bristen på dokumenterade och väl fungerade metoder, dels med att socialarbetare i allmänhet inte systematiskt tillägnat sig den vetenskapligt grundade kunskap som finns. Mot den bakgrunden har regeringen i uppdrag till Socialstyrelsen lyft fram frågor som rör sexuella övergrepp och misshandel av barn.

Det är svårt att hitta rätt insatser för barn och ungdomar med komplexa behov. Det underlättas inte av att olika huvudmän, till exempel barnpsykiatri och kommuner, i enskilda fall tvistar om vem som har ansvaret. Det finns risk för att barn inte får insatser, trots uttalade behov. Det förekommer också att behandlingshemmens kapacitet och kompetens inte alltid räcker till för ungdomar med svår problematik. Regeringen tar uppgifterna på stort allvar och avser att noggrant följa utvecklingen.

Regeringen har lämnat uppdrag till Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse att gemensamt följa upp och utvärdera påföljdsreformen för unga lagöverträdare som trädde i kraft den 1 januari 1999. Uppdraget innefattar att följa upp och utvärdera påföljden överlämnande till vård inom socialtjänsten såvitt avser dess användning och innehåll samt att följa upp och utvärdera påföljden slutna ungdomsvård såväl inom ramen för det straffrättsliga systemet som verkställigheten.

Under 2001–2003 sker en satsning på 100 miljoner kronor inom ramen för den alkoholpolitiska handlingsplanen som riktas till utsatta barn i familjer där det förekommer missbruk.

Bättre kvalitet i missbrukarvården

Sammantaget har det inom missbrukarvården under 1990-talet skett en förskjutning från långvariga institutionsbehandlingar mot öppenvård, korta vårdtider och skyddat boende med stöd. Efterfrågan på tvångsvård gick ner kraftigt under 1990-talets andra hälft, men förefaller ha stabiliserat sig på en i förhållande till 1990-talets början låg nivå. Det går dock inte att konstatera en generell neddragning av insatser inom missbrukarvården.

Få studier belyser kvaliteten i missbrukarvården. Socialstyrelsen har framfört att bristen på lämpliga och lättåtkomliga kvalitetsindikatorer kan vara en trolig orsak till det. Socialstyrelsen konstaterar i sin treårsuppföljning av socialtjänsten att kunskap saknas på flera viktiga områden om tillståndet i och utvecklingen av missbrukarvården. Det gäller både frågan om innehåll, kvalitet och resultat i vården, samt i vad mån öppna vårdinsatser är väl avvägda i förhållande till institutionsvården. Ett långsiktigt utvärderingsarbete av vårdens effekter pågår såväl inom Centrum för utvärdering av metoder i socialt arbetet (CUS) vid Socialstyrelsen som vid SiS. Av Socialstyrelsens och länsstyrelsernas sociala tillsynsrapport 2000 framgår att den ekonomiskt ansträngda situationen i många kommuner har inneburit att socialtjänsten måste prioritera och förändra arbetsformer. En positiv effekt av detta är att det i missbrukarvården utförs mycket bra utvecklings- och kvalitetsarbete. Det finns vidare en tydlig strategi för att förbättra öppenvården vilket kan leda till ett bredare utbud och bättre förutsättningar att anpassa vården efter den enskildes behov. Det finns dock en risk för att socialtjänsten, av ekonomiska skäl, är alltför restriktiv med institutionsplaceringar.

För att bättre kunna tillgodose kommunernas efterfrågan på ungdomsvård vid Statens institutionsstyrelse omdisponeras 20 miljoner kronor av de särskilda medel som fördelas av länsstyrelserna för utveckling av ungdoms- och missbrukarvården. Samtidigt sker en kraftig förstärkning av insatserna till barn och unga i missbruksmiljöer bl.a. inom ramen för den nyligen antagna handlingsplanen inom alkoholområdet samt inför den kommande narkotikapolitiska handlingsplanen. Sammanlagt tillförs ytterligare cirka 600 miljoner kronor för åren 2001–2004 för insatser inom missbruksområdet. Därutöver

fördelas årligen 55 miljoner kronor för öppenvårds- och förebyggande insatser.

Regeringen kan konstatera att utvecklingen inom missbrukarvården är svårbedömd. Det finns därför anledning att även fortsättningsvis noga följa frågan. Det gäller såväl avvägningen mellan öppenvård och institutionsvård som innehåll och kvaliteten i insatserna.

I många kommuner har bedrivits ett utvecklingsarbete med stöd av de särskilda medel som fördelas av länsstyrelserna för utveckling av ungdoms- och missbrukarvården. Olika samverkansmodeller har utvecklats samtidigt som regionala forsknings- och utvecklingsenheter och högskolor i ökande utsträckning har engagerats i projektverksamheterna. Ett arbete har initierats för att avhjälpa tidigare påpekade brister vad gäller utvärdering av effekter av insatserna. I flera län har det genomförts eller påbörjats regionala utvärderingar. Olika länsstyrelser har kommit olika långt i det arbetet.

Hemlöshetskommittén (dir 1998:108) skall vid 2001 års utgång avsluta sitt uppdrag. I kommitténs slutbetänkande kommer att ingå en utvärdering av de bidrag som sedan 1999 utgått till kommuner och organisationer för att avhjälpa hemlösheten.

Regeringen har i vårpropositionen avsatt 10 miljoner kronor årligen i tre år för fortsatta insatser mot hemlösheten. Inriktningen av insatserna de kommande tre åren kommer att bestämmas med utgångspunkt i Hemlöshetskommitténs slutsatser och förslag samt i dialog med bl.a. forskare inom området och Socialstyrelsen.

Utsatta kvinnor

Insatser som syftar till skydd och hjälp till kvinnor som blivit utsatta för våld behöver kontinuerligt utvecklas. Det är därvid viktigt att socialtjänsten uppmärksammar vissa särskilt utsatta flickor och kvinnor med utländsk bakgrund samt barnens situation i familjer där våld förekommer. Också barns umgänge med fadern i de fall föräldrarna separerar på grund av våld i familjen bör uppmärksammas. Socialstyrelsen har inom ramen för sitt uppdrag att följa upp Kvinnofridsreformen utarbetat ett utbildningsmaterial för personal i socialtjänsten och hälso- och sjukvården, vilket bör kunna bidra till att

öka kompetensen och utveckla metoder för bemötande av och hjälp till utsatta kvinnor.

Könshandelns komplexa och många gånger dolda karaktär gör att studier och kartläggningar av den inte är lätta att genomföra. Därför är det av stor vikt att det finns bra instrument för ändamålet. I syfte att utveckla ett bra och tillförlitligt instrument för uppföljning av prostitutionens utveckling och omfattning har Socialstyrelsen gjort en enkätundersökning, som behandlar situationen såväl under 1998 som under första delen av 1999. I det fortsatta utvecklingsarbetet är det angeläget att utveckla metoder för att nå den dolda prostitutionen, som beräknas stå för två tredjedelar av all prostitution i landet.

9.7 Budgetförslag

9.7.1 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 9.2 Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor				
2000	Utfall	–	Anslags-sparande	2 229
2001	Anslag	88 378	Utgifts-prognos	86 000
2002	Förslag	80 378		
2003	Beräknat	80 378		
2004	Beräknat	60 378		

Anslaget omfattar medel till utveckling av ungdoms- och missbrukarvården och till kunskapsutveckling inom socialtjänsten, 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 insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.

Anslaget omfattar även medel för insatser för att motverka sexuell exploatering av barn i enlighet med åtaganden i samband med den åtgärdsplan som antogs vid Världskongressen mot kommersiell sexuell exploatering av barn i Stockholm år 1996. Stödet går i huvudsak till Sveriges arbete mot sexuell exploatering av barn i Östersjöregionen men även till organisationer som arbetar mot kommersiell sexuell exploatering av barn.

Regeringens överväganden

Under ett antal år har länsstyrelserna fördelat medel till kommunerna för att utveckla ungdoms- och missbrukarvården i syfte att åstadkomma balans mellan öppenvård och institutionsvård i kommunerna. Socialstyrelsen följer i nära samarbete med länsstyrelserna upp hur medlen fördelas och uttalar att medlen bidragit till positiv utveckling och samverkan inom området. För att bättre kunna tillgodose kommunernas efterfrågan på ungdomsvård vid Statens institutionsstyrelse omdisponeras 20 miljoner kronor av de särskilda medel som fördelas av länsstyrelserna för utveckling av ungdoms- och missbrukarvården.

Socialstyrelsen följer upp stödet till organisationer inom det sociala området och lämnar årligen en samlad redovisning till regeringen om statsbidragets användning i förhållande till bidragets syfte och de mål som angivits i myndighetens regleringsbrev. Socialstyrelsen konstaterar att statsbidraget i huvudsak har använts enligt intentionerna att förstärka och komplettera de samhälleliga insatserna.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ge stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten. För år 2001 utgår 10 miljoner kronor och åren 2002 och 2003 utgår 20 miljoner kronor för detta ändamål.

Anslaget har tillförts ytterligare 2 miljoner kronor för utveckling av den sociala välfärdsstatistiken.

År 2001 tillfördes anslaget cirka 1,5 miljoner kronor för insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor. Av dessa medel skall årligen 1,2 miljoner kronor avse verksamheten som bedrivs vid Rikskvinnocentrum.

Arbetet med att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter

Regeringen föreslår också att medel avsätts för fortsatt arbete med att genomföra FN:s barnkonvention. År 2001 utgår 12,5 miljoner kronor till insatser för detta ändamål m.m. Processen med att stärka barnfrågorna i Sverige och att förverkliga barnkonventionen kräver fortsatta insatser. Användningsområdet för medlen bör liksom innevarande år syfta till att bland annat öka kunskaperna om FN:s barnkonvention på alla nivåer i samhället samt till att vidareutveckla och sprida

metoder för att förverkliga konventionen. Insatser behövs för att bland annat sprida barnkonventionen i kommuner och landsting, till myndigheter, universitet och högskolor. Kunskapsinhämtning, uppföljning och utvärdering, erfarenhetsutbyte och idéspridning är exempel på lämpliga initiativ. Vidare bör påbörjade insatser när det gäller utveckling av basstatistik om barn samt försöks- och utvecklingsverksamhet kring föräldrautbildning fortsätta. Regeringen avser även att avsätta medel för (utåtriktade) aktiviteter inom barnsäkerhetsområdet samt för åtgärder i syfte att förbättra barns och ungdomars möjligheter att komma till tals. Även insatser mot kommersiell sexuell exploatering bör fortsätta. Från anslaget bör andra aktiviteter som syftar till att genomföra barnkonventionen kunna bekostas.

Tabell 9.3 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	88 378	88 378	88 378
Förändring till följd av:			
Beslut	-8 000	-8 000	-28 000
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	-8 000	-8 000	-28 000
Förslag/beräknat anslag	80 378	80 378	60 378

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 80 378 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 80 378 000 kronor respektive 60 378 000 kronor

9.7.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tabell 9.4 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2000		578 676		85 767
2001	Anslag	597 181 ¹	Utgifts-prognos	682 000
2002	Förslag	671 765		
2003	Beräknat	698 491 ²		
2004	Beräknat	711 797 ²		

¹ Inklusivt en minskning med 7 052 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² Motsvarar 681 765 tkr i 2002 års prisnivå.

Statens institutionsstyrelse (SiS) är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i verksamhetsgrenarna missbrukarvård vid LVM-hem, ungdomsvård och slutna ungdomsvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring 60 procent respektive två tredjedelar med avgifter medan slutna ungdomsvård

finansieras helt via myndighetens anslag. Intäkterna beräknas enligt SiS till 800 miljoner kronor för 2001 och 850 miljoner kronor för 2002.

Myndigheten tillfördes 96,2 miljoner kronor i tilläggsbudgeten för 2000. Medlen avsåg finansiering av 40 platser slutna ungdomsvård och 24 nya platser för vård enligt lagen om vård av unga. Utbyggnaden kom igång först mot slutet av året bl.a. på grund av svårigheter att få fram lokaler och personal. Därför har ett anslagssparande uppstått.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 9.5 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	3 438	836	20 000		
Nya förpliktelser	214 27	20 000	18 000		
Infriade förpliktelser*	-24 029	-836	-20 000	-15 000	-3 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	836	20 000	18 000		
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	20 000	20 000	18 000		

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

När den straffrättsliga påföljden slutna ungdomsvård trädde i kraft den 1 januari 1999 inrättades tio vårdplatser. Påföljden har emellertid fått betydligt större tillämpning än vad som förutsågs då lagen trädde i kraft. Under 2000 utnyttjade SiS i genomsnitt 50 årsplatser för ungdomar intagna för verkställighet enligt LSU. Under 2001 kommer SiS att behöva disponera knappt 70 årsplatser. Utvecklingen har inneburit att platser vid de särskilda ungdomshemmen avsedda för vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga har fått tas i anspråk varvid det uppstått brist på sådana platser. Under hela det gångna året har det förekommit köer till vård för de ungdomar kommunerna önskar placera.

Utbyggnaden av platser i ungdomsvården pågår och SiS kommer att ha cirka 60 nya platser i slutet av 2001. Den fortsatta utvecklingen av påföljden slutna ungdomsvård är svår att bedöma men mot bakgrund av den successiva ökningen av efterfrågan som skett sedan januari 1999 samt det faktum att den genomsnittliga

strafftiden har ökat bedöms SiS fr.o.m. 2002 behöva 75 årsplatser i slutna ungdomsvård. Kostnaderna för LSU-vården har blivit dyrare än beräknat bl. a. på grund av att vården förutsätter hög personaltäthet och lokaler som uppfyller höga krav på säkerhet.

Efterfrågan på LVU-vård visar heller ingen tendens att minska. För att komma tillrätta med köerna till de särskilda ungdomshemmen och motsvara en förväntad ökning av efterfrågan bedömer SiS att man behöver fler platser för vård enligt LVU. Regeringen kommer att noga följa utvecklingen av den slutna ungdomsvården och vården vid de särskilda ungdomshemmen. En utvärdering av påföljden slutna ungdomsvård kommer att ske inom ramen för regeringens uppdrag till Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen och SiS (avsnitt 9.6.2).

I samband med 2001 års ekonomiska vårproposition tillfördes anslaget 20 miljoner kronor fr.o.m. 2002 och 30 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003 och framåt. Regeringen föreslår nu att anslaget utökas med ytterligare 30 miljoner kronor fr.o.m. 2002.

Tabell 9.6 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	597 181	597 181	597 181
Förändring till följd av:			
Beslut	50 000	60 000	60 000
Pris- och löneomräkning	21 058	37 787	51 090
Premiejustering ²	3 526	3 526	3 526
Summa förändring	74 584	101 313	114 616
Förslag/beräknat anslag	671 765	698 491	711 797

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband budgetpropositionen för 2002.² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 671 765 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas 698 491 000 kronor respektive 711 797 000 kronor.

9.7.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tabell 9.7 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2000	Utfall	12 500	Anslags-sparande	3 825
2001	Anslag	10 000	Utgifts-prognos	10 300
2002	Förslag	10 000		
2003	Beräknat	10 000		
2004	Beräknat	10 000		

Regeringen tillkallade i december 1998 en parlamentarisk kommitté med uppgift att föreslå och initiera åtgärder som syftar till att skapa en bättre situation för hemlösa och förhindra att hemlöshet uppstår (dir. 1998:108). Samtidigt avsattes 30 miljoner kronor under sammanlagt tre år för att pröva olika metoder för att långsiktigt komma tillrätta med hemlösheten. Kommittén avslutar sitt arbete vid 2001 års utgång. Kommittén har haft i uppdrag att bereda och till regeringen lämna förslag till stöd till projekt som finansierats av utvecklingsmedel till hemlösa.

Regeringens överväganden

Under de tre år som Hemlöshetskommittén har varit verksam har ett 25-tal projekt, de flesta fleråriga, initierats med stöd av statliga stimulansmedel. Regeringen bedömer att stimulansmedlen har bidragit till att lyfta fram problem som är förknippade med hemlöshet, både för samhället och för individen. Flera initiativ till utvecklingsprojekt har tagits, som sammantaget har givit värdefull kunskap om metoder som kan vara verksamma för att långsiktigt komma till rätta med hemlöshet. Regeringen har därför avsatt 30 000 000 kronor i vårbudgeten 2001 för fortsätta utvecklingsinsatser i sammanlagt tre år.

Tabell 9.8 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	10 000	10 000	10 000
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	10 000	10 000	10 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa*. För åren 2003 och 2004 beräknas 10 000 000 kronor för respektive år.

10 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

10.1 Budgetförslag

10.1.1 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 10.1 Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2000	Utfall	9 082	¹	Anslags-sparande 1 062 ²
2001	Anslag	24 212		Utgifts-prognos 23 000
2002	Förslag	21 403		
2003	Beräknat	21 931	³	
2004	Beräknat	22 348	³	

¹ Avser endast Socialvetenskaplig forskningsrådet.

² Från det nedlagda Socialvetenskapliga forskningsrådet

³ Motsvarar 21 403 tkr i 2002 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att finansiera administrationen för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Myndigheten påbörjade sin verksamhet i början av 2001 efter sammanslagning av Socialvetenskapliga forskningsrådet och del av Rådet för arbetslivsforskning.

Regeringens överväganden

I anslaget för 2001 ingår 3 miljoner kronor för rådets initiala omställningskostnader av vilka en del kommer att falla på 2002 men klaras inom kvarvarande anslagsmedel. Med hänsyn till att rådet ännu inte har avslutat sitt första verksamhetsår är prognosen för årets utfall något osäker.

Redan under hösten år 2000 utlystes medel för forskningsprojekt med start år 2002 vilket

bidrog till att FAS hade en väl fungerande verksamhet redan i början av 2001, trots ett omfattande arbete med att bygga upp en ny organisation. Totalt inkom 727 projektskisser till den 1 februari 2001, vilket är ungefär lika många som tidigare mottagits av SFR och de delar av RALF som nu tillhör FAS ansvarsområde. Ca 30 procent av dessa gick vidare till fullständig ansökan och bereds vidare i rådets prioriteringskommittéer. Beslut om tilldelning för 2002 fattas i mitten på november, då ca 12–15 % av de ursprungliga ansökningarna förväntas erhålla medel.

Tabell 10.2 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	24 212	24 212	24 212
Förändring till följd av:			
Beslut	–3 000	–3 000	–3 000
Pris- och löneomräkning	375	903	1 320
Premiejustering ²	–184	–184	–184
Summa förändring	–2 809	–2 281	–1 864
Förslag/beräknat anslag	21 403	21 931	22 348

¹ Inklusivt förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

² En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 403 000 kronor anvisas under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och Socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 21 931 000 kronor respektive 22 348 000 kronor.

10.1.2 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 10.3 Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

År	Utfall	118 491 ¹	Anslags-sparande	14 826 ²
2000	Utfall	118 491 ¹	Anslags-sparande	14 826 ²
2001	Anslag	249 731	Utgifts-prognos	232 000
2002	Förslag	268 171		
2003	Beräknat	285 168 ³		
2004	Beräknat	290 586 ³		

¹ Avser endast Socialvetenskapliga forskningsrådet.

² Varav 2 326 tkr från det nedlagda Socialvetenskapliga forskningsrådet och 12 500 tkr från det nedlagda Rådet för arbetslivsforskning.

³ Motsvarar 278 354 tkr i 2002 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning inom arbetslivsområdet, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt att bedriva forskningsinformation.

Tabell 10.4 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början ¹		440 135	450 000		
Nya förpliktelser		235 000	340 000		
Infriade förpliktelser*		-225 135	-240 000	-250 000	-300 000
Utestående förpliktelser vid årets slut		450 000	550 000		
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam		460 000	550 000		

¹ Utestående åtaganden vid 2001 års början utgörs av ärenden som FAS övertagit från det nedlagda Socialvetenskapliga forskningsrådet resp. Rådet för arbetslivsforskning.

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

Medelstillskottet år 2002 innebär ett fullföljande av den uppdelning av Rådet för arbetslivsforskningens forskningsmedel mellan FAS och VINNOVA som aviserades i budgetpropositionen för 2001 samt det ytterligare tillskott med 2 miljoner kronor för handikappforskning som då också aviserades.

För 2003 beräknas ett ytterligare medelstillskott med 10 miljoner kronor för ny tvärvetenskaplig forskning i enlighet med vad som angavs i forskningspropositionen hösten 2000 (prop. 2000/01:3) samt i budgetpropositionen för 2001.

En mycket angelägen uppgift för rådet är att ta initiativ till tvärvetenskapliga satsningar som berör både arbetsliv och sociala förhållanden. Ett exempel på detta är det forskningsprogram om arbetsskador och rehabilitering som FAS skall utarbeta till den 1 oktober 2001.

Forskning om ohälsa är för övrigt ett område där fler satsningar görs. Den 1 januari 2001 startade verksamheten vid CHESS (Centre for Health Equity Studies of the Stockholm University and Karolinska Institutet) som är ett centrum för forskning om ojämlikhet i hälsa. Fr.o.m. 2002 delar rådet också ut programstöd inom bl.a. områdena Arbetsliv och hälsa, Yrkesmedicin och yrkeshygien samt Psykisk ohälsa och samhällsförändring.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 10.5 Härledning av nivån 2002–2004

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 ¹	249 731	249 731	249 731
Förändring till följd av:			
Beslut	16 927	26 927	26 927
Premiejustering	-6 144	-6 144	-6 144
Pris- och löneomräkning	7 657	14 654	20 072
Summa förändring	18 440	35 437	40 855
Förslag/beräknat anslag	268 171	285 168	290 586

¹ Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen föreslår att 268 171 000 kronor anvisas under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 285 168 000 kronor respektive 290 586 000 kronor.