

# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statsbudget för 2003

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	11
2	Lagförslag.....	13
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	13
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
3.1	Omfattning.....	15
3.2	Utgiftsutveckling.....	15
4	Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik.....	17
4.1	Omfattning.....	17
4.2	Utgiftsutveckling.....	18
4.3	Mål.....	19
4.4	Politikens inriktning.....	19
4.5	Insatser.....	20
4.5.1	Insatser inom politikområdet.....	20
4.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	26
4.6	Resultatbedömning.....	27
4.6.1	Resultat.....	27
4.6.2	Analys och slutsatser.....	35
4.7	Revisionens iakttagelser.....	39
4.8	Förslag till regeländring.....	39
4.9	Budgetförslag.....	39
4.9.1	13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.....	39
4.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen.....	42
4.9.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	44
4.9.4	13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	46
4.9.5	13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	47
4.9.6	13:6 Socialstyrelsen.....	48
4.9.7	13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	50
4.10	Övrig verksamhet.....	51
4.10.1	Läkemedelsverket.....	51
4.10.2	Apoteket AB.....	52
5	Politikområde Folkhälsa.....	55
5.1	Omfattning.....	55
5.2	Utgiftsutveckling.....	56
5.3	Mål.....	56
5.4	Politikens inriktning.....	56
5.5	Insatser.....	57

	5.5.1	Insatser inom politikområdet.....	57
	5.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	61
	5.6	Resultatbedömning.....	62
	5.6.1	Resultat.....	62
	5.6.2	Analys och slutsatser.....	66
	5.7	Revisionens iakttagelser.....	68
	5.8	Budgetförslag.....	68
	5.8.1	14:1 Insatser mot aids.....	68
	5.8.2	14:2 Bidrag till WHO.....	69
	5.8.3	14:3 Bidrag till Nordiska Hälsovårdshögskolan.....	70
	5.8.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	70
	5.8.5	14:5 Smittskyddsinstitutet.....	72
	5.8.6	14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	74
	5.8.7	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	74
	5.8.8	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	76
	5.8.9	14:9 Alkoholsortimentsnämnden.....	77
	5.9	Övrig statlig verksamhet.....	77
	5.9.1	Systembolaget.....	77
6		Politikområde Barnpolitik.....	79
	6.1	Omfattning.....	79
	6.2	Utgiftsutveckling.....	79
	6.3	Mål.....	80
	6.4	Politikens inriktning.....	80
	6.5	Insatser.....	80
	6.5.1	Insatser inom politikområdet.....	80
	6.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	81
	6.6	Resultatbedömning.....	81
	6.6.1	Resultat.....	82
	6.6.2	Analys och slutsatser.....	82
	6.7	Revisionens iakttagelser.....	84
	6.8	Budgetförslag.....	84
	6.8.1	15:1 Barnombudsmannen.....	84
	6.8.2	15: 2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.....	84
7		Politikområde Handikappolitik.....	87
	7.1	Omfattning.....	87
	7.2	Utgiftsutveckling.....	88
	7.3	Mål.....	88
	7.4	Politikens inriktning.....	88
	7.5	Insatser.....	89
	7.5.1	Insatser inom politikområdet.....	89
	7.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	90
	7.6	Resultatbedömning.....	92
	7.6.1	Resultat.....	92
	7.6.2	Analys och slutsatser.....	94
	7.7	Revisionens iakttagelser.....	98
	7.8	Budgetförslag.....	98
	7.8.1	16:1 Personligt ombud.....	98
	7.8.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	99
	7.8.3	16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	99
	7.8.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	100
	7.8.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	101

	7.8.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation .....	102
	7.8.7	16:7 Bilstöd till handikappade.....	103
	7.8.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning .....	104
	7.8.9	16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd .....	104
	7.8.10	16:10 Handikappombudsmannen.....	106
8		Politikområde Äldrepolitik .....	107
	8.1	Omfattning.....	107
	8.2	Utgiftsutveckling.....	107
	8.3	Mål.....	108
	8.4	Politikens inriktning .....	108
	8.5	Insatser.....	109
	8.5.1	Insatser inom politikområdet .....	109
	8.5.2	Insatser utanför politikområdet .....	109
	8.6	Resultatbedömning .....	110
	8.6.1	Resultat .....	110
	8.6.2	Analys och slutsatser.....	112
	8.7	Revisionens iakttagelser .....	114
	8.8	Budgetförslag.....	114
	8.8.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	114
9		Politikområde Socialtjänstpolitik.....	117
	9.1	Omfattning.....	117
	9.2	Utgiftsutveckling.....	117
	9.3	Mål.....	118
	9.4	Politikens inriktning .....	118
	9.5	Insatser.....	118
	9.5.1	Insatser inom politikområdet .....	118
	9.5.2	Insatser utanför politikområdet .....	122
	9.6	Resultatbedömning .....	122
	9.6.1	Resultat .....	122
	9.6.2	Analys och slutsatser.....	124
	9.7	Revisionens iakttagelser .....	127
	9.8	Budgetförslag.....	127
	9.8.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	127
	9.8.2	18:2 Statens institutionsstyrelse .....	128
	9.8.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	130
10		Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	131
	10.1	Budgetförslag.....	131
	10.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	131
	10.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	132

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp .....	12
3.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet.....	15
3.2 Härledning av ramnivå 2003-2004.....	16
4.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	18
4.2 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården 1999-2001 .....	31
4.3 Läkemedelskostnaden (exklusive moms) i öppenvård fördelad på läkemedelsförmån resp. egenavgift 1999-2001.....	31
4.4 Anslagsutveckling 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m. ....	39
4.5 Beräknad fördelning på anslagsposter.....	40
4.6 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m. ....	42
4.7 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen .....	42
4.8 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen.....	44
4.9 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård .....	44
4.10 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård .....	46
4.11 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	46
4.12 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	46
4.13 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	47
4.14 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	48
4.15 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen.....	48
4.16 Offentlighetsrättslig verksamhet .....	48
4.17 Uppdragsverksamhet .....	48
4.18 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	49
4.19 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:6 Socialstyrelsen.....	50
4.20 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	50
4.21 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden .....	51
4.22 Offentlighetsrättslig verksamhet .....	51
4.23 Uppdragsverksamhet .....	51
4.24 Ekonomisk översikt .....	53
5.1 Anslagsutvecklingen inom politikområdet.....	56
5.2 Andelen långtidssjukskrivna med olika diagnoser 2000 och 2001 (procentuell fördelning) .....	63
5.3 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids.....	68
5.4 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 14:1 Insatser mot aids .....	69
5.5 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO .....	69
5.6 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 14:2 Bidrag till WHO .....	70
5.7 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan .....	70

5.8	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan.....	70
5.9	Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut .....	70
5.10	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden .....	71
5.11	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut .....	72
5.12	Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	72
5.13	Uppdragsverksamhet.....	73
5.14	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	73
5.15	Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin .....	74
5.16	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin .....	74
5.17	Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	74
5.18	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder....	75
5.19	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder .....	76
5.20	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	76
5.21	Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden.....	77
5.22	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:9 Alkoholsortimentsnämnden..	77
5.23	Ekonomisk översikt för de fem senaste åren .....	78
6.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet .....	79
6.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen .....	84
6.3	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 15:1 Barnombudsmannen .....	84
6.4	Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor ....	84
6.5	Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor .....	85
7.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet .....	88
7.2	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	98
7.3	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:1 Personligt ombud.....	98
7.4	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet .....	99
7.5	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet .....	99
7.6	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd .....	99
7.7	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden .....	100
7.8	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd .....	100
7.9	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder .....	100
7.10	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	101
7.11	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	101
7.12	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer .....	102
7.13	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	102
7.14	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	103
7.15	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade .....	103
7.16	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:7 Bilstöd till handikappade .....	103
7.17	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning .....	104
7.18	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning .....	104

7.19	Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	104
7.20	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	105
7.21	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen.....	106
7.22	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:10 Handikappombudsmannen	106
8.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	107
8.2	Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken...	114
8.3	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	115
8.4	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	116
9.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	117
9.2	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	127
9.3	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	128
9.4	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse .....	128
9.5	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	129
9.6	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 18:2 Statens institutionsstyrelse .....	130
9.7	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa .....	130
9.8	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa .....	130
10.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning .....	131
10.2	Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning .....	131
10.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	132
10.4	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	133
10.5	Härledning av anslagsnivån 2003-2004, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	133



## Diagramförteckning

---

4.1	Hälso- och sjukvårdens nettokostnader 2000 fördelade efter verksamhet (%).....	17
4.2	Landstingens externa inkomster år 2000 fördelade efter inkomstslag (%).....	18
4.3	Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånen 1990–2001.....	30
4.4	Läkemedelskostnader (kr) per invånare och landsting år 2001 jämfört med 2000.....	32
4.5	Andelen kariesfria barn (%).....	32
4.6	Tandstatus 1980–81, 1988–89 och 1996–97 (%).....	33
4.7	Andel av befolkningen som har nedsatt tuggförmåga (%).....	33
5.1	Medellivslängden mellan 1982 och 2001.....	63
9.1	Socialbidragsutveckling.....	123



# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (avsnitt 2.1),
2. bemyndigar regeringen att under 2003, för ramanslaget 13:6 *Socialstyrelsen* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 10 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 4.8.6),
3. godkänner följande mål: Barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling, trygghet och delaktighet (avsnitt 6.3),
4. godkänner att följande mål upphör att gälla: Barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden,
5. bemyndigar regeringen att under 2003, för ramanslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 40 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 5.8.4),
6. bemyndigar regeringen att under 2003, för ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 80 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 7.8.3),
7. bemyndigar regeringen att under år 2003, för ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 30 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 8.8.1),
8. bemyndigar regeringen att under 2003, för ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 18 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 9.8.2),
9. bemyndigar regeringen att under 2003, för ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 600 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 10.1.2),
10. för budgetåret 2003 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.	ramanslag	2 608 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen	ramanslag	18 550 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	101 095
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	ramanslag	38 675
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	25 473
13:6 Socialstyrelsen	ramanslag	470 619
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	ramanslag	39 720
14:1 Insatser mot aids	ramanslag	58 122
14:2 Bidrag till WHO	ramanslag	41 371
14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	ramanslag	20 507
14:4 Statens folkhälsoinstitut	ramanslag	124 894
14:5 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	173 343
14:6 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	14 359
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	ramanslag	86 554
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	193 250
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	ramanslag	118
15:1 Barnombudsmannen	ramanslag	16 294
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	7 823
16:1 Personligt ombud	ramanslag	90 000
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	reservationsanslag	279 000
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	ramanslag	166 884
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	20 126
16:7 Bilstöd till handikappade	ramanslag	164 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	ramanslag	8 436 000
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	ramanslag	26 373
16:10 Handikappombudsmannen	ramanslag	16 425
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	35 446
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	ramanslag	77 578
18:2 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	735 346
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	reservationsanslag	10 000
26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	ramanslag	21 807
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	ramanslag	283 891
<b>Summa</b>		<b>33 170 735</b>

## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 4 §

Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och

2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.<sup>1</sup>

Rätt till förmåner enligt 5 och 21 §§ med undantag för varor som avses i 19 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Rätt till förmåner enligt 5 och 20 §§ med undantag för varor som avses i 18 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt för den som åtnjuter

---

<sup>1</sup> EGT L 149, 5.7.1971, s. 416 (Celex 31971R1408).

hemsjukvård som avses i 3 e eller 18 d § hälso- och sjukvårdslagen och för den som bor i sådan särskild boendeform som avses i 18 d § samma lag.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2003. Den nya bestämmelsen tillämpas dock för tid från och med den 1 oktober 2002.

## 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

*Milljoner kronor*

	Utfall 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgiftsprognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
Hälso- och sjukvårdspolitik	20 237	21 144	21 077	21 834	22 812
Folkhälsopolitik	497	818	784	713	696
Barnpolitik	16	19	18	24	25
Handikappolitik	7 359	8 644	8 559	9 436	10 555
Äldrepolitik	350	25	37	35	35
Socialtjänstpolitik	781	778	781	823	801
Forskningspolitik	251	290	305	306	313
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>29 492</b>	<b>31 718</b>	<b>31 562</b>	<b>33 171</b>	<b>35 236</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2002 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivå 2003-2004***Miljoner kronor*

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>31 129</b>	<b>31 129</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	45	93
Beslut	1 026	1 881
Övriga makroekonomiska förutsättningar	210	483
Volymer	769	1 668
Överföring till/från andra utgiftsområden	-8	-8
Övrigt	1	-9
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>33 171</b>	<b>35 236</b>



## 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, sjukvård i internationella förhållanden, läkemedelsförmånen, ersättning till steriliserade i vissa fall, bidrag till hälso- och sjukvård, myndigheterna Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), Socialstyrelsen, Läkemedelsförmånsnämnden och Läkemedelsverket, samt det statligt ägda bolaget Apoteket AB. Landsting och kommuner har huvudansvaret för hälso- och sjukvården. Statsbidrag till kommunsektorn lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Kostnaderna för hälso- och sjukvårdssektorn 2000 var totalt 163,1 miljarder kronor, vilket motsvarar 7,8 procent av BNP. I denna siffra ingår hushållens kostnader för hälso- och sjukvård som uppgick till 24,8 miljarder kronor. Här ingår läkemedel (egenavgift för receptbelagda läkemedel och hela kostnaden för ej receptbelagda läkemedel) med 8,2 miljarder kronor, glasögon och övriga sjukvårdsartiklar med 4,4 miljarder kronor, samt patientavgifter med 12,2 miljarder kronor.

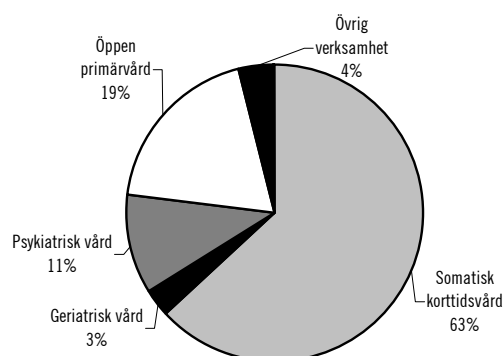
Den offentliga delen av konsumtionen uppgick till 131,6 miljarder kronor. I det beloppet ingick bland annat läkemedelsförmånen med 16,7 miljarder kronor. Ersättningar till privatpraktiserande läkare och tandläkare samt vårdavtal med privata vårdgivare kostade 16,7 miljarder kronor.

Privata och offentliga investeringar utgjorde resterande 6,7 miljarder kronor.

Totalkostnaden ovan inkluderar dock inte kostnader för den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna hälso- och sjukvård (främst vård till äldre) kan, enligt Socialstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsrapport 2001, beräknas till ca 14,6 miljarder kronor, vilket motsvarar 0,7 procent av BNP. För att få en fullständig bild av hälso- och sjukvårdens andel av BNP 2000 måste andelen således räknas upp från 7,8 till 8,5 procent. Denna siffra stämmer relativt väl med vad som redovisas i OECD:s jämförelser av medlemsländernas sjukvårdskostnader.

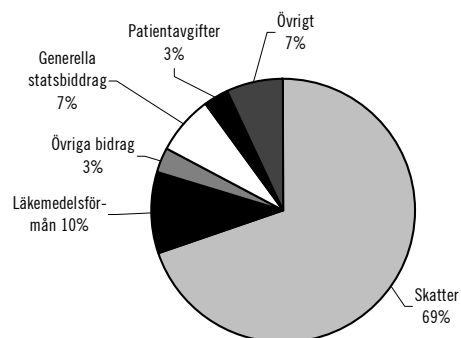
Landstingens hälso- och sjukvård innefattar en rad olika verksamheter. Fördelningen av nettokostnaderna efter verksamheter 2000 framgår av diagrammet nedan.

**Diagram 4.1 Hälsa- och sjukvårdens nettokostnader 2000 fördelade efter verksamhet (%)**



Landstingens verksamhet finansieras till stor del via landstingsskatten. Under 2000 utgjorde landstingsskatten knappt 70 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 bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården och statsbidraget för läkemedelsförmånen. Vidare har landstingen inkomster från patientavgifter och vissa övriga inkomster. Uppgifterna i diagram 4.2 avser landstingens totala verksamhet, där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgör ungefär 88 procent.

**Diagram 4.2 Landstingens externa inkomster år 2000 fördelade efter inkomstslag (%)**



För mer information om landstingens finansiering och verksamhet hänvisas till regeringens skrivelse om utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 2001/02:102).

## 4.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet**

Miljoner kronor

	Utfall 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.	2 210,0	2 479,0	2 388,0	<b>2 608,0</b>	2 655,0
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen	16 530,8	17 843,0	17 843,1	<b>18 550,0</b>	19 450,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	966,0	305,5	306,2	<b>101,1</b>	100,5
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering <sup>2</sup>	36,6	36,7	37,5	<b>38,7</b>	39,5
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	20,2	23,7	23,5	<b>25,5</b>	26,0
13:6 Socialstyrelsen	445,3	455,6	471,0	<b>470,6</b>	482,5
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	0,0	0,0	0,0	<b>39,7</b>	58,7
13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall (äldre anslag)	28,1	0,0	7,5	<b>0,0</b>	0,0
<b>Totalt för Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>20 236,8</b>	<b>21 143,5</b>	<b>21 076,8</b>	<b>21 833,6</b>	<b>22 812,3</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition och förslag till tilläggsbudget i denna proposition.

<sup>2</sup> Tidigare anslaget 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

### 4.3 Mål

Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

### 4.4 Politikens inriktning

Den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken har i sina huvuddrag vuxit fram i brett politiskt samförstånd och med starkt stöd i befolkningen. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Trots den svaga utvecklingen av samhällsekonomin under 1990-talet har både tillgängligheten och kvaliteten i vården legat på en hög nivå enligt den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). 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, och långsiktigt stärka primärvården. Av största vikt är också att klara den framtida personalförseringen inom vården och att minska vårdpersonalens arbetsbörda. Det är även viktigt att landstingen och kommunerna har en stabil finansiell situation. Vidare finns det skäl att prioritera ytterligare 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 alla har godtagbar tillgång till vård. Det är regeringens avsikt att införa en vårdgaranti som garanterar medborgarna vård och behandling inom en viss tidsram. Ökat fokus måste sättas på att undanröja eventuella hinder för samverkan mellan olika vårdgivare och/eller olika huvudmän samt att hitta nya former för sådan samverkan.

Under senare tid har principerna för den allmänna hälso- och sjukvården från vissa håll ifrå-

gasatts och utmanats. Framför allt gäller detta vårdens finansiering där privata försäkringslösningar framhållits som ett alternativ till den skattefinansierade hälso- och sjukvården. För att de grundläggande demokrati- och jämlikhetsmålen skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer släpps in, är det nödvändigt att ytterligare reglera och förtydliga villkoren för alternativa vårdgivare och var i vården privata vinstintressen skall få förekomma.

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. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera införandet och effekterna av den nationella handlingsplanen och har under 2002 inkommit med den första av fyra årsrapporter. Arbetet med att följa upp effekterna av resurstillskottet och sjukvårdshuvudmännens åtgärder med anledning av utvecklingsavtalet är 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 under perioden 2002–2004 tillförs 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 för tillskottet är att medlen skall utbetalas för utförd prestation.

Genom den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården och det sammanhängande resurstillskottet samt genom den s.k. tillgänglighetssatsningen kommer vården under perioden 2001–2004 att ha tillförts sammanlagt 12,75 miljarder kronor.

Den landstingskommunala sektorn har även givits ett ökat resursutrymme genom det tillfälliga sysselsättningsstödet, motsvarande 3 miljarder kronor per år, som infördes 2002, och överföringen av statliga skattemedel ("200-kronan") motsvarande 1,3 miljarder kronor, som båda nu föreslås förlängas till 2003. Samtidigt som det landstingskommunala resursutrymmet därmed ökar föreslår regeringen en omDisposition av det statliga stödet som innebär att vissa tidigare specialdestinerade medel dras in. Regeringen bedömer dock, mot bakgrund av det ökade resursutrymmet, att landstingen ges förutsättningar att under 2003 fortsätta med vissa angelägna centrala utvecklingsinsatser.

Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen, i kombination med medborgarnas krav på bästa möjliga vård, innebär att hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning måste utvecklas och nya arbetssätt stimuleras. Ledarskapsfrågorna måste uppmärksammas i större utsträckning än tidigare och möjligheterna att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya vården måste tas tillvara.

För att hälso- och sjukvården skall hålla en god kvalitet är det också av största vikt att såväl köns- och handikapp- som integrationsperspektiven beaktas. Vidare behöver såväl ett barnperspektiv som ett ungdomsperspektiv prägla hälso- och sjukvården, inte minst i frågan om bemötande och behandling.

Den snabba utvecklingen inom den biomedicinska forskningen öppnar nya möjligheter att diagnostisera och behandla sjukdomar. Inom exempelvis genetiken sker en utveckling som vi tidigare inte kunnat föreställa oss. På detta och flera andra områden ligger svenska forskare långt fram i ett internationellt perspektiv. Utvecklingen väcker stora förväntningar samtidigt som svåra etiska frågor aktualiseras. Frågorna måste hanteras på ett ansvarsfullt sätt så att fundamentala värden inte äventyras. Ambitionen måste vara att ta vara på det goda som en väl avvägd och etiskt försvarbar tillämpning av forskningen kan innebära för att minska lidande och sjukdom.

Nya läkemedel fortsätter att introduceras på den svenska marknaden. För att säkerställa att patienten får tillgång till den bästa behandlingen och att samhällets resurser för läkemedel och annan hälso- och sjukvård används på bästa sätt är det angeläget att läkemedel i ökad utsträckning integreras som en naturlig del i hälso- och

sjukvården. Viktiga steg mot detta tas genom att landstingen gradvis får ett ökat ansvar för läkemedelskostnaderna och genom inrättandet av den nya Läkemedelsförmånsnämnden.

Regeringen anser att Apoteket AB skall behållas i samhällets ägo för att garantera en fortsatt hög kvalitet och god tillgänglighet i läkemedelsförsörjningen. Sverige har en säker och högklassig distribution av läkemedel och har lägre kostnader i detaljist- och partihandelsleden än flertalet andra länder i Europa.

Det övergripande målet för tandvården motsvarar det som gäller för hälso- och sjukvården och är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandhälsan har förbättrats mycket påtagligt under de senaste decennierna vilket bland annat visar sig i att andelen äldre som saknar egna tänder minskat kraftigt samt att antalet lagade tänder minskar hos yngre personer.

Ett prioriterat område är att förbättra tandvårdsstödet skydd mot höga behandlingskostnader. Den 1 juli 2002 infördes därför ett högkostnadsskydd för protetik för personer över 65 år. Samtidigt höjdes tandvårdsersättningen för bastandvård för samma åldersgrupp.

## 4.5 Insatser

### 4.5.1 Insatser inom politikområdet

#### Verksamhetsområde 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. Bättre förutsättningar skall skapas för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. Regeringen har i ett utvecklingsavtal med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kommit

överens om insatser i linje med den önskade inriktningen.

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården aviserade regeringen sin avsikt att tillskapa ett familjemedicinskt institut. En särskild utredare tillkallades för att utreda förutsättningarna för ett sådant institut. Utredaren lämnade i maj 2001 betänkandet Tillskapande av ett familjemedicinskt institut med förslag att ett familjemedicinskt institut skulle bildas (SOU 2001:49). Regeringen föreslog i propositionen Bildande av ett familjemedicinskt institut (prop. 2001/02:38, bet. 2001/02:SoU5, rskr. 2001/02:144) att ett institut skulle bildas i syfte att utveckla den primärvård som finansieras av landstingen och kommunerna. Vidare föreslogs att institutet skulle bildas som en ideell förening, med staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet som medlemmar. Regeringen beslutade den 15 november 2001 att tillkalla en organisationskommitté för att utföra det förberedelsearbete som krävdes för att inrätta ett familjemedicinskt institut i enlighet med riktlinjerna i propositionen. Organisationskommittén har slutfört sitt arbete och inkom den 3 april 2002 med sin slutrapport. Konstituerande stämma för föreningen hölls den 18 februari 2002. Avsikten är att det familjemedicinska institutet, FAMMI, skall vara en central aktör vad gäller kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning inom primärvårdens område. Statskontoret har fått regeringens uppdrag att utvärdera verksamheten vid det familjemedicinska institutet. Utvärderingen skall ligga till grund för överläggningar mellan föreningsbildarna staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om institutets fortsatta verksamhet och finansiering för tiden efter 2004.

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

vården under 2000-2002. 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. Den överenskommelse som har träffats mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården innebär också ett åtagande från landstingen att fortsätta förbättra uppföljningen av tillgängligheten. Senast vid utgången av 2002 skall rapporteringen till databasen Väntetider i Vården vara hundraprocentig avseende förväntade väntetider. Vid utgången av 2004 skall även täckningsgraden för faktiska väntetider vara 100 procent. Vad gäller satsningen på ökad tillgänglighet skall en avstämning mellan staten och Landstingsförbundet äga rum senast den 1 december 2002. Regeringen har för avsikt att vid denna avstämning ta upp en diskussion om att eventuellt omdisponera medel inom ramen för tillgänglighetsatsningen till vissa centrala insatser som stöd för uppföljning av satsningen.

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. Landstingsförbundet påbörjade med anledning av 1999 års Dagmaröverenskommelse ett arbete med en rekommendation för att tydliggöra och förenkla patientens möjlighet att välja vårdgivare. Landstingsförbundets styrelse har beslutat om en ny rekommendation till landstingen om valmöjligheter i vården. Samtliga landsting har antagit rekommendationen i sin helhet. Från och med den 1 januari 2003 kommer patienterna att ha möjlighet att välja var i landet de vill ha vård.

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. Vidare

har Socialstyrelsen påbörjat ett arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar. Tyngdpunkten i Socialstyrelsens arbete med prioriteringar har lagts på att ta fram beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård av patienter med kroniska sjukdomar. Syftet är i överensstämmelse med det mål för Socialstyrelsens arbete med dessa frågor som regeringen uttalade i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Där sägs bl.a. att Socialstyrelsens arbete skall bidra till uppfyllandet av det långsiktiga målet att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppna prioriteringar som följd. Regeringen har tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet beslutat att under perioden 2000–2003/2004 stödja uppbyggnaden av ett nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg.

För att upprätthålla en hög kvalitet och stort förtroende för sjukvården är det viktigt med bra system för tillsyn av vården och för att hantera situationer då människor skadas i vården. Mot denna bakgrund samt med anledning av att riksdagen givit regeringen till känna att regeringen bör ta initiativ till en översyn av patientskadelagens (1996:799) bestämmelser om självrisk (rskr. 1999/2000:LU11) har regeringen tillsatt en särskild utredare. Utredaren skall analysera om nuvarande system för ersättning till patienter som skadas inom hälso- och sjukvården och av läkemedel ger ett tillfredsställande skydd för patienten. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag i december 2003.

Inom ramen för läkarnas specialistutbildning ges specialistkompetenskurser, s.k. SK-kurser. Ansvaret för administrationen av dessa har legat på Socialstyrelsen. Kurserna utgör ett viktigt teoretiskt komplement till den praktiska tjänstgöringen under läkarnas specialisering. Nödvändig pedagogisk och metodologisk kompetens för att administrera SK-kurserna har inte bedömts finnas vid Socialstyrelsen. För att kunna utveckla kursverksamheten har regeringen i propositionen Administrationen av specialistkompetenskurser under läkarnas vidareutbildning föreslagit att uppgiften att tillhandahålla och fördela SK-kurser skall få överlämnas till IPULS, Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (prop. 2001/2002:163, bet. 2001/02:SoU21, rskr.

2001/02:263). Genom en överenskommelse mellan staten och IPULS har ansvaret för administrationen av SK-kurserna övergått till IPULS fr.o.m. den 1 september 2002.

Med anledning av regeringens proposition Rätt att arbeta till 67 års ålder (prop. 2000/01:78, bet. 2000/01: AU10, rskr. 2000/01:211) har regeringen tillsatt en utredning (S2001:10) för att analysera förutsättningarna för privata läkare och sjukgymnaster samt 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. Utredningen skall presentera sitt betänkande i januari 2003.

I propositionen Ett informationssamhälle för alla (prop. 1999/2000:86) gjorde regeringen bedömningen att en utökad satsning bör göras för 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 klagörs.

Telemedicin/televård är ett av de viktigare kommunikationsmedlen i vården och kan medföra stora möjligheter till effektivisering. Genom att utveckla en gemensam infrastruktur för IT i hälso- och sjukvården kan informationsutbytet mellan olika vårdgivare och vårdnivåer bli effektivare. Men även för sjukvårdens personal och patienter och deras anhöriga kan olika IT-lösningar vara till stor nytta.

I november 2000 tillsatte regeringen en arbetsgrupp vars uppdrag var att föreslå strategier för att bredda användningen av IT och telemedicin inom vården. Arbetsgruppen överlämnade i januari 2002 sin rapport, Vård IT-iden (Ds 2002:3). I rapporten lämnas ett antal olika förslag och synpunkter på vad som behöver göras för att driva på IT-utvecklingen inom vården. Bland annat föreslås att ett samlat strategi- och åtgärdsprogram tas fram för att bredda användningen av telemedicin. Rapporten har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), vars uppgift är att genom vetenskapliga kunskapssammanställningar bidra till en mer effektiv och evidensbaserad hälso-

och sjukvård, har under verksamhetsåret 2001 vetenskapligt utvärderat omkring 50 olika behandlingsmetoder. Dessa utgörs av metoder vilka tillämpas vid bl.a. behandling av alkohol- och narkotikaproblem, cytostatikabehandling vid cancer, samt för att förebygga ohälsa i munnen på grund av rökning. Verksamheten under 2001 har präglats av mer omfattande aktiviteter än tidigare för att sprida och få ett praktiskt genomslag av resultaten från utvärderingarna. SBU har därför under året genomfört ett stort antal regionala och lokala konferenser samt utbildningsaktiviteter, vilka sammanlagt har nått omkring 15 000 personer inom vården. Under 2002 har bl.a. en utvärdering av olika behandlingar vid fetma publicerats och fått stor uppmärksamhet. Efterfrågan på resultaten av SBU:s utvärderingar har ökat kraftigt.

Riksrevisionsverket (RRV) har, som ett första led i sitt pågående ramprogram kring den statliga styrningen av hälso- och sjukvård, beskrivit och analyserat statliga informativa insatser riktade till hälso- och sjukvården. RRV har beskrivit detta i rapporten Att påverka utan att styra – Statens informativa insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det har rört insatser som genom produktion, sammanställning och spridning av kunskap söker påverka prioriteringar, strukturer och praktik inom hälso- och sjukvården. RRV har undersökt Socialstyrelsens, Läkemedelsverkets och SBU:s insatser på området. Syftet har framför allt varit att skapa insikt och förståelse för dessa insatser men också att försöka studera i vilken utsträckning de statliga insatserna bidrar till att lösa problem inom hälso- och sjukvården, och om så inte är fallet förklara varför de inte har lyckats. RRV:s bedömning är att nationella kunskapsstödande system med syfte att påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utveckling har en viktig funktion att fylla i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. RRV rekommenderar dock att staten tydliggör ambitionerna och utvecklar en mer sammanhållen strategi. Insatserna bör i ökad utsträckning anpassas efter mottagarnas förmåga och förutsättningar till förändring, och en kapacitet för att stödja mottagarna bör byggas upp enligt RRV. Inom landstingen behövs strukturer utvecklas som gör det möjligt att utnyttja den kunskap som förmedlas.

Mer än hälften av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, läkemedel och äldreomsorg går till vård och omsorg av kvinnor. En orsak till

det är att kvinnor lever längre än män. I rapporten Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? pekar Socialstyrelsen på att det finns flera olika faktorer som påverkar mäns och kvinnors behov av vård och omsorg. Män och kvinnor har olika livsvillkor, levnadsvanor och beteende. Kvinnor och män har olika sjukdomsmönster. Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes är vanligare bland män. Kvinnor upplever oftare psykisk ohälsa i form av ångest, oro och depressioner samt har oftare smärta och symtom från rörelseorganen. Kvinnor söker oftare vård men avstår också oftare än män på grund av kostnaderna.

Kostnaden för sjukvård och läkemedel för äldre och yngre kvinnor är däremot lägre än för män. Den genomsnittliga kostnaden för sjukhusvård och primärvård för män och kvinnor som tillhör samma diagnosgrupp skiljer sig åt. Medelkostnaden för män är ca 30 procent högre för höftfraktur, drygt 20 procent högre för schizofreni, närmare 15 procent högre för elakartad tumörsjukdom och ca 10 procent högre för stroke och hjärtinfarkt.

Enligt Socialstyrelsen går det inte att avgöra hur stor del av dessa skillnader som förklaras av skillnader i behov och hur mycket som beror på andra faktorer. Det kan enligt Socialstyrelsen dock tyckas förvånande att kostnaderna för läkemedel och sjukvård är lägre för äldre kvinnor som har högre sjuklighet än för äldre män. För att kunna bedöma om män och kvinnor får vård på lika villkor behövs mer studier och forskning om kvinnors och mäns behov, sjuklighet och lämpliga behandlingsmetoder.

Regeringen gav i juni 2002 Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen och berörda myndigheter analysera och redovisa könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. I uppdraget ingår bl.a. att sammanställa och analysera könsspecifika uppgifter om hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet samt se hur dessa påverkar vården för kvinnor och män. Slutredovisning av uppdraget skall ske senast den 31 mars 2004. Socialstyrelsen skall också, i de särskilda årsrapporterna som lämnas i anslutning till årsredovisningarna, redovisa utvecklingen avseende könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden för respektive år med början i samband med årsredovisningen för år 2002. Ovanstående sam-

manställningar och analyser skall också belysas ur ett barnperspektiv.

#### *Läkemedel*

I april 2002 fattade riksdagen beslut om propositionen De nya läkemedelsförmånerna. (prop. 2001/02:63). Beslutet innebar att en ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden, inrättades den 1 oktober 2002. Läkemedelsförmånsnämndens uppgift är att fatta beslut om vilka läkemedel som skall subventioneras samt vilket pris läkemedlet skall ha för att ingå i läkemedelsförmånen. Nämndens överväganden inbegriper åtskilliga svåra och mångskiftande aspekter och frågeställningar. Nämnden har att ta ställning till om ett läkemedel bör ingå i förmånerna enligt de kriterier som anges i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Dessa kriterier är bl.a. läkemedlets kostnadseffektivitet och marginalnytta. För att uppnå legitimitet har nämnden givits en bred sammansättning av olika kompetensområden och erfarenheter.

Den 1 oktober 2002 infördes utbyte av läkemedel på apotek. Denna förändring innebär att apotekspersonalen skall byta ut ett förskrivet läkemedel om det finns ett billigare utbytbar läkemedel tillgängligt på det enskilda apoteket. Det är Läkemedelsverket som fastställer vilka läkemedel som är utbytbara. Förskrivaren har möjlighet att motsätta sig ett utbyte om det är medicinskt motiverat. Även patienten har möjlighet att motsätta sig ett utbyte om hon/han väljer att betala prisskillnaden till det dyrare läkemedlet.

För att öka möjligheterna till uppföljning av läkemedelsförskrivning har obligatorisk arbetsplatskod införts. Det innebär att om ett läkemedel skall expedieras inom läkemedelsförmånen så skall receptet vara försett med en arbetsplatskod som identifierar vilken arbetsplats som förskrivaren tjänstgör vid. Vidare har regeringen tillsatt en särskild utredare med uppgift att göra en bred analys av nuvarande och framtida behov av och möjligheter till medicinsk och ekonomisk uppföljning inom läkemedelsområdet och vid behov föreslå hur en sådan förbättrad uppföljning skall göras. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2002.

En av regeringen tillsatt arbetsgrupp med uppgift att genomföra en översyn av hur prissättningen av produkter som ingår i läkemedelsförmånen sker lämnade den 30 september 2002 departementspromemorian Prissättning

inom läkemedelsförmånerna. Promemorian innehåller bl.a. förslag om prissättningskriterier för läkemedel och ett förenklat prissättningsförfarande för utbytbara läkemedel. Förslagen kommer att remissbehandlas under hösten 2002.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa och utvärdera läkemedelsanvändningen. 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 2001 behandlades ämnen som berörde skillnader i kvinnors och mäns läkemedelsanvändning, läkemedel vid osteoporos (benskörhet), läkemedelsanvändningen hos barn och ungdom samt läkemedel vid infektionssjukdomar. Under 2002 har rapporterna hittills behandlat läkemedel vid diabetes samt äldres läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen har även redovisat den uppföljning och utvärdering som myndigheten har gjort av effekterna för ekonomiskt svaga grupper av förändringarna i läkemedelsförmånens bestämmelser. Rapporten visar att andelen som avstår från att hämta ut läkemedel minskade mellan 1997 och 2000 men att vissa ekonomiskt utsatta grupper avstod oftare än den övriga befolkningen.

Speciallivsmedelsutredningen överlämnade i oktober 1999 betänkandet Mat som medicin (SOU 1999:114) till regeringen. Betänkandet remissbehandlades och fick ett blandat mottagande. Regeringen har mot bakgrund av remissutfallet gjort bedömningen att förslagen i betänkandet i sin nuvarande form inte kan ligga till grund för en reformering av förmånssystemet för speciallivsmedel vid vissa sjukdomar. Regeringen ser därför ånyo över frågan.

Från och med 1997 har staten och landstingen träffat årliga överenskommelser om statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader. 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. Staten och landstingen är överens om att under avtalsperioden vidareutveckla formerna för det gemensamma ansvaret för kostnaderna för läkemedelsförmånen. Fram till och med 2004 erhåller landstingen sammanlagt 56,1 miljarder kro-



nor från staten som ersättning för läkemedelsförmånen. Kostnader som överstiger detta belopp kommer till stor del att bekostas av landstingen själva. I december 2001 enades staten och landstingen vidare om en överenskommelse kring fördelningen mellan landstingen av statens ersättning för läkemedelsförmånens kostnader för åren 2002–2004. Parterna enades om att statens ersättningar skall fördelas mellan landstingen efter en modell som beaktar befolkningens sammansättning med avseende på kön, ålder och vissa socioekonomiska variabler.

Landstingsförbundet redovisade i oktober 2001, i enlighet med den s.k. Dagmaröverenskommelsen för 2001, 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. Landstingen har bl.a. arbetat med att skapa möjligheter för att integrera ansvaret för läkemedel i hälso- och sjukvårdsorganisationen och att decentralisera budgetansvaret.

### Verksamhetsområde Tandvård

Under perioden 2001–2003 tillförs tandvårdsstödet betydande resurstillskott som totalt innebär en nivåhöjning på 700 miljoner kronor. Dessa medel används främst för att förbättra skyddet mot höga tandvårdskostnader för de äldre. Totalt 35 miljoner kronor avsätts dock för åtgärder som syftar till att öka kunskaperna om hälsoproblem relaterade till dentala material samt förbättra omhändertagandet av patienter som relaterar sina symtom till sådana material.

Ett högkostnadsskydd för protetik samt högre ersättning för bastandvård infördes den 1 juli 2002 i enlighet med regeringens proposition Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51). Rätten till det nya stödet gäller fr.o.m. det år då man fyller 65 år. Högkostnadsskyddet innebär att patientens kostnad för protetik under en behandlingsomgång begränsas till 7 700 kronor samt eventuella kostnader för guld och andra ädelmetaller/gjutmetaller. För titan-komponenter vid implantat gäller särskilda regler. Reglerna om högkostnadsskydd innebär vidare att både behandlingsförslaget och vårdgivarens pris skall förhandsprövas av försäkringskassan. Den högre ersättningen för bas-

tandvård gäller flertalet åtgärder, såsom undersökningar, förebyggande åtgärder, fyllningar och rotbehandlingar.

Regeringen gav i februari 2002 Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag att föreslå till vilken eller vilka försäkringskassor handläggningen av tandvårdsärenden enligt de nya reglerna om högkostnadsskydd skulle kunna lokaliseras. Syftet var bl.a. att åstadkomma en så hög grad av likformighet som möjligt i tillämpningen. RFV ansåg att handläggningen av samtliga tandvårdsärenden för personer över 65 år skulle lokaliseras till en försäkringskassa och föreslog att uppgiften skulle läggas på Skåne läns allmänna försäkringskassa. Motiveringen var bl.a. att denna försäkringskassa hade visat goda resultat när det gällde handläggningen av tandvårdsärenden. Regeringen följde i sitt beslut RFV:s förslag. Ändringen trädde i kraft den 1 juli 2002, samtidigt som de nya bestämmelserna om högkostnadsskydd och höjd ersättning för bastandvård för äldre började gälla.

Regeringen konstaterade i propositionen om bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. att det fortfarande finns ett missnöje med bemötandet i vården hos många personer som relaterar sina besvär till amalgam och andra dentala material. Regeringen tillsatte därför i april 2002 en särskild utredare med uppdrag att se över frågor som rör hälsoproblem som relateras till olika dentala material. I uppdraget ingår att göra en bedömning av kunskapsläget och föreslå områden för vidare studier. Andra viktiga frågor för utredningen är bemötandet av patienterna samt reglerna om utbyte av tandfyllningar. En delredovisning har lämnats i september 2002. Utredningen beräknas avsluta sitt arbete under våren 2003.

Genom beslut under 2001 och 2002 ändrades tandvårdstaxan så att karensbeloppet i tandvårdsförsäkringen togs bort för helproteser och partiella proteser. På grund av karensbeloppet utbetalades tidigare inte någon tandvårdsersättning eller endast en låg ersättning för dessa behandlingsåtgärder.

Den utredning som tillsattes hösten 2000 med uppdrag att utvärdera tandvårdsreformen överlämnade sitt slutbetänkande Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) i juni 2002. Efter remissbehandling av betänkandet kommer regeringen att ta ställning till betänkandets förslag.

Regeringen avsätter årligen 13 miljoner kronor för bidrag till olika kompetenscentrum inom

tandvårdsområdet i syfte att höja tandvårdens kvalitet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag redovisat skillnader i tandhälsa och tillgång till tandvård i en rapport. RFV har analyserat tandvårdsförsäkringens förhöjda ersättning till personer med ökade behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. En rapport om befolkningens tandvårdsutnyttjande 1998 och 2000 har också lämnats.

RFV har på regeringens uppdrag redogjort för hur prognoserna för tandvårdsförsäkringen samt den s.k. EU-vården tas fram och redovisat åtgärder som verket ämnar vidta för att förbättra redovisningen av prognoserna.

#### 4.5.2 Insatser utanför politikområdet

##### Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) aviserade regeringen avsikten att i budgetpropositionerna för 2001–2004 föreslå ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner samt till vissa nationella insatser om sammanlagt 9 miljarder kronor. Resurstillskottet inordnas i huvudsak i det generella statsbidraget till kommuner och landsting och fördelas med 70 procent till landstingen och 30 procent till kommunerna. Stödet utges således från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

I 2001 års ekonomiska vårproposition aviserade regeringen en särskild satsning för att varaktigt förbättra vårdens tillgänglighet. Satsningen innebär att 1,25 miljarder kronor för vart och ett av åren 2002–2004 avsätts för att förbättra vårdens tillgänglighet. Stödet lämnas från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resurstillskottet på totalt 3,75 miljarder kronor till landstingen och den närmare inriktningen på satsningen regleras i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet.

Som ett villkor för att få del av resurstillskottet har landstingen i december 2001 till regeringen redovisat sina insatser beträffande tillgänglighet i lokala planer. Utgångspunkten är att de mottagningar som lyckats bli av med sina långa väntetider ofta har gjort det genom att förändra sina administrativa rutiner, förtydliga kriterier för behandling och många gånger organi-

serat arbetet så att personalens inflytande på arbetsplatsen ökat. Planerna lyfter därför fram hela vårdprocessen. Särskilda satsningar kommer att göras på förbättrad telefonframkomlighet och en väl fungerande sjukvårdsupplysning. Till helhetsgreppet hör också att landstingen förbättrar administrationen av väntelistor och snabbar på hanteringen av remisser. Ytterligare ett återkommande drag är olika typer av systematiskt förbättringsarbete vid kliniker och mottagningar, främst med den metodik som går under namnet Genombrott.

Respektive landsting skall senast den 1 november under åren 2002–2004 redovisa till regeringen hur de lokala åtgärdsplanerna genomförts och hur medlen använts. En avstämning mellan parterna skall äga rum senast den 1 december 2002. Syftet med avstämningen är att analysera hur de avsatta medlen har använts och vilken effekt vidtagna åtgärder haft. Regeringen har för avsikt att i samband med denna avstämning aktualisera frågan om att avsätta medel från anslaget 48:5 *Bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* till vissa centrala insatser som stöd för genomförandet och uppföljningen av tillgänglighetsinsatsningen.

Med satsningen på tillgänglighet och den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården tas ett helhetsgrepp avseende tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Flera prognoser har under de senaste åren visat på kommande personalbrist inom hälso- och sjukvården. Utöver detta brottas landstingen och kommunerna redan idag med stora svårigheter att rekrytera kompetent vårdpersonal samtidigt som den personal som finns i verksamheten är utsatt för hög arbetsbelastning och en stressig arbetsmiljö. Under de senaste åren har personalsituationen i landstingen förvärrats genom att landstingen i ökad utsträckning fått konkurrens från s.k. bemanningsföretag, vilka ofta kan betala högre löner än landstingen. För att försöka komma till rätta med personalbristen utökar regeringen läkarutbildningen med sammanlagt 200 platser (ca 25 procent) under 2001–2002. Sjuksköterskeutbildningen byggs ut och kommer att ha utökats med ca 1 200 platser (ca 30 procent) år 2003.

Staten övertog den 1 januari 2002 huvudmannskapet för landstingens vårdutbildningar, vilket förbättrar regeringens möjligheter att anpassa dimensioneringen av dessa utbildningar.

Mot bakgrund av konjunkturavmattningen har för 2002 ett tillfälligt sysselsättningsstöd till kommuner och landsting införts. Därigenom ges dessa möjlighet att upprätthålla sysselsättningen och tidigarelägga nyanställningar. Som en följd av detta kan kommunernas och landstingens verksamheter stärkas samtidigt som en ökning av arbetslösheten motverkas. Detta stöd föreslås i denna budgetproposition förlängas till att gälla även 2003. En annan resursförstärkning som föreslås förlängas till 2003 är överföringen av statliga skattemedel ("200-kronan"), vilken beräknas uppgå till ca 1,3 miljarder kronor 2003.

## 4.6 Resultatbedömning

### 4.6.1 Resultat

#### Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och det avtal om utvecklingsinsatser som staten slutit med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet för perioden 2002–2004. Socialstyrelsens första årliga uppföljningsrapport innehåller två huvudinriktningar. Dels redovisas vissa fakta om förhållandena innan den nationella handlingsplanen trädde i kraft, dvs. resultaten av den s.k. baslinjestudie som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag genomfört, dels redovisas en sammanfattning och analys av landstingens lokala handlingsplaner.

Samtliga landsting har utvecklat lokala handlingsplaner som redovisats till Socialstyrelsen vid årsskiftet 2001/2002. Av planerna framgår hur de områden som lyfts fram i den nationella handlingsplanen och utvecklingsavtalet skall anpassas och förverkligas på landstingsnivå. Av Socialstyrelsens sammanställning framgår att vissa områden framstår som särskilt viktiga i landstingens fortsatta arbete. Inom primärvården gäller det tillgänglighet, läkarförsörjning och äldrevård. När det gäller psykiatri ligger tyngdpunkten på psykisk ohälsa hos barn och ungdom. Samverkan med kommunerna vid vård och omsorg om äldre är likaså ett område som det läggs stor vikt vid i de lokala handlingsplanerna.

För att primärvården skall kunna utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården bör den ha en tydlig funktion och balans mellan uppdrag och resurser. De lokala handlingsplanerna visar att flertalet landsting håller på att precisera primärvårdens uppdrag. Många är också på väg att införa ersättningssystem som har en mer direkt koppling mellan åtagande och resurser. Få landsting har emellertid uttryckligen behandlat frågan om hur man skall få balans mellan uppdrag och resurser och hur uppföljningen skall gå till. Socialstyrelsen avser att i det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet initiera fördjupningsstudier inom detta område.

I de lokala handlingsplanerna utkristalliserar sig tre tydliga patientorienterade mål för primärvården: ökad tillgänglighet, fast läkarkontakt och förbättrad äldrevård. Alla landsting ämnar vidta åtgärder för att förbättra tillgängligheten både när det gäller besök på vårdcentral och för att komma fram på telefon. Den nationella väntetidsundersökning som genomförts under våren 2002 visar att två av fyra patienter fick träffa en läkare på vårdcentral samma dag som man sökte tid för besök och ytterligare en av fyra patienter fick träffa en läkare efter en och upp till åtta dagar. Av Socialstyrelsens befolkningsenkät våren 2002 framgår att två tredjedelar av patienterna fick besöka en läkare inom en vecka från det att man beställt tid. Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter genomförde våren 2002 en riksövergripande studie av framkomligheten på telefon till primärvården. Den visade att hälften av alla samtal till vårdcentraler under dagtid besvarades av sjukvårdspersonal inom tio minuter. Ytterligare 15 procent av samtalen kopplades till någon form av telefonpassningssystem. Men mer än vart tionde samtal blev obesvarat och resulterade inte i någon kontakt. Enligt befolkningsenkäten tyckte fyra av tio personer att det var mycket eller ganska svårt att telefonledes komma i kontakt med primärvården.

I omkring hälften av landstingen håller man på att samordna sjukvårdsrådgivningen per telefon. Genom sjukvårdsrådgivningen skall patienter styras till rätt vårdnivå och antalet besök på akutmottagningar minska. I enlighet med den s.k. Dagmaröverenskommelsen för 2002 utreder Landstingsförbundet för närvarande frågan om en nationell samordnad sjukvårdsupplysning. Utredningen skall vara klar vid utgången av maj 2003. Ett annat vanligt återkommande element i

de lokala handlingsplanerna i syfte att förbättra primärvårdens tillgänglighet är en ökad förekomst av teambaserat arbete och specialistmottagningar som leds av sjuksköterskor med läkarstöd. Landstingen anser att en teambaserad kontakt gynnar såväl patienter som personal och har positiva organisatoriska effekter.

Landstingen är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Skyldigheten att erbjuda en fast läkarkontakt till alla har varit lagstadgad sedan 1994 och lyftes också fram som ett viktigt område i utvecklingsavtalet. Trots detta visar Socialstyrelsens befolkningsenkäter att andelen av befolkningen som har en fast läkarkontakt endast är drygt 40 procent samt att nästan hälften av dem som inte har en fast läkarkontakt skulle vilja ha en sådan. Av de lokala handlingsplanerna framgår att samtliga landsting har som målsättning att förbättra möjligheterna att kunna erbjuda patienterna en fast läkarkontakt. Resultaten av befolkningsenkäten visar dock att många landsting behöver lägga ned mycket arbete för att nå målsättningarna i sina handlingsplaner när det gäller fast läkarkontakt. Skillnaderna mellan landstingen är stora. Andelen med fast läkare varierar mellan 30 och 80 procent. De landsting som tidigare arbetat aktivt för att utveckla primärvården tycks ha fått ett positivt gensvar från befolkningen.

Av de lokala handlingsplanerna framgår att landstingen ser läkarrekrytering och ökad läkaretätthet som den viktigaste förutsättningen för att klara målen om ökad tillgänglighet och fast läkarkontakt. Landstingen har tagit många initiativ och man planerar olika insatser för att underlätta rekrytering och för att göra sig attraktiva som arbetsgivare. Bland annat utökas antalet utbildningstjänster för specialiseringstjänstgöring inom allmänmedicin. I den nationella handlingsplanen bedömde regeringen att antalet specialister i allmänmedicin verksamma i primärvården bör öka med i genomsnitt 170 per år fram till 2010. I samband med riksdagsbehandlingen av propositionen skärptes detta krav. Det innebär att antalet specialister i allmänmedicin verksamma i primärvården vid utgången av 2008 bör uppgå till sammanlagt 6 000. Det motsvarar i genomsnitt ca en allmänläkare per 1 500 invånare. I maj 2002 gick Landstingsförbundet ut med en

förfrågan till alla landsting om läkarbemanningen i primärvården. Kartläggningen visade att det vid utgången av 2001 fanns knappt 4 900 specialister i allmänmedicin verksamma i svensk primärvård vilket är 380 fler än vad som uppskattades behövas vid utgången av 2001 för att uppfylla det fastlagda målet.

Samverkan mellan kommuner och landsting i omsorgen och vården om äldre är ytterligare ett område som lyfts fram i de lokala handlingsplanerna. Av dessa framgår att landstingen tillsammans med kommunerna arbetar för att systematisera samverkan genom samarbetsavtal, gemensamma vårdprogram, informationsöverföring och genom att utveckla samsyn om vad som är vårdkvalitet, såväl medicinskt som omvårdnads-mässigt.

Inom området psykisk ohälsa ligger tyngdpunkten i de lokala handlingsplanerna på insatser till barn och ungdom. Samtidigt ger många landsting uttryck för höga ambitioner när det gäller stöd till personer med psykiska funktionshinder, utan att konkretisera dessa i reella åtgärder i samma utsträckning som för barn och ungdom. Till och med 2000 hade landstingen tagit få initiativ för att identifiera psykiatriska vårdbehov hos äldre. Handlingsplanen tycks dock ha haft en stimulans effekt. Femton landsting har redovisat målsättningar när det gäller äldre personers behov av psykiatrisk vård och behandling. Bland annat framhålls behovet av att vård- och samarbetsformer utvecklas samt behovet av ökad kunskap om frågorna.

Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), var föremål för ett antal ändringar som trädde i kraft den 1 juli 2000. Syftet med ändringarna var bl.a. att öka patienternas rättssäkerhet. Två av ändringarna avsåg att stärka rättssäkerheten för patienterna i de fall där frivillig vård övergår till tvångsvård enligt LPT, s.k. konvertering, respektive att reglera vid vilka tillfällen tvångsåtgärder får tillgripas utan att ett intagningsbeslut är fattat.

I en rapport till regeringen (Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna, Socialstyrelsen, 2001) konstateras att målet med den förändrade lagstiftningen huvudsakligen har uppnåtts. Både antalet och andelen vårdtillfällen som lett till konvertering har minskat. Patienternas rättssäkerhet bedöms ha ökat och en viss minskning av användningen av tvångsåtgärder

har skett. Vissa brister finns i landstingens upprättande av vårdplaner för de intagna samt information om rätten till stödperson.

I januari 2002 lämnade den parlamentariskt sammansatta Psykansvarskommittén sitt betänkande Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3) med förslag till en reformerad reglering av det straffrättsliga ansvaret för psykiskt störda lagöverträdare och formerna för ingripanden mot dem. Betänkandet har remissbehandlats och arbetet med den fortsatta beredningen av utredningens förslag pågår.

Av Landstingsförbundets rikstäckande undersökning Vårdbarometern framgår att nio av tio tillfrågade personer ger sjukvården godkänt betyg. Allra bäst upplevs bemötandet från sjukvårdspersonalen medan möjligheterna att komma i kontakt med vården bedöms vara sämre. Detta gäller framför allt kontakten med vårdcentraler.

Det finns flera svårigheter med att tolka resultaten av brukarundersökningar. Tillgängligt undersökningsmaterial visar dock att flertalet patienter och brukare i stort är nöjda med vården. Den bild som ibland framställs i media om en sjukvårdssektor i svår kris får föga stöd i allmänna patient- och brukarundersökningar (Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, Ds 2002:23). Brukarundersökningar visar att sjukvården dessutom hävdar sig väl i jämförelse med andra samhällsområden (Socialstyrelsens rapport Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?).

Brukarundersökningar måste, för att ge en allsidig bild av tillståndet inom vården, kompletteras med indikatorer som mäter vårdens resultat i återvunnen hälsa och förbättrad livskvalitet. Socialstyrelsen har utarbetat ett antal kvalitetsindikatorer. Indikatorerna visar att den svenska hälso- och sjukvården under 1990-talet bidragit till en minskad dödlighet i många sjukdomar och givit förbättrad livskvalitet. Bland annat kan visas att dödligheten i hjärtinfarkt minskat, liksom dödligheten i stroke, bröstcancer och cancer i grovtarm och ändtarm. En resultatförbättring kan även bero på omständigheter som inte har att göra med hälso- och sjukvårdens kvalitet. Vissa indikatorer visar inte enbart på kvalitetsutvecklingen av de behandlingsinsatser som sätts in utan även på förbättringar i andra delar av vårdkedjan som exempelvis tidig upptäckt av sjukdomar (Ds 2002:23).

I Socialstyrelsens rapport Vårdens värde anförs att standarden på de svenska sjukhusen och övriga vårdinrättningar generellt sett är mycket hög. Sverige anses ligga långt framme när det gäller att använda nya medicinska metoder och läkemedel. Övergripande kvalitetsindikatorer bl.a. rörande dödlighet och sjuklighet visar, som nämnts tidigare, på kontinuerliga kvalitetsförbättringar under 1990-talet. Svensk vård bedöms ge god valuta för pengarna, detta oavsett om en jämförelse görs över tid eller med andra länder. Socialstyrelsen skriver emellertid i rapporten Vårdens värde att kunskaperna om vårdens och omsorgens kostnader, prestationer, kvalitet, effekter och fördelning fortfarande är långt ifrån tillräckliga.

I Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 anges att en genomgående trend i Sverige är att allt fler patienter får tillgång till nya, effektiva behandlingsmetoder. Denna utveckling bidrar till att människor som drabbats av olika sjukdomar idag kan leva med en högre livskvalitet än vad som var vanligt tidigare. Äldre, som tidigare inte skulle ha ansetts kunna dra nytta av vissa avancerade behandlingar, kan idag behandlas rutinmässigt för exempelvis gråstarr, kranskärlsjukdom m.m.

Av Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 framgår även att det finns tecken på att hälso- och sjukvårdens resurser inte alltid utnyttjas på rätt sätt, utan att det fortfarande finns utrymme för effektivisering. Socialstyrelsen menar att det inom vissa delar inom vården tillämpas behandlingsmetoder som i realiteten är överksamma, föråldrade eller icke evidensbaserade.

Antalet anmälningar till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) angående olyckor och fel i sjukvården steg under 1990-talet men har varit tämligen konstant de senaste tre åren. Antalet ärenden som lett till påföljd har dock varit oförändrat under 1990-talet, vilket tyder på att det kan vara anmälningsbenägenheten snarare än antalet fel i vården som ökat.

De s.k. Lex Maria-bestämmelserna innebär att allvarliga skador, sjukdomar och tillbud som inträffar i hälso- och sjukvården skall rapporteras till Socialstyrelsen. Antalet sådana anmälningar har minskat med 50 procent sedan mitten av 1990-talet och var 2000 nere på ungefär 900 stycken. En patient som skadas i samband med behandling eller liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) kan söka ersättning för skadan från patientförsäkringen.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare och sjuksköterskor. Genom att utveckla ett nationellt planeringsstöd (NPS) skapas ett nationellt perspektiv vad gäller personalförsörjningen av läkare och sjuksköterskor. Härigenom kan NPS bidra med kunskap för att verka för en mer långsiktig planering. Socialstyrelsen har redovisat en verksamhetsplan för sitt arbete med att utveckla det nationella planeringsstödet.

Ett flertal oberoende utvärderingar har visat att allt fler inom hälso- och sjukvården känner till Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). SBU:s rapporter anses hålla hög kvalitet och trovärdighet. De utvärderingar som myndigheten genomför får stort gehör och förändrar successivt kulturen inom vården till en mer kritisk och balanserad hållning inför såväl etablerad praxis som nya medicinska teknologier.

Enligt en särskild lag – lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall – kan personer som steriliserats mot sin vilja erhålla ersättning från staten. En särskild myndighet, Steriliseringsersättningsnämnden, har till uppgift att handlägga och pröva de ansökningar om ersättning som inkommer. Ersättningsbeloppet är 175 000 kronor per person. Tiden för att ansöka om ersättning gick ursprungligen ut den 30 juni 2001. Genom en ändring i lagen har ansökningstiden förlängts fram till den 31 december 2002. Ansökningstiden förlängdes eftersom bedömningen var att det kunde finnas ett inte obetydligt antal ersättningsberättigade som av olika skäl ännu inte hade sökt ersättning.

Steriliseringsersättningsnämndens verksamhet beräknas kunna upphöra under det första halvåret 2003. Ansökningar som inkommer till nämnden efter det att ansökningstiden går ut, kommer att avvisas. Efter det att ansökningstiden har löpt ut, har regeringen fortsättningsvis möjlighet att pröva ansökningar om ersättning. Regeringen kommer i sådana fall att tillämpa samma bedömningsgrunder som Steriliseringsersättningsnämnden använt sig av.

Totalt under åren 1999–2001 har 2 113 ansökningar inkommit till nämnden. Av dessa ansökningar har 1 564 bifallits. Bifallsfrekvensen har sjunkit från 89 procent 1999 till 55 procent 2001 vilket har förklarats med att antalet fall där det inte är visat att sökanden blivit steriliserad har

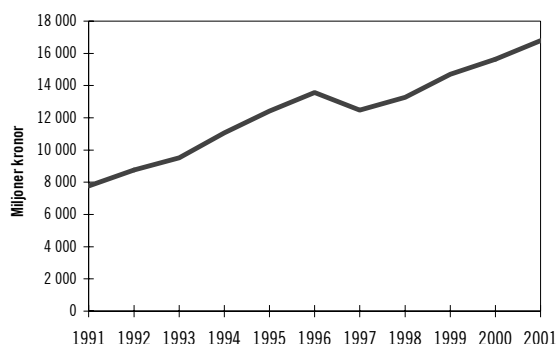
ökat. Fram till den 31 juli 2002 hade ytterligare 15 ansökningar inkommit.

### Läkemedel

Behandling med läkemedel är en viktig del av hälso- och sjukvården. Ur både patient- och kostnadsperspektivet 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 vård som finns tillgänglig. Ett viktigt led i att integrera kostnaderna för läkemedelsbehandling i den övriga hälso- och sjukvården är att landstingen successivt har fått ett ökat kostnadsansvar för läkemedel och därigenom i sina prioriteringsbeslut har ökade incitament att ta alla behandlingsformer i beaktande.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen uppgick för 2001 till drygt 17 miljarder kronor inklusive moms, vilket motsvarar en ökning med 7,3 procent i löpande priser jämfört med 2000. Detta innebär således att kostnaderna för läkemedelsförmånen fortsätter att öka. Från och med januari till och med augusti 2002 har kostnaderna för läkemedelsförmånen uppgått till 12,3 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning jämfört med motsvarande period föregående år på 7,8 procent.

**Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånen 1990–2001**



Källa: Apoteket AB

De senaste årens kostnadsutveckling för läkemedel återfinns i flera andra industriländer. Förklaringen till detta står bl.a. att finna i den demografiska utvecklingen. Den åldrande befolkningen i industriländerna konsumerar mer läkemedel än en ung och frisk befolkning. Ytterligare

orsaker till kostnadsutvecklingen är att det nu finns läkemedel för behandling av sjukdomar som det tidigare saknades adekvat behandling för eller som behandlades genom att ta annan form av hälso- och sjukvård i anspråk. Ökningen av läkemedelskostnaderna brukar delas upp i prisförändringar, volymökning och värdeökning. Volymökningen kan bl.a. hänföras till den demografiska utvecklingen och att gränserna för när läkemedelsbehandling rekommenderas kontinuerligt flyttas. Prisförändringen har under 2001 jämfört med året innan varit negativ vilket troligtvis beror på en ökad prispress från generiska och parallellimporterade läkemedel. Parallellimporterade läkemedel utgjorde 2001 drygt 9 procent av den totala läkemedelsmarknaden i Sverige. Värdeökningen kan hänföras till en förändring av sortimentet t.ex. en övergång från äldre billigare läkemedel till nya dyrare läkemedel. Det är värdeökningen som står för den största andelen av kostnadsökningen. En viktig aspekt att ha i åtanke vad gäller läkemedelskostnadernas utveckling är att läkemedelsanvändning kan bidra till ökad effektivitet inom hälso- och sjukvården.

**Tabell 4.2 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården 1999–2001**

Miljarder kronor

År	Kostnader för läkemedel <sup>1</sup>	Kostnader för hälso- och sjukvård	Andel läkemedel
1999	23,3	153,6	15,2 %
2000	25,1	163,1	15,4 %
2001	26,5	172,5 <sup>2</sup>	15,4 %

<sup>1</sup> Inklusiva förbrukningsartiklar, receptfri försäljning, slutenvård och patientandel

<sup>2</sup> Preliminär uppgift från SCB

Källa: Socialstyrelsen

Liksom för 2000 var de tre största läkemedelsgrupperna 2001 läkemedel för behandling av sjukdomar i nervsystemet, läkemedel för behandling av hjärt/kärlsjukdomar (som t.ex. högt blodtryck) samt läkemedel för behandling av sjukdomar i kroppens matsmältningsorgan och ämnesomsättning. Dessa tre grupper motsvarade 48 procent av apotekens totala försäljning av läkemedel 2001.

Landstingen har genom överenskommelserna mellan staten och Landstingsförbundet om statens ersättning för läkemedelsförmånens kostnader gradvis fått ökade incitament till att arbeta med att öka kostnadsmedvetenheten. En ökad kostnadsmedvetenhet hos landsting och förskrivare har troligen motverkat att priserna har

ökat. Läkemedelskommittéerna har aktivt arbetat för val av billigare läkemedel vilket bl.a. har medverkat till att kostnaderna för gruppen av läkemedel för behandling av magsår har minskat.

Den 9 april 2001 undantogs läkemedel för behandling av övervikt och impotens från läkemedelsförmånen. Försäljningsutvecklingen i dessa grupper av läkemedel tyder på att förmånsförändringen har medfört en begränsning i användningen av dessa läkemedel. Försäljningen av Viagra uppgår i dagsläget till ca 40 procent av vad den var innan förmånsändringen och försäljningen av Xenical uppgår i dagsläget till ca 15 procent av försäljningen innan förmånsändringen.

Läkemedel finansieras på tre sätt: offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånen), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (sluten vård) samt privat genom patientens egenavgifter. Som framgår av tabellen nedan har andelen egenavgift, främst som ett resultat av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet i juni 1999, ökat mellan 1999 och 2000. Därefter har andelen som patienten betalar minskat något. Patienten betalar högst 1 800 kronor under en tolv månaders period. Efter 1 800 kronor erhåller patienten frikort som befriar honom eller henne från ytterligare kostnader under perioden. Totalt ökade antalet frikort 2001 jämfört med 2000 med 3,8 procent.

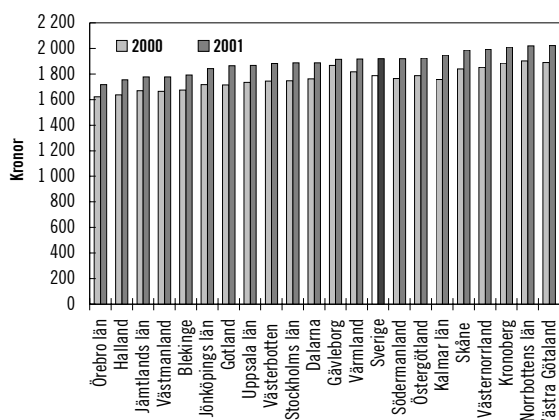
**Tabell 4.3 Läkemedelskostnaden (exklusive moms) i öppenvård fördelad på läkemedelsförmån resp. egenavgift 1999–2001**

Miljoner kronor

	1999	2000	2001
Egenavgift	4 333	4 824	4 884
Förmån	14 710	15 644	16 782
<b>Totalt</b>	<b>19 043</b>	<b>20 468</b>	<b>21 666</b>
andel egenavgift	22,8 %	23,6 %	22,5 %

Källa: Apoteket AB

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.

**Diagram 4.4 Läkemedelskostnader (kr) per invånare och landsting år 2001 jämfört med 2000**

Källa: Apoteket AB

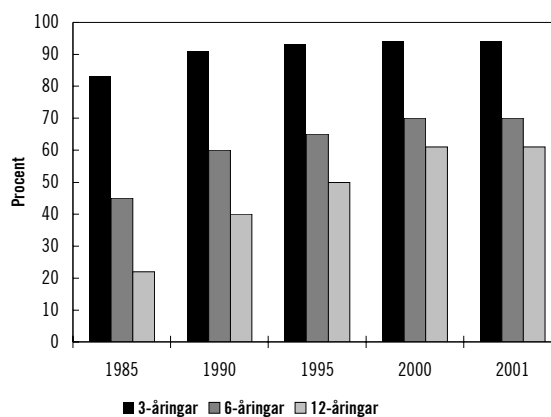
Kostnadsskillnaderna beror t.ex. på skillnader i åldersstruktur och förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. Landstingens organisation av hälso- och sjukvården samt vilket genomslag expertkommittéernas rekommendationslistor har fått kan också ha inverkan på kostnadsutvecklingen. Samtliga landsting har i dag minst en fungerande läkemedelskommitté. I december 2001 träffades en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hur statens ersättning för kostnaderna för läkemedelsförmånen skall fördelas mellan landstingen. Parterna enades om att statens ersättningar skall fördelas mellan landstingen efter en modell som beaktar befolkningens sammansättning med avseende på kön, ålder och vissa socioekonomiska variabler. Överenskommelsen innebär att de enskilda landstingen i högre utsträckning än tidigare kommer att ersättas utifrån sin befolkningsstruktur. Tidigare har de enskilda landstingen ersatts utifrån faktisk kostnad för läkemedlen vilket har inneburit begränsade incitament till kostnadsmedvetenhet.

### Verksamhetsområde Tandvård

Hur kvaliteten i tandvården samt dess tillgänglighet har utvecklats kan delvis bedömas utifrån tandhälsans utveckling. Andra faktorer som påverkar tandhälsan är exempelvis kostvanor och användning av fluortandkräm.

Tandhälsotillståndet hos barn och ungdomar har förbättrats betydligt under de två senaste decennierna, även om utvecklingen planat ut de allra senaste åren. Det framgår bl.a. av Social-

styrelsens sammanställning från 2002 över tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2001. Den procentuella andelen kariesfria 12-åringar har ökat kraftigt mellan 1985 och 2001. Medelvärde för antalet kariesskadade och fyllda tänder (DFT) har samtidigt minskat kraftigt. På riksnivå uppgick detta medelvärde till 3,1 tänder 1985 och 1,0 tänder 2000. År 2001 uppgick detta värde till 0,9 för patienter som behandlats inom folktandvården. För patienter hos privat tandvården var DFT i stort sett detsamma, 1,0. Variationerna mellan olika landsting är dock relativt stora och sociala förhållanden spelar en viktig roll för tandhälsan hos barn.

**Diagram 4.5 Andelen kariesfria barn (%)**

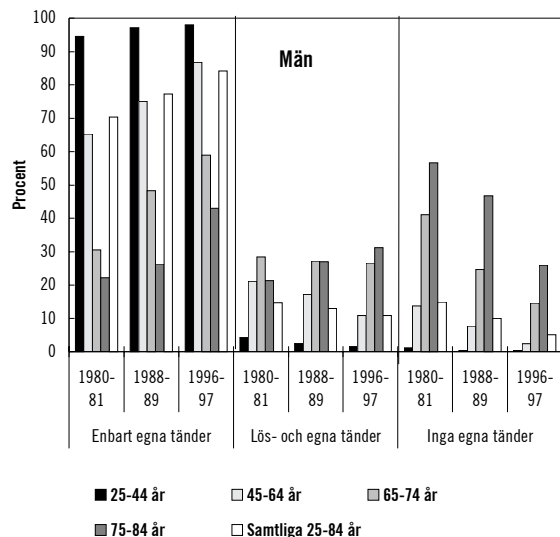
Källa: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i enlighet med ett uppdrag i regleringsbrevet för 2001 redovisat skillnader i tandhälsa och tillgång till tandvård för olika grupper i befolkningen. I rapporten redovisas bl.a. protesförekomst hos vuxna. Det framgår att andelen som enbart har egna tänder har ökat kraftigt under de senaste tjugo åren. Socialstyrelsen har främst använt sig av uppgifter från SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Andelen i åldrarna 16–84 år som enbart hade egna tänder ökade från 75,2 till 86,6 procent för män och från 72,0 till 84,5 procent för kvinnor mellan undersökningen 1980–81 och den som gjordes 1996–97. Under samma tid minskade andelen med enbart löständer från 11,9 till 4,0 procent för män och från 16,4 procent till 6,2 procent för kvinnor. Löständer är betydligt vanligare i den äldre åldersgruppen, men utvecklingen har även där gått mot att allt fler har egna tänder i behåll. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper och olika hushållstyper är relativt stora. Dessa skillnader kan förklaras av

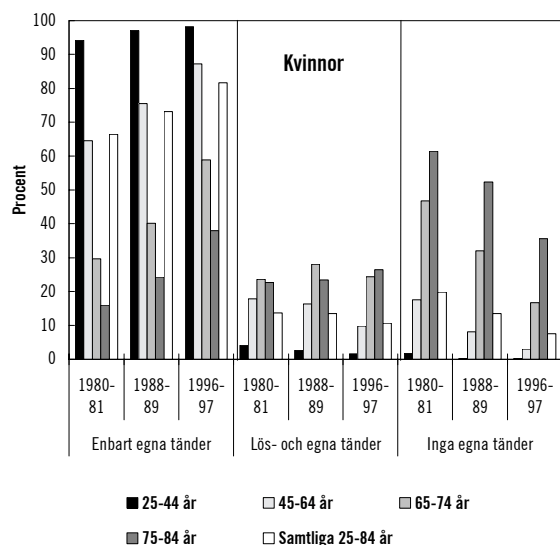


faktorer som nationalitet, socioekonomisk grupp, disponibel inkomst och tillhörande av geografiskt regionalt område.

**Diagram 4.6 Tandstatus 1980–81, 1988–89 och 1996–97 (%)**



Källa: SCB

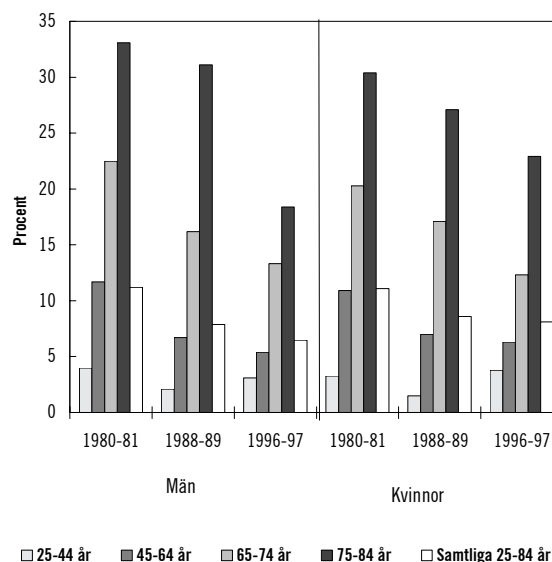


Källa: SCB

Socialstyrelsen har även undersökt tuggförmågan enligt uppgifter i ULF-undersökningarna. Problem med tuggförmågan har totalt sett minskat mellan 1980–81 och 1996–97, men i vissa grupper kan små ökningars noteras, framför allt i de yngre åldersgrupperna. För män i åldern 75–84 år har andelen med svårigheter minskat från 33,1 procent till 18,4 procent under den aktuella perioden. Bland kvinnorna i samma

åldersgrupp var minskningen inte lika stor, från 30,4 procent till 23,2 procent. Bland de yngre ligger andelen med nedsatt tuggförmåga på 2–4 procent under den aktuella tidsperioden.

**Diagram 4.7 Andel av befolkningen som har nedsatt tuggförmåga (%)**



Källa: SCB

Antalet tillsynsärenden hos Socialstyrelsen som rörde tandvårdsverksamhet ökade under 2001 med totalt 56 stycken jämfört med 2000. Ökningen gäller både Lex Maria-ärenden och egeninitierade tillsynsärenden medan anmälningarna från enskilda minskade något. Totalt öppnades under 2001 247 ärenden avseende tillsyn av tandvårdsverksamhet. I Stockholm bedömdes patientsäkerheten vara god vid de granskade tandvårdsenheterna. Även från de regionala tillsynsenheterna i Malmö och Jönköping rapporterades en relativt positiv bild av tandvården, även om det förekom brister i journalföringen. I den norra regionen konstaterades vissa brister i fråga om parodontalvården och den käkbensförankrade protetiken. Ett problem som uppmärksammas är att patienterna ofta har ett otillräckligt ekonomiskt skydd vid komplikationer och att detta kan påverka den behandling som ges. Även beträffande hygien finns brister i den norra regionen, men betydande ansträngningar har enligt Socialstyrelsen gjorts av både tandvårdshuvudmännen och tandvårdens organisationer för att komma till rätta med problemet. Den regionala tillsynsenheten i Örebro konstaterade ett flertal brister och åtgärder för att undanröja dessa inleddes.

Tandvårdens tillgänglighet för enskilda beror bl.a. på tillgången på tandvårdspersonal men också på vad vården kostar för patienten. I delar av landet förekommer långa väntetider för att få komma till folktandvården. En enkät som Socialstyrelsen genomförde bland privattandläkare visade dock att flertalet av dessa, 84 procent, hade möjlighet att ta emot nya patienter. Ungefär hälften av dessa kunde göra det omedelbart medan ytterligare en tredjedel kunde göra det inom tre månader. Den geografiskt ojämna fördelningen av tandläkare försvårar dock ett optimalt utnyttjande av tandvårdsresurserna i landet.

Riksförsäkringsverket (RFV) fortsatte under 2001 att publicera undersökningar av prisutvecklingen inom både privattandvården och folktandvården, vilka visade att prishöjningarna har fortsatt. Prisutvecklingen varierar dock ganska kraftigt mellan olika åtgärder inom tandvården och olika landsting. Prishöjningarna har generellt sett varit störst på bastandvård. Även Landstingsförbundet har följt prisutvecklingen hos folktandvården och redovisat fortsatta prisökningar som ligger betydligt högre än den generella prisutvecklingen.

Höjda priser innebär ökade kostnader för patienterna och riskerar att leda till att fler inte har råd att få sitt behov av tandvård tillgodosett. Undersökningar där människor tillfrågats om sina senaste tandvårdsbesök ger en bild av hur många som har regelbunden tillgång till tandvård, samtidigt som det bör framhållas att många människor med god tandhälsa inte behöver uppsöka tandvården varje år. Socialstyrelsen har i tre intervjuundersökningar som genomfördes 1997, 1999 (det första året med det nya tandvårdsstödet) och 2002 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 och 2002 var 68 respektive 64 procent. Andelen som hade besökt tandhygienist var nästan oförändrad, 24 procent 1997 och 25 procent både 1999 och 2002. Bland arbetslösa och socialbidragstagare var andelen som inte hade besökt tandläkare under de senaste två åren betydligt större än bland personer som hade anställning respektive inte fick socialbidrag. De lägsta besöksfrekvenserna hittar man generellt bland yngre vuxna samt bland de allra äldsta. I en studie från RFV av befolkningens tandvårdsutnyttjande 1998 och 2000 visas att andelen som uppgår att de besökt tandläkare/tandhygienist

under undersökningsåret har fortsatt att minska. Detsamma gäller andelen som uppgår att de regelbundet besöker tandläkare/tandhygienist. Andelen som uppgav att de hade haft besvär med tänderna under året utan att söka behandling för det hade ökat från 12,9 procent till 15,5 procent.

Utgifterna för tandvårdsersättning blev betydligt lägre än beräknat 2001 för både protetik och bastandvård, vilket indikerar att konsumtionen låg på en relativt låg nivå. Försäkringsutgifterna för helproteser har följts upp efter borttagandet av karensbeloppet. Utgifterna under 2001 rymdes enligt RFV:s uppföljning inom det belopp om 100 miljoner kronor som hade avsatts för detta ändamål.

RFV:s tillsyn av försäkringskassornas handläggning av förhandsprövningsärenden rörande förhöjd ersättning visade att det fanns brister i handläggningens kvalitet som bl.a. avsåg beslutsunderlag och journalföring, enligt verkets årsredovisning. Trots det bedömer RFV att medvetenheten om vikten av kvalitet i handläggningen av tandvårdsärenden har ökat.

Landstingen ansvarar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer för service och omvårdnad m.fl. samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Av Landstingsförbundets redovisning för 2001 av denna verksamhet framgår att antalet uppsökta personer var drygt 80 000, jämfört med ca 67 000 år 2000. Antalet som fick nödvändig tandvård var större, drygt 102 000 (94 000 år 2000). Cirka 35 000 patienter (knappt 30 000 år 2000) redovisades ha avslutat behandlingsomgångar med tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Enligt Landstingsförbundets bedömning är den uppsökande verksamheten fortfarande inte fullt utbyggd.

Kostnaden för denna verksamhet under 2001 uppgick till 580 miljoner kronor, att jämföra med 193 miljoner kronor 1999 och 433 miljoner kronor 2000. Landstingens årliga kompensation för dessa kostnader bestod av ett statsbidrag på 405 miljoner kronor samt ökade intäkter om 80 miljoner kronor på grund av ändrade ersättningsregler för oralkirurgiska åtgärder. Totalt för hela perioden 1999–2001 uppgick ersättningen från staten till drygt 1,2 miljarder kronor. De beräknade intäkterna för oralkirurgi uppgick till 240 miljoner kronor. Landstingens totala kostnad för verksamheten uppgick till cirka 1,2 miljarder kronor. De beräknade intäkterna

översteg kostnaderna med 248 miljoner kronor 1999–2001. I några landsting har kostnaderna överstigit de beräknade intäkterna.

Socialstyrelsen genomförde under 2001 i samverkan med Landstingsförbundet en uppföljning av effekterna av den uppsökande verksamheten och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. I redovisningen av uppdraget konstateras att det finns svårigheter att tolka gällande bestämmelser och att skillnaderna mellan landstingen t.o.m. har lett till viss rättsosäkerhet.

För personer som har ett väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder men som inte omfattas av landstingens ansvar för vissa patientgrupper finns en möjlighet att få förhöjd tandvårdsersättning från försäkringskassan. RFV har följt upp denna stödform och redovisat resultatet av uppföljningen i RFV Analyser 2002:8. RFV anser att det kan ifrågasättas om den förhöjda ersättningen är en effektiv stödform med tanke på de låga ersättningsbeloppen i kombination med höga administrationskostnader. Den genomsnittliga ersättningsnivån blev 3 418 kronor i RFV:s urvalsmaterial. De totala administrationskostnaderna, inklusive tandläkar- och läkarintyg, för denna typ av ärenden motsvarar enligt RFV:s rapport cirka 1 500 kronor per ärende.

Utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. presenterade under 2001 delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36) med förslag till förbättringar i tandvårdsstödet för äldre. Betänkandet remissbehandlades och följdes av propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) som överlämnades till riksdagen i januari 2002. Propositionen antogs av riksdagen och regeringen beslutade därefter om bestämmelser om ett högkostnadsskydd för protetik och höjd tandvårdsersättning för bastandvård för äldre från och med den 1 juli 2002. Utredningen överlämnade i juni 2002 sitt slutbetänkande Tandvården till 2010 (SOU 2002:53), som remissbehandlas under hösten 2002.

## 4.6.2 Analys och slutsatser

### Verksamhetsområde 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. Arbetet med att realisera handlingsplanens intentioner har nu kommit igång i landsting och kommuner.

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 dem som står på väntelista riskerar många patienter att drabbas av icke godtagbara hälsoförluster i form av nedsatt funktion och/eller smärta under väntetiden. Likaså kan bördan för anhöriga bli tung och om patienten är sjukskriven under väntetiden tillkommer ekonomiska förluster, både för individen och samhället.

Dessa tillgänglighetsproblem riskerar därmed att utvecklas till att medborgarnas förtroende för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet minskar. Prioriteringsdelegationen betonade också i sin 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 under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner avsätta 1,25 miljarder kronor per år under perioden 2002–2004 för att förbättra tillgängligheten till behandlingar.

Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och de därtill sammanhängande resursåtgångarna samt

genom tillgänglighetssatsningen kommer vården därmed under perioden 2001–2004 att ha tillförts sammanlagt 12,75 miljarder kronor.

Enligt regeringens bedömning innebär resurstillskotten och den nationella handlingsplanen tillsammans med andra insatser – såsom utökade valmöjligheter för patienterna, förbättrad väntetidsinformation, insatser för att trygga personalförsörjningen, samt Socialstyrelsens arbete med beslutsunderlag för prioriteringar – att en stabil grund lagts för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten inom hälso- och sjukvården.

Regeringen anser sammantaget att det nu finns förutsättningar för att en enhetlig nationell vårdgaranti skall kunna införas. Hela den svenska sjukvården skall präglas av 0–7–90-regeln. Den innebär att patienten omedelbart skall kunna komma i kontakt med primärvården, att man skall erbjudas besök hos läkare i primärvården inom maximalt 7 dagar, samt att man skall erbjudas behandling senast inom 90 dagar från det att behovet har fastställts. Regeringens avsikt är att under hösten 2002 föra diskussioner med Landstingsförbundet om förutsättningarna för införande av en sådan nationell vårdgaranti.

I denna budgetproposition föreslås beträffande det statliga stödet till den landstingskommunala sektorn att vissa specialdestinerade medel dras in samtidigt som sektorn generellt ges ett ökat resursutrymme 2003. Regeringen bedömer att landstingen mot bakgrund av det ökade resursutrymme som härmed skapas ges förutsättningar att under 2003 fortsätta med vissa centrala utvecklingsinsatser som tidigare finansierats genom anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen, samhällsekonomin utveckling, medborgarnas krav på bästa möjliga vård, IT-utvecklingen, ett utökat och fördjupat samarbete inom EU, befolkningsomflyttningar och en allt äldre befolkning är några av de grundläggande förändringsfaktorer som medför att villkoren för hälso- och sjukvården hela tiden förändras. Mot denna bakgrund och som redogjorts för ovan har regeringen tagit en rad initiativ för att stärka det svenska hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt och för att hälso- och sjukvården skall stå väl rustad att möta framtidens krav och ta tillvara dess möjligheter. De konkreta åtgärderna har hittills främst varit riktade mot systemets bas, dvs. primärvården och den grundläggande sjukhusvården. Som ett komplement till dessa

satsningar kvarstår dock ett behov av att närmare analysera förutsättningar, utmaningar samt framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Målet är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall tillhandahålla högspecialiserad vård och kunskapsutveckling i världsklass. Regeringen har därför inrättat ett projekt för att göra en översyn av den högspecialiserade vården. Syftet med översynen är att komma till rätta med vissa problem samt att skapa förutsättningar för en god utveckling och effektiv resursanvändning. En arbetsgrupp har även tillsatts för att analysera innebörden och effekterna av s.k. gränsöverskridande vård inom EU.

Under 1990-talet har inslaget av privata aktörer ökat inom hälso- och sjukvården. Personeller brukarkooperativ, ideella organisationer samt privata företag och aktiebolag har i ökad utsträckning slutit avtal med landstingen om att utföra hälso- och sjukvårdstjänster. Landstingens köp av verksamhet har ökat kraftigt de senaste åren. Under 1998 köpte landstingen verksamhet för 7,1 miljarder kronor, vilket ökade till 13,4 miljarder kronor 2000. Den största andelen tjänster köps från privata företag, men den största ökningen av köp har skett från landstingsägda företag. Detta kan förklaras av landstingens bolagisering av sjukhusverksamhet. I kronor räknat är köpen av läns- och regionsjukvård störst. Köp av läns- och regionsjukvård uppgick 2000 till 9 miljarder kronor varav 5,7 miljarder kronor utgjorde köp från privata företag.

Regeringen anser att det är önskvärt att mångfalden av vårdgivare ökar genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att verka inom hälso- och sjukvården. Många av dessa vårdgivare bidrar med nya idéer och erfarenheter som är viktiga för hälso- och sjukvårdens utveckling. Det är emellertid viktigt att inte kommersiella intressen tillåts ta överhanden och försvåra möjligheterna att upprätthålla en sjukvård som är demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges utifrån behov. All offentlig vård skall följa samma regler, oavsett driftsform. För att de grundläggande demokrati- och jämlikhetsmålen skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer släpps in, är det nödvändigt att det är reglerat var i hälso- och sjukvården som privata vinstintressen får förekomma.

Enligt regeringen finns det inte skäl att särskilt reglera driftsformerna i den öppna hälso- och sjukvården. Däremot krävs det regler för sjukhusvården, vilket är bakgrunden till lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus, den s.k. stopplagen. Genom lagen inskränks landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till en aktör som avser att driva verksamheten med vinst.

Syftet med stopplagen är att värna om en allmän sjukvård som ges på lika villkor till hela befolkningen och förhindra en marknadsstyrd hälso- och sjukvård, inte att motarbeta mångfald. Utredningen om vårdens ägarformer (S 2000:08), som tillsattes av regeringen i januari 2001, skall behandla frågor om privatisering och privata vinstintressens roll inom akutsjukvården. Utredaren skall komma med förslag på ett regelverk som skall ersätta den nu gällande stopplagen. Utredningen skall senast den 28 februari 2003 lämna sitt slutbetänkande. Ett idébetänkande från utredningen, Vinst för vården (SOU 2002:31), överlämnades i april 2002.

I de flesta länder förs i dag en intensiv debatt om sjukvårdens finansiering, organisation och driftsformer. Den marknadsstyrda vården framställs på den globala arenan som det moderna, effektiva alternativet. Mot marknadens anspråk står idén om en allemansrätt inom vården och omsorgen. Den utgår från att alla medborgare skall ha rätt till vård på lika villkor och att vården skall ges efter behov. Den förutsätter ett gemensamt ansvarstagande och en solidarisk finansiering. Om dessa grundprinciper och idéer skall ha en rimlig chans att fortsätta forma hälso- och sjukvården och andra välfärdstjänster i det framtida samhället, är det absolut nödvändigt att dess företrädare agerar aktivt inte bara på den nationella utan också på den globala arenan. Därför har regeringen tagit initiativ till bildandet av ett internationellt forum för utveckling av en sjukvård som följer dessa principer.

Utvärderingar av 1995 års psykiatrireform visar att det, även om utvecklingen allmänt sett varit god, bl.a. finns ett antal brister när det gäller den somatiska vården för psykiskt sjuka. Brister finns även i vårdkedjorna för personer som har långvariga psykiska störningar. En utvecklad samverkan krävs mellan sjukvårdshuvudmännen för att patienter skall få den vård som behövs och på rätt vårdnivå.

Regeringens uppfattning är att de under 2002 genomförda åtgärderna inom läkemedelsområdet i form av bl.a. inrättandet av Läkemedelsförmånsnämnden och införandet av utbyte av läkemedel på apotek, i kombination med landstingens ökade incitament till kostnadsmedvetenhet, kommer att leda till ökad kostnadseffektivitet inom läkemedelsförmånen och ett mer rationellt användande av läkemedel. Det är i dagsläget för tidigt att bedöma effekterna av genomförda reformer. Regeringen anser därför att det är angeläget att de närmaste åren följande vilka effekter de genomförda reformerna kommer att få på utvecklingen av läkemedelsförmånens kostnader samt användningen av läkemedel.

### Verksamhetsområde Tandvård

Under de närmare 30 år som det har funnits en allmän tandvårdsförsäkring i Sverige har tandhälsan förbättrats kraftigt i alla åldersgrupper. Variationerna i tandhälsa är dock stora och kan förklaras med faktorer som bl.a. disponibel inkomst, tillhörighet till viss socioekonomisk grupp och nationalitet.

När det gäller tandvårdens tillgänglighet har viktiga insatser gjorts i samband med tandvårdsreformen 1999. Införandet av landstingens ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade har inneburit stora förbättringar för många med eftersträdda tandvårdsbehov. Under 2001 ökade antalet personer som fick del av detta stöd.

Hushållens ekonomiska situation och köpkraft har stor betydelse för tandvårdskonsumtionen. Den minskade arbetslösheten och ökade köpkraften under senare år kan antas ha bidragit till en ökad efterfrågan på tandvård. Efterfrågan på tandvård ökar normalt sett när konjunkturen förbättras och minskar när konjunkturen försämras. Lägre ersättning för vissa behandlingar efter införandet av det nya tandvårdsstödet den 1 januari 1999 och förväntningar på framtida förändringar i stödet har dock sannolikt lett till att många människor valt att avstå från tandvård eller skjuta upp behandlingar. Det finns troligen ett stort uppdämt behov av framför allt protetisk behandling bland äldre. Många har antingen skjutit upp behandlingar i avvaktan på högkostnadsskyddet eller inte haft råd.

Om hushållens disponibla inkomst fortsätter att öka kraftigt under 2002 kan detta leda till att konsumtionen tar fart under senare delen av 2002 och 2003. I kombination med de förbättringar i tandvårdsstödet som genomförs under 2002 talar detta för att tandvårdskonsumtionen kommer att öka under 2002. Ökar efterfrågan ökar statens utgifter för försäkringen. Om fler har råd att erhålla god tandvård bör det dock medföra att kostnaderna på längre sikt minskar, eftersom behoven av mer omfattande behandlingar sannolikt inte blir lika stora.

Under 2001 liksom under tidigare år med det reformerade tandvårdsstödet var bastandvårdens andel av de totala utgifterna högre än enligt de beräkningar som gjordes före införandet av det nya stödet 1999. Jämfört med de prognoser som gjordes för 2001 blev dock utgifterna för både bastandvård och protetik lägre. Att bastandvård prioriteras bör vara positivt för den framtida tandhälsoutvecklingen, men det är fortfarande för tidigt att påvisa sådana effekter.

Tandvårdsprisernas utveckling har en avgörande betydelse för individens tandvårdskostnader. De kraftiga prisökningarna under perioden 1999–2001 har medfört att tandvårdsstödet efter hand har urholkats genom att en allt mindre andel av tandvårdskostnaden ersätts av försäkringen. Regeringen har i sin proposition Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) betonat vikten av att prisökningstakten dämpas. Vårdgivarna och landstingen har ett stort ansvar för att så sker. I propositionen föreslog regeringen att det uttryckligen skulle anges i tandvårdslagen (1985:125) att det är landstingsfullmäktige som fastställer grunderna för folktandvårdens patientavgifter. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2002.

Ett problem är bristen på priskonkurrens inom tandvårdssektorn, vilket bl.a. beror på att det är svårt för patienterna att göra prisjämförelser och att man ogärna byter tandläkare eller tandhygienist om man är nöjd med den man vanligen vänder sig till. Regeringen har därför givit Riksförsäkringsverket (RFV) och Konsumentverket i uppdrag att analysera prisutvecklingen respektive patientens ställning på tandvårdsmarknaden och avser att under 2003 även ge Konkurrensverket i uppdrag att analysera konkurrensen på denna marknad. RFV har också fått i uppdrag att göra information om prisvariationerna mellan vårdgivare känd för allmänheten.

De höga tandvårdskostnaderna är, som tidigare konstaterats, ett stort problem för en del människor eftersom det begränsar deras möjligheter att få den tandvård de behöver. De dyraste behandlingarna utgörs främst av protetiska åtgärder. Även om bastandvård är grundläggande för att förebygga uppkomsten av större behandlingsbehov måste det också vara möjligt att vid behov få proteser till en överkomlig kostnad. Det förstärkta tandvårdsstödet för äldre som infördes den 1 juli 2002 innebär en förbättring. En annan förbättring, som omfattade alla vuxna, var slopandet av karensbeloppet för helproteser och partiella proteser.

Koncentrationen av tandvårdsärenden rörande äldre till en försäkringskassa ökar förutsättningarna för en enhetlig och konsekvent tillämpning av tandvårdsförsäkringen. Detta är särskilt viktigt när det gäller högkostnadsskyddet för protetik för äldre och den förhandsprövning som skall ske i dessa fall. Prövningen omfattar både behandlingsförslag och pris och har stor betydelse för att begränsa försäkringskostnaderna för stödet och säkerställa att endast odontologiskt motiverade behandlingar till skälig kostnad utförs inom ramen för högkostnadsskyddet. Samtidigt är det viktigt att handläggningstiderna inte blir alltför långa, så att de äldre kan få sin behandling inom rimlig tid.

Utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. har i sitt slutbetänkande Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) lagt fram ett antal förslag till förbättringar i tandvårdsstödet, som bl.a. inbegriper en utvidgning av högkostnadsskyddet till alla åldrar samt satsningar på bastandvård.

För att de reformer som genomförs under 2002 verkligen skall komma patienterna till godo krävs att det finns tillräckliga resurser i form av personal som kan utföra den behandling som efterfrågas. Utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. har belyst den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal och redovisat sin uppfattning om tandvårdspersonalens sammansättning och utbildning i framtiden. Utredningen betonar bl.a. behovet av att den blivande tandvårdspersonalen får tillfälle att träna sig i s.k. teamtandvård. Efter det att betänkandet remissbehandlats avser regeringen att ta ställning till utredningens förslag.

Regeringen anser det nödvändigt att noga följa utvecklingen och uppmärksamma om situationer med personalbrist uppstår. Samtidigt är

det viktigt med en långsiktig planering som också beaktar de effektivitetsvinster som kan göras med en ändrad arbetsfördelning. Härmed avses t.ex. möjligheterna att i större utsträckning överlåta arbetsuppgifter till tandhygienister inom exempelvis barn- och ungdomstandvård och uppsökande verksamhet hos äldre och funktionshindrade. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram underlag för bedömning av tandvårdens behov av tandläkare och tandhygienister. Myndigheten skall årligen, fr.o.m. 2004, rapportera sin bedömning av den aktuella situationen och den framtida utvecklingen.

#### 4.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat verksamheten, räkenskaperna och årsredovisningarna för samtliga myndigheter inom politikområdet avseende budgetåret 2001. RRV har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2001 för dessa myndigheter. Socialstyrelsen har av RRV emellertid tillställts en revisionsrapport med vissa rekommendationer. Dessa berörde bland annat att Socialstyrelsen i sin årsredovisning redovisat mer än den information regeringen efterfrågat i regleringsbrevet, att uppgifter i resultatredovisningen bör dokumenteras på ett systematiskt sätt, samt att det finns utvecklingsmöjligheter vad gäller resultatredovisningen. Socialstyrelsen har i en skrivelse i april 2002 lämnat kommentarer och förklaringar till RRV:s iakttagelser.

Den ekonomiadministrativa värderingen som Ekonomistyrningsverket (ESV) har utfört av samtliga myndigheter för 2001 har givit EA-värdet tillfredsställande för Socialstyrelsen samt EA-värdet fullt tillfredsställande för Läkemedelsverket och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Steriliseringsersättningsnämnden var undantagen EA-värderingen. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har fått EA-värdet ej tillfredsställande. Bidragande till detta var att myndigheten erhållit revisorsintyg med anmärkning på grund av för sent inkommen delårsrapport, att myndigheten inte tillsänt ESV avstämningar mellan betalningsvägar och bokföring, samt att tillgängliga anslagsmedel för 2001 inte rapporterats löpande och rätt till statsredovisningen. SBU har inkommit med kommentarer till regeringen och redovisat vilka

åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med problemen.

#### 4.8 Förslag till regeländring

**Regeringens förslag:** En rättelse av enklare art görs i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

**Skälen till regeringens förslag:** En rättelse av enklare art görs i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. 4 § andra stycket innehåller i sin nuvarande lydelse en felaktig hänvisning till 21 § samt till 19 § andra punkten. Paragrafen rättas och hänvisar nu till 20 § samt till 18 § andra punkten. Ändringen är av så enkel beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Lagrådets yttrande över förslaget har därför inte inhämtats.

#### 4.9 Budgetförslag

##### 4.9.1 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.

**Tabell 4.4 Anslagsutveckling 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.**

Tusental kronor				
2001	Utfall	2 209 980	Anslags-sparande	-127 792
2002	Anslag	2 479 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	2 388 000
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 608 000</b>		
2004	Beräknat	2 655 000		

<sup>1</sup> Varav 300 000 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2003.

Anslaget finansierar vuxentandvård (tandvårdstödet) och ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden. Till och med 2001 finansierade anslaget också ersättning till sjukvårdshuvudmännen för tandvård åt vissa patientgrupper. Den beräknade fördelningen i miljoner kronor för åren 2002–2004 framgår av tabell 4.5.

År 2001 blev utfallet för hela anslaget ca 2,2 miljarder kronor. Vid årets slut uppgick den utnyttjade anslagskrediten för anslaget till ca 128 miljoner kronor.

**Tabell 4.5 Beräknad fördelning på anslagsposter**

Miljoner kronor

	Prognos 2002	2003	2004
Sjukvård i internationella förhållanden <sup>1</sup>	356	262	267
Tandvårdersättning	2 017	2 326	2 388
Åtgärder rörande dentala material	15	20	0
<b>Totalt</b>	<b>2 388</b>	<b>2 608</b>	<b>2 655</b>

<sup>1</sup> Tidigare anslagsposten Ersättning till sjukvårdshuvudmännen.

### Anslagspost 1 Sjukvård i internationella förhållanden

Anslagsposten, som tidigare benämndes Ersättning till sjukvårdshuvudmännen m.m., bekostar utgifter för sjukvård i internationella förhållanden. Under 2001 ingick även ersättning till sjukvårdshuvudmännen för den vuxentandvård för vissa patientgrupper som landstingen ansvarar för. Utgifterna uppgick under 2001 till 683 miljoner kronor och översteg således kraftigt anslagspostens belopp om 540 miljoner kronor. Det ingående överföringsbeloppet 2002 blev -105,5 miljoner kronor. Genom ett regeringsbeslut höjdes anslagskrediten och omfördelades mellan anslagsposterna så att 107 miljoner kronor fick disponeras för denna anslagspost. På tilläggsbudget i samband med denna proposition föreslås att 300 miljoner kronor tillförs anslaget för detta ändamål.

Landstingen fick under perioden 1999–2001 ersättning för vuxentandvård med 405 miljoner kronor per år enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Från och med budgetåret 2002 lämnas ersättningen genom det generella statsbidraget till landstingen, vilket medför att utgiften inte längre belastar anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* Med anledning av denna förändring avses anslagsposten fortsättningsvis benämnas Sjukvård i internationella förhållanden.

### Anslagspost 2 Tandvårdersättning

Utfallet för anslagsposten blev ca 1,5 miljarder kronor 2001, vilket innebar att anslagsbeloppet underskreds med 175 miljoner kronor. Tillgängliga medel under 2001 reducerades dock av ett ingående överföringsbelopp på -197 miljoner kronor. Den utnyttjade anslagskrediten uppgick

därmed till 22 miljoner kronor vid början av 2002.

Utgifterna för bastandvård uppgick till ca 1,1 miljarder kronor medan 443 miljoner kronor betalades ut för protetiska åtgärder. Utgifterna till följd av att karensbeloppet för helproteser togs bort den 1 januari 2001 rymdes i de 100 miljoner kronor som tillfördes för ändamålet. Utgiften för förhöjd ersättning för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder uppgick till 23 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

#### Sjukvård i internationella förhållanden

Sveriges medlemskap i EU, EES-avtalet samt vissa bilaterala avtal som Sverige har med andra länder 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 från försäkringskassorna för sådana utförda vårdinsatser. På motsvarande sätt uppkommer kostnader för sådana sjukvårdsförmåner som svenska medborgare är berättigade till vid vistelse i dessa länder.

EU-vården kan indelas i turistvård och pensionärvård. För svenska pensionärer bosatta i EU-länder fastställs schablonbelopp för varje år av Administrativa Kommissionen i Bryssel. Ofta fastställs beloppen först flera år i efterhand. Dessutom ingår utgifter för s.k. konventionsvård i anslagsposten. Det handlar då om försäkringskassornas utbetalningar till landstingen för vård av personer från andra länder, när det finns en överenskommelse med det andra landet som innebär att Sverige står för kostnaden i dessa fall.

Kostnader och intäkter i internationella förhållanden regleras ofta flera år efter att de uppkommit, vilket försvårar bedömningen av den årliga kostnaden. Kostnaderna för sjukvårdsförmåner tenderar att öka, vilket bland annat beror på att fler pensionärer bosätter sig utomlands samt att turismen ökat. Att schablonbeloppen för pensionärer fastställs allt snabbare påverkar också utbetalningstakten.

Riksförsäkringsverket (RFV) har på regeringens uppdrag i en rapport 2002 redovisat hur prognoserna för EU-vården tas fram samt redovisat



åtgärder som verket avser att vidta för att förbättra redovisningen av prognoserna. Bland annat kommer utgiftsprognoserna att redovisas uppdelade på ersättningsområden i kvartalsuppföljningarna till Socialdepartementet.

Utgifterna under anslagsposten ökade mycket kraftigt under 2001 jämfört med tidigare år. Det slutliga utfallet blev väsentligt högre än enligt både RFV:s prognoser i början av året och regeringens bedömning. Ökningen berodde huvudsakligen på att RFV ökade betalningstakten för den ackumulerade skuld som uppstått för EU-vården. Enligt RFV:s prognoser behöver stora utbetalningar göras under 2002 för att utbetalningarna skall kunna ske enligt gällande bestämmelser. Detta är orsaken till att 300 miljoner kronor föreslås tillföras anslaget på tilläggsbudget i denna budgetproposition. Sedan den ackumulerade skulden betalats av bör utbetalningarna kunna minska, men anslagspostens nivå bör ändå ligga på ca 270 miljoner kronor för att motsvara de belopp som debiteras varje år. Anslaget höjs därför med 105 miljoner kronor 2003 och 100 miljoner kronor fr.o.m. 2004.

### Tandvårdsersättning

Med anledning av ett uppdrag från regeringen har RFV i en rapport under 2002 redovisat hur prognoserna för tandvårdsförsäkringen tas fram. För att förbättra redovisningen kommer RFV att i fortsättningen även redovisa utfall och prognoser uppdelat i ersättningsområdena bastandvård, protetik och förhöjd ersättning i kvartalsuppföljningarna till Socialdepartementet.

Utgifterna för tandvårdsersättning under 2001 var betydligt lägre än beräknat. Sannolikt berodde detta till stor del på att många valde att skjuta upp behandlingar i väntan på de förändringar i tandvårdsstödet som hade aviserats. Detta gäller i första hand personer som är över eller strax under 65 år. Även förändringar i hushållens köpkraft kan i någon mån ha påverkat efterfrågan på tandvård. Under första halvåret 2002 kan det antas att många äldre fortsatte att skjuta upp tandvård i väntan på det högstkostnadskydd samt de förbättringar i stödet för bastandvård som infördes den 1 juli 2002.

Under andra halvåret 2002 bör konsumtionen stiga efter ikraftträdandet av de nya bestämmelserna. Mycket talar dock för att effekterna av det förbättrade tandvårdsstödet för äldre blir fullt

synliga först under 2003. Omfattande protetiska behandlingar tar ofta lång tid att genomföra och det är troligt att antalet räkningar därför kommer att ligga på en måttlig nivå under 2002. Dessutom kommer förhandsprövningarna av protetik förmodligen att ta längre tid i början. Samtidigt finns det nu ett uppdämt behov och det är troligt att antalet ansökningar om förhandsprövning ökar mycket kraftigt efter den 1 juli 2002. Den höjda ersättningen för bastandvård kommer däremot att påverka utgifterna redan 2002.

Tandvårdsstödet tillfördes 100 miljoner kronor 2001 och 300 miljoner kronor 2002. För 2003 och framåt föreslås ytterligare 300 miljoner kronor tillföras tandvårdsstödet. Detta tillskott skall i huvudsak användas till att förbättra skyddet mot höga tandvårdskostnader för de äldre i enlighet med de ändringar i tandvårdsstödet som trädde i kraft den 1 juli 2002.

Vid beräkningen av anslaget för 2003 har regeringen antagit att en viss volymökning kan förväntas utöver den konsumtionsökning som följer av förändringarna i tandvårdsstödet.

För 2003 skall sammanlagt 13 miljoner kronor avsättas för ekonomiskt stöd till olika kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Dessa medel skall disponeras av Socialstyrelsen. Därav skall högst 5 miljoner kronor användas för verksamheten vid Kunskapscentret för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen avgör hur övriga medel skall fördelas.

Regeringen avser att ge RFV i uppdrag att under 2003 betala ut 500 000 kronor till Konsumentverket respektive 350 000 kronor till Konkurrensverket för uppdrag på tandvårdsområdet. Konsumentverket har fått i uppdrag att analysera konsumenternas ställning på tandvårdsmarknaden och tandvårdsprisernas effekter på hushållet. Under 2002 disponerar Konsumentverket 500 000 kronor för detta ändamål. Regeringen avser att ge Konkurrensverket i uppdrag att analysera konkurrensen på marknaden för tandvård.

RFV och försäkringskassorna disponerar för sin administration och uppföljning av det förbättrade tandvårdsstödet för äldre 20 miljoner kronor årligen fr.o.m. 2003. Under 2002 disponerar de för detta ändamål 14,6 miljoner kronor. Regeringen föreslår därför att 500 000 kronor förs över till anslaget 19:7 *Riks-försäkringsverket* och att 19,5 miljoner kronor

förs över till anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor* fr.o.m. 2003.

#### Åtgärder rörande dentala material

Under 2003 avser regeringen att disponera 20 miljoner kronor av anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* för åtgärder som syftar till att öka kunskaperna om hälsoproblem relaterade till dentala material samt förbättra omhändertagandet av patienter som relaterar sina symtom till sådana material.

**Tabell 4.6 Härladning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>2 179 000</b>	<b>2 179 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	300 000	300 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0
Volym	149 000	196 000
Överföring till/från andra anslag	-20 000	-20 000
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 608 000</b>	<b>2 655 000</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 608 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 2 655 000 000 kronor.

#### 4.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen

**Tabell 4.7 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2001	Utfall	16 530 753	-1 611 701	
2002	Anslag	17 843 000 <sup>1</sup>		17 843 072
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>18 550 000</b>		
2004	Beräknat	19 450 000		

<sup>1</sup> Varav 219 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2002.

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 2003 ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen dels under månaderna november och december 2002, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2003. Den utnyttjade anslagskrediten på anslaget uppgick vid början av 2001 till drygt 1,6 miljarder kronor. Utbetalningarna för läkemedelsförmånen uppgick 2001 till drygt 16,5 miljarder kronor och anslaget för året var ungefär lika stort vilket innebar att den utnyttjade anslagskrediten uppgick till ca 1,6 miljarder kronor även vid årets slut. Anslaget tillfördes 219 miljoner kronor på tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition.

Från anslaget utbetalas under 2002 69 miljoner kronor till landstingen avseende kostnader för medicintekniska produkter som den 14 juni 1998 omklassificerades från läkemedel till medicintekniska produkter. Från och med 2003 kommer denna ersättning att ingå i anslaget 48:1 *Generellt statsbidrag till kommuner och landsting* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

#### 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 kostnader 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 hittills 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 innebar bl.a. att staten har ersatt landstingen för deras faktiska kostnader för läkemedelsförmånen under 2000. För 2001 ersattes landstingen enligt överenskommelsen med ett

belopp som motsvarar en uppräknings av kostnaden för 2000 med 5,44 procent, beräknat som den faktiska kostnadsökningen 2000 (6,44 procent) minskat med en procentenhet.

Överenskommet belopp uppgick för 2001 till 16,7 miljarder kronor. Överenskommelsen för 2001 innebar att en vinst- eller förlustdelning tillämpats i det fall utfallet avviker från den överenskomna ersättningen. Landstingens kostnader för läkemedelsförmånen uppgick för 2001 till ca 17 miljarder kronor vilket innebar att kostnaderna överskred det överenskomna beloppet med ca 300 miljoner kronor. I enlighet med överenskommelsen skulle staten ersätta landstingen med 50 procent av överskridet belopp vilket motsvarade ca 150 miljoner kronor. Denna skuld reglerades i månadsskiftet mars/april 2002. Förlustdelningen belastade detta anslag för 2002.

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, samt hur stor landstingens ekonomiska risk för den aktuella perioden kommer att vara. 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. Statens ersättning uppgår till 17,8 miljarder kronor för 2002, till 18,7 miljarder kronor för 2003 och till 19,6 miljarder kronor för 2004. För kostnader som sammanlagt överstiger 56,1 miljarder kronor under perioden skall en slutreglering ske våren 2005. Staten ersätter då landstingen enligt en modell där landstingen först får stå för 1,5 miljarder kronor, därefter ersätter staten 25 procent av kostnadsökningen mellan 57,6 och 59,1 miljarder kronor och 50 procent av kostnadsökningen mellan 59,1 och 61,1 miljarder kronor, samt 75 procent av kostnader som överstiger 61,1 miljarder kronor.

I december 2001 träffades en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om fördelningen mellan landstingen av statens ersättning för läkemedelsförmånens kostnader 2002–2004. Parterna enades om att statens ersättningar skall fördelas mellan landstingen efter en modell som beaktar befolkningens sammansättning med avseende på kön, ålder och vissa

socioekonomiska variabler. Behovsmodellen infördes med början 2002 och skall enligt avtalet vara helt genomförd 2005. För att ge landstingen omställningstid till nya ersättningsnivåer sker införandet stegvis.

I syfte att nå en mer rationell läkemedelsanvändning har regeringen tagit initiativ till att genomföra förändringar i vissa av regelsystemen inom läkemedelsområdet. Regeringen lämnade därför i januari 2002 propositionen (2001/02:63) De nya läkemedelsförmånerna till riksdagen. Riksdagen fattade beslut om propositionen i april 2002 (bet. 2001/02:SoU10, rskr. 2001/02:194) och de nya reglerna trädde i kraft den 1 oktober 2002. En ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden, är nu ansvarig för att fatta beslut om vilka läkemedel som skall ingå i läkemedelsförmånen samt vilket pris ett läkemedel skall ha. En ny regel om utbyte på apotek har införts som innebär att ett förskrivet läkemedel skall bytas ut på apotek om det finns ett likvärdigt, utbytbar läkemedel som är billigare tillgängligt på det enskilda apoteket. Från och med den 1 oktober 2002 infördes att ett recept skall vara försett med en arbetsplatskod som identifierar vilken arbetsplats som förskrivaren tjänstgör vid för att läkemedlet skall expedieras inom förmånen. Detta är ett led i att uppnå en bättre uppföljning av förskrivningen av läkemedel. För att ytterligare försöka förbättra möjligheten till medicinsk och ekonomisk uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel tillsatte regeringen i mars 2002 en särskild utredare med uppgift att analysera möjligheterna och komma med förslag till förbättrad uppföljning inom läkemedelsområdet.

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. Regeringen anser att det är av största vikt att följa upp vilka effekter förändringarna som har genomförts under 2002 har på både kostnadsutvecklingen av läkemedelsförmånen och användningen av läkemedel. I syfte att följa kostnadsutvecklingen samt ge landstingen större ekonomisk trygghet har man i avtalet mellan staten och Landstingsförbundet lagt in att en kontrollstation skall finnas i syfte att analysera hur läkemedelskostnaderna har utvecklats.

**Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>17 624 000</b>	<b>17 624 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	926 000	1 826 000
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>18 550 000</b>	<b>19 450 000</b>

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

### 4.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

**Tabell 4.9 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård**

Tusental kronor

2001	Utfall	965 976	Anslags-sparande	6 453 <sup>1</sup>
2002	Anslag	305 524 <sup>2</sup>	Utgifts-prognos	306 191
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>101 095 <sup>3</sup></b>		
2004	Beräknat	100 524		

<sup>1</sup> Belopp i Årsredovisning för staten (skr. 2001/02:101) bilaga 7 avseende utgående reservation och ramöverföringsbelopp 2001 har korrigerats.

<sup>2</sup> Inklusivt en minskning med 4 700 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2002.

<sup>3</sup> Anslagsbeloppet belastas med statlig ålderspensionsavgift med 571 tkr för 2003 avseende ersättning till smittbärare.

Från anslaget har utbetalats statsbidrag till landstingen i enlighet med de årliga överenskommelser som träffats mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården (den s.k. Dagmaröverenskommelsen). Under 2001 har medlen enligt överenskommelsen mellan staten och landstingen (skr. 2000/01:46) 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 kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar. I anslaget ingår stöd till nationellt utvecklingsarbete

inom vården och omsorgen. För 2001 och 2002 har även ersättning till Dopingjouren ingått.

Anslaget uppgick under 2001 till knappt 960 miljoner kronor, varav de s.k. Dagmarmedlen svarade för närmare 947 miljoner kronor. Ramen för det totala beloppet som omfattades av Dagmaröverenskommelsen uppgick 2001 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 2001 visar ett underskott för anslaget om drygt 4 miljoner kronor. Underskottet finansierades genom att anslagssparande från tidigare år togs i anspråk. Vid utgången av 2001 uppgick anslagssparandet till knappt 6,5 miljoner kronor. Beroende på omprioriteringar i den statliga budgeten har anslaget för 2002 minskats med 4,7 miljoner kronor i tilläggsbudget i anslutning till 2002 års ekonomiska vårproposition.

Den 13 december 2001 godkände regeringen överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården 2002, som tidigare hade träffats mellan företrädare för staten och landstingen (skr. 2001/02:87). Överenskommelsen innebar att den tidigare inriktningen med en satsning för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården låg fast. Därvidlag betonades både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet.

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

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

## 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.

Vid beräkningen av anslaget för 2003 har detta minskats med ytterligare 125 miljoner kronor som en delvis finansiering av insatserna enligt propositionen om avgifter inom äldre- och handikappomsorg (prop. 2000/2001:149).

Anslaget har vidare minskats med ca 186 miljoner kronor, medel som ingått i den s.k. Dagmaröverenskommelsen, som en delvis finansiering av arbetet mot ohälsa som närmare beskrivs under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. Detta medför att vissa specialdestinerade medel till hälso- och sjukvården som tidigare utbetalats från detta anslag dras in. Samtidigt ges den landstingskommunala sektorn genom andra åtgärder som aviseras i denna budgetproposition ett ökat resursutrymme, genom förlängningen av sysselsättningsstödet till 2003 vilket beräknas uppgå till ca 3 miljarder kronor 2003, och förlängningen av överföringen av statliga medel ("200-kronan") till 2003, som beräknas uppgå till ca 1,3 miljarder kronor. Regeringen bedömer att landstingen mot bakgrund av det ökade resursutrymmet ges förutsättningar att under 2003 fortsätta med vissa gemensamma utvecklingsinsatser som tidigare finansierats med specialdestinerade medel. Till dessa insatser hör bl.a. arbetet för att stärka patientens ställning, IT-utvecklingen i hälso- och sjukvården, databasen Väntetider i vården, Infomedica och nationella informationsinsatser om organdonation.

I och med att Läkemedelsförmånsnämnden inrättas föreslås att ett nytt anslag, 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden*, anvisas fr.o.m. 2003. Till det nya anslaget överförs 40 miljoner kronor från detta anslag 2003 och 59 miljoner kronor från och med 2004.

Som delvis finansiering av verksamheten vid Dopingjouren vid Huddinge sjukhus överförs 750 000 kronor från detta anslag fr.o.m. 2003 till

anslag 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder*, inom politikområde Folkhälsa.

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 har ett familjemedicinskt institut inrättats med uppgift att stärka kunskapsutvecklingen inom området. Regeringen har därför avsatt 20 miljoner kronor för vardera av åren 2002–2004 under anslaget. Statskontoret skall utvärdera verksamheten. Utvärderingen skall ligga till grund för överläggningar mellan staten, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet om institutets fortsatta verksamhet och finansiering för tiden efter 2004.

Vid beräkningen av detta anslag har för 2003 2 miljoner kronor avsatts för Socialstyrelsens arbete med prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Inom anslaget beräknas också ca 4,9 miljoner kronor avsättas för stöd till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Vidare beräknar regeringen 51,2 miljoner kronor till bidrag inom hjälpmedelsområdet, samt 424 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar. Inom föreslagen anslagsram ryms även ca 9,4 miljoner kronor som finansiering av vissa kostnader för läkemedel m.m. enligt smittskyddsförordningen (1989:301) vid behandling av samhällsfarlig sjukdom.

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. Slutligen föreslår regeringen att ett stöd på 7 miljoner kronor utbetalas till Rett Center i Jämtlands läns landsting under 2003. Detta centrum samlar en flerprofessionell kompetens för att möta komplicerade, specifika flerhandikappsbehov vid Rett syndrom. Centret fungerar som specialistklinik, forsknings- och utvecklingsenhet och kompetenscentrum.

**Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>310 224</b>	<b>310 224</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	-168 950	-149 950
Överföring till/från andra anslag	-40 750	-59 750
Slutreglering ÅP-avgift	571	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>101 095</b>	<b>100 524</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 101 095 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 100 524 000 kronor.

#### 4.9.4 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering <sup>1</sup>

**Tabell 4.11 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

2001	Utfall	36 609	Anslags-sparande	1 677
2002	Anslag	36 653	Utgifts-prognos	37 506
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>38 675</b>		
2004	Beräknat	39 545 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 38 675 tkr i 2003 års prisnivå.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (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 2002 uppgick till knappt 1,7 miljoner kronor, förklaras med påbörjade men inte avslutade projekt.

## Regeringens överväganden

SBU:s uppgift är att genom vetenskapliga kunskapsammansättningar bidra till en mer effektiv och evidensbaserad hälso- och sjukvård. SBU bedriver också ett särskilt program för tidig utvärdering av nya metoder som är på väg in i vården. I ett internationellt perspektiv intar SBU en stark och ledande roll bland motsvarande myndigheter i andra länder. SBU:s verksamhet under 2001 har i huvudsak redovisats under avsnitt 4.5.1.

Anslagsnivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2001. Inriktningen för SBU:s verksamhet bör vara oförändrad.

Regeringen avser att ta beslut om att ändra namnet på myndigheten fr.o.m. 2003, från Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik till Statens beredning för medicinsk utvärdering.

**Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>36 653</b>	<b>36 653</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	2 295	3 171
Beslut	-273	-279
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>38 675</b>	<b>39 545</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 38 675 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 39 545 000 kronor.

<sup>1</sup> Regeringen avser att ta beslut om ändring av namn fr.o.m. den 1 januari 2003 från Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik till Statens beredning för medicinsk utvärdering.

#### 4.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

**Tabell 4.13 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Tusental kronor

2001	Utfall	20 160	Anslags- sparande	750
2002	Anslag	23 730 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	23 540
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>25 473</b>		
2004	Beräknat	26 034 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt en minskning med 1 250 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2002.

<sup>2</sup> Motsvarar 25 473 tkr i 2003 års prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har i uppdrag att stärka patientens ställning. HSAN skall pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrken bidra till patientsäkerheten. HSAN skall återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna.

Under 2001 anvisades 21,8 miljoner kronor på anslaget. Anslagssparandet vid ingången av 2002 var 750 000 kronor. Beroende på omprioriteringar i den statliga budgeten har anslaget för 2002 minskats med 1,25 miljoner kronor i tilläggsbudget i anslutning till 2002 års ekonomiska vårproposition.

Hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning för verksamhetsåret 2001 visar att antalet anmälningar åter har ökat under 2001, detta efter att ha legat på en konstant nivå under åren 1999 och 2000. Antalet avgjorda ärenden har varit något lägre än antalet inkomna.

Andelen ordförandebeslut uppgick till 77 procent av samtliga fattade beslut. För de två föregående åren var siffrorna 71 procent respektive 68 procent. Att andelen ordförandebeslut ökat de senaste åren beror på att den sedan 1999 gällande lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område är mindre restriktiv än den tidigare gällande lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område i detta avseende.

Den genomsnittliga handläggningstiden för 2001 var 5 månader. Mediantiden var 4,2 månader. För 2000 och 1999 låg mediantiden på 4,5 respektive 5,6 månader.

I årsredovisningen för 2001 redogör nämnden detaljerat för könsfördelning hos anmälade patienter, anmäld sjukvårdspersonal, handläggare, ledamöter och experter. Regeringen anser att analys av verksamheten ur båda könen perspektiv är viktig för nämndens arbete. Under året har myndigheten även kartlagt den administrativa verksamheten från miljösynpunkt samt redovisat myndighetens mål för kompetensförsörjning.

En stor del av informationsverksamheten består i att besvara förfrågningar från allmänheten, olika myndigheter, landsting, privata företag, massmedia och forskare. Det har skett en märkbar ökning av förfrågningar per månad under 2001. Nämnden har därför öppnat en webbplats ([www.hsan.se](http://www.hsan.se)) för information till allmänheten om verksamheten. Information på svenska finns i en särskild form för synskadade. Den finns också tillgänglig på några vanliga invandrarspråk.

Ansvarsnämnden har fortlöpande kontakter med Socialstyrelsen, i dess egenskap av tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är part i alla behörighetsärenden och i de disciplinärenden som anmälts av Socialstyrelsen. Vid behov inhämtas Socialstyrelsens yttrande även i ärenden som anmälts av patient. Ansvarsnämndens samtliga beslut delges Socialstyrelsen. Viktigare ärenden tillförs Socialstyrelsens Riskdatabas.

#### Regeringens överväganden

Anslagsnivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2001 och ser därför ingen anledning att ändra myndighetens verksamhetsinriktning under det närmaste budgetåret.

**Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	24 980	24 980
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	673	1 238
Beslut	-180	-184
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>25 473</b>	<b>26 034</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 25 473 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 26 034 000 kronor.

#### 4.9.6 13:6 Socialstyrelsen

**Tabell 4.15 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2001	Utfall	445 271		Anslags-sparande	54 404
2002	Anslag	455 636 <sup>1</sup>		Utgifts-prognos	471 046
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>470 619</b>			
2004	Beräknat	482 512 <sup>2</sup>			

<sup>1</sup> Inklusive en minskning med 5 100 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2002.

<sup>2</sup> Motsvarar 471 818 tkr i 2003 års prisnivå.

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

Utgifterna under anslaget uppgick under 2001 till drygt 445 miljoner kronor. Vid utgången av 2001 uppgick anslagssparandet till cirka 54,4 miljoner kronor. Anslagssparandet från 2001 beror i huvudsak på att Socialstyrelsen det året tillfördes 43 miljoner kronor för informationsförsörjning, verksamhetsuppföljning m.m. med anledning av den nationella handlingsplanen för hälso- och

sjukvården. Dessa medel är emellertid avsedda att användas under hela perioden 2001–2004. Från och med 2002 har därutöver 3 miljoner kronor per år tillförts anslaget för detta ändamål. Anslagssparandet avseende utvecklingsmedel inom socialtjänsten kommer att förbrukas under 2002–2004. Beroende på omprioriteringar i den statliga budgeten minskades anslaget med 5,1 miljoner kronor på tilläggsbudgeten i anslutning till 2002 års ekonomiska vårproposition.

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.16 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2001	6 341	0	15 752	-9 411
Prognos 2002	6 400	0	15 800	-9 400
Budget 2003	6 400	0	15 800	-9 400

Intäkterna avser avgifter för 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 4.17 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2001	7 949	32 285	-24 336
Prognos 2002	5 200	27 000	-21 800
Budget 2003	4 700	26 500	-21 800

Intäkterna under 2001 bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data och statistikproduktion samt från försäljning av rapporter, skrifter m.m. Till och med den 31 augusti ingick även avgifter för kontroll av medicintekniska produkter.



## Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Tabell 4.18 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2001	Prognos 2002	Beräknat 2003	Beräknat 2004
Utestående åtaganden vid årets början	0	7 111	4 561	
Nya åtaganden	7 111	3 000	8 564	
Infriade åtaganden	0	-2 550	-3 125	-6 000
Utestående åtaganden vid årets slut	7 111	4 561	10 000	
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>20 000</b>	<b>12 000</b>	<b>10 000</b>	

Socialstyrelsen disponerar 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. I och med detta uppstår ett behov för Socialstyrelsen att ta på sig ekonomiska förpliktelser som sträcker sig över flera budgetår. Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att för anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* ikläda sig sådana förpliktelser. Den föreslagna bemyndiganderamen för 2003 framgår av tabellen ovan.

### Regeringens överväganden

På politikområdesnivån har regeringen i tillämpliga delar redovisat Socialstyrelsens insatser och uppnådda resultat i förhållande till de mål som riksdagen fastställt. Socialstyrelsens verksamhetsområde är mycket omfattande och spänner över stora delar av det socialpolitiska fältet. På grund av detta är det endast möjligt att beröra begränsade delar av myndighetens verksamhet i denna resultatredovisning.

Socialstyrelsen har under 2001 präglats av ett omställningsarbete inom personalområdet. Andelen visstids- och projektanställda har ökat rejält, som en del av en medveten satsning på att få ökad rörlighet i personalstyrkan och därigenom kompetensväxling vid behov. En kraftfull satsning på ledarutveckling av Socialstyrelsens chefer inleddes 2001 och har fortsatt 2002. Socialstyrelsen inkom med en redovisning av sin kompetensförsörjning i februari 2002. Regeringen bedömer att myndighetens förändringar på personalområdet under 2001, liksom 2000, genomförts på ett förtjänstfullt sätt.

Ansvar för marknadsbevakningen av medicintekniska produkter överfördes från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket den 1 september 2001. Även rättigheten att ta ut avgifter för verksamheten har överförts till Läkemedelsverket. Tillsynen av vårdgivarnas och sjukvårdspersonalens användning av medicintekniska produkter förblir Socialstyrelsens ansvar. I mars 2002 lämnade Socialstyrelsen en skrivelse till regeringen med en överenskommelse med Läkemedelsverket avseende överföring av medel för denna verksamhet för 2001 och 2002. I juni 2002 inkom Socialstyrelsen och Läkemedelsverket med ett förslag till framtida finansiering. Detta förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I enlighet med regeringens proposition Svenska miljömål – delmål och åtgärdsstrategier (prop. 2000/01:130) har Socialstyrelsen det övergripande ansvaret för miljömålsfrågor relaterade till hälsa. Det är, enligt regeringens synpunkt, angeläget att samordna aktiviteter inom området för miljö och hälsa. Regeringen 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 tillförs Socialstyrelsens anslag 1,2 miljoner kronor per år från utgiftsområde 20, anslaget 34:2 *Miljöövervakning*. Från 2004 och framåt kommer samma summa att föras över från anslaget 34:3 *Åtgärder för biologisk mångfald*, under samma utgiftsområde.

Socialstyrelsen har i februari 2002 lämnat en redovisning av myndighetens miljöledningsarbete till regeringen. Inom ramen för regeringens satsning på äldre skyddsombud tillförs Socialstyrelsen 4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003 för att förstärka sin regionala tillsyn inom vården och omsorgen om äldre. Regeringen avser att senare återkomma med ett uppdrag till länsstyrelserna och Socialstyrelsen med riktlinjer och villkor för medlens närmare användning samt anvisningar för upp-

följning och redovisning av resultat (se avsnitt 8.6.2).

Som tidigare nämnts har ansvaret för administrationen av läkarnas specialistkompetenskurser fr.o.m. den 1 september 2002 överförs från Socialstyrelsen till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). För 2002 har ca 15,8 miljoner kronor av Socialstyrelsens anslag beräknats till SK-kurser. Medel som Socialstyrelsen inte förbrukat av det beräknade beloppet överförs till IPULS genom överenskommelse mellan parterna. Medel för ändamålet kommer att utbetalas till IPULS från detta anslag även kommande år.

I anslaget ingår ett belopp om 14 miljoner kronor som avsatts för Socialstyrelsens uppdrag att svara för en nationell uppföljning och utvärdering av effekterna av resurstillskottet i samband med den nationella handlingsplanen samt stöd till landstingens och kommunernas utvecklingsarbete.

Anslaget minskas med 1,2 miljoner kronor 2003 beroende på omprioriteringar i statsbudgeten. Dessa medel återförs 2004.

Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

Regeringens övergripande bedömning är att Socialstyrelsen på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten. Verksamhetens omfattning och inriktning svarar på ett bra sätt mot de krav som regeringen i olika sammanhang ställt på myndigheten. Regeringen ser därför ingen anledning till att ändra på myndighetens verksamhetsinriktning under det närmaste budgetåret.

**Tabell 4.19 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:6 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>460 736</b>	<b>460 736</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	11 676	22 383
Beslut	-2 063	-883
Överföring till/från andra anslag <sup>2</sup>	271	277
Övrigt	-1	-1
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>470 619</b>	<b>482 512</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget.

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

<sup>2</sup> Kompensation för premier för statliga avtalsförsäkringar avseende av myndigheten finansierad personal vid universitet och högskolor. En närmare beskrivning av fördelningen av dessa medel finns i budgetpropositionen, vol. 8, avsnitt 7.3.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 470 619 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 482 512 000 kronor.

#### 4.9.7 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

**Tabell 4.20 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden**

Tusental kronor

2001	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2002	Anslag	0	Utgifts-prognos	0
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>39 720</b>		
2004	Beräknat	58 714 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 57 448 tkr i 2003 års prisnivå.

En ny lag om läkemedelsförmåner m.m. har trätt i kraft den 1 oktober 2002. I samband med detta har en ny självständig myndighet inrättats, Läkemedelsförmånsnämnden. Den nya myndighetens uppgift är att ansvara för beslut om subventionering och prisreglering av läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Tidigare ansvarade Riksförsäkringsverket (RFV) för att fastställa pris på läkemedel. Den uppgiften har nu övertagits av Läkemedelsförmånsnämnden. Nämnden skall även göra en systematisk genomgång av det läkemedelssortiment som fanns när reformen trädde i kraft. För att nämndens beslut skall bidra till en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i samhället måste arbetet med att följa upp och utvärdera fattade beslut och deras konsekvenser på läkemedelsförbrukningen få en framskjuten plats. Myndigheten måste också fortlöpande inhämta information om den allmänna utvecklingen på läkemedelsområdet i vid bemärkelse. Därtill skall myndigheten bedriva en bred informationsverksamhet samt utfärda föreskrifter. Myndigheten skall också följa utvecklingen i andra länder och ta vara på erfarenheterna därifrån.

I budgetpropositionen för 2002 (prop. 2001/02:1 Bilaga 13 s. 40) föreslogs att det för genomförande av regeringens förslag om nya läkemedelsförmåner skulle avsättas 25 miljoner kronor för 2002 under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*. Riksdagen beslutade i enlighet med förslaget.

## Regeringens överväganden

Regeringen gav den 28 februari 2002 en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av en ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). Myndigheten började sin verksamhet den 1 oktober 2002 i stället för den 1 juli 2002 såsom beräknades i budgetpropositionen för 2002.

En preliminär internbudget utvisar att myndigheten snabbare än väntat kommer att ha en fullt utbyggd verksamhet. Medelsbehovet för 2003 beräknas överstiga tilldelat anslag för året med 3 miljoner kronor vilket dock täcks av förväntat anslagssparande för 2002 på anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

Anslagsnivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 4.21 Härlledning av anslagsnivå 2003-2004, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	0	0
Beslut	-280	-286
Överföring till/från andra anslag	40 000	59 000
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>39 720</b>	<b>58 714</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 39 720 000 kronor anvisas under anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 58 714 000 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. Vidare skall verket ansvara för kontroll och tillsyn av medicintekniska produkter.

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

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

Läkemedelsverket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 2001 redovisat ett rörelseöverskott på ca 25,8 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter var ca 263,6 miljoner kronor. Läkemedelsverket har angivit en beräknad kostnadsbudget om 280,1 miljoner kronor för 2003.

Läkemedelsverket hade ett ingående balanseerat resultat 2002 på 48 miljoner kronor.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.22 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2001	243 059	-191 724	51 335
Prognos 2002	255 100	-237 800	17 300
Budget 2003	255 100	-240 100	15 000

**Tabell 4.23 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2001	20 537	-46 110	-25 573
(varav tjänsteexport)	20 537	-46 110	-25 573
Prognos 2002	20 000	-40 000	-20 000
(varav tjänsteexport)	20 000	-40 000	-20 000
Budget 2003	20 000	-40 000	-20 000
(varav tjänsteexport)	20 000	-40 000	-20 000

Läkemedelsverket behåller sin position som en av de mest anlitade och efterfrågade myndigheterna i Europa när det gäller centralt godkännande av läkemedel. Totalt har Sverige erhållit 29 procent av utredningarna som rapportör/medrapportör i den centrala proceduren under 2001. Vad gäller ändringsärenden avslutades totalt 187 ärenden i vilka Läkemedelsverket agerade som rapportör i 63 och medrapportör i 17 stycken. När Sverige agerar referensstat medför det ansvar också för ändringsärenden. Även antalet ansökningar i den ömsesidiga proceduren för godkännande av läkemedel fortsatte

att öka, från 178 stycken 2000 till 234 stycken under 2001. Antalet produkter som Sverige är referensstat för i den ömsesidiga proceduren blir ständigt fler och antalet ändringsärenden ökar stadigt. Antalet inkomna ändringsärenden där Sverige agerade referensstat var under 2001 318 stycken. De nationella ansökningarnas antal ligger på en högre nivå än förra årets och antalet ansökningar avseende parallellimporterade läkemedel ökar likaså.

Läkemedelsverkets tjänsteexport består i att verket erhåller ersättning från EMEA, den europeiska läkemedelsmyndigheten, för att utreda ansökningar om godkännande (rapportör eller medrapportör) samt för det arbete som följer efter ett godkännande och omfattar exempelvis ändringar, kvalitetskontroll och säkerhetsuppföljningar.

När det gäller särbehandlade läkemedel har en satsning gjorts på att driva fler ärenden till avslut. Totalt 47 ansökningar om godkännande av naturläkemedel har slutbehandlats under 2001, varav 10 produkter har godkänts för försäljning, 30 ansökningar har återtagits och 7 ansökningar har avslagits. 90 produkter är godkända som naturläkemedel och 167 produkter, s.k. frilistade naturmedel, har tillfälligt försäljningstillstånd som naturläkemedel i avvaktan på en slutgiltig bedömning.

Marknadstillsynen inom det medicintekniska området bygger till stor del på olycks- och tillbudsrapporter från tillverkare, myndigheter i andra EES-länder och från svensk hälso- och sjukvård. Antalet nya rapporter har ökat från 375 (2000) till 510 (2001).

Regeringen avser i enlighet med propositionen De nya läkemedelsförmånerna (prop. 2001/02:63) att uppdra till Läkemedelsverket att utreda miljöpåverkan från läkemedel samt kosmetika och hygieniska produkter inklusive deras förpackningar. I uppdraget avses ingå att lämna förslag till åtgärder för hur denna påverkan kan begränsas.

Läkemedelsverket kommer under 2003 att flytta till nya och mer ändamålsenliga lokaler i Uppsala.

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

#### 4.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är helägt av staten. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen med redogörelse för företag med statligt ägande. Vid utgången av 2001 bestod koncernen av moderbolaget Apoteket AB, de rörelsedrivande dotterbolagen Kemi & Miljö Konsulterna AB, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi AB (IHE) samt intressebolagen Oy Tamro Abp och Kårhuset Pharmen AB.

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

Apoteket omsatte under 2001 29,7 miljarder kronor, en ökning med 6,5 procent jämfört med föregående år. Försäljningen av läkemedel mot recept ökade med 6,6 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 Apotekets resultat negativt men kommit samhället till godo i form av sänkta läkemedelskostnader.

År 2001 uttalade staten att en lämplig nivå för vinstutdelning är omkring 100 miljoner kronor. Apoteket AB gjorde emellertid inte någon vinstutdelning till bolagets ägare för verksamhetsåret 2001. Staten har vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 17 april 2002 uttalat att en lämplig nivå för vinstutdelning till bolagets ägare även för verksamhetsåret 2002 är omkring 100 miljoner kronor.

**Tabell 4.24 Ekonomisk översikt***Miljoner kronor*

	1997	1998	1999	2000	2001
Nettoomsättning	21 624	23 419	26 130	27 866	29 668
Resultat efter finansiella poster	1 126	341	400	29	-144
Eget kapital	3 076	1 873	2 032	1 803 <sup>1</sup>	1 611 <sup>1</sup>
Utdelning	1 500	100	100	100	-
Räntabilitet på eget kapital, %	-11,7	13,6	14,6	neg.	neg.
Antal anställda	9 447	9 147	9 395	9 802	10 308

<sup>1</sup> Hänsyn är tagen till byte av redovisningsprincip.

Regeringen avser att träffa ett nytt verksamhetsavtal mellan staten och Apoteket AB med anledning av de förändringar som inträder den 1 oktober 2002 som ett resultat av propositionen (prop. 2001/02:63) om de nya läkemedelsför-

månerna och landstingens ökande ansvar för kostnaderna för läkemedel i öppen vård.



## 5 Politikområde Folkhälsa

### 5.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. Utmärkande för politikområdet är dess sektorsövergripande och tvärvetenskapliga karaktär. De flesta hälsofaktorer, s.k. hälsodeterminanter eller bestämningsfaktorer för hälsa, påverkas till stora delar av insatser inom andra politikområden. Detta ställer stora krav på samordning.

Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå, dvs. inom landsting och kommuner samt av frivilligorganisationer. Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (1988:1472). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör ett flertal kommunala verksamheter, t.ex. miljöbalken, socialtjänstlagen (2001:453), livsmedelslagen (1971:511) och plan- och bygglagen (1987:10).

Det nationella folkhälsoarbetet handlar om att utforma en folkhälsopolitik som klargör samhällets ansvar för befolkningens hälsa samt skapar förutsättningar för en god hälsa hos befolkningen. Syftet är främst att se till att folkhälsoaspekter tillvaratas och beaktas i politiska beslut och att incitament skapas för att arbetet med folkhälsofrågor prioriteras.

På nationell nivå bedrivs folkhälsoarbete av statliga myndigheter samt frivilliga organisationer. Regeringens stöd inom politikområdet folkhälsa består av medel till myndigheter såsom Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin och Socialstyrelsen. Dessa myndigheter utgör kunskapscentra och har viktiga uppgifter att fylla för folkhälsoarbetet inom områden som nationell

uppföljning och utvärdering, epidemiologisk uppföljning samt tillsyn.

Andra myndigheter som har centrala roller i folkhälsoarbetet är bl.a. Läkemiddelsverket, länsstyrelserna, Konsumentverket, Livsmedelsverket och Naturvårdsverket. Viktig folkhälsoforskning finansieras av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Inom politikområdet ger regeringen även bidrag till 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. Inom politikområdet ingår även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO) samt Nordiska hälsovårdshögskolan, vilken utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. Även Alkoholsortimentsnämnden ingår i politikområdet. Nämnden inrättades som ett led i de krav som Europeiska unionen ställde upp i samband med Sveriges inträde.

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 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
14:1 Insatser mot aids	64,0	58,1	57,4	<b>58,1</b>	58,1
14:2 Bidrag till WHO	9,2	40,0	42,7	<b>41,4</b>	34,4
14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	19,4	19,1	19,5	<b>20,5</b>	17,9
14:4 Statens folkhälsoinstitut	121,2	122,4	123,4	<b>124,9</b>	128,4
14:5 Smittskyddsinstitutet	148,2	160,4	156,8	<b>173,3</b>	177,2
14:6 Institutet för psykosocial medicin	13,5	13,9	15,2	<b>14,4</b>	14,7
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	53,5	101,6	97,3	<b>86,6</b>	86,6
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	60,3	302,5	271,4	<b>193,3</b>	178,3
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	0,1	0,4	0,2	<b>0,1</b>	0,4
Alkoholinspektionen	8,0	0	0	<b>0</b>	0
<b>Totalt för politikområde Folkhälsa</b>	<b>497,4</b>	<b>818,4</b>	<b>783,9</b>	<b>712,5</b>	<b>695,9</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition och förslag till tilläggsbudget i denna proposition.

## 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. Målet är formulerat så att en fokusering ligger på att minska ojämlikheter 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.

I årets budgetproposition används ett antal hälsomått för att bedöma uppfyllelsen av målet för politikområdet. Dock saknas för närvarande på många områden entydiga och tillförlitliga mått som t.ex. visar på hälsans ojämna fördelning och utveckling i olika grupper. De hälsomått som för närvarande används för att mäta hälsoutvecklingen i befolkningen är bl.a. förväntad medellivslängd, dödlighet, sjuklighet samt självupplevd hälsa.

## 5.4 Politikens inriktning

Folkhälsoarbetet har traditionellt sett bedrivits inom ett avgränsat politikområde. Hälsoaspekter har inte uppmärksamats på ett konsekvent sätt i utformningen av beslut som har påverkat människors hälsa, varken på nationell, regional eller kommunal nivå. Regeringen kommer under hösten att presentera en ny inriktning för den nationella folkhälsopolitiken. Den utgår ifrån att ett framgångsrikt folkhälsoarbete förutsätter insatser inom flera politikområden. Den utgår också ifrån att ohälsa i befolkningen bekämpas bäst genom att fokusera på hälsans bestämningsfaktorer snarare än på sjukdomarna. Metoden blir således att fokusera på bl.a. barns och ungdomars uppväxtvillkor, människors arbetsmiljö, ekonomisk och social trygghet i syfte att skapa en god hälsa på lika villkor i hela befolkningen.

För att vägleda den nya folkhälsopolitiken och för att möjliggöra en effektiv nationell samordning av folkhälsoarbetet kommer regeringen att presentera ett övergripande mål för det samlade arbetet för en god folkhälsa samt en mål- och uppföljningsstruktur. Målet och den tillhörande strukturen kommer att stimulera till åtgärder för förbättrad folkhälsa inom relevanta områden. Strukturen tar sin utgångspunkt i Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hälsa på lika villkor (SOU 2000:91).



Ett nationellt uppföljnings- och utvärderings-system för det samlade folkhälsoarbetet skall utvecklas.

Det grundläggande syftet med folkhälsoarbetet kvarstår: ojämlikheterna i hälsa i befolkningen skall motarbetas. Det handlar om att skapa en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Människors hälsa skall inte bero på t.ex. vilken socioekonomisk grupp man tillhör, om man är kvinna eller man eller vilken sexuell läggning man har.

Ökningen av alkoholkonsumtionen i befolkningen och narkotikaanvändningen bland ungdomar oroar. Regeringens mål att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar samt ett narkotikafritt samhälle har slagits fast i två handlingsplaner. Huvudinriktningen för alkoholpolitiken är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade, förebyggande insatser på kommunal nivå. För insatserna inom narkotikapolitiken gäller att begränsa både tillgången och efterfrågan på narkotika.

Under det senaste decenniet har tobakspolitiken skärpts, med en krympande andel rökare i befolkningen som följd. På senare tid har signaler dock getts om att användningen av tobak skulle öka. I propositionen Vissa tobaksfrågor (prop. 2001/02:64, bet. 2001/02:SoU8, rskr. 2001/02:235) slår regeringen fast att de statliga satsningarna inom området skall bidra till att unga människor inte börjar använda tobak samt underlätta för människor att sluta röka.

I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet avser regeringen att under 2003 utarbeta en proposition med förslag till en ny smittskyddslag. Underlaget för propositionen utgör den utvärdering av det svenska smittskyddet som finns i Smittskyddskommitténs slutbetänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51).

Genom förebyggande insatser och väl fungerande smittskyddsarbete har Sverige legat på en mycket låg nivå av hivsmittade med internationella mått mätt. Det nationella arbetet för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar kommer även fortsättningsvis att ha hög prioritet i regeringens arbete.

Folkhälsan i Sverige påverkas av den ökade internationaliseringen. Öppnare gränser medför ett ökat resande och utbyte av varor mellan länderna. Den ökade integrationen inom EU medför ytterligare lagstiftning som påverkar vår hälsa. Folkhälsan påverkas också av de alltmer

internationaliserade trenderna när det gäller t.ex. alkohol, narkotika och tobak. EU:s arbete med folkhälsofrågor har blivit allt viktigare. I förhandlingarna inom EU lägger Sverige stor vikt vid att hälsoaspekter beaktas i andra politikområden. Sverige framhåller också att arbetet med de sociala bestämningsfaktorerna måste ges ökad tyngd i syfte att utjämna ojämlikheterna i hälsan.

## 5.5 Insatser

### 5.5.1 Insatser inom politikområdet

#### Verksamhetsområde Samordnat folkhälsoarbete

Regeringen har gett i uppdrag åt Statens folkhälsoinstitut att vidareutveckla de förslag till indikatorer som Nationella folkhälsokommittén presenterade i sitt betänkande. Folkhälsoinstitutet skall lämna förslag på vilka indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer (folkhälsomålsindikatorer) som bör ingå i ett uppföljnings- och utvärderingssystem. Uppdraget skall redovisas senast den 31 mars 2003. I uppdraget ingår vidare att redovisa inom vilka områden som relevanta delmål och indikatorer saknas samt ge förslag på nya folkhälsorelaterade delmål och indikatorer. Institutet skall vidare lämna förslag till hur ansvarsfördelningen skall vara för uppgiftslämning, uppgiftsinsamling och bearbetning av indikatorerna på nationell nivå.

Regeringen har även gett i uppdrag åt Socialstyrelsen att vidareutveckla befintliga sammanfattande hälsomått i syfte att följa hälsoutvecklingen på befolkningsnivå samt utreda förutsättningarna för att utveckla ett nationellt folkhälsoindex. I uppdraget ingår också att redovisa hur avsnitt om hälsa i t.ex. Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar skulle kunna utvecklas. De båda uppdragen ger tillsammans ökade möjligheter att på nationell nivå följa både utvecklingen av befolkningens hälsa och av de faktorer som påverkar hälsan.

I maj 2002 träffades en överenskommelse mellan Europaparlamentet och rådet om ett nytt folkhälsoprogram som kommer att löpa mellan 2003 och 2008. Beslutet innebär att den nuvarande strukturen med flera separata program ersätts av ett samlat folkhälsoprogram. Program-

met är inriktat på tre övergripande åtgärdsområden: bättre information för att förbättra hälsan, snabba åtgärder vid hälsorisker samt arbete med bestämningsfaktorer för hälsan. Inom programmet kommer stor vikt att läggas vid åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa. Programmet kommer att utgöra ett viktigt instrument i arbetet med att stärka folkhälsofrågorna inom samtliga politikområden inom gemenskapen och därmed bidra till att en samlad folkhälsopolitik utvecklas.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att särskilt följa den psykiska ohälsans utveckling bland ungdomar. Institutet för psykosocial medicin (IPM) tar fram och sprider kunskap om sambanden mellan psykosociala faktorer och hälsa och om framgångsrika metoder för att förebygga ohälsa och främja hälsa i befolkningen. Kunskapsspridningen riktas till myndigheter, landsting, kommuner, företag och andra aktörer inom folkhälsoområdet och sker via publikationer, föreläsningar och medverkan i utbildningar. Arbetsmiljö och allmän social miljö, stress, barns psykiska hälsa, migration, suicidforskning och prevention är prioriterade områden.

### **Verksamhetsområde Hälsöfrämjande levnadsvanor**

Flera åtgärder har vidtagits inom alkoholområdet för att genomföra den nationella handlingsplanen. I mars 2001 tillsattes en särskild kommitté med representanter från berörda statliga myndigheter samt kommun- och landstingsförbunden. Alkoholkommittén (S 2001:02) skall samordna insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatserna på regional och lokal nivå. Det har betonats att insatser för barn och ungdomar är särskilt viktiga. Kommittén svarar också för information och opinionsbildning nationellt och genomför olika seminarier, konferensserier etc. som syftar till att förankra innehållet i planen och stimulera utvecklingen av olika verksamheter.

Erfarenheterna från kommitténs insatser hittills är mycket goda. Nationella informationsinsatser har påbörjats och olika konferenser kring handlingsplanen har genomförts i samtliga län i landet. Ett 50-tal nationella och regionala projekt har fått stöd i syfte att samordna olika

insatser som kan bidra till att förverkliga handlingsplanens målsättningar. Omfattande forskningsprogram vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) liksom olika forskningsprojekt vid Lunds universitet, Göteborgs universitet, Karolinska institutet och Stockholms universitet har fått ekonomiskt stöd.

En kommunal handbok i alkohol- och drog-förebyggande lokalt arbete har tagits fram av Svenska Kommunförbundet med stöd av medel från regeringen liksom ett metod- och informationsutvecklingsprojekt om alkoholfrågor inom fritidsgårdsverksamheterna. Sammanlagt har drygt 50 miljoner kronor fördelats till olika alkohol- och narkotikaförebyggande projekt under 2001. Länsstyrelserna har dessutom för 2001 och 2002 sammanlagt erhållit 180 miljoner kronor att fördela till kommunernas alkohol-förebyggande arbete, öppenvårdsinsatser samt till verksamheter för barn till missbrukare.

EU:s ministerråd antog den 5 juni 2001 ett förslag till rekommendation (KOM (2000) 736) om barns och ungdomars alkoholkonsumtion som EU-kommissionen utarbetat på svenskt initiativ. 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. I juni 2001 beslutade ministerrådet på svenskt initiativ att uppdraga åt EU-kommissionen att utarbeta en alkoholstrategi på folkhälsoområdet inom EU. En arbetsgrupp inom kommissionen har till uppgift att presentera ett förslag till strategi.

Regeringen har i januari 2002 presenterat en narkotikapolitisk handlingsplan (jfr prop. 2001/02:91, bet. 2001/02:SoU15, rskr. 2001/02:193). Denna slår fast att visionen för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Inriktningen för narkotikapolitiken kommer även fortsättningsvis att vara att insatser och åtgärder inom narkotikapolitikens område skall syfta till att begränsa både tillgången och efterfrågan på narkotika. Handlingsplanen omfattar bl.a. förebyggande åtgärder och vård- och behandlingsinsatser. För att genomföra den narkotikapolitiska handlingsplanen har regeringen utsett en särskild narkotikapolitisk samordnare (S 2002:03). Samordnaren påbörjade sitt arbete i februari 2002 och har under året

vidtagit en rad olika åtgärder för att mobilisera hela samhällets insatser mot narkotikamissbruket.

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 centrrets 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 ämnen, bl.a. GHB och GBL. FHI har vidare utvecklat nätverk och databaser för att effektivisera datainsamlingen rörande narkotika-utvecklingen.

Problemen med missbruk av läkemedlet Rohypnol har uppmärksammats. Rättsmedicinalverket har inkommit med en rapport. Uppgifter inhämtas också från andra myndigheter med kunskap på området och regeringskansliet arbetar fortlöpande med frågan.

Sverige deltar aktivt i FN:s narkotikakontrollprogram UNDCP, men även i Europarådets samarbetsgrupp för narkotikafrågor, den s.k. Pompidougruppen. En strategi för narkotikabekämpning inom EU antogs vid Europeiska rådet i Helsingfors 1999. Vid toppmötet i juni 2000 antogs en särskild handlingsplan för att genomföra EU:s narkotikastrategi. Under 2002 har en halvtidsutvärdering av handlingsplanen genomförts. Vidare har ett särskilt rambeslut om minsta maximistraff för narkotikabrott antagits och förhandlingar har inletts om ett särskilt narkotikapreventionsprogram.

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

att behandlas av riksdagen i höst. Regeringen har mot bakgrund av övervägandena i propositionen tillsatt två utredningar, en som skall förbereda för rökfritt i serveringslokaler från 2004 och en som skall utreda frågan om tobaksbolagens marknadsföring genom s.k. tobaksfester samt ytterligare begränsningar av tobaksreklam.

Regeringen har också överlämnat en proposition till riksdagen om genomförande av det s.k. märkningsdirektivet (prop. 2001/02:164) som rör varningstexter, innehållsdeklarationer och maxgränser av tjära, nikotin och kolmonoxid. Propositionen antogs av riksdagen den 30 maj 2002 (bet. 2001/02:SoU20, rskr. 2001/02:283).

Inom såväl EU som WHO pågår ett arbete för att minska tobaksrelaterade hälsoskador. År 2001 publicerade EU-kommissionen ett förslag till direktiv avseende reklam för tobaksvaror. Direktivförslaget kan tidigast antas under 2003. Inom WHO pågår sedan 2000 en förhandlingsprocess om en bindande ramkonvention för tobakskontroll som förväntas antas av WHO:s årsförsamling 2003. Den kommer att kunna utgöra en samling internationellt antagna regler och ett stöd för utarbetande av nationell lagstiftning.

Tillförlitliga och representativa data om kost och fysisk aktivitet i befolkningen saknas i dag. Statens folkhälsoinstitut har därför, tillsammans med Livsmedelsverket, inlett ett arbete med att utveckla enkätfrågor om levnadsvanor inom området.

Statens folkhälsoinstitut arbetar för närvarande med att ta fram strategier för att öka konsumtionen av frukt och grönt i befolkningen. Folkhälsoinstitutet har fortsatt arbetet med åttstörningar i form av en expert- och myndighetsgrupp. Syftet är att få ökad kunskap som bas för att utveckla förebyggande strategier mot åttstörningar. Det nätverk som skapats över landet har getts information om kunskapsläget via nätverksbrev.

Regeringen gav i juli 2001 i uppdrag åt Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) att i samråd med Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket kartlägga och redovisa de behandlingsmöjligheter som finns avseende fetma. Kartläggningen har omfattat både primärvård och sjukhusvård i Sverige. I uppdraget har också ingått att redovisa effekter av olika behandlingsmetoder mot fetma och i övrigt lämna förslag på lämpliga förebyggande och andra samhällsbaserade åtgärder mot

fetma samt uppskatta de direkta kostnaderna för samhället och individerna när det gäller behandling av fetma och fetmarelaterade tillstånd. Uppdraget redovisades till regeringen den 1 juli 2002.

Statens folkhälsoinstitut fick i uppdrag av regeringen att genomföra projektet "Sätt Sverige i Rörelse 2001". Detta är ett långsiktigt arbete på flera olika arenor och med många samarbetspartners, som syftar till att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen. Under 2002 har arbetet fortsatt och utvecklats. En omfattande utvärdering av insatser gjorda under 2001 har också tagits fram. Utvärderingen visar så goda resultat att regeringen givit ett uppföljningsuppdrag, "Håll Sverige i Rörelse", till Statens folkhälsoinstitut. Uppdraget skall slutredovisas den 31 december 2004.

I takt med att omsättningen inom spelbranschen ökat under senare år har också frågan om spelberoende blivit allt viktigare. Bland människor som är spelberoende är ungdomar, invandrare och män överrepresenterade. Statens folkhälsoinstitut har under året disponerat fyra miljoner kronor för insatser mot spelberoende. Huvuddelen av resurserna har satsats på forskning, stöd och bidrag till Spelberoendes Riksförbund och dess lokalföreningar, en hjälplinje dit spelberoende eller anhöriga kan vända sig för att få hjälp och stöd, konferenser och utbildningar. Bland annat har kommunernas budgetrådgivare varit en målgrupp för konferenserna. Hösten 2001 gav regeringen i uppdrag till Statens folkhälsoinstitut att ta fram en nationell handlingsplan för att motverka spelberoende. Uppdraget skall redovisas senast den 1 januari 2003.

I december 2001 presenterade en arbetsgrupp inom regeringskansliet departementspromemorian Handlingsplan mot dopning inom idrotten (Ds 2002:4), som under våren 2002 varit ute på remiss. Dopingjourens verksamhet, som är förlagd till Huddinge sjukhus, är betydelsefull inte enbart ur ett idrottsligt perspektiv utan även ur folkhälsosynpunkt. I promemorian föreslås att Dopingjourens framtida finansiering garanteras och att forskning, utbildning och information rörande dopning bör intensifieras. Från och med 2003 har regeringen beslutat höja ersättningen till Dopingjouren till tre miljoner kronor. Förstärkningen innebär att Dopingjouren kan utveckla verksamheten bland annat genom att göra kunskapsammansättningar, öka det utåtriktade, förebyggande arbetet samt utveckla kontakterna med andra landsting.

## **Verksamhetsområde Smittskydd och hälsoskydd**

När det gäller förebyggande insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara infektioner har regeringen genom ekonomiskt stöd och 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. I oktober 2001 anordnade institutet den andra nationella konferensen för sexuellt överförbara sjukdomar och hiv under temat Kunskap och utveckling.

Ett arbete i samverkan med berörda myndigheter med att utveckla det hivpreventiva arbetet har under året påbörjats. En nationell samordningsgrupp med representanter för Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarorganisationen och Landstings- och Kommunförbunden har bildats under ledning av Statens folkhälsoinstitut. Till gruppen har knutits en referensgrupp med representanter från ett stort antal aktörer på området. Viktiga uppgifter har varit att följa indikatorerna beträffande smittspridningen av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar och att initiera insatser för att öka kunskapen om situationen samt analysera behov av förebyggande åtgärder. I december 2001 redovisade Statens folkhälsoinstitut till regeringen hur detta samarbete fortlöpt. Samordningsgruppen fortsätter sitt arbete under 2002.

I juni 2001 genomförde FN:s generalförsamling en särskild session med fokus på hiv/aidsfrågorna i världen, i vilken Sveriges socialminister deltog. Vid mötet enades medlemsstaterna om en deklaration om insatser för att bekämpa hiv/aids och dess följdverkningar. Som en följd av deklarationen har regeringen beslutat att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids (S 2002:11). Utredarens huvuduppgift är att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Uppdraget omfattar insatser för att förebygga spridning av hiv/aids, stödja de män och kvinnor som lever med sjukdomen och stimulera till en öppen, tolerant och realistisk syn på orsaker till och konsekvenser av hiv/aids. Utredaren skall även

lämna förslag till framtida inriktning av medlen under anslaget 14:1 *Insatser mot aids* under utgiftsområde 9.

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

Den svenska modellen för övervakning av resistensläget och strategier för att få till stånd en rationell antibiotikaanvändning har under året vunnit gehör inom EU. I november 2001 antog EU:s hälsoråd en rekommendation om antibiotikaresistens. Syftet är att skapa en gemensam strategi inom EU för att motverka uppkomst och spridning av antibiotikaresistens.

Under året har arbetet med att utveckla de beståndsdelar som ingår i Kunskapscentrum för mikrobiologisk beredskap (KCB) fortsatt. KCB är ett samarbete som inrättats mellan Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet (SMI), Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) och Försvarmakten. Utgångspunkten för detta arbete utgörs bl.a. av de möjligheter som finns i det nya säkerhetslaboratoriet vid Smittskyddsinstitutet att hantera smittämnen som kräver högsta säkerhetsnivå. Därutöver har under året insatser vidtagits för att få till stånd en internationell epidemiologisk databas, en fältepidemiologisk insatsstyrka, högisoleringsvårdavdelning och transport av högsmittsamma patienter.

Inom EU har arbetet inom nätverket för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar fortsatt att utvecklas. En rad separata initiativ har också tagits för att förbättra gemenskapens beredskap mot bioterrorism.

Inom Östersjösamarbetet har arbetet i den särskilda aktionsgruppen smittsamma sjukdomar som inrättats inom Östersjöstaternas råd (CBSS) fortsatt. Inom de fem prioriterade områden som utpekats – hiv/aids, tuberkulos, antibiotikaresistens, primärvård och epidemiologisk övervakning – har konkreta projekt kommit i

gång. Vid Östersjötoppmötet i S:t Petersburg i juni 2002 gjorde regeringscheferna ett särskilt uttalande till stöd för aktionsgruppens arbete.

FN:s Världstoppmöte om hållbar utveckling i Johannesburg 26 augusti – 4 september 2002 resulterade i en politisk deklaration och en handlingsplan. Målet för hälsa och hållbar utveckling är att alla skall få tillgång till basal hälso- och sjukvård, att de miljömässiga hälsoriskerna minskar och att hänsyn tas till barns speciella behov samt att sambandet mellan fattigdom, hälsa och miljö tydliggörs. Inom politikområdet folkhälsa genomförs flera aktiviteter med koppling till de paragrafer som återfinns i handlingsplanen. Det gäller flertalet av de nationella och internationella aktiviteter som genomförs inom verksamhetsområdena ett samordnat folkhälsoarbete, hälsofrämjande levnadsvanor samt smittskydd och hälsoskydd.

Det fjärde ministermötet om miljö och hälsa som arrangeras av WHO och UN/ECE kommer att äga rum under 2004 i Budapest. Sverige har erbjudit sig att inför denna konferens arrangera ett förmöte i Stockholm våren 2003 med inriktningen barn, hälsa och miljö. Förberedelserna har inletts under 2002. Samtidigt har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med ”Miljöhälsorapport 2004” som kommer att vara inriktad på barn och vara en del av rapporteringen/uppföljningen av hälsoaspekterna i regeringens och riksdagens miljö kvalitetsmål.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda problemet med höga ljudnivåer. Därvid har ett samarbete mellan olika berörda myndigheter inletts. Ytterligare överväganden krävs beträffande bullerproblematiken i samhället i stort. Resultatet skall redovisas för regeringen våren 2003.

### 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 av politiska beslut och lokala välfärdsbeslut.

I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dessa insatser är individ-, befolknings- och samhällsriktade. De flesta landsting har i dag 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 samt andra frivilligorganisationer är 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 minskar tillgången på narkotika, svartsprit och smuggelcigaretter. De förebyggande insatserna som utförs av kommuner, landsting och länsstyrelser samt frivilliga organisationer är också mycket betydelsefulla.

Det pågår många insatser inom flera politikområden i syfte att främja människors psykiska hälsa. Den arbetslivsrelaterade ohälsan, som till stor del yttrar sig i psykisk ohälsa, har uppmärksammats i regeringens 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet som presenterades i budgetpropositionen för 2002. Programmet innehåller bland annat medel till försöksverksamheter för att minska ohälsan i den offentliga sektorn. Slutbetänkandet från utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet överlämnades till regeringen i januari 2002 (SOU 2002:5). I betänkandet konstateras att det är i samspelet mellan individ och arbetsplats som ohälsan kan bekämpas. Inom ramen för den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) får kommuner och landsting under åren 2001–2004 ett tillskott på närmare nio miljarder kronor för utveckling av hälso- och sjukvården, som bl.a. skall användas till ett tidigare och bättre stöd för barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa.

Våren 2002 fattade riksdagen beslut om en proposition om elevhälsa (prop. 2001/02:14). I propositionen föreslår regeringen att ansvaret för förskoleklassens hälsovård skall överföras

från landstingens barnhälsovård till kommunernas skolhälsovård. Regeringen föreslår också att elevhälsa görs till ett eget verksamhetsområde där skolhälsovård, elevvård och specialpedagogiska insatser ingår.

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 48:2, *Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting*, har särskilda medel tillfälligt 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, CHESS (Centre for Health Equity Studies). Centret finansieras av Stockholms universitet, Karolinska Institutet och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Inom storstadspolitiken, som syftar till att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för tillväxt och att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen, är ett av delmålen att folkhälsan skall förbättras. En mängd åtgärder har direkt bäring på att förbättra folkhälsan. Satsningen genomförs tillsammans med sju kommuner i storstadsregionerna och omfattar 24 stadsdelar.

## 5.6 Resultatbedömning

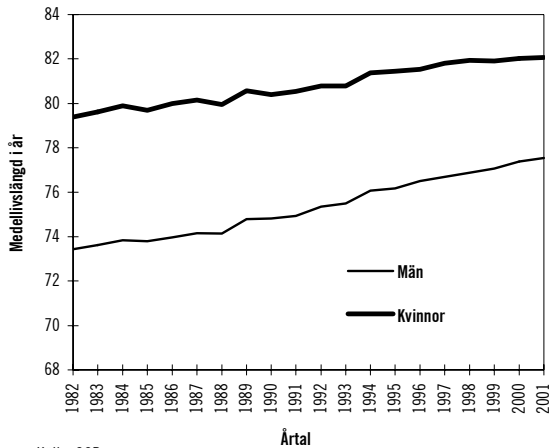
### 5.6.1 Resultat

#### Verksamhetsområde Samordnat folkhälsoarbete

När resultatbedömningen görs på politikområdesnivå kan konstateras att måluppfyllelsen inom folkhälsoområdet nåtts i det avseendet att folkhälsan under 1990-talet generellt sett har förbättrats. Denna utveckling redovisades bl.a. i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001. Förbättringarna i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och lägre dödlighet. 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 arbetaryken. Mäns medellivs-

längd ökar snabbare än kvinnors vilket har gjort att skillnaden mellan kvinnors och mäns medellivslängd minskar. Kvinnor lever i dag i genomsnitt 4,5 år längre än män.

Diagram 5.1 Medellivslängden mellan 1982 och 2001



Källa: SCB

Om utgångspunkten för bedömningen i stället tas i hälsoproblem och sjukdomar blir bilden något annorlunda. Den stadiga ökningen av livslängden har t.ex. inte medfört någon ökning av antalet "friska" år, dvs. år med full hälsa enligt SCB:s hälsoindex. Snarare kan man skönja en svag nedgång av antalet år med full hälsa för både kvinnor och män, men nedgången är tydligare för kvinnor. En anmärkningsvärd försämring har skett i befolkningen vad gäller psykisk ohälsa i form av ångslan, oro, ångest och sömnbesvär. Försämringen 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.

Ökningen av sjukfrånvaron under 1990-talets sista år har satts i samband med dessa symptom, men ökningen av besvären har pågått under hela 1990-talet. Mellan 1999 och 2000 ökade andelen långtidssjukskrivna med psykiska sjukdomar kraftigt; från 18 till 23 procent. Långtidssjukskrivna definieras i detta sammanhang som personer som varit sjukskrivna i minst 60 dagar. De vanligaste besvären utgörs av depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Under 2001 fortsatte andelen med psykiska sjukdomar att öka och utgjorde 25 procent av de långtidssjukskrivningar som påbörjades i februari 2001. Ökningen var kraftig bland kvinnorna, för vilka andelen steg från 24 procent 2000 till 28 procent 2001. Det finns förmodligen ett samband mellan

den försämrade psykiska hälsan och de negativa förändringar i den psykosociala arbetsmiljön som har rapporterats under 1990-talet. Det bör påpekas att antalet sjukskrivna ökar för alla typer av sjukdomar, men att ökningen är störst för psykiska sjukdomar.

Tabell 5.2 Andelen långtidssjukskrivna med olika diagnoser 2000 och 2001 (procentuell fördelning)

	Män 2000	2001	Kvinnor 2000	2001
Rörelseorganen	38	37	37	34
Psykiska sjukdomar	20	20	24	28
Skador och förgiftningar	12	13	7	7
Cirkulationsorganen	7	8	3	3
Graviditetskomplikationer	–	–	6	6
Nervsystem och sinnesorgan	4	5	4	3
Tumörer	3	3	3	3
Matsmältningsorganen	3	2	2	2
Andningsorganen	2	2	2	2
Utbrändhet	2	1	3	2
Endokrina systemet och ämnesomsättning	1	1	1	1
Hudsjukdomar	1	1	1	1
Urin och könsorgan	1	0	1	1
Infektioner	0	0	0	0
Övriga	6	7	6	7

Källa: RFV Redovisar 2002:3.

Målet att minska ojämlikheten i hälsa har inte uppfyllts. De sociala skillnaderna i hälsa är fortfarande påtagliga och förefaller inte ha minskat under den senaste tjugoårsperioden. Skillnaderna i dödlighet ligger i dag kvar på samma nivåer som under 1960- och 1970-talen. Riskerna för arbetare att avlida i förtid jämfört med tjänstemän är särskilt omfattande i dödsorsaker föranledda av kranskärlsjukdom, lungcancer, alkoholskador och självmord. Det skall dock tilläggas att svenska kvinnor och män i arbetaryrken har den lägsta dödligheten bland motsvarande yrkesgrupper i hela Europa. Vidare har lågutbildade betydligt fler hälsoproblem än högutbildade. Socialbidragstagare, barn till missbrukare och psykiskt sjuka löper större risk än andra att bli sjuka eller skadade. Ensamstående föräldrar har sämre hälsa än sammanboende föräldrar och barn till ensamstående föräldrar löper större risk än barn till sammanboende att bli sjuka eller

skadas, framför allt när det gäller psykisk ohälsa, drogrelaterade diagnoser och självmord. En stor del av den förhöjda förekomsten av ohälsa verkar kunna förklaras av ekonomiska och sociala förhållanden.

De könsrelaterade skillnaderna i hälsa är omfattande. Traditionella val inom den medicinska forskningen av teorier och forskningsämnen, frågeställningar och metoder samt bearbetning och tolkning av resultat har lett till att en rättvisande bild av kvinnors hälsa inte har getts. Samtidigt som kvinnor lever längre än män uppvisar de fler symptom på sjuklighet. Kvinnor uppsöker sjukvård i betydligt större utsträckning än män men avstår oftare än män på grund av kostnaderna. Kvinnor står för en större del av läkemedelskonsumtionen och utnyttjar sjukförsäkringssystemet mer än män.

Flera studier visar att personer som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen i Sverige. Det kan bero på att de på olika sätt befinner sig i utsatta situationer, inte minst med avseende på sociala och materiella villkor. Det kan t.ex. handla om upplevelse av diskriminering, förmåga att tala och förstå svenska och, inte minst, erfarenheterna som har legat till grund för själva migrationen. För flyktingar är orsaken till migrationen ofta traumatiska upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelse och tortyr. Även förhållanden i hemlandet påverkar invandrades hälsa. Studier visar också att precis som för svenskfödda förekommer stora hälsoskillnader mellan könen.

Kunskapsunderlaget om livssituationen och hälsoläget för homo-, bi- och transsexuella är mycket begränsat, men tyder på att hälsan i dessa grupper är sämre än hos heterosexuella. I Sverige har endast enstaka studier gjorts där sexuell läggning kopplats till hälsoaspekter, såsom upplevelse av psykisk ohälsa eller alkoholbruk. Dessa undersökningar tyder bl.a. på att bruket av alkohol och droger ligger på högre nivåer bland homosexuella än i befolkningen generellt, att självmordstankar är betydligt vanligare bland homosexuella, och att en betydande andel av gruppen upplevt trakasserier, hot eller våld på grund av sin sexuella läggning.

## **Verksamhetsområde Hälsöfrämjande levnadsvanor**

Alkoholkonsumtionen under 2001 uppgick till 9,2 liter ren alkohol per person som är 15 år och äldre, vilket är en ökning med ungefär 15 procent sedan 1996. Konsumtionsökningen är resultatet av såväl en ökad försäljning på Systembolaget som en ökad införsel av alkohol från utlandet. Andelen ungdomar som ofta berusar sig fortsätter att öka och andelen som aldrig berusar sig minskar. Flickornas andel av den totala alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt sett i ett längre tidsperspektiv.

Den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador och inrättandet av kommittén för att genomföra handlingsplanen har lett till en ökad aktivitet på alkoholområdet. Flera nationella och regionala projekt har initierats och regionala konferenser har hållits över hela landet för att presentera handlingsplanen och för att få i gång lokala aktiviteter på området. Ett stort antal kommuner har anställt samordnare av de projektmedel som länsstyrelserna fördelat. Statens folkhälsoinstitut har fått regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera de olika insatserna som följer av handlingsplanen.

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 finns i flera andra europeiska länder förekommer inte i Sverige.



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

Tobak är fortfarande den enskilt största hälso-risken 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 bland kvinnor och i de mindre gynnade socioekonomiska grupperna. Lungcancer är det tydligaste exemplet där trenden nu är vikande för män när det gäller dödlighet, medan den fortfarande ökar för kvinnorna.

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. Försäljningen av snus har ökat stadigt under 1990-talet.

Tidigare svensk forskning visar att drygt en procent av befolkningen i åldern 15–74 år och som bodde i Sverige 1997 kan klassificeras som akuta problemspelare och ytterligare drygt en halv procent kan klassas som troliga patologiska spelare. Någon ytterligare prevalensstudie är ännu inte gjord varför det är osäkert hur stor andelen spelberoende är i dag. Dock har den totala omsättningen på spel ökat, antalet spelformer har ökat, tre nya kasinon har tillkommit, utländska spelarrangörer har etablerat sig via Internet och vinsttak och utdelningar har höjts. Detta talar för att problemen med spelberoende sannolikt inte har minskat.

### **Verksamhetsområde Smittskydd och hälsoskydd**

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 före-

komsten av smittsamma sjukdomar allmänt sett varit tämligen oförändrad under de senaste tio åren och inte heller under 2001 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.

Spridningen av hiv/aids i Sverige har kunnat hållas på låg nivå. 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. Under 2001 rapporterades 277 nya fall av hiv, vilket är en ökning med 14 procent i förhållande till året innan. Det finns dock ingen entydig förklaring till ökningen. Tvärtom är ökningen fördelad över alla smittvägar utom gruppen män som har sex med män. Inga tecken syns heller på att sjukdomen sprids i allt yngre åldrar. Den ökning av antalet rapporterade fall av hivinfektion som skedde under 2001 har däremot inte fortsatt under första halvåret 2002.

Klamydia har fortsatt att öka under 2001 och en ökning av antalet anmälda fall av syfilis och gonorré har också skett. Detta beror till en del på en ökad inhemsk spridning men även på att antalet människor som smittats utomlands ökar.

Under 2001 har den återkommande befolkningsbaserade undersökningen Allmänhetens vanor och hiv/aids – kunskaper, attityder och beteenden 1989–2000 som genomförs av FHI presenterats. Undersökningen visar att allmänhetens kunskaper om hiv/aids är goda men att det har skett en viss förändring i attityder och beteenden bl.a. när det gäller ett ökat antal tillfälliga sexualpartners och minskad kondom-användning i vissa åldersgrupper.

Bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om tecken finns på en oroad utveckling också i Sverige uppfattas den inhemska situationen som bättre än i många länder. Import av resistent stammar av personer från länder med högre förekomst sker kontinuerligt. Under 2001 har det bl.a. skett en kraftig ökning av antalet fall av Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA). En del av denna ökning beror troligen på att insatserna för att identifiera riskpatienter förbättrats men siffrorna indikerar ändå en pågående spridning av resistent bakterier i landet. Några totalresistent bakterier har inte upptäckts i Sverige, varför någon typ av antibiotikabehandling finns för

praktiskt taget alla bakterier som orsakar vårdrelaterade infektioner.

Arbetet med antibiotikaresistensproblematiken har lett till att frågan kommit i fokus och därigenom har medvetenheten om problematiken ökat påtagligt. T.ex. har intresset för att förbättra hygienrutiner inom vård och barnomsorg ökat. Antibiotikaanvändningen i öppenvård har minskat under de senaste åren trots att försäljningen av andra läkemedel ökat.

Under de senaste åren har det skett en viss minskning av vaccinationstäckningen i landet. Minskningen har dock ännu i de flesta fall varit obetydlig ur folkhälsosynpunkt. Fortfarande vaccineras 94 procent av alla barn för mässling, påssjuka och röda hund och 99 procent för difteri, stelkramp och kikhosta. Det förekommer dock kommuner och skolor där täckningen fallit under en acceptabel nivå, vilket gör att risken för utbrott av dessa sjukdomar ökar drastiskt.

Strax efter terrorattacken i New York påvisades fall av mjältbrand på några ställen i USA. En oro spred sig i Sverige över brev med oklar av-sändare. Breven i Sverige ledde till ett betydande merarbete för myndigheter på såväl nationell som lokal och regional nivå. I detta arbete löste smittskyddsläkarorganisationen i landstingen sina uppgifter på ett utmärkt sätt.

Den tillsynsverksamhet som Socialstyrelsen under året har bedrivit över smittskyddsverksamheten i landstingen har allmänt visat att smittskyddsarbetet fungerar väl, men att det i alla landsting finns utrymme för förbättringar. Arbetet med utbrott och uppföljningar av anmälningar av samhällsfarliga sjukdomar 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.

I Miljöhälsorapport 2001 ges en aktuell översikt över de viktigaste miljörelaterade riskfaktorerna samt hur dessa påverkar befolkningens hälsa. Trots att miljön i flera avseenden blivit renare under senare år och den miljörelaterade ohälsan därmed sannolikt minskat kvarstår många problem och nya tillkommer. Dessutom har ny kunskap medfört att bedömningen av vissa riskfaktorer skärpts. Ett exempel på detta är synen på ohälsa orsakad av luftföroreningar. Behovet av åtgärder bedöms fortfarande vara stort för riskfaktorer som luftföroreningar, buller, svärnedbrytbara miljöföroreningar (t.ex. dioxi-

ner och PCB), vissa tungmetaller och miljö-tobaksrök.

## 5.6.2 Analys och slutsatser

### Verksamhetsområde Samordnat folkhälsoarbete

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. Dessutom kvarstår betydande skillnader i ohälsa mellan olika grupper i befolkningen. Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) har uppmärksammat homosexuella ungdomars hälsosituation. Regeringen har för avsikt att initiera en undersökning om homo- och bisexuella ungdomars hälsa med förslag till åtgärder som kan förbättra deras levnadsvillkor.

Ökningen av sjukskrivningar och förtidspensioner inger oro ur ett folkhälsoperspektiv. Den stora ökningen av långtidssjukskrivningarna under senare delen av 1990-talet utgörs till större del av kvinnor. Dessa svarar för 65 procent av de långvariga sjukskrivningarna, definierat som sjukskrivningar 60 dagar eller längre. Regeringen anser att det är av stor vikt att folkhälsoarbetet framöver prioriteras både på nationell, regional och lokal nivå. Den nya nationella folkhälso-politiken är ett steg i den riktningen.

### Verksamhetsområde Hälsöfrämjande levnadsvanor

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, Alkoholkommittén har kommit igång ordentligt med sitt arbete 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 uppdraga åt EU-kommissionen att arbeta fram en alkoholstrategi inom EU är ett viktigt beslut för det fortsatta europeiska folkhälsopolitiska 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 ligger fast. Den nationella narkotikapolitiska handlingsplanen utgör därför ramen för en samlad nationell mobilisering mot narkotika. Handlingsplanen omfattar hela det narkotikapolitiska området och inkluderar såväl utbuds- som efterfrågedämpande åtgärder.

Det internationella samarbetet inom FN, Europarådet och EU har förbättrat Sveriges 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 också fortsättningsvis har en framträdande roll i det internationella samarbetet för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

Under 1990-talet har den svenska tobakspolitiken gradvis skärpts. Tobakslagen har stramats upp, såväl avseende reklambegränsningar som produktreglering samt avseende frågor som rör rökfria miljöer och passiv rökning. 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. Fortfarande är dock tobak den största enskilda riskfaktorn för hälsan.

Trots att Sverige har nått WHO:s mål har ungdomars användning av tobak, såväl av snus som cigaretter visat tendenser att öka. Detta har ännu inte kunnat verifieras med säkerhet, men signalerna bör tas på allvar. Tobaksanvändningen varierar också påtagligt mellan olika grupper i samhället. Tobak är också en priskänslig vara och en av de viktigaste förändringarna de senaste åren är den ökade försäljningen av lågpris-

cigaretter som nu omfattar tio procent av marknaden för cigaretter.

Regeringen lägger stor vikt vid det internationella samarbetet på tobaksområdet och prioriterar bl.a. arbetet med att utveckla och anta en ramkonvention för tobakskontroll inom WHO.

Spelmarknaden fortsätter att expandera. Fler spelformer etableras, konkurrensen hårdnar med Internet som spelarena, där flera utländska speloperatörer agerar. Mer än 7 000 värdeautomater har placerats ut på restauranger och bingohallar runt om i Sverige och är i dag den spelform som omsätter mest pengar. Den totala omsättningen ökar och är i dag över 32 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 stor andel av sin disponibla inkomst på spel som höginkomsttagare. Marknadsföringen av spel är fortfarande mycket omfattande. Den kartläggning som Lotteriinspektionen gjort av marknadsföringen av spel i Sverige visar att spelbranschen satsar mer än 2,3 miljoner kronor per dag på att marknadsföra spel. Av bland annat dessa skäl har regeringen givit Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att ta fram ett handlingsprogram mot spelberoende. Uppdraget skall redovisas senast den 1 januari 2003.

### **Verksamhetsområde Smittskydd och hälsoskydd**

När det gäller smittskyddsområdet medför bl.a. människors alltmer omfattande resande, den ökade invandringen och handeln med livsmedel över gränserna 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 återuppträtt, 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. Regeringen avser att verka för att smittskyddsfrågor skall ges hög prioritet såväl i det samarbete som sker i EU och i närområdet som i det samarbete som sker på global basis i bl.a. WHO:s och FN:s regi.

I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet avser regeringen att utarbeta ett förslag till en ny smittskyddslag. Underlaget för propositionen utgörs av den utvärdering av det svenska smittskyddet som finns i Smittskyddskommitténs slutbetänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51).

Inom hiv/aids-området 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. För att följa upp det beslut som fattades vid den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling 2001 har regeringen beslutat att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredarens huvuduppgift är att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids.

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. Regeringen avser att med utgångspunkt i förslaget till nationell handlingsplan återkomma med förslag till att motverka uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistens. I detta sammanhang kommer regeringen även att ta ställning till behovet av lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner.

## 5.7 Revisionens iakttagelser

Ingen myndighet inom politikområdet har fått invändningar från Riksrevisionsverket, vilket innebär att årsredovisningarna för 2001 i allt väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler. I Ekonomistyrningsverkets ekonomiadministrativa värdering för 2001 gavs samtliga myndigheter inom politikområdet EA-värdet fullt tillfredsställande.

## 5.8 Budgetförslag

### 5.8.1 14:1 Insatser mot aids

**Tabell 5.3 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids**

Tusental kronor				
2001	Utfall	64 033	Anslags-sparande	2 889 <sup>1</sup>
2002	Anslag	58 122	Utgifts-prognos	57 366
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>58 122</b>		
2004	Beräknat	58 122		

<sup>1</sup> Beloppet i Årsredovisning för staten 2001 (skr. 2001/02:101) bilaga 7 avseende utgående reservation och ramöverföringsbelopp 2001 har korrigerats.

Anslaget disponeras av Statens folkhälsoinstitut. Medlen skall användas för insatser mot hiv/aids. Institutet skall samverka med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarna och Landstingsförbundet och stimulera till regionala och lokala aktiviteter. De största stöden lämnas till Noaks Ark-Röda korset, RFSL och RFSU. Ekonomiskt stöd lämnas också direkt till de hivsmittades frivilligorganisationer på riksnivå. Från anslaget 48:2 *Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting* under utgiftsområde 25 kommer särskilda medel tillfälligt att utbetalas även 2003 för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna.

I juni 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. För att följa upp de beslut som då fattades med beslut på nationell nivå har regeringen tillkallat en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredarens huvuduppgift är att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Utredaren skall bl.a. utvärdera de insatser som vidtas inom ramen för de särskilda statliga medel som avsatts för insatser mot hiv/aids. Mot bakgrund av ovanstående skall utredaren lämna förslag till framtida inriktning av medlen under anslaget 14:1 *Insatser mot aids* och till hur medlen skall administreras. Uppdraget skall redovisas den 31 januari 2004.

## Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att de förebyggande insatser som gjorts med de medel som tillförts anslaget har bidragit till att Sverige lyckats hålla hiv/aids-epidemin på en mycket låg nivå med internationella mått mätt. Under året har en rad insatser vidtagits för att komma tillrätta med det ökade antalet fall av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

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

**Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:1 Insatser mot aids**

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	58 122	58 122
Förändring till följd av:		
Beslut	0	0
Förslag/beräknat anslag	58 122	58 122

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

### 5.8.2 14:2 Bidrag till WHO

**Tabell 5.5 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2001	Utfall	9 194	Anslags-sparande	-582
2002	Anslag	40 021 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	42 695
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>41 371</b>		
2004	Beräknat	34 371		

<sup>1</sup> Varav 650 tkr på tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition.

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Medlemsländernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen, antog i maj 2001 organisationens budget för perioden 2002–2003. Budgeten, som fastställs i US dollar, består dels av den reguljära budgeten, dels av frivilliga bidrag.

WHO har under senare år spelat en viktig roll för att hälsans betydelse fått större vikt i det internationella utvecklingsarbetet, inklusive i överväganden om ekonomisk och långsiktigt hållbar utveckling. Mobiliseringen av ökade resurser för bekämpning av hiv/aids, tuberkulos och malaria är exempel på att hälsoutveckling kommit att ses om en allt viktigare del i kampen mot fattigdom. WHO har också fått förbättrade resurser för sina hälsoprogram genom att de frivilliga bidragen har ökat markant.

WHO arbetar med en strategisk budgetering som följer de verksamhetsstrategier och prioriteringar som medlemsländerna har fattat beslut om. Budgeten är mål- och resultatstyrd.

Sverige ingår i WHO:s styrelse under perioden 2000–2003. Sverige har genom styrelsearbetet bl.a. medverkat till att reproduktiv hälsa och barnhälsa givits tydligare prioritet. Sverige har också aktivt verkat för utveckling av den strategiska budgetprocessen och övriga styrfunktioner samt att WHO:s arbete fortsatt inriktas på folkhälsoproblem och hälsosystem.

Sverige har genom Sida slutit ett avtal med WHO om frivilliga bidrag med 175 miljoner kronor för åren 2002–2003, vilket innebär en ökning med 10 procent i förhållande till föregående tvåårsperiod. Stödet avser utvecklingsinriktat programarbete inom viktiga hälsoområden, som t.ex. reproduktiv hälsa, barnhälsa, tropiska sjukdomar, folkhälsoprogram och hälsosystem. Något mer än hälften av dessa medel utgör stöd till forskning.

## Regeringens överväganden

Medlemsavgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning, skalan för medlemsländernas avgifter och valutakurserna gentemot US dollar. För 2003 har avgiften för Sverige fastställts till 4 133 395 US dollar. Enligt WHO:s regler skall denna avgift ha betalats in vid årets början. Utgiften under anslaget kommer således att påverkas av dollarkursen vid tidpunkten för utbetalningen. Är dollarkursen alltför hög kommer regeringen att återkomma under 2003 om tilläggsanslag. Anslaget för 2003 har minskats med 5 miljoner kronor i förhållande till 2002 års anslag. Regeringen gör dock bedömningen att anslaget behöver förstärkas och tillför därför ytterligare 7 miljoner kronor för 2003.

Beslut om WHO:s budget för 2004–2005 fattas i maj 2003.

**Tabell 5.6 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:2 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>39 371</b>	<b>39 371</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	2 000	–5 000
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>41 371</b>	<b>34 371</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 41 371 000 kronor anvisas under anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor.

### 5.8.3 14:3 Bidrag till Nordiska Hälsovårdshögskolan

**Tabell 5.7 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan**

Tusental kronor

År	Utfall	19 375	Anslags-sparande	–126
2001	Utfall	19 375	Anslags-sparande	–126
2002	Anslag	19 133	Utgifts-prognos	19 513
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>20 507</b>		
2004	Beräknat	17 908 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 17 507 tkr i 2003 års prisnivå.

Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. Finansiärer är de fem nordiska länderna. På skolan bedrivs utbildning och forskning inom folkhälsovetenskap för personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssektorer samt näraliggande områden. Nordiska ministerrådet fastställer varje år en total ekonomisk ram för skolans verksamhet. Vad varje land skall betala bestäms av landstorlek, BNP, antalet studenter vid skolan samt en särskilt NHV-nyckel.

### Regeringens överväganden

NHV spelar en viktig roll i att tillgodose behovet av kvalificerad folkhälsovetenskaplig kompetens. Regeringens bedömning är att utbildningen motsvarar de krav som kan ställas på en 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 disponerar ca 45 procent av utbildningsplatserna vid skolan. Då Nordiska ministerrådets budget för 2003 för nordiskt samarbete, inklusive NHV, fastställs först i november 2003 beräknas anslaget till NHV utifrån en preliminär bedömning, vilken för Sveriges del beräknas vara ca 20 miljoner kronor. NHV:s finansieringsmodell gör det svårt att förutse kostnaderna för länderna. Nordiska ministerrådet arbetar för närvarande med att ta fram en ny finansieringsmodell som skall öka ländernas möjligheter att förutsäga kostnaderna. En arbetsgrupp med representanter för de nordiska länderna har tillsatts med uppdraget att ta fram ett förslag till modell. Anslaget förstärks med 3 miljoner kronor för 2003 jämfört med beräknat belopp för 2003 i budgetpropositionen för 2002. Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 5.8 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>19 133</b>	<b>19 133</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	555	1 006
Beslut	833	–2 217
Övrigt	–14	–14
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>20 507</b>	<b>17 908</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 507 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 17 908 000 kronor.

### 5.8.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

**Tabell 5.9 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut**

Tusental kronor

År	Utfall	121 211	Anslags-sparande	4 098 <sup>1</sup>
2001	Utfall	121 211	Anslags-sparande	4 098 <sup>1</sup>
2002	Anslag	122 403	Utgifts-prognos	123 375
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>124 894</b>		
2004	Beräknat	128 434 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Beloppet i Årsredovisning för staten 2001 (skr. 2001/02:101) bilaga 7 avseende utgående reservation och ramöverföringsbelopp 2001 har korrigerats.

<sup>2</sup> Motsvarar 125 579 tkr i 2003 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 samt ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Institutet skall även kunna genomföra nationellt samordnade insatser på folkhälsoområdet efter beslut av regeringen.

Större delen av 2001 har använts till att utveckla verksamhet som inte faller under den nya organisationen och att förbereda de nya uppgifterna. Omorganisationen har inneburit en stor omställning för FHI och dess personal. Institutet har bl.a. förstärkt forskningsavdelningen och en central informationsavdelning har inrättats. Flera enheter håller på att utforma den framtida verksamheten. Den kommande propositionen om folkhälsomål kommer att utgöra en viktig utgångspunkt för den fortsatta utvecklingen av institutet. Det är regeringens bedömning att omorganisationen har genomförts väl.

## 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 att forma en nationell folkhälsopolitik. Regeringen gör bedömningen att nuvarande anslagsnivå är tillräcklig för att kunna genomföra de uppgifter som myndigheten har. 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 har regeringen under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* avsatt 30 miljoner kronor per år under perioden 2002–2004. Statens folkhälsoinstitut disponerar dessa medel.

Anslagsnivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

## Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Tabell 5.10 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	2001 utfall	2002 prognos	2003 beräknat	2004 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	18 620	12 450	26 000	
Nya förpliktelser	12 450	20 000	30 000	
Infriade förpliktelser*	-18 620	-6 450	-16 000	-20 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	12 450	26 000	40 000	
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>50 000</b>	<b>50 000</b>	<b>40 000</b>	

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

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 bemyndigande enligt tabellen ovan.

**Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>122 403</b>	<b>122 403</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	3 847	6 718
Beslut	-1 585	-921
Överföring andra anslag m.m.	229	234
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>124 894</b>	<b>128 434</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 124 894 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 Statens folkhälsoinstitut för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 128 434 000 kronor.

### 5.8.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

**Tabell 5.12 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet**

Tusental kronor

2001	Utfall	148 221	Anslags-sparande	17 554
2002	Anslag	160 384 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	156 773
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>173 343</b>		
2004	Beräknat	177 200 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt en minskning med 650 tkr på tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 173 343 tkr i 2003 års prisnivå.

Smittskyddsinstitutet (SMI) är en 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 2001 visar att det ekonomiska läget för SMI under året fortsatt att vara stabilt. Vid utgången av 2001 hade SMI ett anslagssparande på 17,5 miljoner kronor. Det stora anslagssparandet är en följd av att utgifter i samband med ett nytt djurhus på Karolinska institutets område senarelagts. Den översyn av verksamheten som inletts har fortsatt även under

det gångna året. De organisatoriska och ekonomiska problemen har kunnat lösas.

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

I budgetunderlaget som redovisades i mars 2002 konstaterar SMI att fem områden även fortsättningsvis är särskilt prioriterade: ökade insatser mot antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens, epidemiologi och diagnostik av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom och andra zoonoser, vaccinationsuppföljning, ökade insatser beträffande sexuellt överförbara infektioner i Sverige och i närområdet samt ökat stöd till Regeringskansliet avseende internationella smittskyddsfrågor.

Konstruktionen av det nya djurhuset pågår enligt planerna. Byggstarten skedde i januari 2001 och byggnaden är planerad att stå klar vid årsskiftet 2002/2003. Inflyttning sker under första halvåret 2003. De åtgärder som vidtagits för att förbättra djurmiljön i det befintliga djurhuset har under det gångna året utvecklats ytterligare. Som exempel kan nämnas att en etolog med kompetens rörande beteenden hos försöksdjur har anställts på deltid, samt att nya och större burar har upphandlats och installerats.

Under året har det nybyggda säkerhetslaboratoriet tagits i full drift. Tillstånd för drift av även de delar som har den högsta säkerhetsklassificeringen (P4) erhöles i slutet av 2001. Genom det nya säkerhetslaboratoriet har SMI fått en komplett diagnostisk beredskap för allvarlig smitta.

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



## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 5.13 Uppdragsverksamhet**

*Tusental kronor*

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt – kostnad)
Utfall 2001	23 900	19 600	-5 400
(varav tjänsteexport)	(6 %)		
Prognos 2002	18 100	22 500	-4 400
(varav tjänsteexport)	(6 %)		
Budget 2003	18 500	22 900	-4 400
(varav tjänsteexport)	(6 %)		

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

Den experimentella biomedicinen redovisade under 2001 ett underskott på 4,3 miljoner kronor och prognosen för 2002 pekar på ett underskott på 4,4 miljoner kronor. Intäkterna i verksamheten har under året ökat till följd av ett ökat antal djurhållningsdagar. Samtidigt har kostnaderna för verksamheten ökat till följd av de åtgärder som vidtagits för att förbättra djurmiljön och kostnader för investeringar i det nya djurhuset.

Målet full kostnadstäckning har inte kunnat uppfyllas för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken redovisade ett underskott på 1,1 miljoner kronor 2001 och prognosen för 2002 visar på ett underskott på 1,2 miljoner kronor. Under året har kostnadsbilden för den speciella diagnostiken analyserats. Analysen har lett till att priserna har höjts med 10 procent fr.o.m. den 1 september 2002.

I regleringsbrevet för 2002 fick SMI i uppdrag att senast den 15 oktober i år redovisa en översyn av de avgiftsfinansierade verksamheterna till regeringen. I uppdraget ingår att lämna förslag beträffande hur den fortsatta hanteringen och styrningen av de avgiftsfinansierade verksamheterna bör utformas.

## Regeringens överväganden

SMI har kunnat uppfylla uppställda mål för verksamheten relativt väl trots störningar, främst i form av mögelproblemen. 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. Det faktum att sjukdomspanoramata ständigt är föränderligt medför att myndigheten måste ha en beredskap för att göra omprioriteringar i sin verksamhet. Övervakning av antimikrobiell resistens 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 och arbetet med att förbättra den interna styrningen av verksamheten ges fortsatt hög prioritet.

Den experimentella biomedicinen flyttar enligt nuvarande planer in i det nya djurhuset under första halvåret 2003. Med anledning av detta kommer hyreskostnaderna att öka. Under 2003 kommer SMI även att ha stora utgifter i samband med flytt till det nya djurhuset och avveckling av det befintliga. Anslagsnivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 5.14 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:5 Smittskyddsinstitutet**

*Tusental kronor*

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>161 034</b>	<b>161 034</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	3 128	6 781
Beslut	9 227	9 432
Övrigt	-46	-47
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>173 343</b>	<b>177 200</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 173 343 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 *Smittskyddsinstitutet* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 177 200 000 kronor.

### 5.8.6 14:6 Institutet för psykosocial medicin

**Tabell 5.15 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin**

Tusental kronor

2001	Utfall	13 531	Anslags-sparande	668
2002	Anslag	13 921	Utgifts-prognos	15 244 <sup>1</sup>
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>14 359</b>		
2004	Beräknat	14 677 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Utgiftsprognosen har påverkats av oförutsett höga pensionskostnader under 2002. Regeringen avser att bevilja IPM utökad anslagskredit för budgetåret 2002.

<sup>2</sup> Motsvarar 14 359 tkr i 2003 års prisnivå.

Institutet för psykosocial medicin (IPM) har till uppgift att ta fram och sprida kunskap om effektiva och kunskapsbaserade folkhälsometoder inom området psykosocial hälsa. Institutet skall även ansvara för samordning av statliga insatser inom forskningsområdet stress, återhämtning och psykosocial hälsa på nationell, regional och lokal nivå. Ett uttalat mål för IPM:s verksamhet är att konsekvent anlägga ett könsperspektiv i forskning och annan externt riktad verksamhet. En målsättning är också att bredda barn- och ungdomsperspektivet i verksamheten. Förändrade krav i omvärlden medför förväntningar på IPM att utveckla ny kunskap inom befintliga verksamhetsområden. Av IPM:s totala verksamhet finansieras ca 50 procent av externa bidrag och avgifter.

### Regeringens överväganden

IPM bedriver viktig forskning inom området psykosocial hälsa. Genom sin starka tvärvetenskapliga tradition med fysiologisk/medicinsk, psykologisk och sociologisk forskning bidrar institutet till en förbättrad kunskap inom folkhälsoområdet. I samhället finns en stor och växande efterfrågan på den kunskap som produceras inom institutets forskningsområden: allmän psykosocial miljö och hälsa, arbetsmiljö och hälsa, stress, barns och ungdomars hälsa, migration och hälsa samt suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. IPM har blivit allt

synligare i samhällsdebatten. Förväntan är stor på att kunskapen inom området sprids på ett effektivt sätt och kommer till nytta. Att arbeta via strategiskt valda myndigheter, organisationer och professionella mottagare samt via Internet är den väg som måste anses som mest effektiv för IPM för att kunna nå ut så brett som möjligt med sin kunskap. Institutet behöver fortsätta arbetet med att utveckla sin roll som kunskaps-spridare och som nationell samordnare av de statliga insatserna inom forskningsområdet. IPM bör även fortsätta att utveckla barn- och ungdomsperspektivet i sin verksamhet. Anslags-nivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 5.16 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>13 921</b>	<b>13 921</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	539	859
Beslut	-101	-103
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>14 359</b>	<b>14 677</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 359 000 kronor anvisas under anslaget 14:6 *Institutet för psykosocial medicin* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 14 677 000 kronor.

### 5.8.7 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

**Tabell 5.17 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder**

Tusental kronor

2001	Utfall	53 463	Anslags-sparande	-2 924 <sup>1</sup>
2002	Anslag	101 554 <sup>2</sup>	Utgifts-prognos	97 348
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>86 554</b>		
2004	Beräknat	86 554		

<sup>1</sup> Beloppet i Årsredovisning för staten 2001 (skr. 2001/02:101) bilaga 7 avseende utgående reservation och ramöverföringsbelopp 2001 har korrigerats.

<sup>2</sup> Varav 15 000 tkr på tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition.

Bidrag från detta anslag lämnas till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa missbrukare och som arbetar med drogskadeförebyggande verksamhet och fördelas av Socialstyrelsen. Även Centralförbundet för alkohol- och narkotika-

upplysning (CAN) erhåller statsbidrag från detta anslag.

Socialstyrelsen konstaterar i sin årliga redovisning och bedömning av bidragsgivningen att statsbidraget huvudsakligen har använts enligt det syfte och de mål som staten har för bidraget. Statens övergripande syfte med bidraget, att förstärka och komplettera den offentliga sektorns insatser, är i hög grad uppnått. Av redovisningen framgår också att organisationerna inriktar sig på allt fler grupper, exempelvis invandrare, kvinnor med missbruk, barn till missbrukare eller unga ensamstående gravida kvinnor. Vidare kan man konstatera att samverkan mellan organisationerna och med kommuner eller landsting omfattar något färre verksamheter än föregående år. Många organisationer satsar i dag mer på intern organisationsutveckling än tidigare. Organisationernas självförsörjningsgrad har också ökat något mellan 2000 och 2001.

Från anslaget disponerar Statens folkhälsoinstitut 30 miljoner kronor för olika förebyggande insatser mot tobak. Medlen skall bl.a. användas som stöd till organisationer på tobaksområdet, stöd till Centrum för tobaksprevention för verksamhet med telefonrådgivning samt till metodutveckling.

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

## 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.

Regeringen bedömer det som angeläget att Socialstyrelsen även i fortsättningen kan fördela medel till organisationer som arbetar med alkohol- och narkotikafrågor och utveckla samarbetet mellan organisationerna och staten på det här området. Statens övergripande syfte med bidra-

get, att förstärka och komplettera de samhälleliga insatserna, har i hög grad uppnått.

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

Det är vidare angeläget att statens stöd för olika förebyggande insatser mot tobak utvecklas. Från anslaget disponerar därför Statens folkhälsoinstitut medel till bl.a. metodutveckling när det gäller tobaksprevention.

Regeringens bedömning är vidare att Statens folkhälsoinstitut även fortsättningsvis skall arbeta för att öka kunskapen om spelberoende och stödja verksamheter som kan förebygga spelberoende.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) har de senaste tre åren finansierats med 3 miljoner kronor inom ramen för den särskilda överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården. De tecken som finns när det gäller ökad spridning av resistent bakterier medför att det finns behov av en fortsatt samverkan mellan myndigheter, landsting och kommuner inom ramen för STRAMA i syfte att öka kunskapen och medvetenheten om problemen med antibiotikaresistens och hur det kan förebyggas. Regeringen avser att återkomma till frågan om STRAMA:s fortsatta finansiering på tilläggsbudgeten i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition.

**Tabell 5.18 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>86 554</b>	<b>86 554</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>86 554</b>	<b>86 554</b>

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

## 5.8.8 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

**Tabell 5.19 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder**

Tusental kronor

2001	Utfall	60 348	Anslags-sparande	69 969
2002	Anslag	302 500	Utgifts-prognos	271 425
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>193 250</b>		
2004	Beräknat	178 250		

Internationaliseringen och det svenska EU-inträdet har ändrat förutsättningarna att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. Mot den bakgrunden presenterade regeringen 2001 för riksdagen en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. Syftet med handlingsplanen är att lägga fast grundvalarna för en alkoholpolitik som begränsar alkoholskadorna. Handlingsplanens huvudinriktning är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. En särskild kommitté – Alkoholkommittén – har tillsatts med uppdrag att samordna insatserna på nationell nivå och att i samspel med kommuner och landsting stimulera insatserna på regional och lokal nivå. För att genomföra den nationella handlingsplanen har 400 miljoner kronor avsatts för åren 2001–2003 från anslaget.

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

## Regeringens överväganden

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

För att genomföra den nationella narkotikahandlingsplanen har 325 miljoner kronor avsatts för åren 2002–2004. Av dessa medel har 100 miljoner kronor avsatts till en särskild satsning inom kriminalvården. Enligt den aktionsplan som den nationelle samordnaren presenterat och som antagits av regeringen, kommer medel att användas för bl.a. forskning, samordningsinsatser, opinionsbildning, metodutveckling samt uppföljning. För innevarande år utgår ersättning till Dopingjouren vid Huddinge Universitetssjukhus från anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* under utgiftsområde 9. En förstärkning av resurserna behöver ske. Från och med 2003 har därför 1,5 miljoner kronor beräknats till jouren inom anslaget 14:8 *Alkohol och narkotikapolitiska åtgärder* och ett lika stort belopp har dessutom beräknats inom anslaget 30:1 *Stöd till idrotten* inom utgiftsområde 17.

**Tabell 5.20 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>302 500</b>	<b>302 500</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	–110 000	–125 000
Överföring andra anslag m.m.	750	750
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>193 250</b>	<b>178 250</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 193 250 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 178 250 000 kronor.

## 5.8.9 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

**Tabell 5.21 Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2001	Utfall	50	Anslags-sparande	333
2002	Anslag	410	Utgifts-prognos	197
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>118</b>		
2004	Beräknat	421 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 412 tkr i 2003 års prisnivå.

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

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

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

### Regeringens överväganden

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 5.22 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 14:9 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>410</b>	<b>410</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning	11	21
Beslut	-303	-10
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>118</b>	<b>421</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 118 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 421 000 kronor.

## 5.9 Övrig statlig verksamhet

### 5.9.1 Systembolaget

Systembolaget är ett av staten helägt företag. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen med redogörelse för företag med statligt ägande. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget AB också de helägda dotterbolagen, Lagena Distribution AB och Systembolaget Fastigheter AB. Verksamheten omfattar detaljhandel och viss partihandel med alkoholdrycker. Den totala försäljningen uppgick 2001 till 18 241 miljoner kronor, en ökning med 873 miljoner kronor jämfört med 2000. Totalt såldes 318 miljoner liter alkoholdrycker vilket är en ökning med 7,3 procent sedan 2000. Det är den största försäljning Systembolaget haft mätt i volym. Mätt i ren alkohol var bolagets försäljning dock väsentligt högre under såväl 70- som 80-talen. För både vin och starköl såldes mer jämfört med föregående år medan spritförsäljningen var oförändrad. Resultatet efter finansiella intäkter och kostnader uppgick 2001 till 197 miljoner kronor.

Under 2001 öppnades fem nya butiker. Vid årsskiftet fanns 107 självbetjäningbutiker med en andel av försäljningen på cirka 50 procent.

Systembolaget hade vid årsskiftet 2001/02 totalt 2 323 märken till försäljning – inklusive beställningssortimentet uppgick antalet märken till 5 231.

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

**Tabell 5.23 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren**

*Miljoner kronor*

	1997	1998	1999	2000	2001
Nettoomsättning	15 464	15 495	16 625	17 368	18 241
Resultat efter finansiella poster	239	351	470	196	197
Eget kapital	1 046	1 179	1 168 <sup>1</sup>	1 294 <sup>1</sup>	1 348
Räntabilitet på eget kapital	17,3	21,6	26,2	8,8	10,1
Antal anställda	3 386	3 270	3 246	3 440	3 403
Arbetsproduktivitet	591	604	644	619	659
Lageromsättningshastighet	21,6	24,2	26,9	26,8	27,6
Ålderskontroll	77 %	79 %	80 %	81 %	81 %

<sup>1</sup> Hänsyn är tagen till byte av redovisningsprincip.

## 6 Politikområde Barnpolitik

### 6.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige samt frågor om internationella adoptioner. Med barn avses alla personer under 18 år. De myndigheter som hör till politikområdet är Barnombudsmannen (BO) och Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA). BO har ett särskilt ansvar att företräda barns och ungdomars rättigheter och intressen utifrån Sveriges åtaganden enligt barnkonventionen, att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av konventionen på alla nivåer i samhället. NIA ansvarar för tillsyn, kontroll och information i frågor rörande internationella adoptioner.

Ett närliggande politikområde är ungdomspolitik. Det finns ingen tydlig gränsdragning i övergången från barn till ungdom. Barnkonventionen utgör därför en väsentlig grund även för ungdomspolitik.

Vid sidan av 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 politikområde Socialtjänstpolitik, anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*

### 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

*Miljoner kronor*

	Utfall 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
15:1 Barnombudsmannen	9,0	10,9	10,6	16,3	16,5
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	7,0	7,7	7,7	7,8	8,0
<b>Totalt för politikområde Barnpolitik</b>	<b>16,0</b>	<b>18,6</b>	<b>18,3</b>	<b>24,1</b>	<b>24,5</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition och förslag till tilläggsbudget i denna proposition.

### 6.3 Mål

**Regeringens förslag:** Barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

**Skälen för regeringens förslag:** Det mål som har gällt för politikområdet är att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden. Denna formulering av målet är emellertid för snäv. Därför föreslår regeringen nu en målformulering som avser att återspegla budskapet i FN:s konvention om barnets rättigheter.

Målet är mycket omfattande och berör flertalet av de politikområden som behandlas i statsbudgeten. För att få en helhetsbedömning av barnens och ungdomarnas situation är det viktigt att sammanställa olika beskrivningar och göra sammanfattningar av dessa. Ett exempel på en sådan sammanställning är den skrivelse som lämnades till riksdagen år 2000 – Barn här och nu (1999/2000:137).

### 6.4 Politikens inriktning

Med FN:s konvention om barnets rättigheter 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 och unga. Med barn avses personer under 18 år. Inom varje politikområde skall barnkonventionen, dess anda och intentioner beaktas. Till grund för regeringens politik inom området ligger den strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige som riksdagen godkände i mars 1999 (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171).

Inriktningen i barnpolitiken är att

- Barnets bästa skall vara vägledande vid allt beslutsfattande och alla åtgärder som rör barn och unga.
- Inget barn får diskrimineras på grund av inkomst, kön, religion, funktionshinder eller andra liknande skäl.

- Barn och unga skall tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar.
- Barn och unga skall ges möjligheter att framföra sina åsikter i frågor som berör dem.

Regeringen har för avsikt att uppdatera strategin och återkomma till riksdagen under våren 2003. Inriktningen kommer därvid att vara att vidareutveckla och fördjupa arbetet med att göra barnkonventionen till bas för arbetet med frågor som rör barn och unga. Utifrån de kunskaper och erfarenheter som har nåtts under de år strategiarbetet har pågått har regeringen definierat ett antal områden där det är viktigt att gå vidare i arbetet med att stärka barns och ungas rättigheter. Det handlar bl.a. om barns och ungas rätt till delaktighet och inflytande, förebyggande arbete när det gäller barn och unga samt fortsatt folkhälsoarbete. Av särskild vikt är också frågor om stöd till flickor i patriarkala familjer, barn som brottsoffer, barn i familjer med knappa resurser, kvinnlig könsstympning och sexuell exploatering av barn.

### 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.

Regeringen lämnade under mars månad i år en skrivelse till riksdagen med en beskrivning av arbetet med att förverkliga barnkonventionen (Barnpolitiken – arbetet med att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige, regeringens skrivelse 2001/02:166). I skrivelsen görs en genomgång av de insatser som har gjorts inom olika politikområden. Skrivelsen har behandlats av riksdagen – (bet. 2001/02:SoU23, rskr. 2001/02:309). Redovisningen av de statliga insatserna avspeglar det faktum att konventionen griper in i alla områden i samhället som rör barn. Åtgärderna kan vara dels av övergripande och generell natur, dels utgöra insatser som når en mer begränsad grupp, såsom genom vissa konkreta projekt.



Propositionen En förstärkt Barnombudsman (prop. 2001/02:96) med förslag till åtgärder för att förstärka Barnombudsmannen och renodla ombudsmannarollen lämnades i februari 2002 till riksdagen. Lagändringarna har trädde i kraft den 1 juli 2002.

Barnombudsmannen (BO) har tillförts ökade resurser med 2 miljoner kronor fr.o.m. 2002. Därutöver disponerar BO 5 miljoner kronor av sammanlagt 12,5 miljoner kronor som avsatts för insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter. Övriga medel har använts bl.a. för att främja föräldrautbildning, barnsäkerhet, utveckling av statistik, utveckling av kontakter med barn och unga, åtgärder mot könsstämpning, åtgärder mot sexuell exploatering av barn. Regeringen har under hösten 2001 tillsatt en barnsäkerhetsdelegation för att förnya arbetet mot barnolycksfall. Den skall förbättra kunskapsläget, stimulera lokalt arbete, finna metoder för att kontinuerligt involvera barn och unga i säkerhetsarbete och föreslå de lagändringar som kan behövas för att ytterligare förbättra säkerhetsläget.

Mot bakgrund av ett antal oetiska internationella adoptioner från Vietnam, där Sverige inte på något vis varit inblandat, har den vietnamesiska staten framfört önskemål om att träffa ett bilateralt avtal med Sverige för att reglera adoptionsverksamheten. Arbetet med att utforma ett sådant avtal pågår inom Regeringskansliet med sikte på ett avtal före årsskiftet.

### 6.5.2 Insatser utanför politikområdet

Barnpolitikens sektorsövergripande karaktär innebär att insatser för att förverkliga barnkonventionen redovisas under respektive politikområde. Exempel på områden som berör barn är ekonomisk familjepolitik, hälso- och sjukvårdspolitik, socialtjänstpolitik, utbildningspolitik, ungdomspolitik, storstadspolitik och kriminalpolitik.

En stor del av arbetet med att genomföra barnkonventionen handlar om ökad kunskap och medvetenhet samt attitydförändringar. Projekt som finansieras inom ramen för Allmänna arvsfonden spelar härvid en stor roll, liksom det arbete frivilligorganisationer bedriver bland annat i form av opinionsbildning. Inom många kommuner och landsting pågår ett aktivt arbete med att leva upp till barnkonventionens

anda och intentioner. Arbetet befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Olika metoder och modeller såsom barnplaner, barnbilagor, barnkonsekvensanalyser samt barn- och ungdomsråd används för att beakta ett barnperspektiv i beslutsfattandet.

Romska barn är en utsatt grupp i Sverige. De senaste årens flyktingstillströmning till Sverige har inkluderat förhållandevis många romer. Inom Regeringskansliet har funnits en arbetsgrupp med företrädare för olika departement och för de romska befolkningsgrupperna. Inriktningen på arbetet i gruppen har varit att romerna själva måste vara huvudaktörer i arbetet för att förbättra romernas situation. På arbetsgruppens initiativ ordnades våren 2002 en konferens om de romska barnens situation. Konferensen väckte mycket uppmärksamhet och avsikten är att den skall följas upp på regional och lokal nivå.

Regeringen beslutade i juni 2002 direktiv till en parlamentarisk kommitté som skall överväga frågor om vårdnad, boende och umgänge (dir. 2002:89). I uppdraget ingår att utvärdera 1998 års reform av reglerna om vårdnad, boende och umgänge. Kommittén skall också utvärdera 1996 års reform om barns rätt att komma till tals och göra en översyn av reglerna om verkställighet i 21 kap. föräldrabalken.

Regeringen beslutade under våren direktiv till en utredning om förmyndare, gode män och förvaltare (dir. 2002:55). I det sammanhanget kommer bl.a. avregleringen av föräldrars förvaltning av sina barns egendom att uppmärksammas.

## 6.6 Resultatbedömning

Målet som angavs i budgetpropositionen för 2002 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 frågor som rör barn och unga. Barnets bästa skall komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn och unga och ett barnperspektiv skall genomsyra allt beslutsfattande som rör barn och unga.

### 6.6.1 Resultat

I den ovan nämnda skrivelsen till riksdagen om barnpolitiken ges en redogörelse för hur arbetet med att implementera barnkonventionen har fortskridit och vilka resultat som har uppnåtts.

Det arbete som utförs inom politikområdet 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 i ett samhälle där de respekteras och ges möjligheter till utveckling. Resultatet av arbetet avspeglar sig 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 verksamheten. Rent allmänt kan konstateras att detta arbete varit framgångsrikt.

Barnombudsmannen (BO) har en strategisk och viktig funktion för att öka medvetenheten och kunskapen om barnkonventionen så att allt beslutsfattande skall genomsyras av ett barnperspektiv.

I sin årsredovisning betonar BO arbetet med att genomföra den nationella strategin för att införa FN:s barnkonvention. En viktig del av arbetet har varit att stödja arbetet med att medverka i och utforma utbildning och liknande inom de statliga myndigheterna. Nio pilotmyndigheter har fungerat som arenor för utvecklingsarbetet när det gäller att införa ett barnperspektiv i det statliga beslutsfattandet. När det gäller kommuner och landsting har BO bedrivit ett omfattande utbildningsarbete. BO noterar en stark ökning av kommuner som har behandlat barnkonventionen i kommunfullmäktige respektive kommunstyrelsen. Det stora intresset från kommunernas sida när det gäller att utveckla arbetet med barnkonventionen har också åter speglats i de kommunkonferenser BO anordnat.

I årsredovisningen beskrivs också det omfattande arbete som pågår inom myndigheten att med olika metoder bygga upp kontakter med barn och unga. Många olika metoder är användbara i detta syfte. BO har utarbetat metoder för sitt arbete att kommunicera med barn.

I sin senaste årliga rapport till regeringen tar BO framförallt upp två frågor. De gäller dels funktionshindrade barns situation, dels utvecklingen för barn i familjer med en förälder. BO lämnar i sammanhanget en rad förslag för att

tydligare fästa uppmärksamheten på de problem dessa barn möter och för att minska eller eliminera dem. Förslagen i rapporten bereds för närvarande i Regeringskansliet.

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 hög etisk nivå. Ingenting tyder på annat än att så sker. Några väsentliga händelser där lagstiftning eller konventionsåtaganden åsidosatts eller där adoptivbarn varit illa har inte inträffat.

### 6.6.2 Analys och slutsatser

#### Verksamhetsområde FN:s konvention om barnets rättigheter och dess tillämpning

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

Det utvecklingsarbete som BO bedrivit inom ramen för den nationella strategin (jfr prop. 1997/98:182) har inneburit ett viktigt stöd för kommuner, landsting och myndigheter i deras barnkonventionsarbete. Uppdraget har därför permanentats i och med den ändring av lagen (1993:335) om barnombudsman som trädde i kraft den 1 juli 2002. BO har tillförts 2 miljoner kronor och fått en ökad självständighet och ett tydligare mandat genom de lagändringar som trätt i kraft den 1 juli 2002.

Barnpolitiken är ett sektorsövergripande politikområde där barnperspektivet skall integreras i alla verksamheter där det är relevant. Kunskaper om barnets hela situation är nödvändiga för att politiken skall bli framgångsrik. Utmaningen för det kommande arbetet med kunskapsuppbyggnad inom området blir att pröva hur olika delar av barns liv påverkar varandra. Vilken effekt har exempelvis den sociala situationen på hälsa eller skolprestationer.

Ett grundläggande arbete som vi nu står inför är att följa hur barnkonventionen påverkar det enskilda barnets liv. Vad händer i den dagliga verksamheten i klassrummet? Vad händer i so-

cialtjänstens arbete där barn berörs? Frågan om barnkonventionen gör att barn får det bättre behöver besvaras. Vad är det som gör att barns situation förbättras? Svaren på dessa frågor kan i sig bidra till att resurser används på ett bättre sätt.

Barn och unga som deltagare i samhällets verksamheter är ett annat område där kunskaperna behöver öka. Barnkonventionen ser på barn och unga som en resurs. Dessutom skall de förberedas för att ta över samhället när de blir vuxna. Att se barn och unga som värdefulla att diskutera med, lyssna på och uppskatta är ett perspektivskifte som kräver ansträngning. I detta ligger bland annat att barn och unga i betydligt högre grad behöver tillvaratas som kunskapskällor om sin situation i familjen, i skolan, i trafikmiljön och i samhället.

På vissa områden är utvecklingen oroväckande och de larmrapporter som kommer behöver tas på allvar och följas upp med motåtgärder som är verkningfulla. Det gäller diskussionerna om att mobbning, stress och sexuella trakasserier ökat kraftigt.

Barnsamordningsgruppen inom Socialdepartementet är regeringens verktyg för att utveckla lagstiftning, resursallokering och det internationella samarbetet så att det stödjer arbetet med att förverkliga barnkonventionen. Arbetet med att tillföra ett barnperspektiv i den statliga budgetprocessen måste intensifieras.

En lång rad konkreta arbetsuppgifter förestår. Arbetet med att motverka könsstymning måste fortgå. Socialstyrelsens rapport om behovet av en förstärkning och utveckling av barnkompetensen inom hälso- och sjukvården är föremål för beredning. Barnsäkerhetsfrågorna kommer även fortsättningsvis att vara aktuella. Kunskaperna om barn som lever i familjer med långvarigt behov av ekonomiskt bistånd behöver utvecklas. Ett viktigt område att utveckla, och som kommer att ha prioritet framöver, är hur regeringens kontakter med barn och unga skall utformas i syfte att skapa en dialog i viktiga frågor.

Den strategi för förverkligande av barnkonventionen i Sverige som riksdagen beslutade år 1999 behöver nu revideras. Mycket av den ursprungliga strategin har uppnåtts. Samtidigt har nya frågor aktualiserats och den politiska uppmärksamheten har skiftat till nya områden. Allt detta gör en förnyelse av strategin nödvändig.

### **Verksamhetsområde Internationella adoptioner**

Insatserna från Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) är främst inriktade på att upprätthålla en hög etisk nivå i adoptionsverksamheten.

Regeringen beslutade i november 2001 att tillsätta en utredning med uppgift att se över vissa frågor med anknytning till internationella adoptioner (Dir. 2001:93). Utredningen skall bl.a. pröva om det går att stärka barnets rätt i adoptionsprocessen, anvisa former för att förbättra hemutredningarna i syfte att tillförsäkra adoptivbarnen så goda förhållanden som möjligt i det nya hemmet, pröva om det nuvarande systemet för psykosocialt stöd och rådgivning tillgodoser adoptivfamiljernas behov, analysera processen för auktorisation av adoptionsorganisationer, analysera kostnadsfrågor i samband med adoptioner samt se över NIA:s organisation. Uppdraget beräknas slutföras under maj månad 2003.

Under våren 2002 uppmärksammades att det under slutet av 1970-talet sannolikt förekom oegentligheter i samband med adoptioner från Thailand. Mot bakgrund av detta har regeringen lämnat ett uppdrag till NIA att bistå adopterade i deras sökande efter sin bakgrund.

Riksdagen beslutade under våren att registrerade partner skall ges möjlighet att prövas som adoptivföräldrar. Lagändringarna skall träda i kraft den dag regeringen bestämmer. Regeringen avser att ge berörda myndigheter i uppdrag att följa upp reformen.

## 6.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2001 avseende myndigheternas verksamhetsområden.

## 6.8 Budgetförslag

### 6.8.1 15:1 Barnombudsmannen

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor				
2001	Utfall	9 020	Anslags-sparande	-83
2002	Anslag	10 865	Utgifts-prognos	10 642
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>16 294</b>		
2004	Beräknat	16 546 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 16 185 tkr i 2003 års prisnivå.

Barnombudsmannen (BO) har till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen mot bakgrund av Sveriges åtaganden enligt barnkonventionen. BO skall driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen och därvid särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med konventionen. BO:s verksamhet under budgetåret 2001 och innevarande år har till viss 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 är en viktig aktör när det gäller att bevaka barns och ungas intressen i samhället och när det gäller att genomföra FN:s barnkonvention i Sverige. Förslagen i propositionen (prop. 2001/02:96) En förstärkt Barnombudsman har nyligen godtagits av riksdagen (bet. 2001/02:SoU17, rskr. 2001/02:228). Den principiella inriktningen på förslagen har varit att tydligare markera rollen som ombudsman för barn och unga och att stärka ombudsmannen. Detta har skett både genom fler maktbefogenheter och mer resurser. Regeringen kommer att följa effekterna av de nya reglerna för att kunna bedöma om ytterligare åtgärder behövs. Anslaget tillfördes 2 miljoner kronor fr.o.m. 2002. I enlighet med förslag i propositionen En för-

stärkt Barnombudsman överförs 5 miljoner kronor från anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för fortsatta utbildnings- och fortbildningsinsatser om FN:s konvention om barnets rättigheter samt utveckling av metoder för konventionens genomförande.

Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 15:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor		
	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>10 865</b>	<b>10 865</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	544	798
Beslut	-115	-117
Överföring till/från andra anslag	5 000	5 000
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>16 294</b>	<b>16 546</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 294 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 *Barnombudsmannen* för år 2003. För år 2004 beräknas anslaget till 16 546 000 kronor.

### 6.8.2 15: 2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

**Tabell 6.4 Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor				
2001	Utfall	6 986	Anslags-sparande	113
2002	Anslag	7 722	Utgifts-prognos	7 666
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>7 823</b>		
2004	Beräknat	7 998 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 7 823 tkr i 2003 års prisnivå.

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

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

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

När det är fråga om adoption av utländskt barn utan medverkan av auktoriserad sammanlutning skall NIA pröva om förfarandet är godtagbart.

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

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

### Regeringens överväganden

Cirka 1000 barn adopteras till Sverige årligen. För 2003 görs bedömningen att nivån kommer att vara densamma.

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

I den tidigare nämnda utredningen om internationella adoptioner m.m. ingår uppdraget att se över NIA:s organisation. I detta ingår att pröva myndighetens styrelses organisation och funktion i förhållande till myndighetens kansli. Detta mot bakgrund av att arbetsuppgifterna har förändrats sedan nämnden bildades. Utredaren kommer att redovisa sitt uppdrag senast den 31 maj 2003.

Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor		
	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>7 722</b>	<b>7 722</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	156	332
Beslut	-55	-56
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>7 823</b>	<b>7 998</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 823 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 *Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor* för 2003. För år 2004 beräknas anslaget till 7 998 000 kronor.



## 7 Politikområde Handikappolitik

### 7.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att uppnå en samhällsgemenskap i vilken personer med funktionshinder har full delaktighet och jämlikhet. Insatser för individuellt stöd och för att göra samhället tillgängligt för funktionshindrade ingår också i flertalet politikområden.

Kommunerna och landstingen har huvudansvaret för vård, stöd och service till personer med funktionshinder. Detta ansvar regleras i socialtjänstlagen (2001:453, 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.

Under politikområdet redovisas 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 personer med funktionshinder 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 barn med funktionshinder 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 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. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna administrerar assistansersättning och bilstöd till funktionshindrade. Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till funktionshindrade. Även länsstyrelserna har viktiga tillsynsuppgifter inom politikområdet.

I politikområdet ingår även att ekonomiskt stödda handikapporganisationerna.

Internationellt arbete är en ökande andel av politikområdets verksamhet.

## 7.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 7.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
16:1 Personligt ombud	60,4	90,0	89,2	<b>90,0</b>	90,0
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	275,0	275,0	272,4	<b>279,0</b>	279,0
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	170,1	159,7	160,2	<b>166,9</b>	167,8
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	79,4	80,4	80,4	<b>80,4</b>	80,4
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	157,2	157,2	157,2	<b>157,2</b>	157,2
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	20,1	21,8	21,5	<b>20,1</b>	22,9
16:7 Bilstöd till handikappade	226,1	214,0	212,5	<b>164,0</b>	164,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	6 342,1	7 606,0	7 520,0	<b>8 436,0</b>	9 561,0
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	15,0	24,0	29,1	<b>26,4</b>	15,4
16:10 Handikappombudsmannen	13,8	15,9	16,9	<b>16,4</b>	16,8
<b>Totalt för politikområde Handikappolitik</b>	<b>7 359,3</b>	<b>8 644,1</b>	<b>8 559,5</b>	<b>9 436,5</b>	<b>10 554,5</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2002 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

## 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

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).

Det handikappolitiska arbetet inriktas särskilt 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, att skapa ett tillgängligt samhälle och att förbättra bemötandet. Bl.a. har statliga myndigheter fått i uppdrag att integrera handikapperspektivet i sin verksamhet, vissa lagar och föreskrifter ändras i syfte att stärka tillgängligheten och offentligt anställd personal erbjuds kompetensutveckling i frågor om bemötande.

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

En parlamentarisk kommitté – En sammanhållen diskrimineringslagstiftning, dir. 2002:11 – har tillsatts med uppdraget att bl.a. överväga en gemensam lagstiftning mot diskriminering som omfattar alla eller flertalet diskrimineringsgrunder och samhällsområden. Kommittén skall även utreda om skyddet mot diskriminering av personer med funktionshinder på grund av bristande



tillgänglighet bör införas på andra samhällsområden än i arbetslivet och högskolan.

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

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.

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

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. Målet är att samhället värderar och 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 femte person i yrkesverksam ålder har något slag av funktionshinder. En åldrande befolkning bidrar till att antalet personer med funktionshinder stiger.

EU har utlyst år 2003 till det Europeiska handikappåret. Syftet är att utifrån en samlad europeisk plattform skapa uppmärksamhet kring frågan om fullvärdigt medborgarskap för personer med funktionshinder på både europeisk och nationell nivå och stimulera till ökade insatser. Statens institut för särskilt utbildningsstöd har fått regeringens uppdrag att i samarbete med

handikapporganisationerna planera och genomföra aktiviteterna under året.

Även inom FN får handikappfrågorna stor uppmärksamhet. Frågan om en eventuell konvention för funktionshindrades rättigheter har diskuterats i många år. I FN:s kommission för social utveckling antogs i februari 2002 på svenskt initiativ en resolution som stödjer både konventionsfrågan och ett fortsatt arbete att utveckla FN:s standardregler om funktionshindrades delaktighet och jämlikhet.

## 7.5 Insatser

### 7.5.1 Insatser inom politikområdet

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 (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken. I enlighet med denna förordning skall myndigheterna särskilt verka för att deras lokaler, verksamhet och information är tillgänglig för personer med funktionshinder.

Regeringen har givit vissa myndigheter på central nivå, som har ansvar för en samhällssektor, ett särskilt ansvar för att de handikappolitiska målen skall uppnås. Dessa myndigheter är Arbetsmiljöverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Banverket, Boverket, Konsumentverket, Luftfartsverket, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Sjöfartsverket, Skolverket, Socialstyrelsen, Statens kulturråd och Vägverket. Dessa myndigheter har under året arbetat med att definiera sin roll i relation till de handikappolitiska målen och tagit fram förslag till etappmål. Rikstrafiken har ett särskilt uppdrag att arbeta för att fler funktionshindrade skall kunna använda den interregionala kollektivtrafiken.

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 är ett nationellt rådgivande organ i frågor om tillgäng-

lighet. Arbetet med att driva på utvecklingen att göra samhället tillgängligt koncentreras till kunskapsuppbyggnad, rådgivning, utveckling och samverkan. HO övervakar dessutom att lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder och lagen (2001:1286) om lika behandling av studenter i högskolan följs.

Ett nationellt program för kompetensutveckling utarbetas i samarbete mellan handikapporganisationerna och berörda statliga och kommunala myndigheter. Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har i uppdrag att svara för och hålla samman arbetet med programmet. Detta skall redovisas till regeringen under våren 2003. Sisus har även regeringens 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.

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 nu funnits i drygt åtta år och utvidgades den 1 januari 2001 till att omfatta personer som fyllt 65 år och som har haft denna insats före 65 års ålder.

Personer med psykiska funktionshinder har som regel behov av insatser från flera olika myndigheter samtidigt – socialtjänst, psykiatri, arbetsmarknadsmyndighet, försäkringskassa etc. Då funktionshindren många gånger medför att personerna har svårt att tillvarata sina egna intressen har det funnits behov av att utveckla ett personligt stöd som kan hjälpa till att samordna insatserna så att personernas hela situation beaktas. En försöksverksamhet med personliga ombud gav positiva effekter och ledde till att statliga medel avsattes för fortsatt permanent verksamhet. De personliga ombuden skall fungera både som samordnare och företrädare. De skall ha en fristående ställning inom kommunen. Ombudens arbetsuppgifter består bland annat i att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs. Ombuden skall också se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter. Socialstyrelsen fördelar tillsammans med länsstyrel-

serna anslagna medel och arbetar för att utveckla verksamheten.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört ett projekt för att underlätta användandet av individuella planer enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Målet är att fler personer än idag skall få nytta av en individuell plan på sina villkor. Individuell plan enligt LSS ger ett tydligt samordningsansvar och bättre förutsättningar för förändring och problemlösning.

## 7.5.2 Insatser utanför politikområdet

Regeringen har i propositionen Ändringar i vallagen (prop. 2001/02:53) bl.a. lämnat förslag om hur röstningsförfarandet skall göras ännu enklare och mer tillgängligt även för funktionshindrade. Förslagen har antagits av riksdagen (bet. 2001/02:KU4, rskr. 2001/02:190).

Propositionen Demokrati för det nya seklet (prop. 2001/02:80) innehåller förslag på åtgärder för att bl.a. öka tillgängligheten och funktionshindrades deltagande i den kommunala demokratin. Kommuner och landsting skall verka för att förtroendevalda med funktionshinder kan delta i handläggningen av ärenden på samma sätt som andra förtroendevalda. Regeringen har också funnit det angeläget att kommuner och landsting så snart som möjligt vidtar åtgärder för att förbättra tillgängligheten till kommunala lokaler för politisk verksamhet. Förslagen har antagits av riksdagen (bet. 2001/02:KU8, rskr. 2001/02:147).

Den offentliga miljön, både inomhus och utomhus, har ofta brister i fråga om tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga. Den 1 juli 2001 ändrades plan- och bygglagen (1987:10), PBL. Ändringen innebär bl.a. att det ställs tydligare krav på tillgänglighetsskapande åtgärder i samband med iordningsställande och ändring av allmänna platser. Ändringen innebär också att enkelt avhjälpna hinder i befintliga lokaler dit allmänheten har tillträde och på befintliga allmänna platser skall undanröjas. De åtgärder som avser befintliga lokaler och befintliga allmänna platser skall vara genomförda senast vid utgången av 2010. Genom ändringar i plan- och byggförordningen (1987:383) har Boverket fått bemyndigande att meddela närmare föreskrifter. En parlamentarisk sammansatt kommitté har

fått i uppdrag att se över plan- och bygglagstiftningen (dir. 2002:97). Kommittén skall bl.a. överväga och redovisa hur målet för den nationella handikappolitiken beaktas i plan- och byggprocessen.

Stora satsningar görs på olika arbetsmarknadspolitiska program för att underlätta och stödja funktionshindrades möjligheter att delta i arbetslivet. Det handlar både om olika personliga och tekniska stöd till den enskilde arbetstagaren och stöd till företag som anställer funktionshindrade personer. Särskilda utredare har fått i uppdrag att se över regeringens styrning av Samhalls verksamhet och de arbetsmarknadspolitiska programmen för personer med nedsatt arbetsförmåga i syfte att analysera ändamålsenligheten och effektiviteten (dir. 2002:34 Styrning och inriktning av Samhall AB och dir. 2002:22 Arbetsmarknadspolitiska program för personer med nedsatt funktionsförmåga).

En skola för alla innebär att utbildningen motsvarar den enskilde elevens behov och förutsättningar. Specialpedagogiska institutet bildades den 1 juli 2001 av de olika statliga resurser som redan tidigare fanns för stöd i specialpedagogiska frågor inom t.ex. Statens institut för handikappfrågor i skolan och ett antal statliga resurscenter. Syftet med samordningen är att på ett kraftfullt sätt kunna stödja skolhuvudmännen i specialpedagogiska frågor, i de flesta fall kommunerna, att fullt ut ta sitt ansvar för att erbjuda utbildning av god kvalitet anpassad efter elevernas behov. Sedan budgetåret 2001 får Handikappförbundens samarbetsorgan del av de särskilda medel som sedan 1997 finns avsatta för uppsökande verksamhet och utbildning i samhällsfrågor.

I det livslånga lärandet är det av vikt att ingen lämnas utanför. Vuxenutbildningen måste, liksom barn- och ungdomsutbildningen, anpassas efter den enskildes behov och förutsättningar. I syfte att skapa dessa förutsättningar har regeringen givit Specialpedagogiska institutet ett särskilt uppdrag att utveckla läromedel som är speciellt inriktade mot vuxna funktionshindrades behov. Utöver detta har Nationellt centrum för flexibelt lärande i uppdrag att öka möjligheterna för personer med teckenspråk som första språk att delta i utbildningen.

Folkbildningen är mycket viktig för personer med funktionshinder. Genom särart kan folkbildningen i hög grad anpassa utbildningen efter den enskildes behov och förutsättningar. För att stödja folkhögskolorna i arbetet att anpassa

utbildningen till personer med funktionshinder avsätter regeringen drygt 37 miljoner kronor för särskilt kostnadskrävande insatser. Utöver detta avsätter folkbildningen själva drygt 10 procent av sitt statsbidrag för liknande insatser.

En ny lärarutbildning startade hösten 2001 (prop. 1999/2000:135 bet. 2000/01:UbU3, rskr. 2000/01:5). I den nya utbildningen skall t.ex. alla studenter undervisas i specialpedagogik inom det allmänna utbildningsområdet. Regeringen har också satsat medel för riktad kompetensutveckling av personal som arbetar med dels gravt tal- och språkstörda elever dels elever med synskada och ytterligare funktionshinder. Dessutom har Skolverket fått medel för att stimulera och stödja pedagogisk forskning inom området elever med funktionshinder.

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.

Ansvaret för att förskriva hjälpmedel åvilar landstingen och kommunerna. Hjälpmedelsinstitutet är samhällets centrala organ för hjälpmedelsfrågor, och ägs gemensamt av staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Institutets roll är att prova och upphandla hjälpmedel, initiera FoU-arbete samt bidra till kompetensutveckling inom området.

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, information och utbildning riktad 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 disponerar sedan 2001 totalt 9,5 miljoner kronor för att förverkliga handlingsprogrammet för att främja funktionshind-

rades deltagande i kulturlivet. Talboks- och punktskriftsbiblioteket (TPB) och Stiftelsen för lättläst nyhetsinformation och litteratur (LL-stiftelsen) har fått tillskott för att öka tillgängligheten till litteraturen. T.ex. förstärktes statsbidraget till LL-stiftelsen/Centrum för lättläst för utgivning av lättläst skönlitteratur för barn och ungdomar med en halv miljon kronor år 2001.

I december 2001 fattade regeringen beslut om sändningstillstånd för programbolagen Sveriges radio AB (SR), Sveriges Television AB (SVT) och Sveriges Utbildningsradio AB (UR) för tillståndspanoroden 2002 – 2005. Enligt riktlinjerna i sändningstillstånden skall företagens insatser för att göra programmen tillgängliga för funktionshindrade öka under tillståndspanoroden jämfört med år 2001. När det gäller SVT så bör minst 50 procent av sändningstiden för förstagångsändningar med svenskt ursprung vara textad vid utgången av tillståndspanoroden.

Ett särskilt stöd till textning på svenska av film och video och till syntolkning har inrättats. Film för barn och ungdom skall prioriteras. Filminstitutet har i samarbete med representanter för Synskadades riksförbund (SRF) och Hörselskadades riksförbund (HRF) beviljat stöd till 29 olika projekt under 2001.

I enlighet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken har handikappforskningens resurser förstärkts med 5 miljoner kronor år 2001 och 2 miljoner kronor år 2002. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har i oktober 2001 överlämnat ett förslag till forskningsprogram om handikapp och funktionshinder till regeringen. Förslaget som har remissbehandlats bereds för närvarande inom regeringskansliet.

## 7.6 Resultatbedömning

Målet som angavs i budgetpropositionen för 2002 är att

- 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

#### Verksamhetsområde Insatser för delaktighet och jämlikhet

Regeringen kommer i en särskild skrivelse till riksdagen i december att redogöra för det pågående arbetet med att genomföra den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

#### *Handikappombudsmannens rapport*

År 2001 har HO tagit emot 53 ärenden där en enskild person med funktionshinder anmäler någon för diskriminering eller missgynnande i arbetslivet. Av anmälarna är 27 män och 26 kvinnor. En majoritet av de anmälda arbetsgivarna, 33 stycken, tillhör den offentliga sektorn. Med stöd av lagen har flera förlikningar uppnåtts. Det innebär att funktionshindrade som upplevt sig diskriminerade kompenseras av arbetsgivaren. I ett fall har HO under året stämt en arbetsgivare i Arbetsdomstolen. Det var första gången sedan lagen trädde ikraft 1999 som HO vidtagit en sådan åtgärd.

Som en följd av HO:s ställningstagande i ett anmälningsärende ändrade Högskoleverket under 2001 reglerna för högskoleprovet och införde en möjlighet till förlängd provtid för personer med synskada.

HO har under 2001 tagit emot flera anmälningar om brister i tillgång till information som är tillgänglig för personer med funktionshinder. Flera ärenden har gällt banktjänster. Många medborgare med funktionshinder är idag utestängda från det offentliga Sverige på Internet. Det visar bl.a. en rapport från Statskontoret (Statskontoret, Utveckling av 24-timmars myndigheter – lägesrapport, december 2001). Av de undersökta kommunerna i Statskontorets rapport hade endast 1 procent utfört någon form av anpassning för människor med funktionshinder. Landsting och myndigheter låg på 17 respektive 32 procent.

*Barnombudsmannens rapport*

Barnombudsmannen redovisar i sin rapport till regeringen 2002 resultatet av en enkätundersökning från hösten 2001 bland barn och ungdomar med och utan funktionshinder om deras livsvillkor. Resultatet visar att barn med funktionshinder alltför ofta blir utestängda från aktiviteter både i skolan och på fritiden. Barnombudsmannen konstaterar att de rättigheter som kan anses självklara för barn generellt visar sig inte vara lika självklara för barn med funktionshinder.

*Bilstöd*

Under de senaste fyra åren har försäkringskassan beviljat bilstöd till ca 2 000 personer/år. Av de som beviljades 2001, ca 2 100, var andelen män 55 procent och andelen kvinnor 45 procent. Bilstödet består av ett grundbidrag, ett inkomstprövat anskaffningsbidrag samt bidrag till anpassning av fordonet. Anpassningsbidragets andel av kostnaderna har ökat som en följd av ändringar i rättspraxis.

**Verksamhetsområde Stöd och service***Insatser enligt LSS*

Antalet personer med beslut om insats enligt LSS har varit relativt konstant sedan lagen infördes. År 2001 hade ca 47 000 personer en eller flera insatser enligt LSS. Av dessa personer var nästan 21 000 kvinnor och drygt 26 000 män. Flertalet insatser rörde personer med utvecklingsstörning.

*Icke verkställda beslut och domar*

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har på regeringens uppdrag kartlagt icke verkställda beslut och domar enligt 6 f § SoL (1980:620) och 9 § LSS den 1 januari 2001. Kartläggningen visar att 2 571 beslut enligt 9 § LSS och 3 051 beslut enligt 6 f § SoL inte var verkställda. Av dessa avsåg flertalet beslut enligt SoL plats i särskilda boendeformer medan de flesta beslut enligt LSS avsåg kontaktperson. Många icke verkställda beslut enligt LSS gällde även insatserna råd och stöd, boende för vuxna i särskilda boendeformer, ledsagarservice och korttidsvistelse. Det fanns samtidigt 127 domar avseende 9 § LSS som inte var verkställda, varav 87 gällde boende för vuxna och 12 personlig assistans. Av de 47 domar avseende 6 f § SoL som inte verkställts gällde 44 stycken insatsen boende för äldre i särskild boendeform.

De orsaker till att besluten inte verkställs som beskrivs är bl.a. rekryteringssvårigheter samt brist på särskilda boendeformer i kommunerna. Socialstyrelsen konstaterar att flera kommuner har en bristande planering för att kunna tillgodose framtida behov av bostäder. Problem som också nämns är att den egna organisationen kan utgöra hinder för verkställandet och att det finns brister i handläggningen i kommunerna. Det handlar också om prioriteringar.

Av resultaten av länsstyrelsernas tillsyn framgår att det råder stor brist på personal och uppdragstagare t.ex. kontaktpersoner. Ett par länsstyrelser har även observerat att kommunerna har börjat samlokalisera små boendeenheter till större enheter, vilket riskerar att bostäderna får karaktären av institution. I granskningar av enskildas klagomål har länsstyrelserna relativt ofta uttalat kritik mot kommunerna för brister i bemötandet. Arbetet med kvalitetsutveckling har dock tagit fart på flera håll.

*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 år, den åldersgrupp som antalsmässigt också ökat mest. Flest timmar assistansersättning beviljas personer i åldrarna 20 – 39 år. Fler män än kvinnor beviljas assistansersättning. Männen beviljas också fler timmar. Skillnaden är dock relativt liten och konstant över tiden. Könsfördelningen är i stort sett jämn i den äldsta åldersgruppen. Barn och ungdomar under 20 år har, förutom den äldsta gruppen, minst antal timmar. År 2001 var den totala kostnaden för personlig assistans 8 237 miljoner kronor, varav kommunernas del var 1 895 miljoner kronor.

Genomströmningstiderna för bl.a. assistansersättningar är fortfarande oacceptabelt långa och uppvisar dessutom delvis försämringar. Skillnaderna mellan kassorna är stor. Sedan 2000 har den genomsnittliga genomströmningstiden för ärenden om assistansersättning ökat från 197 till 204 dagar. Riksförsäkringsverkets mål på 180 dagar har därmed inte uppnåtts. Av de ärenden som beslutas i socialförsäkringsnämnd har assistansersättningen den kortaste genomströmningstiden. Rekryteringsläget för personliga assistenter har tidigare varit gott. Men det finns tydliga signaler på att rekryteringen på många

håll i landet har blivit svårare. Regeringen tillsatte därför under 2001 en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppgift att analysera förutsättningarna för att underlätta rekryteringar av personliga assistenter. Arbetsgruppens rapport, Rekrytering av personliga assistenter (Ds 2001:72), har remissbehandlats och bereds inom Regeringskansliet.

#### *Personligt ombud*

Sedan starten i mitten av år 2000 har Socialstyrelsen och länsstyrelserna arbetat med att bygga upp verksamheter med personligt ombud i kommunerna. Socialstyrelsen har tagit fram ett utbildningsmaterial. En lägesrapport från december 2001 visar att 82 procent av alla kommuner ansökt om att få starta verksamheter med personliga ombud. Ytterligare ett tiotal kommuner har anmält intresse och kommer sannolikt att ansöka om bidrag. Det visar på en god täckningsgrad. Många små kommuner har gått samman om personliga ombud. I omkring hälften av de 98 verksamheter som planeras har någon form av avtal träffats mellan två eller flera kommuner. Kommunerna har sammanlagt beviljats bidrag till 269 tjänster av 295 sökta. Tid åt uppbyggnads- och förankringsarbete har inneburit att cirka 61 miljoner kronor av de 87 miljoner som Socialstyrelsen utbetalt i statsbidrag till länsstyrelserna för 2000 och 2001 återstår. Medlen kommer att fördelas år 2002 då de flesta verksamheter har kommit igång.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att utvärdera vilka effekter insatsen personligt ombud får. Enligt en plan kommer utvärdering att ske på såväl lokal som regional och central nivå.

#### *Utbildningsstöd*

Jämfört med många andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. Statsbidrag för vårdtjänst (statligt utbildningsstöd) dvs. assistans till deltagare med funktionshinder, betalades ut till mellan 40 och 50 av landets 146 folkhögskolor. Kostnaden för verksamheten har varit relativt stabil de senaste åren. Under hela treårsperioden har den genomsnittliga timkostnaden endast ökat med 1,3 procent. De totala kostnaderna uppgick till 84,2 miljoner kronor 2001 jämfört med 83,5 miljoner kronor 2000.

Antalet studenter med rörelsehinder inom universitet och högskola ökar och fler personer får stöd från vårdtjänstanslaget (anslaget för

särskilt utbildningsstöd) men i mindre omfattning. Antalet personer som får del av vårdtjänsten uppgick under 2001 till 116 personer. 2000 var antalet 110 personer vilket var en fördubbling i jämförelse med året innan. Kostnaderna uppgick till 5,9 miljoner kronor 2001.

#### *Tolkverksamhet*

Den senaste uppföljningen av landstingens tolktjänstverksamhet för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade gjordes av Socialstyrelsen 2001 och avsåg år 2000. Uppföljningen visade att fler tolktjänstupdrag utfördes än tidigare år. 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 tecken- språkstolk. Orsaker som beskrivs är för få inrättade eller besatta tjänster, bristande ekonomi eller annan tolkbrist. Socialstyrelsen uppmärksammade i sin rapport obalansen i fördelningen av statsbidraget till tolktjänsten i förhållande till belastningen vid landstingens tolkcentraler. Riksrevisionsverket har därför på regeringens uppdrag granskat statsbidraget till tolktjänsten. Verket uppger i sin rapport att det inte är möjligt att via en fördelning per capita tillgodose landstingens varierande behov av statsbidrag. Samtidigt menar RRV att det vore kostsamt, om ens möjligt, att åstadkomma en fördelningsmodell som tar hänsyn till de faktiska behoven av tolktjänst och de merkostnader reformen medfört.

## **7.6.2 Analys och slutsatser**

### **Insatser för delaktighet och jämlikhet**

#### *Tillgängligt samhälle*

Regeringens bedömning är att människor dagligen utestängs i samhället p.g.a. bristande tillgänglighet. Mycket av segregationen har en historisk förklaring. När samhället byggts upp har tanken på att människor med funktionshinder skall kunna leva och delta i samhällslivet som alla andra inte funnits med. För att förändra detta måste alla som är med och utformar samhället inse att människor har olika förutsättningar och planera efter det.

Handikappolitiken rör på så sätt hela samhället och skall ses som frågor om mänskliga rättigheter. Ett utvidgat skydd mot diskriminering är en av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå full delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkoren för personer med funktionshinder. Skydd mot diskriminering inom arbetslivet och inom högskolan är reglerat i lag. Hur skyddet bör utvecklas vidare skall utredas av en nyligen tillsatt parlamentarisk kommitté – En sammanhållen diskrimineringslagstiftning (dir 2002:11).

De handikappolitiska målen har haft svårt att tränga igenom inom alla samhällsområden. Ett skäl till detta kan vara bristen på konkreta och uppföljningsbara etappmål. Staten skall vara ett föredöme när det gäller att göra samhället tillgängligt. Alla statliga myndigheter har också ett särskilt ansvar för att inom sina ansvarsområden arbeta för att nå de nationella målen för handikappolitiken och följa FN:s standardregler. Regeringen har givit vissa myndigheter på central nivå, som har ansvar för en samhällssektor, ett särskilt ansvar för att de handikappolitiska målen skall uppnås. HO har fått i uppdrag att ta fram ett underlag till krav på tillgänglighet för personer med funktionshinder till myndigheternas lokaler, information och övrig verksamhet. För att intensifiera arbetet kommer riktade informationsinsatser mot myndigheterna att genomföras.

Barnombudsmannen (BO) har i sin årsrapport 2002 – Många syns inte men finns ändå – gett en beskrivning av hur funktionshindrade barn och ungdomar ser på sig själva och sin situation. Studien visar att barn med funktionshinder ofta blir utestängda från aktiviteter i skolan och på fritiden. Det förekommer att barn inte regelmässigt kan delta i viss undervisning på grund av otillgängliga lokaler. Många barn med funktionshinder vittnar dessutom om en begränsad möjlighet att delta i olika fritidsaktiviteter. Det kan bero på att det inte finns lämpliga aktiviteter, att det saknas assistans eller transporter i form av färdtjänst. Ett samlat ansvar efterlyses hos någon befintlig struktur i samhället för att möta de funktionshindrades barnens behov av råd, information, stöd och hjälp. BO:s rapport bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

## Stöd och service

### *Individeriktade insatser*

Åtgärder för att förbättra situationen måste även inriktas på individeriktade insatser. Personer med funktionshinder har fortfarande sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. Det visar resultaten av Kommittén Valfärdsboksluts undersökningar. Yngre och medelålders personer med funktionshinder och familjer med funktionshindrade barn har visserligen inte sämre inkomster men däremot större ekonomiska svårigheter än befolkningen i övrigt. I sitt slutbetänkande konstaterar kommittén vidare att betydande förändringar av välfärdstjänsternas organisation har skett under 1990-talet (se under Analys och slutsatser inom Politikområde Socialtjänstpolitik).

Det är svårt att uppskatta hur många personer som behöver stöd i sin vardag till följd av funktionshinder. Därför är det också svårt att beräkna i vilken mån de samlade insatserna når dem som behöver stöd. Befintlig statistik om omfattningen av insatserna har också begränsningar. Det går inte att med någon större precision uttala sig om i vilken utsträckning insatserna täcker de befintliga behoven av stöd, service och omsorg. Detta påtalar Kommittén Valfärdsbokslut i sitt delbetänkande Valfärd vid vägskalet (SOU 2000:3). Den enskildes möjligheter till inflytande över stödinsatserna är dock betydligt större om de ges med stöd av LSS än med stöd av SoL. Det gäller särskilt insatsen personlig assistans. Den utvidgade möjligheten för personer som fyllt 65 år att få behålla sin assistansersättning har möjliggjort ett aktivt deltagande i samhällslivet även för äldre funktionshindrade.

När det gäller boendesituationen för vuxna personer med utvecklingsstörning har förändringen under 1990-talet gått till det bättre. Gruppboenden har blivit mer hemlik.

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

inneburit för personer med andra funktionshinder.

#### *Domstolstrots*

Det förekommer också att den som beviljats stöd inte får beslutet verksställt. 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 lagen (2001:453) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (1980:620, SoL). Åtgärder har vidtagits för att komma tillrätta med detta problem. Lagstiftningen har skärpts bl.a. genom att den tidigare möjligheten att vitesförelägga en kommun eller ett landsting har ersatts med en sanktionsavgift. Fr.o.m. den 1 juli 2002 kan därför kommuner och landsting, som dröjer alltför länge med att verkställa domar med beslut om insatser enligt LSS eller SoL, åläggas en sanktionsavgift.

#### *Personalsituationen*

Personalsituationen ger anledning till oro då det på många håll rapporteras om svårigheter att rekrytera personal med lämplig utbildning och kompetens. Det är iakttagelser som framförts av såväl Socialstyrelsen som länsstyrelserna i deras tillsyn.

Möjligheterna att rekrytera personal till vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade är beroende av flera olika faktorer bl.a. läget på arbetsmarknaden, den kommunala ekonomin och arbetsvillkoren inom sektorn. Förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen har kartlagts och analyserats vid ett flertal tillfällen vilket betyder att det finns aktuell kunskap.

Regeringen har givit tio berörda myndigheter i uppdrag att i samråd utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning av personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer.

#### *Hjälpmedel m.m.*

En förutsättning för att kunna delta självständigt i samhällslivet och bestämma över sin vardag, för den som har ett funktionshinder, kan vara hjälpmedel. Regeringen har tillsatt en särskild utredare som skall analysera vissa frågor på hjälpmedelsområdet och vid behov lämna förslag till åtgärder (dir. 2001:81 med tilläggsdirektiv 2002:20). Analysen skall bl.a. avse hjälpmedels-

försörjningen för förskoleverksamhet samt utbildning för barn, ungdomar och vuxna. De förändrade förutsättningarna på hjälpmedelsområdet genom utvecklingen inom informations- och kommunikationsteknologin skall också utredas liksom avgiftssystemet för hjälpmedel och gränsdragningen vad gäller ansvaret för individuella hjälpmedel för personer med personlig assistans respektive arbetshjälpmedel för assistenterna. Utredaren har dessutom fått i tilläggsuppdrag att se över systemet för arbetshjälpmedel.

LSS har haft och har stor betydelse för att stödet ges med hög kvalitet. Den särskilda utredaren har även i uppgift att förtydliga vissa insatser enligt LSS. I uppdraget ovan ingår regleringen av insatsen rådgivning och annat personligt stöd, tillämpningen av 23 § LSS samt kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar för personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 LSS eller annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS. Utredaren skall slutredovisa sitt arbete senast den 15 september 2003.

#### *Auktorisation av teckenspråkstolkar*

Syftet med den statliga auktorisationen av tolkar är att tillgodose samhällets behov av högt kvalificerade tolkar och översättare. En auktoriserad tolk kan efter ett särskilt prov få bevis om en speciell kompetens för tolkning eller översättning inom ett visst verksamhetsområde. Frågor om auktorisation av tolkar och översättare prövas av Kammarkollegiet. Någon motsvarande auktorisation finns för närvarande inte för teckenspråkstolkar. Regeringen bedömer att införande av auktorisation av teckenspråkstolkar är angelägen för att åstadkomma en kvalitetssäkring av teckenspråkstolkningen. Formerna för en sådan auktorisation har utretts av Kammarkollegiet och slutsatsen är att den auktorisationsordning som nu gäller för tolkar mellan svenska och främmande språk bör kunna användas även för auktorisation av teckenspråkstolkarna. Regeringen avser att återkomma i frågan på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2003.

#### *Bemötande*

Utredningen (S 1997:04) om bemötande av personer med funktionshinder beskrev i olika rapporter att funktionshindrade upplever misstro 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. Regeringen har på det nationella planet givit Sibus uppgiften att verka för kompetensutveckling inom all offentlig verksamhet när det gäller bemötande av personer med funktionshinder.

#### *Individuella planer*

Socialstyrelsens projekt för att utveckla användandet av individuella planer visar att planerna, väl genomförda och rätt använda, ökar den enskildes inflytande och självbestämmande. Planeringen kan inledningsvis vara tidskrävande men innebär på sikt ofta bl.a. tidsvinster, effektivare samarbete samt mindre behov av akuta insatser. Trots detta är såväl habiliterings- och rehabiliteringsplanerna enligt HSL som de individuella planerna enligt LSS mycket lite utnyttjade, även om en viss ökning skett. Socialstyrelsen konstaterar att ett informations- och utvecklingsarbete kring användningen av individuella planer behövs både på individ-, tjänstemanna- och politisk nivå. Socialstyrelsen har i ett meddelandeblad informerat de ansvariga huvudmännen om gällande bestämmelser vad gäller användningen av individuella planer enligt LSS.

Inom båda verksamhetsområdena – stöd och service samt insatser för delaktighet och jämlikhet – vilar ett stort ansvar dels på huvudmännen och dels på tillsyns- och expertmyndigheterna för att se till att målen i handikappolitiken förverkligas. Regeringen gör bedömningen att de sammantagna statliga insatserna givit positiva effekter.

#### *Handikapporganisationerna*

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för funktionshindrade. Organisationerna bidrar också genom sitt intressepolitiska arbete med att

förverkliga de politiska målen för handikappolitiken.

I samband med att den nya förordningen om statsbidrag till handikapporganisationer trädde ikraft den 1 juli 2001 fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och redovisa effekterna av de nya bestämmelserna. Myndigheten redovisade resultaten i december 2001. De visade att en övervägande del av handikapporganisationerna anser att det nya regelsystemet är bättre och mer rättvist än det gamla. Kritik riktas dock mot det nya systemet då ett fåtal gamla organisationer får och kommer att få kraftigt minskade bidrag. Regeringen anser att dessa negativa effekter bör begränsas och avser att återkomma på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2003.

#### *Myndighetsstrukturen på det handikappolitiska området*

I och med proposition 1999/2000:79 Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken ges handikappolitiken en ny inriktning där det bl.a. fastslås att handikappolitiken är tvärssektoriell. Varje samhällssektor har ansvar att genomföra de mål och uppgifter som ligger inom deras ansvarsområde. Ett antal statliga myndigheter har av regeringen fått ett särskilt sektorsansvar. Därutöver krävs ett effektivt stöd till såväl statliga och kommunala myndigheter som andra aktörer på det handikappolitiska området. Denna rådgivande och pådrivande roll är idag uppsplittrad på olika myndigheter och andra centrala aktörer med ibland otydlig gränsdragning mellan deras respektive roll och uppgift. Det finns en risk att samordningen brister och att effekten av de olika aktörernas arbete med genomförandet av den nationella handlingsplanen därmed försvagas. Det behövs en effektiv organisation för att stödja regeringens styrning av den framtida handikappolitiken. En samlad myndighets- och stabsfunktion saknas.

Handikappombudsmannen (HO) som har som huvuduppgift att följa och bevaka de funktionshindrades rättigheter och villkor har även fått i uppgift att bygga upp ett nationellt tillgänglighetscenter som skall stödja offentliga myndigheters arbete med tillgänglighetsfrågor. Ombudsmannafunktionen har en mer fristående ställning till regeringen, medan tillgänglighetscentrat har en mer traditionell stabsfunktion till

regeringen bl.a. med uppgift att bidra till att genomföra den av riksdagen beslutade handikappolitiken.

Hjälpmiddelsinstitutet (HI) är en organisation med tredelat ägarskap mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. HI:s uppgift är bl.a. att lämna råd och rekommendationer vad gäller anpassning av hjälpmedel och dylikt. Delar av Hjälpmiddelsinstitutets verksamhet sammanfaller med tillgänglighetscentrets inom HO.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har sin verksamhet riktad mot utbildningssektorn där de bl.a. beslutar om olika former av ekonomiskt stöd inom utbildningsområdet. I samband med beslutet om den nationella handlingsplanen gavs Sisus i uppdrag att ansvara för utbildnings- och informationsinsatser för att förbättra bemötandet av personer med funktionshinder i samhället. Även dessa uppgifter har beröringspunkter med de uppgifter som tillgänglighetscentret vid HO har.

Även Socialstyrelsen har uppgifter som i vissa delar gränsar mot de övriga myndigheterna, bl.a. statsbidrag till olika former av hjälpmedel för funktionshindrade.

Det finns således starka skäl att se över myndighetsstrukturen inom det handikappolitiska området för att effektivisera genomförandet av den nationella handlingsplanen. Inriktningen är att åstadkomma en samlad statlig organisation i detta syfte.

Regeringen har för avsikt att inom kort tillsätta en utredning med uppgift att se över myndighetsstrukturen inom det handikappolitiska området. Utredningens primära syfte är att föreslå en organisation som på ett effektivt och slagkraftigt sätt kan bistå de många aktörernas arbetet med genomförandet av den nationella handlingsplanen.

## 7.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2001 avseende myndigheternas verksamhetsområden.

## 7.8 Budgetförslag

### 7.8.1 16:1 Personligt ombud

**Tabell 7.2 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud**

Tusental kronor				
2001	Utfall	60 422	Anslags-sparande	417
2002	Anslag	90 000	Utgifts-prognos	89 242
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>90 000</b>		
2004	Beräknat	90 000		

Bidraget är avsett att utveckla verksamhet med personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder. De personliga ombuden skall bl.a. företräda den enskilde i olika situationer, ge råd och stöd samt stärka den enskildes egen initiativförmåga. Verksamheten skall grundas på ett kommunalt ansvar och huvudmannaskap men olika verksamhetsformer kan prövas beträffande det praktiska utförandet.

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

**Tabell 7.3 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:1 Personligt ombud**

Tusental kronor		
	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>90 000</b>	<b>90 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>90 000</b>	<b>90 000</b>

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

2001	Utfall	275 000	Anslags-sparande	3 324
2002	Anslag	275 000	Utgifts-prognos	272 412
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>279 000</b>		
2004	Beräknat	279 000		

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 personligt stöd lämnas i enlighet med finansieringsprincipen för de ökade åtaganden landstingen fick genom införandet av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. En särskild utredare har för närvarande i uppdrag att förtydliga regleringen av insatsen råd och stöd. Uppdraget skall redovisas senast den 15 september 2003.

Syftet med bidraget till tolktjänsten är att ge landstingen förutsättningar att bygga ut tolktjänsten för döva och dövblinda m.fl. Socialstyrelsen har kartlagt 2001 års verksamhet och konstaterar att förutsättningarna för en fortsatt utbyggnad av tolktjänsten är god beträffande tillgången på utbildade tolkar. Samtidigt visar de på en ojämn fördelning när det gäller statsbidragets andel av de olika landstingens kostnader för tolktjänsten. Riksrevisionsverket (RRV) har därför på regeringens uppdrag granskat statsbidraget. RRV menar att det skulle vara kostsamt, om ens möjligt att åstadkomma en fördelningsmodell som tar hänsyn till de faktiska behoven av tolktjänst och de merkostnader som reformen medfört.

För insatser i syfte att stödja kommuner och landsting när det gäller att tillgodose behovet av socialt råd och stöd samt habilitering/rehabilitering hos dövblinda vuxna har 4 miljoner kronor överförts från utgiftsområde 16 Anslag 25:4 *Specialpedagogiska Institutet*.

## Regeringens överväganden

**Tabell 7.5 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>275 000</b>	<b>275 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Överföring till/från andra anslag	4 000	4 000
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>279 000</b>	<b>279 000</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 279 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för år 2003. För 2004 beräknas anslaget till 279 000 000 kronor.

## 7.8.3 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

**Tabell 7.6 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd**

Tusental kronor

2001	Utfall	170 149	Anslags-sparande	2 538
2002	Anslag	159 733	Utgifts-prognos	160 161
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>166 884</b>		
2004	Beräknat	167 761 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 163 466 tkr i 2003 års prisnivå.

Syftet med statsbidraget är bl.a. att ge studerande med olika funktionshinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola. Motsvarande gäller för studerande med rörelsehinder vid studier på universitet och högskolor. Bidraget gör det också möjligt för ungdomar som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning att genomföra studierna.

## Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

**Tabell 7.7 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	2001 utfall	2002 prognos	2003 beräknat	2004 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	48 000	75 000	76 000	
Nya förpliktelser	75 000	76 000	80 000	
Infriade förpliktelser*	-48 000	-75 000	-76 000	-80 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	75 000	76 000	80 000	
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>90 000</b>	<b>81 000</b>	<b>80 000</b>	

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

De utgifter som belastar anslaget är kostnader för särskilt utbildningsstöd åt deltagare med olika funktionshinder vid folkhögskolor och rörelsehindrade studerande vid universitet och högskolor. Fr.o.m. den 1 januari 2001 utgår stödet inte enbart till rörelsehindrade inom folkhögskolan utan även för deltagare med andra funktionshinder.

Anslaget används också till kostnader för habilitering och elevhem med omvårdnadsinsatser i anslutning till riksgymnasierna med den rh-anpassade gymnasieutbildningen. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna är dels antal elever med funktionshinder vid utbildningsställen, dels dessa elevers individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen. Verksamheten vid de rh-anpassade riksgymnasierna påverkas även av intagningsregler. Kostnadsansvaret för verksamheten vid riksgymnasierna delas fr.o.m. den 1 juli 2001 mellan stat, hemkommun och hemlandsting. Som en följd härav har anslaget reducerats med 12,5 miljoner kronor för 2001 och 25 miljoner kronor fr.o.m. 2002.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) administrerar anslaget enligt bestämmelserna i förordningen (2000:755) med instruktion för Statens institut för särskilt utbildningsstöd och gymnasieförordningen (1992:394).

### Regeringens överväganden

En engångsvis korrigerings görs 2003 med anledning av en felaktig pris- och löneomräkning för 2002. Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

Regeringen avser att under anslaget ställa 8 miljoner kronor till regeringens disposition. Regeringen avser att återkomma på tilläggs-

budget i samband med den ekonomiska vårpropositionen kring användningen av dessa medel.

**Tabell 7.8 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>159 733</b>	<b>159 733</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	4 600	8 918
Beslut	2 551	-890
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>166 884</b>	<b>167 761</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 166 884 000 kronor anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* för budgetåret 2003. För 2004 beräknas anslaget till 167 761 000 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

			Anslags- sparande
2001	Utfall	79 394	
2002	Anslag	80 394	Utgifts- prognos 80 394
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>80 394</b>	
2004	Beräknat	80 394	

Bidraget är avsett att öka organisationernas möjligheter att själva bedriva vissa verksamheter av

betydelse för personer med funktionshinder. En del organisationer som får bidrag från detta anslag har fått statsbidrag sedan 1950-talet medan andra tillkom så sent som år 1997. Statsbidrag lämnas till följande organisationer och verksamheter under 2002:

- 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 lästjänst.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) för utgivning av tidningar (ej medlemstidningar) för dövblinda och för utveckling av databasen Telenuet.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för dess teckenspråksavdelning.
- Stiftelsen Rikstolktjänst för rikstolktjänst.
- Naturhistoriska riksmuseet/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.

Organisationerna redovisar sin verksamhet och lämnar in sina ansökningar till Socialstyrelsen som följer upp och utvärderar de verksamheterna 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.

**Tabell 7.10 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder**

<i>Tusental kronor</i>		
	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>80 394</b>	<b>80 394</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>80 394</b>	<b>80 394</b>

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

### 7.8.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

**Tabell 7.11 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer**

<i>Tusental kronor</i>				
			Anslags- sparande	
2001	Utfall	157 248		
2002	Anslag	157 248	Utgifts- prognos	157 248
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>157 248</b>		
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 (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. I den nya förordningen definieras vad som avses med en handikapporganisation samt hur anslaget skall fördelas. Från och med andra halvåret 2000 förstärktes anslaget med 19,5 miljoner kronor varav 5,5 miljoner kronor var ett engångsbelopp för att underlätta övergången till det nya bidragssystemet. Från och med den 2001 tillfördes ytterligare 14 miljoner kronor till anslaget, vilket innebar en sammanlagd nivåhöjning med 28 miljoner kronor per år.

**Tabell 7.12 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	157 248	157 248
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>157 248</b>	<b>157 248</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 157 248 000 kronor anvisas under anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 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	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2001	Utfall	20 135		2 141
2002	Anslag	21 777		21 494
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>20 126</b>		
2004	Beräknat	22 929 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 22 268 tkr i 2003 års prisnivå.

Syftet med ersättningen till utrustning för elektronisk kommunikation är att ge personer som är döva, gravt hörselskadade, talskadade eller språkstörda möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät.

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

Verksamheten regleras fr.o.m. den 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 prisutveckling 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.

Socialstyrelsen skall följa upp effekterna för brukarna av de nya reglerna för ersättning till landstingen. En uppföljning skall redovisas senast den 31 juli 2003.

### Regeringens överväganden

Bildtelefoner med tillräckligt god kvalitet för att fungera för teckenspråkskommunikation har utvecklats och utrustningen bedöms kostnads- mässigt 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.

Anslagssparandet för 2001 uppgick till drygt 2 miljoner kronor. Enligt prognosen för 2002 kommer anslagssparandet att kvarstå vid årets slut. Anslagsnivån för 2003 minskas därför (tillfälligt) med motsvarande belopp. Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 7.14 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>21 777</b>	<b>21 777</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	632	1 298
Beslut	-142	-146
Överföring till/från andra anslag	-2 141	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>20 126</b>	<b>22 929</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 126 000 kronor anvisas under anslaget 16:6 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 22 929 000 konor.

### 7.8.7 16:7 Bilstöd till handikappade

**Tabell 7.15 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2001	226 116	-9 701	
2002	214 000 <sup>1</sup>		212 499
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>164 000</b>	
2004	Beräknat	164 000	

<sup>1</sup> Varav 50 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2002.

Syftet med anslaget är att lämna bidrag till funktionshindrade personer och föräldrar med funktionshindrade barn för anskaffning och anpassning av motorfordon m.m. Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna ansvarar för bilstödet. Stöd kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Fr.o.m. den 1 juli 1995 kan, under vissa förutsättningar, bidrag också lämnas till körkortsutbildning till den som beviljats bilstöd.

De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna inom området är personkretsens omfattning, inkomstutvecklingen och prisutvecklingen på fordonsmarknaden. Nytt bilstöd kan beviljas den som tidigare fått sådant om minst sju år förflutit sedan beslut senast fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag. Bilstödet måste användas inom sex månader från det att den som beviljats bilstöd fått besked om att bidraget kan betalas ut. Genom en förordningsändring under hösten 1997 begränsades utbetalningarna för bilstöd så att de för respektive budgetår ryms inom ramen för de medel som anslås.

### Regeringens överväganden

Anslaget tillfördes 50 miljoner kronor för 2002 i tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition. I samband med riksdagens behandling av budgetpropositionen för 2001 lämnade riksdagen ett tillkännagivande (rskr. 2001/02:94) om att regeringen snarast bör vidta åtgärder för att effektivisera och förbättra tillämpningen av bilstöd samt under 2002 återkomma till riksdagen med en redovisning av vilka åtgärder som vidtas.

Frågan om effektiviseringar och förbättringar av tillämpningen av bilstöd bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen avser att snarast återkomma i frågan.

**Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:7 Bilstöd till handikappade**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>164 000</b>	<b>164 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>164 000</b>	<b>164 000</b>

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

### 7.8.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 7.17 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2001	Utfall	6 342 068	Anslags-sparande	246 555
2002	Anslag	7 606 000	Utgifts-prognos	7 520 000
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>8 436 000</b>		
2004	Beräknat	9 561 000		

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

Anslaget disponeras av Riksförsäkringsverket. De allmänna försäkringskassorna administrerar och beslutar om ersättningen. Frågor om assistansersättning regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning och i förordningen (1993:1091) om assistansersättning. Rätten gäller för svårt funktionshindrade personer som inte fyllt 65 år. 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 2002 med 191 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 de senaste åren beror till lika delar på ökningen av antalet assistansberättigade, ökningen av genomsnittligt antal assistanstimmar och höjningen av ersättningsnivån.

Det finns tydliga signaler på att det blivit allt svårare att rekrytera personliga assistenter. Regeringen tillsatte därför under år 2001 en arbetsgrupp för att beskriva och analysera rekryteringsbehov och de förhållanden som påverkar

möjligheten att rekrytera assistenter. Arbetsgruppen lämnade sin rapport i december 2001. Rapporten har remissbehandlats och bereds nu inom regeringskansliet.

**Tabell 7.18 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>7 606 000</b>	<b>7 606 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
<b>Beslut</b>		
Övriga makroekonomiska förutsättningar	209 600	482 600
Volym	620 400	1 472 400
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>8 436 000</b>	<b>9 561 000</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 436 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 9 561 000 000 kronor.

### 7.8.9 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

**Tabell 7.19 Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2001	Utfall	14 996	Anslags-sparande	6 209
2002	Anslag	24 022	Utgifts-prognos	29 117
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>26 373</b>		
2004	Beräknat	15 390 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 15 046 tkr i 2003 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 har fr.o.m. 2001 även uppgiften att verka för kompetensutveckling inom all offentlig verksamhet när det gäller bemötande av personer med funktionshinder. Vidare ger Sisus kansliservice till Nämnden för Rh-anpassad utbildning. Inför det Euro-



peiska handikappåret 2003 har Sibus ansvaret för att planera och genomföra aktiviteterna på nationell nivå. Myndigheten kommer att tillföras ytterligare medel för detta ändamål på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2003.

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 för kompetensutvecklingsinsatser i enlighet med inriktningen i den nationella handlingsplanen, varav 9 miljoner kronor avser stimulansbidrag till särskilda projekt under åren 2001 – 2003.

Fr.o.m. den 1 juli 2001 övertog Sibus hanteringen av vissa bidrag som hittills administrerats av Centrala studiestödsnämnden. Det gäller korttidsstudiestöd, internatbidrag och timersättning inom Särvox. Medel har tillförts fr.o.m. 2001 för de ökade administrationskostnaderna.

## Regeringens överväganden

I sin årsredovisning för budgetåret 2001 redovisar Sibus sin verksamhet under verksamhetsgrenarna stöd inom vuxenutbildning, stöd inom riksgymnasieverksamheten och kompetensutvecklingsarbete med bemötandefrågor. Sibus verksamhet utvecklas i enlighet med verksamhetsmålen. Myndigheten har under året fortsatt att utveckla administrationen av bidragshanteringen och olika uppföljningsinstrument samt arbetat med att förbättra sina prognoser för statsbidragen. Sibus har även startat ett omfattande samarbete med berörda intressenter för att utveckla stödet till den offentliga sektorn i bemötandefrågor.

Mellan åren 2000 och 2001 har kanslikostnaderna ökat med knappt 30 procent. Detta beror till stor del på ökade utgifter i samband med Sibus nya verksamhetsgren kompetensutvecklingsarbete med bemötandefrågor.

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 kostnads-täckning. Sibus fick 60 000 kronor av Folkbildningsrådet under 2001 för att sköta denna administration.

Statsbidraget har minskat med drygt 17 procent mellan åren 2000 och 2001 som en följd av att det nya betalningssystemet för verksamheten med boende, omvårdnad och habilitering inom riksgymnasieverksamheten som infördes den 1 juli 2001. Det nya systemet innebär att kostnaderna för denna verksamhet delas mellan stat, hemkommun och hemlandsting. Förändringarna genomfördes 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 dessa administrationsuppgifter, som också innefattar utveckling av den tekniska utrustningen, tillfördes anslaget 1 miljon kronor fr.o.m. 2002.

År 2003 höjs anslaget tillfälligt med ca 2 miljoner kronor för särskilda insatser när det gäller att kartlägga och utveckla insatser för dövblinda samt för insatser i samband med det europeiska handikappåret 2003. Ytterligare medel kommer att tillföras för detta ändamål på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2003.

Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>24 022</b>	<b>24 022</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	410	969
Beslut	-200	-204
Överföring till/från andra anslag	2 141	0
Övrigt	0	-9 397
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>26 373</b>	<b>15 390</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 26 373 000 kronor anvisas under anslaget 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd för

2003. För 2004 beräknas anslaget till 15 390 000 kronor.

### 7.8.10 16:10 Handikappombudsmannen

**Tabell 7.21 Anslagsutveckling 16:10  
Handikappombudsmannen**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags- sparande	
2001	Utfall	13 773		1 175
2002	Anslag	15 945	Utgifts- prognos	16 897
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>16 425</b>		
2004	Beräknat	16 793 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 16 425 tkr i 2003 års prisnivå.

Handikappombudsmannen (HO) 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 HO:s verksamhet omfattar således handikappolitik inom alla samhällssektorer.

I samband med den Nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) fick HO i uppgift att inom myndigheten bygga upp ett nationellt tillgänglighetscenter och för detta ändamål tillfördes myndigheten 7 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

En viktig uppgift för Handikappombudsmannen har varit att organisera, bygga upp och inordna tillgänglighetscentret i verksamheten. Handikappombudsmannens verksamhet är indelad i verksamhetsgrenen granskning, juridiskt stöd och rådgivning samt verksamhetsgrenen tillgänglighetscentrum.

I samband med att riksdagen fattat beslut om lagen (1999:130) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder och lagen (2001:1286) om lika behandling av studenter i högskolan så har HO:s roll i arbetet med att bekämpa och förebygga diskriminering av personer med funktionshinder blivit tydligare.

Regeringen har tillsatt en parlamentarisk kommitté (Dir. 2002:11 En sammanhållen diskrimineringslagstiftning) med uppdrag att överväga införande av en gemensam diskrimineringslagstiftning som omfattar alla eller flertalet diskrimineringsgrunder och samhällsområden. Kommittén skall inom ramen för sitt uppdrag även överväga ett skydd mot missgynnande av personer med funktionshinder på grund av bristande tillgänglighet. Ytterligare ett uppdrag för kommittén är att se över uppgifter och ansvarsområden för de olika ombudsmännen och överväga en eventuell sammanslagning av dessa.

Under år 2002 har Handikappombudsmannen arbetat med att ta fram underlag till krav för hur myndigheterna praktiskt ska verka för att göra lokaler, verksamhet och information tillgängliga för personer med funktionshinder i enlighet med förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken.

Ytterligare ett viktigt arbete under år 2002 är att genom stöd och samordning bidra till att myndigheter, med ett särskilt sektorsansvar för genomförandet av handikappolitiken, ska kunna definiera sin roll i relation till de handikappolitiska målen och redovisa förslag på etappmål för hur man skall kunna uppfylla sina delar av de handikappolitiska målen. Anslagsnivån har justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 7.22 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för  
16:10 Handikappombudsmannen**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>15 945</b>	<b>15 945</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	596	967
Beslut	-116	-119
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>16 425</b>	<b>16 793</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 425 000 kronor anvisas under anslaget 16:10 *Handikappombudsmannen* för 2003. För 2003 beräknas anslaget till 16 793 000 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. Huvuddelen av dessa insatser finansieras, utförs och redovisas inom andra politikområden bl.a. av det skälet att de ofta riktar sig till fler målgrupper än äldre. Viktiga insatser för äldre utförs bl.a. inom hälso- och sjukvården, servicesektorn, kultur- och fritidssektorn, rättsväsendet, transportsektorn samt bostadssektorn.

Ansvariga för genomförandet av dessa insatser är myndigheter, kommuner, landsting, organisationer, näringsliv med flera aktörer. Nämnas bör också socialförsäkrings- och pensionssystemen som har stor betydelse för äldres ekonomi. De insatser som redovisas inom politikområdet Äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommuner ansvarar för inom ramen för äldre- och handikappomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) samt myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till verksamheten inom ramen för utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*. Inom politikområdet redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa pensionärsorganisationer.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgiftsprognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
17:1 Stimulans bidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	252,5	25,4	36,5	35,4	35,4
<b>Totalt för politikområde Äldrepolitik</b>	<b>252,5</b>	<b>25,4</b>	<b>36,5</b>	<b>35,4</b>	<b>35,4</b>

### 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 vara representerade i politiska församlingar i kommuner, landsting och riksdag i samma omfattning som andra medborgare. 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.

### 8.4 Politikens inriktning

Cirka 1,5 miljoner personer är idag 65 år eller äldre vilket motsvarar drygt 17 procent av befolkningen. Detta antal har varit relativt konstant sedan mitten av 1980-talet och förväntas heller inte öka under den närmaste femårsperioden. När 1940-talets stora barnkullar når 65-årsåldern ökar dock antalet ålderspensionärer betydligt, från beräknade 1,55 miljoner år 2007 till 1,9 miljoner år 2015. Därefter fortsätter ökningen ytterligare 25 år till 2040 då antalet personer 65 år och äldre beräknas uppgå till 2,4 miljoner.

Bl.a. den demografiska utvecklingen och kommunernas och landstingens begränsade ekonomiska förutsättningar ställer äldrepolitiken inför en rad utmaningar. På kort sikt måste arbetet inriktas på att skapa förutsättningar för kommuner och landsting att komma tillrätta med brister inom vården och omsorgen om äldre personer. Såväl personer med behov av vård och omsorg som anhöriga måste kunna känna trygghet och ha tillit till äldreomsorgen. Av stor be-

tydelse är också att arbetsplatser inom vård och omsorg kan göras attraktiva så att befintlig personal stannar kvar i verksamheten och nya människor, inte minst i de yngre generationerna, väljer att satsa på en yrkesbana inom sektorn. På längre sikt måste arbetet inriktas mot att anpassa samhället till en ny befolkningsstruktur. Det handlar bl.a. om att inom olika samhällssektorer bättre ta tillvara äldre personers resurser och erfarenheter. Det handlar också om att öka kapaciteten och kvaliteten i vård och omsorg så att de successivt ökande behoven hos en åldrande befolkning kan tillgodoses.

Den parlamentariska äldreberedningen – Senior 2005 – som tillsattes år 1998 skall svara på frågan hur äldrepolitiken bör utformas efter 2005 och de närmaste därpå följande åren. Beredningens arbete inriktar sig på tre områden; äldre i arbetslivet, det friska pensionärlivet och äldre inom vård och omsorg. Beredningens förslag skall bidra till måluppfyllelsen med avseende på de av riksdagen fastställda nationella målen för äldrepolitiken. Om så erfordras skall beredningen föreslå nya mål. Beredningen lämnade i april 2002 ett diskussionsbetänkande till regeringen – Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring, där förslag presenteras till tänkbara framtidsbilder och möjliga vägval att diskutera vidare.

Den demografiska utvecklingen och de utmaningar som den för med sig har under de senaste åren rönt ökad uppmärksamhet i internationella sammanhang. I april 2002 ägde den andra av FN:s världsförsamlingar om äldre frågor rum i Madrid. Vid mötet fastställdes en övergripande handlingsplan vars uttryckliga mål är att garantera att människor överallt i världen skall kunna åldras på ett tryggt och värdigt sätt och att äldre personer även fortsättningsvis skall kunna delta i samhället som medborgare med fulla rättigheter. Det godkända handlingsprogrammet innehåller en rad rekommendationer för antagandet av åtgärder som följer tre prioriterade riktlinjer: de äldre och samhällsutvecklingen, främjande av hälsa och välbefinnande bland äldre samt skapande av en lämplig och gynnsam miljö. Det konstateras i handlingsprogrammet att de nationella regeringarna bär det primära ansvaret för en politik som säkerställer att de eftersträlvade målen uppnås. I FN:s regionala kommission där EU ingår (Economic Commission for Europe) har man utarbetat en regional tillämpningsstrategi som godkändes vid en europeisk ministerkonferens i Berlin i september 2002. Tillämpnings-

strategin ger en ram för uppföljningen, det regionala samarbetet och samarbetet mellan Europeiska unionen och länderna i Östeuropa, tillsammans med Förenta staterna och Kanada.

## 8.5 Insatser

### 8.5.1 Insatser inom politikområdet

År 2001 var det tredje och sista året då ett stort antal satsningar genomfördes inom vissa prioriterade områden inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

Handlingsplanen har följts upp med ytterligare satsningar inom ett flertal områden. Bl.a. har regeringen i februari 2002 beslutat att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att sammanställa kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga samt identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in. Arbetsgruppen skall behandla ett flertal områden, bl.a. tillgänglighet till utredning, diagnos och medicinsk behandling, tillgången till anhörigstöd och utbildning samt kvalitetsutveckling.

Flera studier visar att arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre har betydande och växande svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Störst är rekryteringssvårigheterna när det gäller sjuksköterskor men rekryteringsläget är bekymmersamt även när det gäller arbetsterapeuter, sjukgymnaster och arbetsledande personal. Många arbetsgivare har även tilltagande problem med att finna utbildade undersköterskor och vårdbiträden, i synnerhet i storstäderna. Andelen vakanta tjänster ökar och kompetenskraven vid rekrytering sänks allt mer. Mot bakgrund av detta har regeringen i juli 2002 uppdragit åt nio statliga myndigheter att gemensamt utarbeta en handlingsplan för kompetensförsörjning inom äldre- och handikappomsorgen. Syftet med insatserna i planen är att skapa bättre förutsättningar för kommuner och företag att fullgöra sitt ansvar som huvudmän för och/eller utförare av vård och omsorg.

Riksdagen antog i november 2001 regeringens proposition om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. I enlighet med detta beslut har nya och preciserade bestämmelser inom området trätt i kraft den 1 juli 2002. Bestämmelserna omfattar dels ett högkostnadsskydd för hem-

tjänst och dagverksamhet samt sådant särskilt boende som inte omfattas av hyreslagens bestämmelser, dels bestämmelser om beräkning av enskildas förbehållsbelopp. Vidare infördes bestämmelser om möjligheter för omsorgstagare att överklaga individuella avgiftsbeslut. Regeringens proposition innehöll också förslag om nya bestämmelser avseende beräkning av enskildas avgiftsunderlag (inkomster). Dessa kommer att träda i kraft den 1 januari 2003.

### 8.5.2 Insatser utanför politikområdet

#### *Tandvård*

Den 1 juli 2002 infördes ett högkostnadsskydd inom tandvården för dem över 65 år. Skyddet omfattar fast och avtagbar protetik som exempelvis kronor, broar, implantat och avtagbara proteser. Patienten skall under en behandlingsomgång inte behöva betala mer än 7 700 kronor för protetik. Försäkringsersättningen för så kallade titankomponenter är dock begränsad till vissa angivna belopp. Patienten får själv betala eventuella kostnader för guld och andra ädel- eller gjutmetaller. I samband med denna förändring höjdes även tandvårdersättningen för bas-tandvård för personer över 65 år.

#### *Läkemedel*

Från och med den 1 oktober 2002 har landstingen möjlighet att efter framställning av en kommun inrätta läkemedelsförråd vid särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre. Läkemedlen ur förråden är kostnadsfria för de boende. Landstingen står för kostnaderna. Även patienter inom hemsjukvården kan få läkemedel på detta sätt. Förråden kan vara av två slag beroende på främst vårdbehovet hos de boende: fullständiga förråd som innehåller flertalet av de läkemedel som de boende behöver eller akutförråd som enbart innehåller vissa basläkemedel.

#### *Tillsyn och rättssäkerhet*

Den 1 januari 2002 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. Den nya lagen stärker den enskildes rätt till bistånd. Den medför också en förstärkt tillsyn över socialtjänsten genom att länsstyrelserna ges rätt att inspektera all verksamhet under dess tillsyn. Länsstyrelserna har också genom den nya lagen fått utvidgad rätt att ingripa mot missförhållanden i kommunal verksamhet.

Den 1 juli 2002 infördes en ny bestämmelse i LSS och SoL som innebär att kommuner och landsting som dröjer alltför länge med att verkställa domar enligt dessa lagrum kan åläggas att betala en sanktionsavgift. Bestämmelsen ersätter den tidigare bestämmelsen i LSS respektive SoL om vitesföreläggande.

#### *Pensioner*

Riksdagen har beslutat om anpassningar av ålderspension till personer födda 1937 eller tidigare samt efterlevandepension på grund av ålderspensionsreformen som berör personer födda 1938 och senare. Dagens grundskydd i form av folkpension, pensionstillskott och det särskilda grundavdraget (SGA) ersätts fr.o.m. 1 januari 2003 av en fullt beskattad garantipension.

De cirka 1,6 miljoner personer som är födda 1937 eller tidigare och som har ålderspension enligt det gamla folkpensions- och ATP-systemet kommer att räknas om fr.o.m. den 1 januari 2003. Omläggningen motsvarar den som gäller personer som är födda 1938 eller senare. Syftet är att alla – pensionärer och löntagare – ska bli lika behandlade i skattehänseende. Det belopp som betalas ut i pension ska, efter avdrag för preliminär skatt, vara ungefär lika stort efter omläggningen som före.

Eftersom både folkpension och pensionstillskott försvinner fr.o.m. 2003 avskaffas samtidigt inkomstprövningen av änkepensionerna.

Fr.o.m. 2003 får alla rätt att ha kvar sin anställning till 67 års ålder mot tidigare 65 år. Regeln är tvingande gentemot arbetsgivarna men innebär inte att pensionsåldern höjs. För arbetstagare innebär regeln att de som vill får rätt att arbeta till 67 år och därmed möjlighet att förbättra sin pension.

#### *Bostadstillägg*

Fr.o.m. 2003 görs vissa förändringar i bostadstillägget som en anpassning till det reformerade pensionssystemet samt till följd av att det särskilda grundavdraget för folkpensionärer (SGA) då avskaffas.

#### *Äldreförsörjningsstöd*

Den 1 januari 2003 införs det s.k. äldreförsörjningsstödet. Stödet tillförsäkrar en viss lägsta levnadsnivå för alla personer som är äldre än 65 år, bosatta i Sverige och som inte har en pension som ger tillräcklig försörjning.

#### *Kompetensförsörjning*

Regeringen har i april 2002 beslutat ge möjlighet för en försöksverksamhet inom ramen för arbetsmarknadspolitiken. Syftet med försöksverksamheten är att minska kommunernas brist på behörig baspersonal inom vård och omsorg, samtidigt som arbetslösheten minskas. Beslutet innebär att kommuner och landsting eller deras entreprenörer kan anställa arbetslösa inom vården på heltid och tillsvidare. De personer som ingår i försöksverksamheten beviljas tjänstledighet för att studera halvtid under tre terminer på en vuxenanpassad vårdutbildning. Försöket beräknas starta i juni 2002 och sluta i maj 2004. När försöket är fullt utbyggt kommer närmare 1 200 personer att delta samtidigt.

## 8.6 Resultatbedömning

Målet för 2002 är att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.

### 8.6.1 Resultat

Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, som genomfördes under perioden 1999–2001, innebar en bred satsning inom äldreområdet. Handlingsplanen syftade till att skapa ökade förutsättningar för huvudmännen att komma till rätta med problem och brister inom vården och omsorgen om äldre, samt även till att stimulera fram nya initiativ och utveckling inom området. Socialstyrelsen – som har haft regeringens uppdrag att följa upp handlingsplanen – slutredovisade i juni 2002 planens genomförande och effekter. Rapporten innehåller dels en samlad redovisning av den allmänna utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre de senaste tre åren, dels en beskrivning av effekterna av några av de särskilda satsningar som genomförts inom ramen för handlingsplanen.

Vad gäller den generella utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre rapporterar Socialstyrelsen bl.a. att år 2001 erhöll cirka 240 000 personer av dem 65 år och äldre någon form av offentligt finansierad äldreomsorg i det ordinära boendet eller inom en särskild boen-

deform, vilket motsvarar cirka 16 procent av samtliga personer i åldersgruppen. Något fler än hälften av omsorgstagarna fick hemtjänst i ordnärt boende och resterande del i särskilt boende. Andelen äldre som varit mottagare av äldreomsorg har varit tämligen oförändrad under de fyra senaste åren. Inom denna grupp har dock insatserna alltmer förskjutits mot personer 80 år och äldre.

Kommunernas bruttokostnader för vård och omsorg till äldre uppgår för närvarande till cirka 70 miljarder kronor årligen. Kostnaderna har ökat något under senare år, delvis som ett resultat av ett höjt kostnadsläge men också på grund av bl.a. ett ökat antal äldre i befolkningen.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att kartlägga och analysera hur situationen ser ut i landet med avseende på icke verkställda beslut och domar enligt 6 f § SoL och 9 § LSS. Socialstyrelsens kartläggningar visar att det den 1 januari 2001 fanns drygt 3 000 icke verkställda beslut enligt 6 f § SoL. Sådana beslut fanns i samtliga län. Cirka 95 procent av de icke verkställda besluten rörde plats i särskilt boende.

Kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre beror i mycket hög utsträckning på hur kommunerna klarar kompetensförsörjningen i verksamheten. Bland de positiva inslag som rapporterats under senare år är bl.a. att kommunerna, trots ekonomiska bekymmer, har börjat anställa mer personal till vården och omsorgen om de äldre. Bl.a. har fler sjuksköterskor rekryterats liksom personal med paramedicinsk kompetens. Fortfarande finns dock stora problem i många kommuner. Svårigheterna består såväl i att lyckas attrahera personal med rätt kompetens, som att långsiktigt kunna behålla dessa i verksamheten och kontinuerligt utveckla deras kompetens. Ett problem är också den stigande sjukfrånvaron bland vård- och omsorgspersonal som allvarligt försvårar möjligheterna att upprätthålla kvaliteten och kontinuiteten i verksamheten.

Socialstyrelsen konstaterar att handlingsplanen har fört med sig positiva effekter inom många områden. De områden där planen har haft särskilt tydliga positiva effekter är de där särskilda satsningar genomförts. Det gäller t.ex. satsningen på anhörigstöd, som innebar att samtliga kommuner fick ekonomiskt stöd för att utveckla sina insatser för anhöriga. Utvecklingen av anhörigstödet har inneburit ett synliggörande av de anhörigas situation och deras insatser. Nya stödformer har tillkommit och sådana stöd-

former som tidigare endast funnits i vissa kommuner har utvecklats och spridits till flera kommuner. Socialstyrelsen rapporterar också att stimulansbidraget har haft en stor betydelse för utbildning av såväl den personal som möter anhörigvårdare som anhörigvårdarna själva. Likaså har satsningen på försöksverksamhet med uppsökande verksamhet bland äldre fallit väl ut. Försöksverksamheten har gett ny kunskap om hur man på ett systematiskt sätt kan främja hälsa och livskvalitet samt stärka de äldres förmåga till egenvård. Flera av de kommuner som har deltagit i försöket har fattat beslut om att hembesöken skall fortsätta efter projektidens slut och hur det arbetet skall organiseras.

Den genomförda satsningen inom äldreforskningen har bl.a. inneburit att 15 forsknings- och utvecklingscentra har utvecklats runt om i landet och att två nationella forskningsinstitut med inriktning på äldrefrågor har inrättats.

Bland de positiva inslagen bör också nämnas stimulansbidraget till byggande av särskilda boendeformer för äldre som har resulterat i såväl nya bostäder som standardhöjningar inom det befintliga bostadsbeståndet. Sammanlagt 380 miljoner kronor har fördelats på cirka 170 projekt. Cirka 55 procent av medlen har gått till nybyggnadsprojekt och resterade del till ombyggnadsprojekt. Tillskottet genom satsningen är cirka 2 800 nya bostäder med hög standard.

Utöver de särskilda satsningar i handlingsplanen som var förknippade med stimulansbidrag resulterade handlingsplanen också i ett antal nya bestämmelser och lagändringar. Bland annat infördes i socialtjänstlagen en bestämmelse om anmälningsskyldighet för personalen, den s.k. Lex Sarah. Socialstyrelsens uppföljningar av bestämmelsen visar att den har bidragit till att stärka den enskildes skydd. Cirka 890 anmälningar har gjorts enligt bestämmelsen och i 80 procent av fallen har de anmälda missförhållandena skyndsamt åtgärdats. Socialstyrelsen konstaterar att det inte alldeles enkelt kan avgöras huruvida antalet anmälningar är stort eller litet, i förhållande till antalet äldreomsorgsmottagare som är cirka 240 000. Ett jämförelsetal kan vara antalet klagomål från enskilda till landets länsstyrelser, som 2001 var 254 stycken. Den enskildes rättssäkerhet har också stärkts genom en kontinuerlig utveckling av klagomålsrutiner och omsorgsgarantier i många kommuner samt återinförandet och förstärkningen av överklagningsrätten inom socialtjänsten.

Samverkan mellan kommuner och landsting pekades i handlingsplanen ut som ett område med vissa problem och brister. Socialstyrelsen konstaterar att det pågår mycket arbete i kommuner och landsting för att förbättra situationen och att det har skett en viss utveckling inom området under de senaste åren. Bland annat har kartläggningar visat att det på många håll i landet förekommer att huvudmännen upprättar avtal för läkarmedverkan, vilket kan avläsas i en förbättring av läkarstödet i den kommunala vården och omsorgen, framför allt inom det särskilda boendet. Det finns dock ett fortsatt behov av utveckling av samverkan mellan huvudmännen. Äldres tillgång till rehabilitering är begränsad och det finns brister i kvaliteten. Det saknas också på många håll ett mera samlat angreppssätt när det gäller att tillgodose äldres behov av medicinska insatser. Det gäller bl.a. frågor om sjukvård (under läkarnivå) och medicinering.

### 8.6.2 Analys och slutsatser

Som tidigare redovisats förväntas antalet äldre i befolkningen öka kraftigt under kommande decennier. Detta kommer att medföra en ökning av de samlade vård- och omsorgsbehoven. Förväntningar finns dock om ett förbättrat hälsotillstånd inom gruppen liksom inom befolkningen som helhet vilket i viss utsträckning fördröjer denna utveckling. Kommunernas möjligheter att möta de ökade vård- och omsorgsbehoven framöver beror bl.a. på hur deras ekonomi utvecklas liksom utvecklingen av samhälls ekonomin i stort. För att förbättra kommuners och landstings finansiella ställning och därmed också deras möjligheter att bibehålla och utveckla kvaliteten inom bl.a. vård och omsorg har staten under den senaste femårsperioden tillfört kommun- och landstingssektorn cirka 25 miljarder kronor i generella statsbidrag. Av avgörande betydelse är också i vilken utsträckning kommunerna lyckas säkra tillgången till personal med rätt kompetens. Nyckelfaktorer här är bl.a. arbetsmiljöns utformning, utvecklingen av arbetsorganisation och arbetsledning, omfattningen och inriktningen på kompetensutvecklingen, samt utvecklingen av löner och andra arbetsvillkor.

Den nuvarande situationen och de senaste årens utveckling inom äldreomsorgen visar på både förtjänster och brister. Den tillsynsverk-

samhet som bedrivs av Socialstyrelsen och länsstyrelserna visar att det på många håll bedrivs vård och omsorg av mycket hög kvalitet. Många nya positiva inslag inom dessa verksamheter har också inrapporterats under senare år, bl.a. som ett resultat av de stora statliga satsningar som här har skett. Samtidigt visar uppföljningar av samma myndigheter att äldre inte alltid får tillgång till den hjälp som de är i behov av. De brister som rapporterats rör bl.a. kvaliteten i vården och omsorgen om grupper med specifika behov, tillgängligheten till vård och omsorg i vissa fall, samverkan mellan huvudmän samt kompetensförsörjningen.

Regeringen har under det senaste året vidtagit flera åtgärder för att förbättra situationen inom vården och omsorgen om äldre personer – såväl inom politikområdet Äldrepolitik som inom andra politikområden. Den kanske mest betydelsefulla åtgärden är införandet av nya avgiftsbestämmelser inom äldre- och handikappomsorgen. Regeringen bedömer att de nya bestämmelserna kommer att förbättra den ekonomiska situationen för en stor del av dem som betalar avgift för äldre- och handikappomsorg. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera bestämmelserna. Myndigheten har också utkommit med meddelandeblad om bestämmelsernas innehåll och närmare tillämpning.

Den plan för kompetensförsörjning av personal inom vård och omsorg som regeringen tagit initiativ till kommer enligt regeringens bedömning att skapa en bättre samordning av den statliga styrningen inom dessa och andra områden samt öka förutsättningarna för kommuner och i vissa fall företag att fullgöra sina uppdrag som huvudmän för eller utförare av vård och omsorg. Uppdraget skapar också enligt regeringens bedömning goda förutsättningar för gemensamma insatser och en ökad samsyn över befintliga sektors- och ansvarsgränser.

Problemen med beslutade insatser enligt SoL och LSS som inte verkställs av kommunerna är som tidigare nämnts fortfarande stora. Det är bl.a. mot denna bakgrund som riksdagen har beslutat införa en bestämmelse om sanktionsavgift i SoL och LSS med verkan fr.o.m. den 1 juli 2002. Regeringen bedömer att den nya bestämmelsen kommer att påskynda verkställigheten av beslutade domar. Sannolikt krävs dock ytterligare åtgärder för att komma tillrätta med det stora antalet ej verkställda beslut i kommunerna.



En mycket stor del av dessa beslut rör plats i särskilt boende. Orsaken är främst att antalet äldre bostäder i många kommuner inte räcker till för att klara de ofta mycket stora och ökande behoven av sådant boende. Regeringen bedömer därför att det är angeläget att stimulera nybyggnation av särskilda boendeformer för äldre. Under åren 1998 och 1999 utgick ett statligt stimulansbidrag för byggande av sådana bostäder. Bidraget resulterade i såväl nya bostäder som standardförbättringar inom det befintliga beståndet. Regeringen ser för närvarande över vilka möjligheter som finns för staten att också under kommande år bidra till en positiv utveckling inom området. Bl.a. anser regeringen att en sänkning av byggmomsen bör prövas för produktion av bl.a. äldre bostäder.

Beräkningar visar att mer än 100 000 personer lider av någon form av demenssjukdom. Samhällets kostnader för vård och omsorg av dessa personer uppskattas till nästan 40 miljarder kronor årligen. Belastningen på anhöriga och andra närstående är också stor. Trots att demenssjukdomar är mycket vanligt förekommande bland främst äldre personer är kunskaperna om dessa sjukdomar på sina håll bristfälliga bland de aktörer som ansvarar för samhällets olika stödinsatser till äldre. Det är bl.a. mot den bakgrunden som regeringen har beslutat tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att kartlägga förhållanden i samhället för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Målsättningen med arbetet är att på sikt öka kvaliteten i samhällets olika insatser för dessa personer samt åstadkomma en mer effektiv användning av samhällets resurser, bl.a. inom vård och omsorg.

Det utbyggda stödet till anhöriga har haft stor betydelse för de många, ofta äldre personer, som vårdar närstående i hemmet. Behovet av en fortsatt utveckling av stödet är dock stort och det är därför angeläget att det vid sidan av den fortsatta ekonomiska satsningen från statens sida också sker en kontinuerlig utvärdering, dokumentation och spridning av metoder, insatser och resultat från den pågående satsningen. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp den fortsatta utvecklingen. Regeringen utesluter inte att det också kan krävas lagändringar för att ytterligare stärka anhörigas ställning inom vård och omsorg. Frågan bereds för närvarande inom regeringens kansliet.

En kontinuerlig utveckling av kvaliteten i äldreomsorgen vad gäller såväl metoder och arbets-

sätt som det närmare innehållet i olika insatser förutsätter att verksamheten på ett ändamålsenligt sätt kan anpassas efter förändringar i de äldres vårdbehov. Behovet av kunskap om dessa behov och de förutsättningar som krävs för att kunna tillgodose dem är därför av stor betydelse. Regeringen bedömer att en bred och mångsidig forskning kring äldres behov här är av avgörande betydelse för att på sikt ge ett värdefullt tillskott av sådan kunskap. Mot den bakgrunden sker under kommande år en fortsatt ekonomisk satsning på de två nationella forskningsinstituterna och de 15 regionala forsknings- och utvecklingscentra som initierats inom ramen för den nationella handlingsplanen. Likaså fortgår satsningen på utveckling av longitudinella områdesdatabaser, vilka syftar till att beskriva och över tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg samt hur dessa behov tillgodoses genom insatser av anhöriga, kommun och landsting.

Socialstyrelsens uppföljningar av försöksverksamheten med uppsökande arbete bland äldre visar att en framgångsrik verksamhet inom detta område kan fördröja och förhindra uppkomsten av sjukdom och ohälsa, vilket inte bara är positivt ur den enskildes perspektiv. Ett förbättrat hälsoläge bland äldre skapar också utrymme för kommuner och landsting att satsa på utveckling av andra områden inom vård och omsorg om äldre. Regeringen anser därför att uppsökande verksamhet bland äldre i någon form bör utgöra ett naturligt och självklart inslag i alla kommuner. Mot den bakgrunden är det angeläget att det nu sker en spridning till landets kommuner av den kunskap som framkommit från de aktiviteter som genomförts inom ramen för försöksverksamheten.

Pensionärsorganisationerna i Sverige fyller en mycket viktig funktion. Deras verksamhet spänner över ett vitt fält alltifrån trivsel- och friskvårdsaktiviteter, kurser och seminarier till rådgivning och hjälpinsatser av olika slag. De företräder också äldres intressen i olika beslutsprocesser inom bl.a. kommuner, landsting och stat. Staten anvisar medel till verksamheten via ett särskilt statsbidrag. Regeringen har för avsikt att genomföra en översyn som syftar till att ytterligare stärka pensionärsorganisationernas möjligheter att erbjuda verksamheter för äldre samt företräda deras intressen i olika sammanhang. Regeringen avser att återkomma på

tilläggsbudgeten i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2003.

Som framgått av tidigare redovisning har äldrepolitiken under den senaste mandatperioden i hög utsträckning kännetecknats av genomförandet av den nationella handlingsplanen under åren 1999–2001. Uppföljningar som Socialstyrelsen har gjort av planens resultat visar att flera av de satsningar som planen innehåller har varit mycket framgångsrika. Det framgår bl.a. av den slutrapport som Socialstyrelsen lämnade till regeringen i juni 2002. Det finns dock kvarvarande bristområden där särskilda åtgärder behöver vidtas. Regeringen genomför för närvarande en samlad uppföljning av planens innehåll och effekter. Resultatet av detta arbete kommer att redovisas i en skrivelse till riksdagen i november 2002.

Regeringen har vidtagit betydelsefulla insatser för äldre även inom andra politikområden. Nämnas bör särskilt högkostnadsskyddet inom tandvården, de nya möjligheterna att inrätta läkemedelsförråd inom de särskilda boendeformerna samt rätten att behålla sin anställning till 67 års ålder. Försöksverksamheten inom arbetsmarknadspolitiken syftande till att minska kommunernas brist på behörig baspersonal inom vård och omsorg skall ses som en del av regeringens satsning på att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjning inom denna sektor.

#### *Äldreskyddsombud*

Länsstyrelserna och Socialstyrelsen skall som tillsynsmyndigheter uppmärksamma, följa upp samt tillse att brister i vården och omsorgen om äldre åtgärdas. Tillsynsmyndigheterna skall även stimulera, ge råd och sprida goda idéer samt verka för att vård och omsorg håller en god standard. Den statliga tillsynsfunktionen har därför en mycket viktig roll att fylla. I syfte att stärka denna funktion har riksdagen under senare år tillfört verksamheten ytterligare resurser samt i vissa avseenden även vidgat dess befogenheter. Bl.a. har länsstyrelsernas möjligheter att ingripa mot brister i vård och omsorg i kommunal regi stärkts. Tillsynsresurserna på länsstyrelserna och Socialstyrelsernas regionala tillsynsenheter är dock alltför förhållandevis begränsade. Regeringen anser därför att det finns behov av att förstärka resurserna. Det finns också behov av att utveckla nya, effektiva och mer aktiva former för tillsyn. Bl.a. är det enligt

regeringens bedömning angeläget att tillsynsmyndigheterna samordnar sina olika insatser.

Regeringen föreslår att länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tillförs sammanlagt 50 miljoner kronor. Vid länsstyrelserna skall resurstillskottet användas för att anställa äldreskyddsombud. Regeringen bedömer att medelförstärkningen sammantaget motsvarar närmare 100 anställningar. Skyddsombudets uppgift skall vara att utifrån ett medborgarperspektiv bedriva operativ tillsyn inom vården och omsorgen om äldre enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. I detta arbete skall skyddsombuden samverka dels med personal inom den ordinarie tillsynsverksamheten inom länsstyrelserna och Socialstyrelsen, dels med andra aktörer som bedriver tillsyn eller på annat sätt har som uppgift att upprätthålla kvaliteten inom äldreomsorgen, t.ex. kommunala äldreombudsmän.

Regeringen avser att senare återkomma med ett uppdrag till länsstyrelserna och Socialstyrelsen med riktlinjer och villkor för medlens närmare användning samt anvisningar för uppföljning och redovisning av resultat, resursanvändning m.m.

## 8.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelser, revisionsrapporter eller i RRV:s årliga rapport 2001, avseende verksamheten inom politikområdet.

## 8.8 Budgetförslag

### 8.8.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

**Tabell 8.2 Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor				
2001	Utfall	252 524	Anslags-sparande	14 275
2002	Anslag	25 446	Utgifts-prognos	36 519
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>35 446</b>		
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 bidrag till pensionärsorganisationerna.

### Regeringens överväganden

Handlingsplanen genomfördes under perioden 1999–2001. Cirka 1,3 miljarder kronor har under denna period fördelats inom ett tiotal områden för att stimulera kommuner, landsting och andra aktörer till förnyelse och utveckling inom äldreområdet.

Stimulansbidrag beviljades bl.a. för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala forsknings- och utvecklingscentra, där landsting och kommuner tillsammans med universitet och högskolor bedriver verksamhet inom äldreområdet. Regeringen har bedömt att denna satsning bör förlängas. Därför beslutades, inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av

hälso- och sjukvården, om fortsatt stöd till forsknings- och utvecklingscentra under åren 2002–2004 med 20 miljoner kronor per år. Socialstyrelsen har i uppdrag att administrera och följa upp stödet. Inom ramen för anslaget utgår även fortsatt stöd till nationella anhörigorganisationer m.m.

Regeringen har under åren 1999–2001 fördelat 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 äldreomsorg, 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 därför fortsatt ekonomiskt stöd från staten med 10 miljoner kronor per år under kommande år.

Villkoren för statsbidrag till pensionärsorganisationer regleras i förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Under år 2002 har fem rikstäckande pensionärsorganisationer erhållit bidrag.

### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Tabell 8.3 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	2001 utfall	2002 prognos	2003 beräknat	2004 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början		0	40 000	
Nya förpliktelser		40 000	10 000	
Infriade förpliktelser*		0	–20 000	–25 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	0	40 000	30 000	
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>60 000</b>	<b>40 000</b>	<b>30 000</b>	

**Tabell 8.4 Härledning av anslagsnivå 2003-2004, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>25 446</b>	<b>25 446</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	10 000	10 000
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>35 446</b>	<b>35 446</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 35 446 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 35 446 000 kronor.

## 9 Politikområde Socialtjänstpolitik

### 9.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället t.ex. personer och familjer med behov av ekonomiskt bistånd, barn och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, missbrukare, prostituerade och kvinnor som utsätts för hot och våld. Ansvaret för att människor i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (2001:453) på kommunen. Det rör sig bl.a. om bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga, vård av missbrukare samt åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Statens insatser inom politikområdet består främst av lagstiftning, tillsyn,

uppföljning och utvärdering, vissa stimulansbidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna. Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen (1998:603) om slutna 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 2001	Anslag 2002 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	79,6	90,4	92,8	<b>77,6</b>	55,4
18:2 Statens institutionsstyrelse	690,4	677,8	675,6	<b>735,3</b>	735,5
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	10,8	10,0	12,9	<b>10,0</b>	10,0
<b>Totalt för politikområde Socialtjänstpolitik</b>	<b>780,7</b>	<b>778,1</b>	<b>781,2</b>	<b>822,9</b>	<b>800,9</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2002 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

### 9.3 Mål

Det övergripande målet för politikområdet är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.

### 9.4 Politikens inriktning

Socialtjänsten spelar en viktig roll i välfärdspolitiken, genom att utgöra ett komplement till de generellt riktade ekonomiska stödsystemen för människor som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänsten svarar också för behovsprövade stöd- och hjälpinsatser till utsatta grupper. Genom 1980 års socialtjänstreform lades de grundläggande målsättningarna och värderingarna för socialtjänsten fast. Det gäller principerna om helhetssyn, frivillighet, det förebyggande perspektivet samt att den enskildes egna resurser skall tas tillvara. I propositionen (prop. 2000/01:80) som föregick socialtjänstlagen (2001:453) betonas att dessa värderingar alltså skall gälla. Principerna ger inte bara vägledning för socialtjänstens praktiska verksamhet, utan också för den människosyn som fortfarande skall präglare reformarbetet inom socialtjänsten. Barnets bästa och barnets rätt att komma till tals är självklara utgångspunkter. Socialtjänstens insatser ger de människor som av olika anledningar utsätts för ekonomiska och sociala påfrestningar möjlighet att leva ett värdigt och självständigt liv.

Stora satsningar har kunnat genomföras inom vård, skola, omsorg och de generella ekonomiska stödsystemen under föregående mandatperiod. Samtidigt finns det grupper av människor som inte har nåtts av dessa satsningar eller vars behov kräver ytterligare insatser. Arbetet med att förbättra villkoren för de mest utsatta grupperna fortsätter. Ett viktigt steg togs i januari i år när överklagningsrätten återinfördes i socialtjänstlagen och rätten till bistånd stärktes. Skyddet för barn i utsatta situationer skall stärkas genom ändringar i LVU. Inom SiS fortsätter platsutbyggnaden och satsningarna för att höja kvaliteten. Andra strategiskt viktiga frågor är kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten, att utveckla kvaliteten, förstärka tillsynen samt att i

högre utsträckning ta tillvara brukarnas egna erfarenheter.

Som ett led i det fortsatta arbetet för ökad rättvisa och välfärd fastslog regeringen i 2001 års ekonomiska vårproposition (prop. 2000/01:100) att antalet socialbidragsberoende skall halveras mellan 1999 och 2004. Regeringen har valt att följa socialbidragsutvecklingen eftersom socialbidragstagare är den ekonomiskt mest utsatta gruppen samt att ett ökat socialbidragsberoende indikerar brister i välfärdssystemet. Avstämningen av målet presenteras i bilagan ”Avstämning av målet om en halvering av antalet socialbidragstagare mellan 1999 och 2004”.

### 9.5 Insatser

#### 9.5.1 Insatser inom politikområdet

##### Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialtjänstens insatser bör i betydligt högre utsträckning än idag vara baserade på kunskap och beprövad erfarenhet. Ytterst är detta en fråga om rättvisa och rättssäkerhet för de mest utsatta grupperna i vårt samhälle. Bland annat måste kunskapen om verk samma metoder och effekterna av dessa utvecklas. Regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har under året påbörjat ett antal delprojekt inom ramen för detta stöd. Det är bland annat fråga om stöd till forskning, försök med systematisk koppling mellan socialtjänsten, lärosäten och forskning, utveckling av organisation och ledarskap samt utveckling av instrument för att bedöma brukarnas behov och insatsernas effekt. Brukarmedverkan och brukarinflytande är viktiga utgångspunkter i utvecklingsarbetet.

Kunskap om utvecklingen av olika former av sociala problem och sociala skillnader är grundläggande för socialtjänstpolitiken. Statistik är en central källa till kunskap när det gäller att förbättra förutsättningar för uppföljning och utvärdering. Kommittén Välfärdsbokslut, som tillkallades 1999, hade i uppdrag att beskriva och göra en bedömning av människors välfärd i Sverige under 1990-talet. Kommittén överlämnade sitt huvudbetänkande i slutet av 2001. Kommittén har med sin breda ansats väsentligt

bidragit till att utveckla kunskapen inom en rad områden som är centrala för människors välfärd.

Inom Socialstyrelsen pågår ett utvecklingsarbete för att förstärka tillgången på longitudinella data om befolkningens välfärd.

Den sociala tillsynen är ett annat viktigt styrinstrument. Ett nationellt program för social tillsyn gäller fr.o.m. den 1 januari 2001. Programmet, som innehåller en struktur för samarbetet mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsen, anger vilka områden tillsynen bör inriktas på under en treårsperiod. För kommande treårsperiod kommer tillsynen av insatser för barn i utsatta situationer att prioriteras.

För att stödja det lokala kvalitetsutvecklingsarbetet i socialtjänsten, samt ge struktur åt ett systematiskt kvalitetsarbete har Socialstyrelsen givit ut ett allmänt råd om kvalitetssystem inom individ- och familjeomsorg. Det allmänna rådet är också avsett att fungera som ett instrument för tillsynsmyndigheterna. Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna genomfört en kvalitetsutbildning för länsstyrelserna med inriktning på metoder för tillsyn. Brukar- och medborgarperspektiv i den sociala tillsynen har studerats särskilt.

Det senaste året har missförhållanden på hem för vård eller boende (HVB) för barn och ungdomar, personer med psykiska funktionshinder och missbruksproblem uppmärksammats. Regeringen har med anledning av detta givit Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna utforma normeringsinstrument till stöd för tillsynen över HVB. I uppdraget ingår också att föreslå vilken kunskap och information som behövs för att löpande kunna följa utvecklingen av vården vid HVB, såväl regionalt som nationellt.

Länsstyrelserna förfogar över medel för stöd till kommunernas arbete med att utveckla öppenvård för ungdomar som riskerar att utveckla eller redan har utvecklat ett missbruk och för vuxna missbrukare.

#### *Insatser för personer i ekonomiskt utsatta situationer*

En grupp som fått långvarigt ekonomiskt bistånd under 1990-talet är vissa äldre personer som inte har 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,

beslutade riksdagen hösten 2001 om ett statligt finansierat äldreförsörjningsstöd för denna grupp. Lagen om äldreförsörjningsstöd (2001:853) träder i kraft den 1 januari 2003 och samordnas med ikraftträdande av den nya pensionsreformen.

Regeringen har för 2002 beslutat att riksnormen skall innehålla vissa standardförbättringar bl.a. för barnfamiljer som erhåller ekonomiskt bistånd. Höjningen följer Konsumentverkets underlag för samma år.

#### *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer*

Behovet av kunskapsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården är stort. För att bidra till denna utveckling tar Socialstyrelsen fram handböcker, forskningsrapporter och andra skrifter. Bland annat har vårdnadstvister, barnavårdsutredningar och omhändertaganden behandlats. Kunskapsspridningen sker ofta i samverkan med andra myndigheter och organisationer.

Som en fortsättning på regeringsuppdraget om familjehemsvård från 1993 genomför Socialstyrelsen det strategiska projektet Barns Behov i Centrum (BBiC). I samarbete med ett antal kommuner utvecklas såväl ett system för att utreda, bedöma och följa upp barnavårdsärenden som ett statistiksystem för barnavården. Utgångspunkten är ett engelskt system, som anpassas till svenska förhållanden. Målet är bland annat att stärka barnets ställning, att främja samförstånd, att öka rättssäkerheten och kvaliteten i handläggning och vård och att genom bättre struktur och systematik i arbetet underlätta uppföljning. Systemet skall, när det är färdigutvecklat, erbjudas samtliga kommuner. En IT-anpassning av systemet har påbörjats.

Regeringen har under året särskilt uppmärksammat situationen för utsatta flickor i familjer med starkt patriarkala värderingar. Med anledning av detta uppdrogs åt Socialstyrelsen att utforma ett stöd för socialtjänstens arbete med dessa flickor. Detta stöd, i form av ett omfattande meddelandeblad, har distribuerats till samtliga berörda enheter inom den kommunala socialtjänsten.

Inför den andra Världskongressen mot kommersiell sexuell exploatering av barn som hölls i Yokohama, Japan, i december 2001 uppdaterade regeringen den svenska nationella handlingsplanen. Regeringen tillsatte i februari 2002 en arbetsgrupp med uppgift att inventera kunskaper

om sexuell exploatering av barn m.m. i Sverige. Arbetsgruppen skall samverka med berörda departement och myndigheter samt med enskilda organisationer, experter och forskare. Arbetet skall redovisas senast den 27 februari 2004.

Regeringen har uppdragit åt Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse att följa upp och utvärdera påföljden överlämnande till vård inom socialtjänsten avseende dess användning och innehåll samt att följa upp och utvärdera slutna ungdomsvård såväl inom ramen för det straffrättsliga systemet som verkställigheten. Regeringen har även beslutat tillkalla en särskild utredare för att följa upp och vidareutveckla 1999 års påföljdsreform avseende unga lagöverträdare. Utredaren skall göra en översyn av påföljdssystemet och lämna förslag till hur detta kan vidareutvecklas och förbättras. De åtgärder som vidtas skall vara ägnade att motverka att den unge återfaller i brott. Syftet med uppdraget är att utveckla ett påföljds-system för unga som har ett pedagogiskt och tydligt innehåll. Uppdraget skall redovisas senast vid utgången av september 2004.

Den 1 juli 2002 trädde den nya lagen om medling med anledning av brott i kraft. För att stimulera en utbyggnad av medlingsverksamheten i landet har regeringen för avsikt att lämna finansieringsbidrag, 18 miljoner kronor, att fördelas av Brottsförebyggande rådet.

#### *Insatser för personer i socialt utsatta situationer*

För att stödja och stimulera utvecklingen av nya metoder för att förebygga hemlöshet och förbättra situationen för hemlösa avsatte regeringen mellan 1999 och 2001 sammanlagt 30 miljoner kronor. I syfte att fullfölja satsningen har ytterligare 30 miljoner kronor avsatts för perioden 2002–2004. Socialstyrelsen leder på regeringens uppdrag ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla metoder som kan vara verksamma för att långsiktigt komma tillrätta med problem som är kopplade till hemlöshet. Socialstyrelsen skall inom ramen för uppdraget utveckla metoder för lokala kartläggningar av hemlösheten samt stimulera tillkomsten av lokala verksamheter som syftar till att förebygga hemlöshet och till att förbättra situationen för hemlösa som samtidigt är socialt utsatta. Insatser för att förhindra vräkning skall särskilt uppmärksammas. Arbetet sker med ett tydligt brukarperspektiv och brukar-

medverkan i nära samverkan med kommuner och frivilligorganisationer.

Riksdagen beslutade våren 2002 om en narkotikapolitisk handlingsplan. En viktig utgångspunkt i denna är insatser för att förstärka missbrukarvården. Det är bland annat fråga om att förstärka kompetensen och kvaliteten i vården. Regeringen har tillsatt en narkotikapolitisk samordnare som fram till och med 2004 skall genomföra planen. Under sensommaren presenterades en aktionsplan med prioriteringar inför de kommande tre åren.

Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Kriminalvårdsstyrelsen och Statens institutionsstyrelse är involverade i ett gemensamt projekt som syftar till att bygga upp ett nationellt system för löpande rapportering av missbrukare som påbörjar behandling. Det direkta motivet är Sveriges åtagande gentemot EU, men det finns också ett nationellt intresse att fortlöpande kunna följa utvecklingen. Rapporteringen kan, förutom att ge epidemiologisk information också ge underlag för uppföljning och utvärdering både lokalt och nationellt.

Socialstyrelsen påbörjade 2001 ett omfattande arbete med att utarbeta nationella riktlinjer för missbrukarvården. Avsikten är att i samarbete med huvudmännen skapa normerings- och kvalitetskriterier för arbetet med missbrukare, baserat på kunskap och beprövad erfarenhet. Ett viktigt underlag utgör den rapport om behandling av alkohol- och narkotikamissbruk som Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, publicerade 2001. Rapporten är en vetenskaplig sammanställning och utvärdering av metoder som är verksamma inom missbrukarvården. För att råda bot på bristen på systematisk insamling av data rörande klienter i behandling stödjer Socialstyrelsen utvecklingen av ett klientbaserat dokumentationssystem, ASI (Addiction Severity Index). Genomförandestudier pågår i flera kommuner.

Mot bakgrund av den mycket kraftiga nedgången i beslut om tvångsvård tillkallade regeringen tidigare i år en särskild utredare med uppdrag att se över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Utredaren skall också överväga om LVM i sin nuvarande utformning motsvarar de höga rättssäkerhetskrav som måste ställas på åtgärder som kan vidtas mot en enskild mot dennes vilja. Uppdraget skall redovisas senast den 31 juli 2003.



Som en del av den s.k. Kvinnofridsreformen 1998 fick Socialstyrelsen uppdrag som rör våld mot kvinnor, framför allt i den delen som rör socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete. Uppdraget slutredovisades våren 2002. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen bl.a. utarbetat utbildningsmaterial riktade till socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt initierat och utvecklat en myndighetsövergripande webbplats, riktad till dem som i sitt arbete kommer i kontakt med kvinnor som utsatts för våld och hot. Inom hälso- och sjukvården har ett s.k. screeningprojekt genomförts. Kvinnor som besökt mödra- och barnhälsovården samt ungdomsmottagningarna i tre län har rutinmässigt tillfrågats om de har utsatts för våld. Inom socialtjänsten har två projekt genomförts. Det ena rör socialtjänstens roll och organisation. Det syftade till att identifiera förutsättningar och hinder inom socialtjänsten för att kunna bedöma, bemöta och tillgodose misshandlade kvinnors behov. Det andra rör familjerättens arbete med samarbetsamtal i familjer där det förekommit våld. Projektet inriktades på att utveckla metoder för att dels kunna identifiera våldsutsatta kvinnor inom familjerättens verksamhet, dels utarbeta metoder som på ett säkert sätt kan bidra till överenskommelser som är till barnets bästa.

Staten stödjer ekonomiskt kvinnojourer och andra organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor. Merparten av bidraget går till kvinnojourernas två riksorganisationer och en mindre del till mansjourer och andra organisationer som också arbetar för att motverka våld mot kvinnor. På tilläggsbudgeten i anslutning till den ekonomiska vårpropositionen tillfördes ytterligare 10 miljoner kronor för stärkta insatser för kvinnor som utsatts för hot och våld. Särskild uppmärksamhet skall ges åt kvinnor med funktionshinder, flickor och kvinnor med utländsk bakgrund samt kvinnor med missbruksproblem. Regeringen har sedan Rikskvinnocentrumets tillkomst bidragit ekonomiskt till verksamheten där.

I Socialstyrelsens uppdrag ligger också att följa prostitutionens omfattning och utveckling samt ge stöd till utveckling och förbättring. Socialstyrelsen träffar regelbundet de prostitutionsgrupper som finns i de större städerna för att diskutera utformning av stödet. Bland annat har metoder för att nå den dolda prostitutionen diskuterats.

### **Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård**

Under senare år har det förekommit köer vid de särskilda ungdomshemmen avsedda för vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Till stor del beror detta på att antalet unga som dömts till sluten ungdomsvård blivit avsevärt högre än vad som förväntades då lagen trädde i kraft 1999. SiS genomförde 2001 en omfattande utbyggnad av platser inom ungdomsvården. Antalet platser vid de särskilda ungdomshemmen för ungdomsvård och sluten ungdomsvård utökades under 2001 med 63 nya platser samtidigt som sex platser avvecklades. Under våren 2002 har utbyggnaden fortsatt och ytterligare ett tiotal platser har kunnat tas i drift.

Under 2001 har SiS gjort en översyn av de interna råden och riktlinjerna gällande ungdomsvården i syfte att höja kvaliteten. SiS gjorde även en särskild översyn av skolverksamheten och genomförde i samband med detta omfattande kompetenshöjande insatser.

SiS har utrett hur kvinnor och män med allvarliga psykiska störningar i kombination med våldsamt beteende kan få sina särskilda behov tillgodosedda inom LVM-vården. Dessa utredningar har sedan legat till grund för ytterligare genomförd differentiering av vården vid vissa institutioner genom bl.a. förstärkt personaltäthet och anpassning av lokaler.

I en verksamhet av SiS karaktär har arbetsmiljön stor betydelse. Kvaliteten i SiS verksamhet är i hög grad beroende av personalens villkor och kompetens. SiS har under året slutit ett nytt arbetstidsavtal, genomfört grund- och vidareutbildningar för personalen inom vårdverksamheten samt förstärkt de resurser som myndigheten behöver för att kunna initiera och driva verksamhetsutvecklingsfrågor. Arbetet med att finna lämpliga samarbetsformer med kommuner och landsting har fortsatt.

Under året har SiS inom ramen för sitt forsknings- och utvecklingsarbete producerat ett antal rapporter, bl.a. grundade på ADAD respektive DOK-systemen vilka bidragit till att öka kunskaperna om de ungdomar och missbrukare som vårdas inom SiS.

## 9.5.2 Insatser utanför politikområdet

Insatser inom andra politikområden påverkar i hög grad välfärdsutvecklingen för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer. Här kan särskilt nämnas arbetsmarknadspolitiken, folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, integrationspolitiken, ekonomiska familjepolitiken, barnpolitiken, utbildningspolitiken, bostadspolitiken samt storstadspolitiken. Insatser inom dessa politikområden är viktiga också för att förebygga social utsatthet.

En grupp som drabbades särskilt hårt av den ekonomiska krisen under 1990-talet var personer födda utomlands. Regeringen har avsatt 100 miljoner kronor årligen under perioden 2001–2003 för riktade insatser för att öka sysselsättningen bland invandrare. Medlen skall bl.a. användas för att genomföra kompletterande utbildningar för arbetslösa personer med utländsk högskoleexamen inom olika bristyrken, bl.a. inom hälso- och sjukvårdsområdet samt för arbetslösa invandrare med relevanta språkkunskaper i syfte att tillgodose behovet av tvåspråkig vårdpersonal. Delar av medlen har även avsatts för att utveckla svenskundervisningen och introduktionen för flyktingar och andra nyanlända invandrare.

Situationen i storstäderna ledde 1999 fram till inrättandet av ett nytt politikområde, storstadspolitiken. Storstadspolitiken syftar till att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för tillväxt och att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen. Staten har tecknat utvecklingsavtal med sju storstadskommuner som syftar till att ta fram åtgärder som är inriktade mot målet att bryta segregationen. Ett målområde som särskilt lyfts fram är att behovet av ekonomiskt bistånd bör minska i de aktuella stadsdelarna. Avtalen stimulerar till ökad samverkan mellan kommuner och de statliga myndigheter som är verksamma på lokal nivå, främst arbetsförmedlingar och försäkringskassor. Satsningen har bl.a. lett till att antalet långvariga biståndsmottagare har minskat med ungefär en femtedel i de berörda storstadsområdena under perioden 1997–2000. Nedgången i biståndstagandet har varit betydligt större i dessa områden jämfört med respektive storstadsregion i sin helhet.

## 9.6 Resultatbedömning

### 9.6.1 Resultat

#### Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialtjänstens arbete med barn och unga i utsatta situationer utgår från ett övergripande ansvar för barns och ungas uppväxtvillkor. Det innebär framförallt att kommunen har en skyldighet att utreda, men också att vid behov fatta beslut om och genomföra olika öppenvårdsinsatser samt placering utanför det egna hemmet.

Socialtjänststatistiken visar antalet barn som får behovsprövade öppenvårdsinsatser (strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd, kontaktperson/familj) och placeras utanför det egna hemmet. Statistiken över öppenvårdsinsatser är relativt ny, varför det inte är möjligt att göra jämförelser bakåt i tiden. Antalet barn som den 1 november 2001 hade minst en behovsprövad öppenvårdsinsats var knappt 28 000 eller 12 barn per 1000, samma antal som året innan. Det totala antalet barn som den 1 november 2001 vårdades utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU var knappt 14 200 eller drygt sex barn per 1000, vilket var 300 fler än året innan.

En viktig del i tillsynen av den sociala barnavården är att granska hur barnets bästa tillgodoses och redovisas i socialtjänstens arbete. Tillsynen visar bland annat att barnperspektivet fått ett större genomslag och att fler kommuner har riktlinjer för hur barnets bästa skall tillgodoses. Det vanliga är att man talar direkt med barnen. I många kommuner pågår arbete för att utveckla handläggningen av barnavårdsärenden. Tillsynen visar också att antalet barn som placeras i släkting- eller nätverkshem ökar. Trots förbättringar återstår fortfarande mycket att göra inom detta område. Arbetet med kvalitetsutveckling fortsätter. Handläggning och dokumentation har förbättrats men vissa brister kvarstår. Kommunernas svårighet att rekrytera och behålla kompetent personal består. Socialstyrelsen och länsstyrelserna konstaterar sammanfattningsvis behov av förbättringar inom flera områden.

Under senare år har många kommuner med hjälp av statliga projektbidrag utvecklat öppna vård- och behandlingsformer för ungdomar och missbrukare. Medlen har fördelats av länsstyrelserna och följts upp av Socialstyrelsen. Ett omfattande utvecklingsarbete, riktat mot de avsedda målgrupperna, har bedrivits i kommunerna med stöd av utvecklingsmedlen. Olika samverkansmodeller, som är anpassade efter målgrupperna har utvecklats och nyskapande och kvalitetshöjande projekt prioriteras i bidragsgivningen, men hänsyn tas även till behovet av insatser för särskilt utsatta eller underförsörjda målgrupper. Regionala FoU-enheter och högskolor har i ökande utsträckning medverkat i projektverksamheten och länsstyrelserna har börjat genomföra utvärderingar för att mäta effekterna av den bedrivna projektverksamheten.

Rehabiliteringsinsatser är grunden för att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Vård- och behandlingsinsatser är därför en viktig del i en sammanhållen alkohol- och narkotikapolitik. Socialtjänststatistiken visar antal personer som den 1 november hade biståndsinsats i form av boende, individuellt behovsprövad öppenvård, frivillig institutionsvård, familjevård samt tvångsvård. Totalt hade omkring 20 000 personer någon form av behovsprövad vårdinsats inom socialtjänsten den 1 november 2001. Av dessa avsåg omkring 3 800 heldygnsvård. Övriga insatser sker i öppenvård. Det totala antalet missbrukare som genomgår någon form av rehabiliteringsinsats, i öppenvård eller institutionsvård, har under de senaste åren varit i stort sett oförändrat. Tvångsvården, som minskade mycket kraftigt under 1990-talet, har under senare år stabiliserats. Socialstyrelsen genomför också vartannat år en kartläggning som omfattar enheter inom sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården samt privata och ideella vårdgivare. I kartläggningen 2001 redovisas uppgifter från totalt 567 behandlingsenheter, varav knappt hälften är öppenvårdsenheter, drygt en tredjedel är dygnet-runtvård och resten en kombination av öppen- och slutenvårdsinsatser. Resultaten som avser antal personer i någon form av insats samt fördelning mellan öppen och sluten vård överensstämmer relativt väl med de uppgifter som redovisas i den årliga officiella statistiken. I kartläggningen framgår också att drygt 80 procent av insatserna genomfördes i enheter i offentlig regi. Kvinnornas andel i vården var drygt 30 procent. Omkring

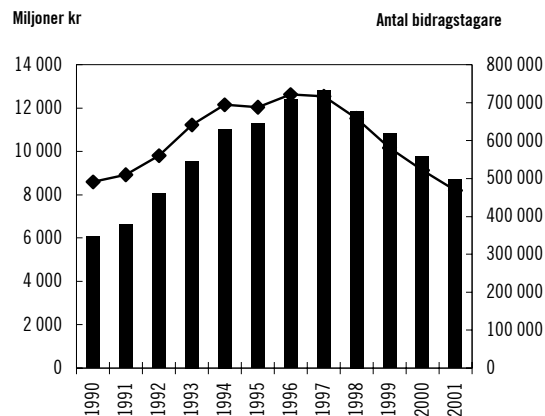
10 procent av vårdtagarna var under 25 år och 13 procent var utlandsfödda, vilket står i proportion till andelen utlandsfödda i befolkningen som helhet.

Med stöd av statliga bidrag har ett 25-tal projekt för att förebygga och avhjälpa hemlöshet initierats mellan 1999 och 2001. Några pågår fortfarande. Åtta kommuner har i ett sammanhållet projekt prövat olika modeller som därefter gemensamt utvärderats. I utvärderingen konstateras bland annat att insatser för att avhjälpa hemlöshet ofta måste kombineras med andra stödande insatser för att bli effektiva.

I många kommuner pågår ett arbete med att utveckla handlingsplaner samt stimulera nätverksbyggande för att effektivisera arbetet med kvinnor som utsatts för våld. Länsstyrelserna konstaterar dock i sin sociala tillsyn 2001 att mycket fortfarande återstår att göra. Enligt de kommuner som ingick i Socialstyrelsens socialtjänstprojekt behövs en klar strategi i arbetet med misshandlade kvinnor och en tydlig organisation. Man anser bl.a. att det behövs speciella team som arbetar med denna problematik samt metoder för att arbeta med såväl kvinnorna som männen samt deras eventuella barn.

#### *Utveckling av behovet av ekonomiskt bistånd*

**Diagram 9.1 Socialbidragsutveckling**



Under 2001 utbetalades cirka 8,7 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd, inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utländska medborgare. Det var en minskning med 11 procent jämfört med 2000 och med nästan en tredjedel jämfört med 1997 då kostnaderna var som högst. Kostnaderna för 2001 var de lägsta sedan 1993. Minskningen är större i de

grupper där biståndsmottagandet tidigare varit störst, som till exempel ungdomar och utrikesfödda. Ensamstående mammor utgör dock ett undantag. Minskningen för denna grupp är mindre än för övriga hushållstyper. Totalt erhöll cirka 253 000 hushåll ekonomiskt bistånd under 2001 vilket motsvarar drygt 6 procent av samtliga hushåll i befolkningen. Det är en minskning med 9 procent jämfört med 2000. Andelen nytillkomna biståndshushåll är fortsatt låg.

Biståndsmottagarna är i stor utsträckning yngre människor. Antalsmässigt är de flesta biståndshushållen ensamstående utan barn. I förhållande till befolkningsgruppens storlek är dock ensamstående kvinnor med barn den vanligaste hushållstypen. Ungefär en tredjedel av alla biståndshushåll var barnfamiljer och nästan var tolfte barn under 18 år levde under 2001 i en familj som fick ekonomiskt bistånd. Det finns stora regionala skillnader.

Liksom föregående år var omkring 30 procent av biståndsmottagarna som var över 18 år långvariga biståndsmottagare.

### **Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård**

#### *Vård vid särskilda ungdomshem*

I genomsnitt var 524 ungdomar inskrivna för vård enligt LVU 2001, vilket är en ökning från föregående år, då antalet var 518 ungdomar. Samtidigt vårdades i genomsnitt 68 ungdomar enligt LSU, vilket är en ökning jämfört med 2000, då i genomsnitt 52 ungdomar vårdades.

Trots utbyggnaden av antalet platser vid de särskilda ungdomshemmen har omkring hälften av de ungdomar för vilka kommunerna sökte plats inte kunnat placeras omgående. Omkring 30 procent av ungdomarna fick vänta i mer än en vecka på placering. Detta beror i hög utsträckning på att antalet ungdomar som behövde beredas plats inom den slutna ungdomsvården blev högre än beräknat. Under 2002 har efterfrågan på ungdomsvård varit fortsatt hög. Köerna har trots detta successivt minskat under året men förekommit främst vad gäller platser för flickor. Samtliga ungdomar som dömts till slutna ungdomsvård bereddes plats omedelbart.

Den slutna ungdomsvården verkar under det senaste halvåret ha stabiliserat sig kring en nivå på 70 intagna och med ett kapacitetsbehov av i storleksordningen 80 platser.

Riksrevisionsverket, RRV, har under året lämnat en rapport (2002:13) som beskriver konsekvenser av platsbristen vid de särskilda ungdomshemmen. Rapporten konstaterar att platsbristen inte låter sig reduceras enbart till en fråga om brist på platser utan har fler konsekvenser och dimensioner. RRV:s förslag handlar om att minska inflödet till SiS, samt i viss mån effektivisera SiS verksamhet och utöka antalet platser.

#### *Vård vid LVM-hem*

År 2001 var i genomsnitt 315 personer intagna för LVM-vård, vilket är en ökning från 2000 då antalet var 311 personer. Antalet fakturerade vårdtyg inom LVM-vården ökade för första gången sedan SiS övertog huvudmannskapet för LVM-vården. I likhet med 2000 kunde SiS, utom i något enstaka fall, omgående tillgodose ansökningar om plats vid LVM-hemmen. Medelåldern för intagna har minskat jämfört med 2000. För kvinnor minskade den med tre år och för män med ett år. Mot bakgrund av klienternas svåra missbruk, våldsbenägenhet och psykiska ohälsa bedömer SiS att behovet av läsbara platser med en högre omhändertagandenivå ökar, även om den totala efterfrågan skulle minska. Det fortsatta behovet av LVM-vård är dock svårbedömt. Under 2002 har placeringarna vid LVM-hemmen minskat och ligger vid halvårsskiftet på en nivå som är en av de lägsta sedan SiS bildades.

LVM-vården syftar till att motivera till fortsatt vård i frivilliga former. Ett mått på hur väl LVM-vården lyckas med sitt uppdrag är därför antalet klienter som skrivs ut till vård i frivilliga former enligt 27 § LVM. Totalt skrevs 623 klienter ut till sådan vård 2001, att jämföra med 600 år 2000. Av det totala antalet placeringar enligt 27 § LVM skrevs 56 procent ut inom tre månader, att jämföra med 53 procent föregående år. Inom ramen för frivilligvården förekommer såväl institutionsplaceringar som öppenvårdsinsatser på klientens hemort.

### **9.6.2 Analys och slutsatser**

*Behov av ökad kunskap om välfärdens utveckling*  
 Kommittén Välfärdsbokslut, som avslutade sitt arbete hösten 2001, pekar i sitt slutbetänkande på att det har skett betydande förändringar av välfärdstjänsternas organisation under 1990-talet. Som exempel kan nämnas ökad decentrali-

sering, ökad brukarfinansiering, privatisering av finansiering och drift samt mer marknadsorienterade styrformer. Vad utvecklingen sammantaget innebär för brukarna och kvaliteten i insatserna är dock fortfarande relativt okänt. För att tillfredsställa kravet på sådan kunskap är det därför viktigt att utveckla ett väl fungerande system med bevakningsfunktioner, utvärdering och uppföljning samt forskning. Som ett led i beredningen av Valfärdsbokslutet pågår inom Socialdepartementet ett arbete med att utveckla välfärdsstatistiken. En angelägen uppgift vilar också på Socialstyrelsen och andra tillsyns- och expertmyndigheter för att vidga och fördjupa kunskapen om välfärdstjänsternas kvalitet, effekt och tillgänglighet.

*Den sociala barnavårdens utveckling och innehåll*  
Samtidigt som det sedan flera år pågår ett långsiktigt arbete inom Socialstyrelsen för att förbättra det sociala barnavårdsarbetet i kommunerna tyder såväl länsstyrelsens tillsynsrapporter som andra uppföljningar och utvärderingar på att utvecklingen i landet är ojämn. Därför är arbetet med att sprida kunskap och information till grupper som har inflytande över barn- och ungdomsvårdens utveckling fortsatt viktigt. Också de statliga medel som ställs till kommunernas förfogande genom länsstyrelserna för att utveckla öppenvårdsinsatser för ungdomar i syfte att motverka missbruk är betydelsefulla i sammanhanget.

LVU-utredningen föreslår i sitt betänkande Omhändertagen (SOU 2000:77) en rad åtgärder för att stärka familjehemsplacerade barns rättigheter och förbättra vården av dem. Kommittén mot barnmisshandel lämnar i slutbetänkandet Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda (SOU 2001:72) förslag till åtgärder inom olika verksamheter som berör barn för att utveckla arbetet mot barnmisshandel. Också andra rapporter och underlag visar på utvecklingsbehov inom barn- och ungdomsvården, bland annat inom dygnsvården. Regeringen avser mot den bakgrunden att före utgången av år 2002 lämna en proposition med förslag till fortsatta åtgärder för att stärka skyddet för barn i utsatta situationer.

#### *Åtgärder för att minska behovet av ekonomiskt bistånd*

Även om såväl kostnaderna för ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning som antalet

hushåll som får sådana stöd fortsätter att minska, har andelen långvariga biståndsmottagare varit i stort sett oförändrad sedan 1999.

Beräkningar gjorda inom Regeringskansliet tyder på att generella förändringar inom socialförsäkringarna eller inom skattesystemet skulle vara förenat med höga kostnader och endast i begränsad omfattning leda till ett minskat behov av ekonomiskt bistånd. Anledningen är att många som uppbär ekonomiskt bistånd är arbetslösa utan arbetslöshetsersättning. De får inte heller del av socialförsäkringssystemet, vilket gör att regelförändringar inom dessa system i högre grad kommer andra grupper till godo. Slutsatsen är i stället att det är viktigt att öka arbetskraftsdeltagandet hos personer som i dag står långt från arbetsmarknaden.

Det finns flera goda exempel på att man genom myndighetssamverkan på lokal nivå har kunnat utveckla framgångsrika metoder som minskat det långvariga behovet av ekonomiskt bistånd. Det är framför allt samverkan mellan socialtjänsten, de allmänna försäkringskassorna och arbetsförmedlingen som bidragit till att långtidsarbetslösa biståndstagare kommit ut i arbetslivet och fått en egen försörjning. En annan framgångsfaktor har visat sig vara att ha kännedom om det lokala näringslivet. I de fall man genom riktade utbildningsinsatser kan ”matcha” efterfrågan på arbetskraft med arbetsökande personer som lever på ekonomiskt bistånd kan biståndsbehovet minska avsevärt.

#### *Barn i familjer med knappa ekonomiska omständigheter*

Även om de mål som finns när det gäller att minska antalet biståndsmottagare uppfylls kommer ändå ett inte oväsentligt antal barn att leva i familjer som har behov av bistånd för sin försörjning också i framtiden. Kunskapen om konsekvenserna av att under lång tid leva under knappa ekonomiska omständigheter är mycket begränsade. Detta gäller också barnens situation. Vad det innebär för självbild, framtidsförhoppningar, skolprestationer och ekonomisk situation för barnen är i stor utsträckning obesvarade frågor.

Inom ramen för länsstyrelsernas tillsyn av socialtjänsten pågår ett gemensamt projekt mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna benämnt ”Barnperspektivet i hanteringen av långvarigt socialbidragsberoende”. Det projektet kommer att tillföra kunskaper som kan vara till

nytta vid bedömningen av eventuellt kommande åtgärder.

#### *Personal- och kompetensförsörjningsfrågor*

De senaste åren har stora omstruktureringar skett inom vården och omsorgen, bland annat till följd av ändrat huvudmannaskap för vissa verksamheter. Nya lagar som har stärkt medborgarnas ställning har också införts. Detta gör att det ställs ändrade krav på kompetens för den personal som arbetar inom socialtjänsten. Med anledning av dessa förändringar anser regeringen att en analys behöver göras av vilken kompetens som den förändrade verksamheten kräver av yrkesgrupper verksamma inom vård och omsorg och som utbildas inom högskolan. Regeringen har därför givit Högskoleverket i uppdrag att i samråd och samverkan med Socialstyrelsen göra en översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen.

#### *Fortsatta insatser mot våld mot kvinnor och prostitution*

Insatser som syftar till att förebygga och ingripa mot våld och hot mot kvinnor behöver kontinuerligt utvecklas. Samverkan mellan myndigheter samt en helhetssyn på problemet är centralt i det sammanhanget. Uppföljningen av Kvinnofridsreformen visar att det tar tid att genomföra ett förändringsarbete. Gott om tid och en långsiktig strategi är förutsättningar för att förebygga våld mot kvinnor och för att mer genomgripande kunna utveckla metoder för att på bästa sätt stödja involverade parter. Socialstyrelsen, som har slutrapporterat sitt särskilda uppdrag med anledning av Kvinnofridsreformen 1998, har en fortsatt viktig uppgift i att stödja arbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i frågor som rör våld och hot mot kvinnor. Den webbplats som har utvecklats för myndighets-samarbete och spridning av goda exempel samt det utbildningsmaterial som Socialstyrelsen utarbetat bör kunna utgöra ett gott stöd för det fortsatta arbetet.

Rikskvinnocentrum fyller en viktig funktion när det gäller att motverka våld mot kvinnor. Regeringen avser att bidra till verksamheten med 2 miljoner kronor för 2003 utöver de 1,2 miljoner kronor som regeringen tidigare aviserat. Frågan om att inrätta en nationell jourtelefon har diskuterats de senaste åren. Regeringen föreslår att 1 miljon kronor avsätts under 2003 för att utveckla en sådan verksamhet.

En annan viktig uppgift är att bekämpa all prostitution samt hjälpa och stödja kvinnor som vill lämna prostitutionen. Metoder för att nå gatuprostitutionen är relativt väl utvecklade. Det är däremot av naturliga skäl svårare att nå den dolda prostitutionen, som enligt Socialstyrelsen beräknades stå för omkring två tredjedelar av all prostitution i landet i den kartläggning av prostitutionens omfattning som gjordes 1999. Det är därför angeläget med ett fortsatt offensivt arbete när det gäller att bekämpa den dolda prostitutionen.

#### *Missbrukarvårdens utveckling och innehåll*

Läget i missbrukarvården är svårbedömt. Det gäller såväl frågan om missbrukarvårdens kvalitet och innehåll som om vården svarar mot klienternas behov. Utvecklingen under 1990-talet har främst präglats av en ökad satsning på öppenvård och en minskning av tvångsvården. Vad utvecklingen sammantaget betyder för klienterna finns det dock inga entydiga besked om. Regeringen angav i förslaget till narkotikapolitisk handlingsplan, som riksdagen under våren beslutade om, att det är angeläget att alla som behöver vård och behandling får tillgång till vård av hög kvalitet. Målet skall vara att alla narkotikamissbrukare skall nås med erbjudande om hjälp och vid behov vård mot sitt missbruk. Den särskilt tillsatta samordnare som skall se till att planen genomförs har en viktig uppgift att i samarbete med myndigheter och kommuner arbeta för att få till stånd en utveckling mot ökat utbud av hjälpinsatser, förbättrad tillgänglighet, effektivitet och kvalitet i vården. Regeringen bedömer också att Socialstyrelsens pågående arbete med att utarbeta nationella riktlinjer för missbrukarvården kommer att bidra till att stärka vårdens innehåll och kvalitet.

#### *Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård*

Mycket talar för att utvecklingen inom ungdomsvården och den slutna ungdomsvården stabiliserats under det senaste året, med en fortsatt hög efterfrågan på ungdomsvård. Regeringen anser att en ytterligare utbyggnad av platser inom ungdomsvården är nödvändig mot bakgrund av bl.a. ett ökande narkotikamissbruk bland ungdomar. Det är också angeläget med fortsatta insatser för att höja kvaliteten i vården.

Som nämnts tidigare är utvecklingen inom missbrukarvården svårbedömd. I enlighet med de alkohol- och narkotikapolitiska målen anser

dock regeringen att det är viktigt med en fortsatt hög tillgänglighet till LVM-vården.

Regeringen har tidigare aviserat en fortsatt satsning mot narkotikamissbruket. SiS har en viktig roll i denna satsning då de snabbt skall kunna erbjuda individuellt anpassad vård av hög kvalitet. För att ytterligare kunna höja kvaliteten på den vård som SiS erbjuder och därmed förbättra resultatet av denna vård krävs bl.a. att vårdkedjan både inom och utanför SiS effektiviseras. Att förbättra vården för flickor och unga kvinnor framstår som särskilt angeläget. Under 2003 bör därför en satsning göras för att utveckla och anpassa vården för flickor och unga kvinnor med missbruksproblem. Den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården tillförs ytterligare medel under de kommande åren.

#### *Utvecklingsarbete mot hemlöshet*

Inom ramen för den parlamentariskt sammansatta Hemlöshetskommittén har ett värdefullt utvecklingsarbete initierats med statligt stöd. Det är både insatser av förebyggande karaktär och insatser som syftar till att förbättra stödet för dem som är hemlösa. Det är angeläget att utvecklingsarbetet fortsätter och att den långsiktiga metod- och kunskapsutvecklingen stimuleras och utvecklas. Andra viktiga områden är att utveckla metoder för lokala kartläggningar av hemlösheten samt att tillse att de olika utvecklingsprojekt som kommer till stånd utvärderas i sin helhet. Tillförlitliga lokala kartläggningar utgör en värdefull grund för att få till stånd regelbundet återkommande nationella kartläggningar av hemlöshetens omfattning och utveckling som föreslagits av Hemlöshetskommittén. Socialstyrelsens uppdrag att fullfölja Hemlöshetskommitténs arbete är enligt regeringens uppfattning en viktig motor i det fortsatta utvecklingsarbetet. Kommitténs förslag som rör insatser för att förbättra situationen för frigivna fångar bereds vidare inom Regeringskansliet. Detsamma gäller förslagen som rör underrättelse till socialnämnd i samtliga fall som rör uppsägning av hyresgäst.

## 9.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för 2001 avseende Statens institutionsstyrels verksamhet.

## 9.8 Budgetförslag

### 9.8.1 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 9.2 Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

2001	Utfall	79 578	Anslags-sparande	10 751
2002	Anslag	90 378 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	92 778
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>77 578</b>		
2004	Beräknat	55 378		

<sup>1</sup> Varav 10 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2002.

Anslaget omfattar medel till utveckling av ungdoms- och missbrukarvården och till kunskapsutveckling inom socialtjänsten, medel för utveckling av den sociala välfärdsstatistiken, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer samt till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor. Anslaget omfattar även medel till insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige samt medel 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 som hölls 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 sexuell exploatering av barn. Medel till utbildnings- och fortbildningsinsatser om FN:s barnkonvention överförs fr.o.m. 2003 till politikområdet Barnpolitik anslaget 15:1 *Barnombudsmannen*.

## 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 anser att medlen bidragit till positiv utveckling och samverkan inom området.

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 utgick 10 miljoner kronor och under 2002 och 2003 utgår 20 miljoner kronor per år för detta ändamål.

I 2002 års ekonomiska vårproposition tillfördes anslaget ytterligare 10 miljoner kronor för att utveckla kvinnojourernas verksamhet. De särskilda behov som flickor och kvinnor med utländsk bakgrund, kvinnor med funktionshinder samt kvinnor med missbruksproblem kan ha, skall särskilt uppmärksammas.

För 2003 tillförs anslaget 2,2 miljoner kronor för att bidra till finansieringen av Rikskvinnocentrums verksamhet samt för att utveckla en nationell telefonjour. Regeringen avser att under 2003 avsätta totalt 3,2 miljoner kronor inom anslaget för att bidra till finansieringen av Rikskvinnocentrum.

**Tabell 9.3** Tabell Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>80 378</b>	<b>80 378</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	2 200	–20 000
Överföring till/från andra anslag	–5 000	–5 000
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>77 578</b>	<b>55 378</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 77 578 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 55 378 000 kronor.

## 9.8.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 9.4** Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

2001	Utfall	690 394	Anslags-sparande	–7 445
2002	Anslag	677 765 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	675 575
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>735 346</b>		
2004	Beräknat	735 490 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Varav 6 000 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2003.

<sup>2</sup> Motsvarar 719 589 tkr i 2003 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 sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i verksamhetsgrenarna missbrukarvård, ungdomsvård och sluten ungdomsvård.

Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring 60 procent respektive två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag. Intäkterna beräknas enligt SiS till 903 miljoner kronor för 2002 och 950 miljoner kronor för 2003.



## Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Tabell 9.5 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	2001 utfall	2002 prognos	2003 beräknat	2004 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	0	5 000	7 000	
Nya förpliktelser	5 000	6 000	16 000	
Infriade förpliktelser*	0	-4 000	-5 000	-10 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	5 000	7 000	18 000	
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>20 000</b>	<b>18 000</b>	<b>18 000</b>	

\* 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 2001 var i genomsnitt 68 ungdomar intagna för verkställighet enligt LSU. Under 2002 kommer SiS att behöva disponera mellan 70 och 75 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 förra året utökade SiS antalet med 57 nya sådana platser. Trots detta har det förekommit köer till vård för de ungdomar kommunerna önskar placera. Den fortsatta utvecklingen av påföljden slutna ungdomsvård är svår att bedöma men mot bakgrund av den successiva ökning av efterfrågan som skett sedan januari 1999 samt det faktum att den genomsnittliga strafftiden har ökat bedöms SiS fr.o.m. 2003 behöva 80 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 pågår inom ramen för regeringens uppdrag till Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen och SiS och skall redovisas senare i höst. Slutsatserna av utvärderingen kommer att behandlas av den av regeringen tillkallade utredaren, som skall följa upp och vidareutveckla 1999 års påföljdssystem avseende unga som har begått brott. Utredaren skall göra en översyn av påföljdssystemet och lämna förslag till hur detta kan vidareutvecklas och förbättras. Uppdraget skall redovisas hösten 2004.

Av de skäl som redovisats ovan är SiS ekonomiska situation för innevarande år ytterst ansträngd och utvecklingen under de närmaste åren är osäker.

I samband med 2002 års budgetproposition tillfördes anslaget ytterligare 50 miljoner kronor fr.o.m. 2002 och 60 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003 och framåt. I tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2003 tillförs SiS ytterligare 6 miljoner kronor för finansiering av den slutna ungdomsvården. Med anledning av den nu aktuella utvecklingen, och som ett led i regeringens narkotikapolitiska satsning föreslår regeringen att ytterligare 50 miljoner kronor tillförs SiS under 2003. Från och med 2004 tillförs anslaget 35 miljoner kronor per år.

Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 18:2 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>671 765</b>	<b>671 765</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	8 315	23 343
Beslut	55 061	40 173
Överföring till/från andra anslag <sup>2</sup>	187	191
Övrigt	18	18
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>735 346</b>	<b>735 490</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>2</sup> Kompensation för premier för statliga avtalsförsäkringar avseende av myndigheten finansierad personal vid universitet och högskolor. En närmare beskrivning av fördelningen av dessa medel finns i budgetpropositionen, vol. 8, avsnitt 7.3.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 735 346 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 735 490 000 kronor.

### 9.8.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

**Tabell 9.7 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa**

Tusental kronor

2001	Utfall	10 768	Anslags-sparande	3 057
2002	Anslag	10 000	Utgifts-prognos	12 887
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>10 000</b>		
2004	Beräknat	10 000		

Den parlamentariskt sammansatta Hemlöshetskommittén med uppgift att föreslå och initiera åtgärder för att skapa en bättre situation för hemlösa och för att förebygga hemlöshet avslutade sitt arbete i december 2001. För att fullfölja och fördjupa de satsningar som Hemlöshetskommittén initierat avsatte regeringen 30 miljoner kronor i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2001 för fort-

sätta insatser i sammanlagt tre år. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att leda ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla metoder som kan vara verksamma för att långsiktigt komma tillrätta med problem som är kopplade till hemlöshet. Socialstyrelsen skall bland annat medverka till att utveckla metoder för lokala kartläggningar av hemlöshetens omfattning och utveckling samt stimulera tillkomsten av lokala verksamheter som syftar till att förebygga hemlöshet och till att förbättra situationen för hemlösa.

### Regeringens överväganden

Hemlöshetskommittén har i sitt arbete bidragit till att lyfta fram problem som är förknippade med hemlöshet, både för individen och för samhället. Flera av de utvecklingsprojekt som initieras med hjälp av statliga stimulansmedel har tillfört viktig kunskap om faktorer av betydelse för att komma tillrätta med hemlösheten. Det är väsentligt att erfarenheterna från detta arbete tas till vara och vidareutvecklas.

**Tabell 9.8 Tabell Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>10 000</b>	<b>10 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>10 000</b>	<b>10 000</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa*. För 2004 beräknas anslaget till 10 000 000 kronor. Anslaget disponeras av Socialstyrelsen.

# 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

2001	Utfall	22 860	Anslags-sparande	2 047
2002	Anslag	21 403	Utgifts-prognos	22 602
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>21 807</b>		
2004	Beräknat	22 294 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 21 654 tkr i 2003 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att finansiera administrationen för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Det huvudsakliga arbetet består i bedömning och urval av forskningsansökningar där rådet tillämpar en tvåstegsmodell där först skisser och sedan fullständiga ansökningar granskas av skilda prioriteringskommittéer.

#### Regeringens överväganden

År 2001 var rådets första verksamhetsår och mycket tid ägnades följaktligen åt att starta upp den nya myndigheten. Sammanfattningsvis förflöt arbetet bra och integrationen av arbetsupp-gifter från de nedlagda myndigheterna Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) och Rådet

för arbetslivsforskning (RALF) vållade inga större problem. Sedan starten i januari 2001 har FAS arbetat mycket intensivt inom verksamhetsgrenen strategi och analys. Bl.a. har man producerat en forskningsstrategi för verksamheten, presenterat två förslag till forskningsprogram samt påbörjat arbetet med flera utvärderingar. Regeringen gör bedömningen att FAS strategiska och analytiska arbete även de kommande åren kommer att behöva ligga på en hög ambitionsnivå. Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

**Tabell 10.2 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>21 403</b>	<b>21 403</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	558	1 048
Beslut <sup>2</sup>	-154	-157
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>21 807</b>	<b>22 294</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget.

<sup>2</sup> Justering för att begränsa statlig konsumtion.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 807 000 kronor anvisas år 2003 under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För 2004 beräknas anslaget till 22 294 000 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*

2001	Utfall	228 106	Anslags- sparande	24 163
2002	Anslag	268 171	Utgifts- prognos	281 986
<b>2003</b>	<b>Förslag</b>	<b>283 891</b>		
2004	Beräknat	290 243 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 283 892 tkr i 2003 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att stödja forskning och forskningsinformation om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. Anslaget skall användas till forskningsbidrag, anställningar, informationsinsatser samt projektrelaterade kostnader såsom utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier.

### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansierar strävar efter resultat på lång sikt. Stöd till forskning ges därför oftast i form av fleråriga projekt. Rådets bemyndigande bör möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår sålunda ett bemyndigande för 2003 om 600 000 000 kr.

**Tabell 10.4 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	2001 utfall	2002 prognos	2003 beräknat	2004 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	440 000	457 000	550 000	
Nya förpliktelser	258 000	343 000	317 000	
Infriade förpliktelser*	-241 000	-250 000	-267 000	-290 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	457 526	550 000	600 000	
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>460 000</b>	<b>550 000</b>	<b>600 000</b>	

## Regeringens överväganden

Regeringen fullföljer 2003 den satsning på ämnesövergripande forskning som aviserades i forskningspropositionen hösten 2000 (prop. 2000/2001:3) samt i budgetpropositionerna 2001 och 2002.

Anslaget tillförs även 6 890 000 kronor i ersättning för premier för statliga avtalsförsäkringar avseende av rådet finansierade forskare som är anställda vid universitet och högskolor.

Därutöver har anslagsnivån justerats i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 283 891 000 kronor anvisas under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För 2004 beräknas anslaget till 290 243 000 kronor.

**Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2003–2004, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning**

Tusental kronor

	2003	2004
<b>Anvisat i 2002 års statsbudget</b>	<b>268 171</b>	<b>268 171</b>
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning <sup>1</sup>	6 543	12 689
Beslut <sup>2</sup>	2 287	2 338
Överföring till/från andra anslag <sup>3</sup>	6 890	7 044
Övrigt	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>283 891</b>	<b>290 243</b>

<sup>1</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>2</sup> Nettoberäkning. För år 2003 forskningspolitisk förstärkning med 10,432 mnkr samt minskning med 6,144 mnkr p.g.a. felaktig bas 2002 (6,144 mnkr för hög beräkning i BP 2002 p.g.a. felaktigt tillförd premie till anslag). Vidare justering för att begränsa statlig konsumtion.

<sup>3</sup> Avser kompensation för premier för statliga avtalsförsäkringar avseende av myndigheten finansierad personal vid universitet och högskolor. En närmare beskrivning av fördelningen av dessa medel finns i budgetpropositionen, vol. 8, avsnitt 7.3.

