

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2005

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	13
2	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
2.1	Omfattning.....	15
2.2	Utgiftsutveckling	15
2.3	Skatteavvikelse	16
3	Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik.....	17
3.1	Omfattning.....	17
3.2	Utgiftsutveckling	19
3.3	Skatteavvikelser	20
3.4	Mål	20
3.5	Politikens inriktning	20
3.6	Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård.....	25
3.6.1	Insatser	25
3.6.2	Resultatbedömning.....	35
3.7	Verksamhetsområde Tandvård.....	46
3.7.1	Insatser	46
3.7.2	Resultatbedömning.....	47
3.8	Revisionens iakttagelser.....	52
3.9	Budgetförslag	53
3.9.1	13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	53
3.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	55
3.9.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	56
3.9.4	13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	57
3.9.5	13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	58
3.9.6	13:6 Socialstyrelsen	59
3.9.7	13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	62
3.9.8	13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	63
3.9.9	13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.....	64
3.9.10	13:10 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	65
3.10	Övrig verksamhet.....	65
3.10.1	Läkemedelsverket.....	65
3.10.2	Apoteket AB	67

4	Politikområde Folkhälsa	69
4.1	Omfattning	69
4.2	Utgiftsutveckling.....	70
4.3	Mål.....	71
4.4	Politikens inriktning.....	71
4.5	Insatser	73
4.5.1	Insatser inom politikområdet	73
4.5.1.1	Alkohol.....	73
4.5.1.2	Narkotika	74
4.5.1.3	Tobak.....	74
4.5.1.4	Smittskydd och hälsoskydd	75
4.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	76
4.6	Resultatbedömning.....	77
4.6.1	Alkohol.....	79
4.6.1.1	Mål.....	79
4.6.1.2	Resultat.....	79
4.6.1.3	Resurser.....	80
4.6.1.4	Analys och slutsatser.....	80
4.6.2	Narkotika	81
4.6.2.1	Mål.....	81
4.6.2.2	Resultat.....	81
4.6.2.3	Resurser.....	82
4.6.2.4	Analys och slutsatser	82
4.6.3	Tobak.....	82
4.6.3.1	Mål.....	82
4.6.3.2	Resultat.....	82
4.6.3.3	Resurser.....	83
4.6.3.4	Analys och slutsatser.....	84
4.6.4	Smittskydd och hälsoskydd	84
4.6.4.1	Mål.....	84
4.6.4.2	Resultat – Smittskydd	84
4.6.4.3	Resultat – Hälsoskydd	86
4.6.4.4	Resurser.....	87
4.6.4.5	Analys och slutsatser.....	87
4.7	Revisionens iakttagelser	87
4.8	Budgetförslag.....	88
4.8.1	14:1 Insatser mot aids.....	88
4.8.2	14:2 Bidrag till WHO	89
4.8.3	14:3 Bidrag till NHV.....	90
4.8.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	91
4.8.5	14:5 Smittskyddsinstitutet	92
4.8.6	14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	94
4.8.7	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	95
4.8.8	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	96
4.8.9	14:9 Alkoholsortimentsnämnden	98
5	Politikområde Barnpolitik	101
5.1	Omfattning	101
5.2	Utgiftsutveckling.....	102
5.3	Mål.....	102
5.4	Politikens inriktning.....	102

5.5	Insatser	103
5.5.1	Insatser inom politikområdet.....	103
5.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	105
5.6	Resultatbedömning.....	107
5.6.1	Resultat.....	107
5.6.2	Analys och slutsatser	108
5.7	Revisionens iakttagelser.....	109
5.8	Budgetförslag	109
5.8.1	15:1 Barnombudsmannen.....	109
5.8.2	15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	110
5.8.3	15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	111
6	Politikområde Handikappolitik.....	113
6.1	Omfattning.....	113
6.2	Utgiftsutveckling	113
6.3	Mål	114
6.4	Politikens inriktning	114
6.5	Insatser	116
6.5.1	Insatser inom politikområdet.....	116
6.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	119
6.6	Resultatbedömning.....	120
6.6.1	Resultat.....	120
6.6.2	Analys och slutsatser	127
6.7	Revisionens iakttagelser.....	128
6.8	Budgetförslag	129
6.8.1	16:1 Personligt ombud.....	129
6.8.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	130
6.8.3	16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	131
6.8.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	132
6.8.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	134
6.8.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	134
6.8.7	16:7 Bilstöd till handikappade	135
6.8.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	136
6.8.9	16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	138
6.8.10	16:10 Handikappombudsmannen	139
7	Politikområde Äldrepolitik.....	141
7.1	Omfattning.....	141
7.2	Utgiftsutveckling	141
7.3	Mål	142
7.4	Politikens inriktning	142
7.5	Insatser	143
7.5.1	Insatser inom politikområdet.....	143
7.6	Resultatbedömning.....	143
7.6.1	Resultat.....	144
7.6.2	Analys och slutsatser	145
7.7	Budgetförslag	149
7.7.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	149

8	Politikområde Socialtjänstpolitik.....	151
8.1	Omfattning	151
8.2	Utgiftsutveckling.....	151
8.3	Mål.....	152
8.4	Inriktning.....	152
8.5	Insatser	153
8.5.1	Insatser inom politikområdet	153
8.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	156
8.6	Resultatbedömning.....	157
8.6.1	Resultat.....	157
8.6.2	Analys och slutsatser	162
8.7	Revisionens iakttagelser	165
8.8	Budgetförslag	165
8.8.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	165
8.8.2	18:2 Statens institutionsstyrelse	167
8.8.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	169
9	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning	171
9.1	Budgetförslag	171
9.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	171
9.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	172

Tabellförteckning

Anslagsbelopp	14
2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet.....	15
2.2 Härledning av ramnivån 2005–2007. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	16
2.2 Ramnivå 2005 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	16
2.3 Skatteavvikelse	16
3.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, exklusive kommunernas äldresjukvård, samt andel av BNP	17
3.2 Detaljredovisning av Hälso- och sjukvårdens kostnader, 2002	18
3.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	19
3.4 Skatteavvikelser inom politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik, netto	20
3.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2000–2003 (inkl moms)	40
3.6 Tandvårdens totala kostnader, 1998–2002	51
3.7 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.....	53
3.8 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.....	55
3.9 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	55
3.10 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	56
3.11 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	56
3.12 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	57
3.13 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	57
3.14 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	58
3.15 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	58
3.16 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	59
3.17 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen.....	59
3.18 Offentligrättslig verksamhet	60
3.19 Uppdragsverksamhet	60
3.20 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	60
3.21 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:6 Socialstyrelsen.....	61
3.22 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	62
3.23 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:7 Läkemedels- förmånsnämnden.....	63
3.24 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	63
3.25 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	64

3.26	Anslagsutveckling 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.	64
3.27	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.	65
3.28	Anslagsutveckling 13:10 Bidrag till psykiatri och social psykiatri.....	65
3.29	Offentligrättslig verksamhet	66
3.30	Ekonomisk översikt för Apoteket AB	68
4.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	70
4.2	Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids.....	88
4.3	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:1 Insatser mot aids.....	88
4.4	Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO.....	89
4.5	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:2 Bidrag till WHO.....	89
4.6	Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	90
4.7	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:3 Bidrag till högskolan för folkhälsovetenskap.....	90
4.8	Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut	91
4.9	Offentligrättslig verksamhet	91
4.10	Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	91
4.11	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut	92
4.12	Anslagsutveckling för 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	92
4.13	Uppdragsverksamhet	93
4.14	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:5 Smittskyddsinstitutet	94
4.15	Anslagsutveckling för Institutet för psykosocial medicin	94
4.16	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin	95
4.17	Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	95
4.18	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	96
4.19	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	96
4.20	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:8 Alkohol och narkotikapolitiska åtgärder	98
4.21	Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden.....	98
4.22	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:9 Alkoholsortimentsnämnden	98
4.23	Ekonomisk översikt för de fem senaste åren	99
5.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	102
5.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen	109
5.3	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 15:1 Barnombudsmannen	109
5.4	Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	110
5.5	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor*.....	111
5.6	Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	111
6.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	114
6.2	Kostnader för kommunala insatser, antal med LSS-insatser och antal kommunala LSS-insatser	121
6.3	Kostnader för assistansersättningen, antal beviljade personer och antal beviljade timmar per vecka	123
6.4	Kostnad för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer samt antal elever inom respektive utbildningsform.....	123

6.5	Antal kvinnor och män med bilstöd samt fördelning av stödet på barnfamiljer, förvärvsarbete och andra vuxna 18–49 år ¹	124
6.6	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	129
6.7	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:1 Personligt ombud.....	130
6.8	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	130
6.9	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	131
6.10	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	131
6.11	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	132
6.12	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	132
6.13	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	132
6.14	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	133
6.15	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	134
6.16	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	134
6.17	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	134
6.18	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	135
6.19	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade.....	135
6.20	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:7 Bilstöd till handikappade...	136
6.21	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	136
6.22	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	137
6.23	Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	138
6.24	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	139
6.25	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen.....	139
6.26	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:10 Handikappombudsmannen.....	140
7.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	141
7.2	Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken...	149
7.3	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	150
7.4	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	150
8.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	151
8.2	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	165
8.3	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	166
8.4	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	167
8.5	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	167
8.6	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	168
8.7	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	169
8.8	Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	169
9.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	171

9.2	Härledning av anslagsnivån 2005-2007, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	171
9.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	172
9.4	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	172
9.5	Härledning av anslagsnivån 2005-2007, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	173

Diagramförteckning

3.1	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2002, procentuellt fördelade på verksamhetsområden.....	18
3.2	Landstingens inkomster 2002, procentuellt fördelade efter inkomstslag.....	19
3.3	Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånerna 1991–2003.....	39
3.4	Andelen kariesfria barn (%)	47
3.5	Tandvårdsutnyttjande, intervjustudier 1997/1999/2002	50
4.1	Medellivslängd mellan 1982 och 2002	77
4.2	Andel skolelever som anser sig vara fullt friska.....	78
4.3	Skattning av total alkoholkonsumtion i Sverige per invånare 15 år och äldre	79
4.4	Antal intensivkonsumtionstillfällen* år 2003 för olika åldersgrupper i genomsnitt	79
4.5	Antal alkoholrelaterade dödsfall i Sverige.....	80
4.6	Andel elever i årskurs 9 samt andel mönstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika	81
4.7	Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder	83
4.8	Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar.....	83
4.9	Antal anmälda hivfall 1997–2003.....	84
4.10	Antal anmälda klamydiafall 1997–2003	85
4.11	Antal anmälda MRSA-fall* 2000–2003	85
7.1	Utvecklingen av bilstödet	124
8.1	Socialbidragsutveckling.....	158

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 13:6 *Socialstyrelsen* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 4 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 3.9.6),
2. godkänner att målet för folkhälsopolitiken skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen samt beslutar att det nuvarande målet upphör att gälla (avsnitt 4.3),
3. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 25 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 4.8.4),
4. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 82 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 6.8.3),
5. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 20 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 7.7.1),
6. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 18 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 8.8.2),
7. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 633 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 9.1.2),
8. för 2005 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Häsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	Ramanslag	3 498 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	Ramanslag	19 767 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	Ramanslag	269 199
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	Ramanslag	40 691
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	Ramanslag	26 394
13:6 Socialstyrelsen	Ramanslag	492 096
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	Ramanslag	59 703
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	Ramanslag	325 235
13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.	Ramanslag	25 000
13:10 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	Ramanslag	500 000
14:1 Insatser mot aids	Ramanslag	64 122
14:2 Bidrag till WHO	Ramanslag	34 371
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	Ramanslag	18 161
14:4 Statens folkhälsoinstitut	Ramanslag	130 786
14:5 Smittskyddsinstitutet	Ramanslag	181 005
14:6 Institutet för psykosocial medicin	Ramanslag	15 201
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	Ramanslag	78 054
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	Ramanslag	265 750
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	Ramanslag	430
15:1 Barnombudsmannen	Ramanslag	16 948
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	Ramanslag	11 264
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	Ramanslag	6 500
16:1 Personligt ombud	Ramanslag	90 000
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	Ramanslag	275 000
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	Ramanslag	171 794
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	Obetecknat anslag	82 394
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	Obetecknat anslag	164 648
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	Ramanslag	17 113
16:7 Bilstöd till handikappade	Ramanslag	256 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	Ramanslag	11 551 000
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	Ramanslag	17 816
16:10 Handikappombudsmannen	Ramanslag	18 421
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	Ramanslag	51 446
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	Ramanslag	216 878
18:2 Statens institutionsstyrelse	Ramanslag	754 724
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	Ramanslag	10 000
26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	Ramanslag	23 150
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	Ramanslag	291 231
Summa		39 817 525

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

2.1 Omfattning

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

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
Hälsa- och sjukvårdspolitik	22 280	26 312	26 688	25 003	25 397	26 128
Folkhälsopolitik	849	685	825	788	608	589
Barnpolitik	25	25	25	35	36	36
Handikappolitik	9 730	11 105	11 109	12 644	14 077	15 610
Äldrepolitik	36	30	36	51	51	51
Socialtjänstpolitik	849	826	828	982	1 024	1 183
Forskningspolitik	300	311	314	314	318	323
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	34 068	39 294	37 825	39 818	41 512	43 921

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2005–2007. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	37 665	37 665	37 665
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning	32	47	86
Beslut	1 103	1 442	2 184
Övriga makroekonomiska förutsättningar	366	799	1 322
Volym	659	1 559	2 665
Överföring till/från andra utgiftsområden	-7	0	0
Övrigt	-1	-1	-1
Ny ramnivå	39 818	41 512	43 921

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Tabell 2.2 Ramnivå 2005 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2005
Transfereringar ¹	37 493
Verksamhetsutgifter ²	2 315
Investeringar ³	9
Summa ramnivå	39 818

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2003 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

2.3 Skatteavvikelse

Statens stöd inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning (s.k. skatteavvikelser). Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad och som en skattesanktion om det rör sig om ett ”överuttag” av skatt.

Många av skatteavvikelsena har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknadspolitik. Dessa avvikelser påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteavvikelser finns i bilaga 2 till 2004 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteavvikelser med politikområdesanknytning som är att hänföra till utgiftsområde 9.

Tabell 2.3 Skatteavvikelse

	Prognos 2004	Prognos 2005
Politikområde Hälso- och sjukvård	1 343	1 404
Totalt för utgiftsområde 9	1 343	1 404

De enskilda skatteavvikelsena inom politikområdet 13 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas närmare i avsnitt 3.3 där även en förklaring av respektive skatteavvikelse ges.

3 Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik

3.1 Omfattning

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

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

Hälso- och sjukvårdens kostnader uppgick 2003 preliminärt till 208,3 miljarder kronor, inklusive moms. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med 4,6 procent jämfört med 2002. Det är en lägre ökning än de senaste fem åren då den genomsnittliga kostnadsökningen uppgått till 6,9 procent, och den lägsta årliga ökningen sedan 1997. I beloppet 208,3 miljarder kronor ingår inte den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för, främst vård och omsorg av äldre. Kostnaderna för den verksamheten har av Socialstyrelsen beräknats till cirka 0,7 procent av BNP. Hälso- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2003 därmed preliminärt till cirka 9,2 procent. Motsvarande BNP-andel bland OECD-länderna uppgick 2001

till i genomsnitt 8,2 procent, samt under 2002 preliminärt till 8,5 procent.

Tabell 3.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, exklusive kommunernas äldresjukvård, samt andel av BNP

Miljarder kronor

	1999	2000	2001	2002 ¹	2003 ¹
Hälso- och sjukvårdskostnader	160,9	170,2	183,4	199,2	208,3
Andel av BNP, procent	7,7	7,8	8,1	8,5	8,5
Andel av BNP, procent, inklusive kommunernas äldresjukvård	8,4	8,5	8,8	9,2	9,2

¹ Preliminära uppgifter
Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Patienternas kostnader för hälso- och sjukvård i form av patientavgifter, läkemedel (egenavgifter avseende receptbelagda läkemedel samt hela kostnaden för ej receptbelagda läkemedel) m.m. uppgick under 2002 till 29,2 miljarder kronor. Läkemedel kostade hushållen 8,4 miljarder kronor medan tandvård samt patientavgifter avseende läkarvård och sjukgymnastik uppgick till 15,7 miljarder kronor. Patienternas andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna har under de senaste åren legat relativt stabilt kring 15 procent.

De offentliga konsumtionsutgifterna, dvs. kostnader för att bedriva den offentliga hälso- och sjukvården reducerat med intäkter från patientavgifter såväl som övriga intäkter, uppgick 2002 till 160,1 miljarder kronor. Av detta utgjorde kostnader för läkemedelsförmånerna och inkontinensartiklar 19,6 miljarder kronor. Ersättningar till privatpraktiserande läkare och tandläkare, sjukgymnaster m.m. uppgick till 23,7 miljarder kronor.

Privata och offentliga investeringar utgjorde 9,8 miljarder kronor.

Tabell 3.2 Detaljredovisning av Hälso- och sjukvårdens kostnader, 2002

Miljarder kronor

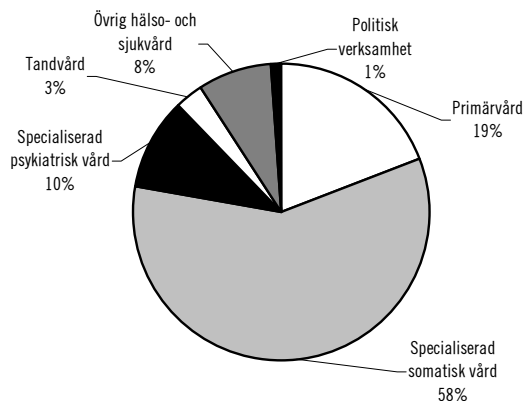
	2002 ¹
Hushållens konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård	29,2
<i>varav</i>	
Läkemedel	8,4
Övriga sjukvårdsartiklar	0,2
Glasögon m.m.	4,9
Patientavgifter	15,7
Offentliga konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård	160,1
<i>varav</i>	
Läkemedelsförmånerna och inkontinensartiklar	19,6
Privatpraktiserande läkare och tandläkare	0,9
Vårdavtal med privata vårdgivare	22,8
Övrigt	116,8
Investeringar	9,8
<i>varav</i>	
Näringslivet	2,5
Offentliga	7,3
Summa kostnader	199,2

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, uppgick under 2002 till 129,8 miljarder kronor exklusive moms. Kostnaderna fördelades på landstingens verksamhetsområden enligt diagram 3.1.

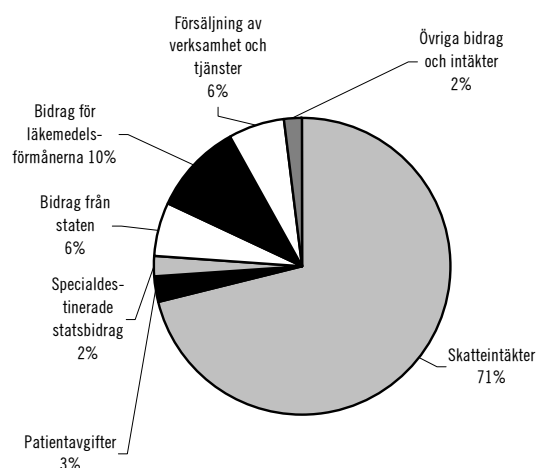
Diagram 3.1 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2002, procentuellt fördelade på verksamhetsområden



Källa: Landstingsförbundet, Statistisk årsbok för Landsting 2004

Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde cirka 69 procent av huvudmännens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till 19 procent.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 71 procent 2002. Landstingens verksamhet finansieras således till stor del via skatteintäkter. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. De sistnämnda bestod under 2002 inom hälso- och sjukvårdsområdet främst av bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt statsbidraget för läkemedelsförmånerna. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 3.2 avser landstingens totala verksamhet, där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgör cirka 89 procent.

Diagram 3.2 Landstingens inkomster 2002, procentuellt fördelade efter inkomstslag

Källa: Landstingsförbundet, Statistisk årsbok för Landsting 2004

För mer information om landstingens finansiering och verksamhet hänvisas till regeringens skrivelse om utvecklingen inom den kommunala sektorn (Skr. 2003/04:102).

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	2 845,6	4 061,4	4 056,9	3 498,0	3 430,0	3 518,0
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	18 550,0	21 061,6	19 450,0	19 767,0	20 550,0	21 367,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	293,4	275,0	274,4	269,2	288,1	288,1
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	38,2	40,2	40,3	40,7	41,3	42,1
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	24,1	25,7	27,2	26,4	26,6	27,0
13:6 Socialstyrelsen	486,7	487,9	509,0	492,1	502,5	511,5
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	39,3	58,5	57,4	59,7	60,7	61,8
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	0,0	267,0	270,7	325,2	298,3	312,1
13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m. ²	0,0	35,0	0,0	25,0	0,0	0,0
13:10 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	0,0	0,0	0,0	500,0	200,0	0,0
13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall (äldre anslag)	2,6	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	22 279,9	26 312,3	24 687,9	25 003,3	25 397,5	26 127,7

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Tidigare anslaget 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall.

3.3 Skatteavvikelser

I kapitel 2, avsnitt 2.3, redogjordes för vad en skatteavvikelse är och varför den redovisas. I detta avsnitt redovisas de enskilda skatteavvikelserna inom utgiftsområdet som hör till politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik.

Tabell 3.4 Skatteavvikelser inom politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik, netto^{1, 2}

Miljoner kronor

	Prognos 2004	Prognos 2005
Läkemedel	1 343	1 404
Förmån av privat sjukvård	–	–
Förmån av privat tandvård	u	
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	1 343	1 404

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

² Ett "u" innebär att skatteavvikelsen utgår det året.

Läkemedel

För läkemedel som utlämnas enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt. Kvalificerat undantag innebär att skattesatsen är nedsatt, i detta fall till noll procent. Mervärdesskatt utgår dock vid försäljning av icke receptbelagda läkemedel.

Förmån av privat sjuk- och tandvård

Om arbetsgivaren bekostar offentligt finansierad sjuk- eller tandvård är detta en skattepliktig förmån. Om arbetsgivaren däremot bekostar privat sjuk- eller tandvård för en anställd är detta en skattefri förmån. Arbetsgivaren har å andra sidan då ingen avdragsrätt för kostnaden. Det finns inget som hindrar att arbetsgivaren efter överenskommelse gör ett bruttolöneavdrag för den anställda för att kompensera sig för kostnaden. Skatteavvikelsen avser inkomstskatt och särskild löneskatt. Från och med januari 2004 är all tandvård som arbetsgivaren bekostar för den anställda en skattepliktig förmån och utgör där- efter inte längre någon skatteavvikelse.

3.4 Mål

Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

3.5 Politikens inriktning

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

Hälso- och sjukvården som helhet står inför stora kvalitativa, strukturella och finansiella utmaningar. Utöver att vara en av de mest centrala delarna av välfärden så är hälso- och sjukvården också en av de mest mångfacetterade och dynamiska sektorerna i samhället. Den kontinuerliga medicinska och medicintekniska utvecklingen innebär nya möjligheter till vård och behandling. Dessa möjligheter måste i största möjliga utsträckning tas tillvara för att medborgarnas framtida behov av vård skall kunna tillgodoses. En annan faktor som påverkar hälso- och sjukvårdssystemets möjligheter att tillhandahålla en god vård på lika villkor är den demografiska utvecklingen.

De mest centrala utmaningarna för den svenska hälso- och sjukvården är enligt regeringens mening dels att bibehålla förtroendet för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, dels att klara den framtida finansieringen av vården.

För att förtroendet för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet skall kunna behållas, krävs att vården är av hög kvalitet och att den är tillgänglig på lika villkor. Regeringen föreslår att målet för politikområdet hälso- och sjukvårdspolitik skall ligga fast under 2005 och således vara att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. Arbetet med att uppnå detta mål skall enligt regeringen ta sin utgångspunkt i att de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård skall upprätthållas. För att klara den framtida finansieringen av hälso- och sjukvården krävs såväl en gynnsam samhällsekonomisk utveckling, som att hälso- och sjukvården

förmår ha en god produktivitet utveckling och bra system för budgetstyrning och kostnads-kontroll.

Tillgängligheten och kvaliteten i hälso- och sjukvården har förbättrats och vårdens insatser når allt fler och allt äldre patienter. Därutöver har patientens ställning stärkts genom ökade valmöjligheter och rätt till inflytande och delaktighet i behandlingen. En majoritet av den svenska befolkningen anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver (Socialstyrelsens lägesrapport Hälso- och sjukvård 2003). Regeringens samlade bedömning är att innehållet i och kvaliteten på den svenska hälso- och sjukvården är hög. Denna bedömning får också stöd av internationella jämförelser (se bl.a. Nolte/McKee, British Medical Journal, Volume 327, publicerad den 15 november 2003, i vilken det svenska sjukvårdssystemet rankats på första plats när dödligheten för åtgärdbara dödsorsaker beaktats, en indikator på hur väl sjukvården fungerar).

Regeringen har under de senaste åren gjort stora satsningar för att stärka hälso- och sjukvården. Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) och den så kallade tillgänglighetssatsningen har viktiga steg tagits mot att långsiktigt förbättra tillgängligheten och förkorta väntetiderna i såväl primärvården som i sjukhusvården. En viktig del i dessa satsningar har varit medelstillskottet (drygt 12 miljarder kronor) till hälso- och sjukvården under perioden 2001–2004 i syfte att stödja utvecklingsarbetet.

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

När det gäller fortsättningen av den nationella handlingsplanen har regeringen för avsikt att under hösten 2004 teckna två överenskommelser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om den framtida utvecklingen. Den ena överenskommelsen avser främst primärvården och äldreården, i vilken bl.a. utveck-

lingen av antalet familjeläkare och möjligheten till en fast läkarkontakt betonas. Den andra överenskommelsen avser insatser för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder.

Tillgången till och innehållet i vården för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder uppmärksammades vid flera tillfällen under 2003 i anslutning till grova våldsbrott. Regeringen tillsatte under hösten 2003 en nationell psykiatrisamordnare (dir. 2003:133) med uppgift att under tre års tid se över vården och de sociala stöden till psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnaren skall löpande redovisa sina iakttagelser och förslag till regeringen. Psykiatrisamordnaren har i en rapport till regeringen i juni 2003 lämnat en översikt av dagsläget jämte en första bedömning av behovet av resurstillskott. Mot bakgrund av förslagen i rapporten föreslår regeringen att 500 miljoner kronor avsätts under 2005 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.

Den särskilda tillgänglighetssatsningen under 2002–2004 har – tillsammans med bl.a. Landstingsförbundets rekommendation om det fria vårdvalet, utvecklingen av Väntetidsdatabasen hos Landstingsförbundet och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar – utgjort en del i en samlad satsning för att komma till rätta med väntetidsproblemen i den planerade hälso- och sjukvården. Dessa samlade åtgärder har också banat väg för införandet av en nationell vårdgaranti. Tillgänglighetssatsningen och vårdgarantin kompletterar varandra och bör därför utgöra en samlad satsning. Regeringen avser att under hösten 2004 teckna en permanent överenskommelse med Landstingsförbundet om tillgänglighet och införandet av en nationell vårdgaranti den 1 november 2005. För ändamålet föreslås anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* ökas med sammanlagt 1,95 miljarder kronor 2005. Från och med 2006 föreslås anslaget ökas med 1,75 miljarder kronor per år.

Genom införandet av en vårdgaranti tas ett viktigt steg för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Ytterligare ett sådant steg är att förbättra telefontillgängligheten och möjligheten att få en snabb och korrekt bedömning. En sjukvårdsupplysning per telefon som håller hög kvalitet kan öka patien-

ternas trygghet i vardagen, stödja egenvård och vägleda de patienter som behöver ett vårdbesök. Samtidigt kan sjukvårdsupplysningen avlasta hälso- och sjukvården besök som inte är nödvändiga och därigenom leda till bättre resursutnyttjande. Regeringen och Landstingsförbundet har mot bakgrund av detta gemensamt under flera år avsatt medel för utveckling av en nationell sjukvårdsupplysning per telefon och ett medicinskt beslutsstöd kopplat till upplysningen. Under 2005 kommer projektet att gå in i en period av testverksamhet och målsättningen är att en majoritet av befolkningen skall ha tillgång till nationell sjukvårdsupplysning med ett gemensamt telefonnummer för hela landet fr.o.m. den 1 juli 2006.

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

En viktig del i arbetet med att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården är att säkerställa sektorns tillgång på kompetent personal. Det är också viktigt att försöka förbättra arbetsförhållandena för vårdpersonalen, bl.a. med fokus på att minska ohälsan och sjukfrånvaron. Dessutom måste frågan om samverkan mellan olika vårdgivare, huvudmän och/eller personalkategorier samt frågan om att hitta nya former för sådan samverkan ständigt uppmärksammas. För att öka fokus på frågor om vårdpersonalens arbetsvillkor och arbetsmiljö, samt för att stimulera en gynnsam utveckling, har regeringen för avsikt att under det kommande året ta initiativ inom dessa områden.

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

Familjemedicinska institutet (Fammi). Regeringens avsikt är att stödja Fammi under ytterligare två år, 2005 och 2006. Regeringen kommer under dessa två år att se över hur utbildnings- och andra utvecklingsinsatser av detta slag skall hanteras framgent samt statens roll när det gäller dessa insatser.

För att upprätthålla den höga kvaliteten och förtroendet för hälso- och sjukvården är det viktigt att det finns bra system för tillsyn och fungerande system för att hantera situationer då människor skadas i vården. Regeringen har med stort intresse noterat det utvecklingsarbete som för närvarande bedrivs av Socialstyrelsen i syfte att förbättra verksamhetstillsynen, och kommer under 2005 att följa detta arbete och vid behov ta initiativ i frågan.

För att kunna hantera de kvalitativa, strukturella och finansiella utmaningar som hälso- och sjukvårdssektorn står inför är det av största vikt att samhällsekonomin utvecklas gynnsamt, men också att landsting och kommuner har en stabil finansiell situation. Konjunkturavmattningen i kombination med fortsatt stigande kostnader har resulterat i stora finansiella underskott för landstingssektorn 2002 och 2003. Under senare delen av 2003 dämpades dock kostnadsutvecklingen i flera landsting. Regeringens prognos är att kommunsektorns resultat 2004, före extraordinära poster, blir ett underskott på cirka 1 miljard kronor. Vissa skillnader föreligger mellan regeringens prognos och sektorns egen resultatbedömning. Arbetet pågår i syfte att härleda orsakerna till dessa prognosdifferenser. Regeringen följer noga den ekonomiska utvecklingen i landsting och kommuner.

Hög kvalitet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården ställer krav på att de resurser som finansierar verksamheten används på ett sådant sätt att de ger maximal effekt. En förutsättning för detta är att det sker en fortlöpande produktivitet utveckling inom sektorn samt att förekomsten av evidensbaserad vård ökar. Regionala variationer när det gäller användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder måste på sikt försvinna parallellt med att icke medicinskt motiverade ingrepp/behandlingar upphör. I dagsläget saknas en heltäckande verksamhetsuppföljning med övergripande information om hälso- och sjukvårdens prestationer, kostnader och kvalitet. Detta bidrar sannolikt till effektivitetsbrister i hälso- och sjukvården och försvårar jämförelser och bedömningar av produktivitets-

utvecklingen. Dessutom måste frågor om produktivitet utveckling få en mer framskjutande plats i landstingens verksamhet. Dessa frågor bör t.ex. kunna ses som en integrerad del av arbetet med organisations- och ledarskapsfrågor. Möjligheterna att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya hälso- och sjukvården och dess administration bör prövas i än högre grad än vad som redan görs. Regeringen kommer under 2005 att prioritera frågor om hälso- och sjukvårdens produktivitet utveckling, då dessa aspekter är avgörande för vårdens möjligheter att långsiktigt balansera behovet av vård med ett utbud av offentliga vårdtjänster av god kvalitet.

En grundläggande förutsättning för att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet skall kunna fortsätta tillhandahålla en vård av hög kvalitet till en relativt sett låg kostnad, är att landstingen har bra system för budgetstyrning och kostnadskontroll. Regeringen följer noga utvecklingen i landsting och kommuner på dessa områden.

Socialdepartementets projekt för en översyn av den högspecialiserade vården lämnade sin rapport (Ds 2003:56) med analyser och förslag till regeringen i december 2003. Regeringen avser att under 2005 återkomma med ett initiativ på området.

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

För att det grundläggande nationella målet om vård på lika villkor skall kunna upprätthållas är

det nödvändigt att reglerna och villkoren för privata vårdgivares medverkan i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården är tydliga. Under 1990-talet har inslaget av privata aktörer ökat inom hälso- och sjukvården. Regeringen avser att under hösten 2004 lämna ett förslag till nationell lagstiftning som reglerar vilka delar av sjukvården som skall drivas av sjukvårdshuvudmännen i egen regi samt i vilka delar huvudmännen har möjlighet att pröva alternativa driftsformer. Lagstiftningen skall också ange vilka villkor som skall gälla för sådan verksamhet där huvudmännen väljer att använda entreprenörer.

Viktiga förändringar har skett under 2003 vad gäller EU-medlemskapets påverkan på den svenska hälso- och sjukvården. Dessa förändringar handlar såväl om möjligheten att söka och/eller erhålla vård i ett annat land än sitt hemland, som om hur det framtida EU-samarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet kommer att utformas. När det gäller möjligheten till vård i ett annat land har såväl EG-domstolen som svenska domstolar fattat beslut med potentiellt stor påverkan på praxis på området. Regeringen har därför initierat ett arbete för att analysera behovet av att anpassa den svenska lagstiftningen till den nya situationen. Vad beträffar det framtida EU-samarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet så är regeringens ambition att Sverige skall spela en aktiv roll i gemenskaps-samarbetet för att påverka utvecklingen. Denna aktiva roll har bidragit till att det nya konstitutionella fördrag som slutförhandlades under våren 2004 tydligare än förut markerar det nationella ansvaret för medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem. Under slutet av 2003 slutfördes arbetet i den så kallade högnivågruppen, bestående av medlemsstaternas ansvariga ministrar på hälso- och sjukvårdsområdet, som arbetat med bl.a. frågor om hur de nationella hälso- och sjukvårdssystemen kan samarbeta kring frågor med ett europeiskt mervärde. Under 2004 har diskussioner förts om hur slutsatserna från denna högnivågrupp bäst skall föras vidare och bl.a. har en ny grupp med politiska företrädare från de olika medlemsstaterna inrättats under EU-kommissionen. Det EU-relaterade arbetet kommer att vara högt prioriterat under 2005.

Det internationella forum som 2003 skapades på initiativ av de svenska, brittiska och nyzeeländska regeringarna har rönt ett allt större intresse. Forumet, som syftar till att ge politiker,

administratörer och forskare från olika länder möjlighet att utbyta kunskap, erfarenheter och idéer för att utveckla en allmän sjukvård som ges efter behov på lika villkor, har hittills haft fyra möten och kretsen av deltagande stater har utökats. Deltagandet i forumet, vars femte möte är planerat att äga rum i Chile i början av 2005, kommer att vara en fortsatt prioriterad uppgift under kommande år.

Regeringen kan konstatera att de åtgärder som under de senaste åren vidtagits för att öka kontrollen av de offentliga kostnaderna för läkemedelsförmånerna har haft önskvärd effekt. Den årliga kostnadsökningen har dämpats kraftigt och för de första åtta månaderna 2004 har kostnaderna för läkemedelsförmånerna t.o.m. minskat jämfört med föregående år. Denna utveckling förklaras främst av effekter av den nya lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. som infördes den 1 oktober 2002, i kombination med att patenten för några av de mest använda läkemedlen löpte ut 2002 och 2003.

Det nuvarande treåriga avtalet mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningen för läkemedelsförmånernas kostnader löper ut i och med utgången av 2004. Nyligen träffades en överenskommelse mellan parterna om ett nytt treårigt avtal som reglerar statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna fram t.o.m. 2007. Genom överenskommelsen ges goda möjligheter för en fortsatt positiv utveckling inom läkemedelsområdet.

Den svenska modellen med ett detaljhandelsmonopol, genom Apoteket AB, inom läkemedelsområdet har enligt regeringens mening lett till såväl en säker och högklassig distribution av läkemedel som lägre kostnader i detaljist- och partihandelsleden än flertalet andra länder i Europa. Denna modell har på senare tid utmanats i och med det förhandsavgörande som EG-domstolen, på en förfrågan från Stockholms tingsrätt, har för avsikt att avge i det s.k. Bringwell-målet. Förhandsavgörandet kommer sannolikt att avges under hösten 2004.

Inom den medicinska forskningen sker en snabb utveckling. Denna leder i många fall till att nya metoder för diagnostik och behandling tillförs hälso- och sjukvården. Särskilt inom genetik, men även inom andra områden, aktualiseras grundläggande etiska frågeställningar. Det handlar om människosyn och värderingar och om vilka principer som bör styra handlandet. Frågorna måste hanteras på ett ansvarsfullt sätt

så att fundamentala värden inte äventyras. Sökandet efter kunskap som kan leda till bot eller behandling måste därför vägas mot kravet på respekt för integritet och människovärde.

Sverige är i dag världsledande inom flera medicinska forskningsområden. Detta gäller bl.a. stamcellsforskningen. Det knyts stora förhoppningar till att genom stamcellsterapi i en framtid kunna bota eller lindra sjukdomar som exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar som Parkinson och Alzheimer. Forskning på stamceller från befruktade ägg väcker svåra etiska frågeställningar. Genom de förslag till ändringar i lagen (1991:115) om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med ägg från människa som regeringen nyligen lagt fram (prop. 2003/04:148) möjliggörs en vidareutveckling av den svenska stamcellsforskningen under etiskt betryggande former.

Det övergripande målet för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandhälsan har förbättrats mycket under de senaste decennierna vilket bland annat visar sig i att andelen äldre som saknar egna tänder minskat kraftigt samt att antalet lagningar minskar hos yngre personer. Det är angeläget att den goda tandhälsan som uppnåtts i de yngre generationerna kan bevaras. Det är också av största vikt att tandvårdens personalförsörjning klaras. För att möta det beräknade behovet av tandläkare i framtiden bör tandläkarutbildningen utökas genom en ökning av antalet helårsstudenter från 200 till 300 vid Göteborgs universitet och från 200 till 225 vid Umeå universitet. Detta behandlas närmare under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Regeringen, som noggrant följer utvecklingen av tandvården och tandvårdsstödet, har kunnat konstatera att den enskildes kostnader för tandvård i vissa fall har ökat kraftigt under de senaste åren. Främst gäller detta de personer, ofta äldre, som har stora tandvårdsbehov. Detta var bakgrunden till att ett särskilt högkostnadsskydd omfattande fast och avtagbar protetik för personer som är 65 år eller äldre infördes i juli 2002. Samtidigt förbättrades också stödet för bastandvård för denna grupp. Högkostnadsskyddet har blivit dyrare än beräknat och vissa ändringar i de förordningar och föreskrifter som styr tillämpningen av högkostnadsskyddet har därför genomförts under 2003 och 2004 i syfte att dämpa kostnadsutvecklingen. Högkostnadsskyddets ut-

veckling måste även framgent följas upp noggrant.

3.6 Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

3.6.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Kvalitetsutveckling

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

Ytterligare en förutsättning för att kunna bedöma kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är att ha tillgång till gemensamma och väl definierade kvalitetsindikatorer. Utöver det nationella arbete som Socialstyrelsen bedriver på området, deltar Sverige aktivt i flera internationella projekt för utvecklande av kvalitetsindikatorer på hälso- och sjukvårdsområdet. Inom ramen för OECD:s Health Project har, under de senaste åren, arbete bedrivits i syfte att definiera och utveckla internationella, gemensamt överenskomna, kvalitetsindikatorer. Det arbete som de nordiska länderna har åstadkommit inom ramen för Nordiska Ministerrådet har, bl.a. tack vare aktivt svenskt expertdeltagande, rönt stort internationellt intresse och i mångt och mycket legat till grund för de indikatorlistor som OECD tagit som utgångspunkt för sitt fortsatta arbete på området. Genom att utveckla kvalitetsindikatorer på internationell nivå förbättras möjligheterna att göra jämförelser länder emellan, även om det huvudsakliga syftet med indikatorerna är att stärka det nationella arbetet när det gäller att utvärdera och förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Regeringen beslutade den 23 juni 2004 om tilläggsdirektiv till Utredningen om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m. (S 2003:03). Uppdraget innebär att utredaren skall se över hur behandlingen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården regleras samt lämna förslag till en väl fungerande och sammanhängande reglering av området (dir. 2004:95).

Prioriteringar

Prioriteringar har alltid förekommit i hälso- och sjukvården, uttalat eller outtalat, med eller utan angivande av grunder. Prioriteringar äger i själva verket rum hela tiden på alla plan inom vården. Det har alltid varit nödvändigt att ställa olika behov och krav mot varandra. Det gäller allt från övergripande politisk resursprioritering till de beslut som fortlöpande tas i den kliniska vardagen. Många ställningstaganden har kunnat lösas informellt, från fall till fall, oftast direkt i verksamheten. Behovet av prioriteringar blir emellertid än tydligare i tider då skillnaden mellan tillgängliga resurser och patienternas behov av och önskemål om vård och omsorg ökar. Skillnaden kan öka på grund av resurstillgång och ökade behov, men även på grund av ökade möjligheter att behandla. Dagens sjukvårdsdebatt handlar mycket om just åtgärder för att minska denna skillnad. Avståndet kan minskas genom insatser mot såväl utbuds- som efterfrågsidan.

Socialutskottets framhåller i sitt betänkande 2003/04:SoU1, angående prioriteringar i hälso- och sjukvården, att varje patient måste få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Varje fall är unikt och skall bedömas utifrån den enskilda patientens behov. Socialutskottet påpekar att prioriteringar av enskilda patienter därför aldrig bör ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Den medicinska professionens utarbetade behandlingsrekommendationer kan dock ge god vägledning vid läkarens bedömningar och utgöra en viktig del i hälso- och sjukvårdens prioriteringar.

Socialstyrelsen har inlett ett långsiktigt arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av det riksdagsbeslut som fattats om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Syftet med arbetet är att bidra till uppfyllandet av det långsiktiga målet att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens arbete på alla nivåer med medvetna och öppna prioriteringar som

följd. Den 1 januari 2003 inrättade Socialstyrelsen också en ny enhet för medicinska riktlinjer och prioriteringar. Tyngdpunkten i Socialstyrelsens arbete med prioriteringar ligger nu på att ta fram beslutsstöd för prioriteringar i de nationella riktlinjerna för vård av patienter med svåra kroniska sjukdomar.

Regeringen har tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet under perioden 2000–2004 finansierat uppbyggnaden av ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, Prioriteringscentrum i Linköping. Centrumet är samlokaliserat med Linköpings universitetssjukhus.

Hälso- och sjukvårdens prestationer

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

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att ”producera” god hälsa och en ökad livskvalitet i form av mindre smärta, räddade liv osv. Det är således inte, i första hand, genom att räkna antal läkarbesök och/eller vård dagar som hälso- och sjukvårdens prestationer skall bedömas. Det ideala (men ännu så länge teoretiska) måttet för att värdera hälso- och sjukvårdssystemets samlade prestationer vore att beräkna den aggregerade inkomna ”ohälsan” och jämföra den med den aggregerade ”hälsa” som systemet genererar. Skillnaden däremellan är det som hälso- och sjukvården de facto presterar och det som systemet, idealiskt sett, bör utvärderas från. Det är alltså viktigt att fokusera på huruvida hälso- och sjukvården åstadkommer det som den förväntas göra, med andra ord, att den yttre effektiviteten är hög. Det finns inte något värde i sig, vare sig för patienter eller samhälle, om hälso- och sjukvårdssystemet genererar många läkarbesök, ett stort antal vårdtillfällen, många vård dagar etc. Det primära är hur många räddade liv och hur mycket förbättrad hälsa som samman-

taget genereras. Med hjälp av förebyggande arbete, medicinteknisk utveckling, effektiva vårdkedjor och kompetenshöjande insatser kan det mycket väl vara så att ett mindre antal läkarbesök, färre vård dagar och vårdtillfällen kan åstadkomma det som är sjukvårdens egentliga och primära uppdrag, dvs. att rädda liv samt generera mer och bättre hälsa.

I samarbete med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet bedriver Socialstyrelsen sedan 2001 ett arbete med syfte att utveckla verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården, det så kallade InfoVU-projektet. Tanken är att redovisningen av hälso- och sjukvårdens prestationer skall förskjutas från ett producent- till ett mer patient-/kundorienterat perspektiv. En av förutsättningarna för att detta utvecklingsarbete skall lyckas är att ett gemensamt språk, med avseende på begrepp och termer som förekommer inom hälso- och sjukvården, fastställs. Vidare krävs enhetliga definitioner avseende klassificering av tillstånd, diagnostisering, målsättning med planerade behandlingsinsatser samt gemensamt överenskomna kvalitetsmått/indikatorer. Detta är områden som InfoVU-projektet hanterar. De många delar som utgör det samlade resultatet/prestationen av en sjukvårdande behandling, dvs. medicinsk kvalitet, patientupplevd kvalitet, kostnad och dylikt, finns i dag inte samlade inom ramen för ett och samma system. För att det fortsatta InfoVU-arbetet skall bli framgångsrikt och uppdraget skall kunna genomföras är, enligt projektet, en översyn av de juridiska regelverken för att dela information mellan olika vårdgivare nödvändig.

Utredningen om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m. (S 2003:03) skall, enligt de tilläggsdirektiv som regeringen beslutade under våren 2004, bl.a. samråda med InfoVU-projektet i frågor som rör datatekniska möjligheter att t.ex. hantera databaser och begränsa antalet användare vid elektronisk journalföring.

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder

Grundläggande för en hälso- och sjukvård av hög kvalitet är att ny kunskap ständigt tas in och omsätts i praktiskt handlande. Samtidigt är det lika viktigt att utmönstra gamla och förlegade metoder. Systematiskt granskad och sammanställd kunskap ger ett bättre vetenskapligt underlag för riktlinjer och vårdprogram sam-

tidigt som vårdbeslut kan fattas på bästa tillgängliga faktaunderlag.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har som övergripande mål att genom vetenskapliga kunskapssammanställningar stärka beslutsunderlaget inom hälso- och sjukvården, inkluderande tandvården, för att därigenom bidra till en mer effektiv och evidensbaserad hälso- och sjukvård. SBU bedriver ett särskilt program (Alert) för tidig utvärdering av nya metoder som är på väg in i sjukvården. SBU skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt som gör det möjligt för vårdgivare och andra berörda att tillägna sig den kunskap som vunnits. Under verksamhetsåret 2003 har SBU publicerat fem stora utvärderingar som alla berör angelägna problemområden. De är Evidensbaserad äldre-vård, Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis, Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling, Strålbehandling vid cancer samt Hörapparat för vuxna – nytta och kostnader. Under 2004 har rapporten Behandling av depressionssjukdomar redovisats. Arbeta med att sprida kunskapen om rapporterna i sjukvården pågår. Antalet utvärderingar om nya metoder, Alert-rapporter, uppgår nu till sammanlagt 62 stycken och ytterligare ett tjugotal är under utarbetande. Rapporterna uppdateras när ny kunskap tillkommer. Av dem som tillkommit under 2003 kan nämnas Tillväxthormon vid kortvuxenhet hos barn, Imatinib (ett nytt läkemedel) vid leukemi, Direktbelastning av tandimplantat, COX-2-hämmande läkemedel och Tumörvaccinering. För 2004 kan nämnas Läkemedelsavgivande stentar i hjärtats kransartärer, Allmän hörselscreening av nyfödda och Tidig belastning av tandimplantat.

Jämställd vård

De kunskaper vi har i dag om kvinnors och mäns skilda förutsättningar visar att särskild vikt måste läggas vid jämställdhetsperspektivet för att målet om att hela befolkningen skall ha tillgång till en god hälso- och sjukvård på lika villkor skall kunna uppnås.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samverkan med huvudmännen och berörda myndigheter följa upp, analysera och redovisa könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Socialstyrelsen har i mars 2004 slutredovisat uppdraget genom att avlämna rapporterna Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården samt

Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten. Hälso- och sjukvårdsrapporten visar att det fortfarande finns brister avseende kunskaper och behandlingspraxis när det gäller mäns och kvinnors olika behov. Kvinnor söker mer vård och sjukvårdskostnaderna för kvinnor är högre än för män. Totalt sett är läkemedelskostnaderna högre för kvinnor men män ordinerar oftare nyare och därmed dyrare läkemedel, vilket dock inte behöver betyda högre kvalitet i behandlingen. Män har fortfarande högre dödlighet än kvinnor i en rad behandlingsbara sjukdomar.

I Socialstyrelsens rapport om jämställdhet i hälso- och sjukvården analyseras bl.a. hjärtintensivvården och behandlingen av gråstarr. Uppföljningen av hjärtintensivvården uppvisar en del könsskillnader när det gäller behandling av män och kvinnor i jämförbara åldersgrupper. Därutöver finns tydliga skillnader mellan åldersgrupperna så till vida att äldre patienter mer sällan får behandling än yngre patienter. Denna restriktivitet med behandling av äldre patienter berör avsevärt fler kvinnor än män. Även analysen av ögonsjukvården tyder på att kvinnor har något sämre tillgång till kataraktoperationer (för gråstarr), delvis på grund av att de är i stor majoritet bland de äldsta patienterna.

Socialstyrelsen konstaterar bland annat att mer utbildning behövs för att de könsspecifika kunskaperna skall integreras i hälso- och sjukvårdens arbete. Positivt här är att nästan alla vårdutbildningar i dag innehåller undervisningsmoment inriktade på jämställdhet. Styrelsen framhåller vidare behovet av att uppföljningar av vårdens resultat redovisas med könsuppdelad statistik. Socialstyrelsen avser att beakta könsspecifika aspekter i riktlinjer och föreskrifter till socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens rapport, som nu bereds inom Regeringskansliet, förbättrar kunskaperna om jämställdheten inom hälso- och sjukvården. Dessa kunskaper skapar förutsättningar för berörda aktörer, på såväl nationell som lokal nivå, att vidta åtgärder.

Åtgärder rörande hälso- och sjukvårdspersonal

I maj 2004 överlämnade regeringen propositionen Höjd åldersgräns för läkares och sjukgymnasters rätt till offentlig ersättning m.m. (prop. 2003/04:146) till riksdagen. I propositionen föreslås att åldersgränsen skall höjas från 67 år till 70 år när det gäller läkares och sjukgymnasters rätt till offentlig ersättning enligt lagen

(1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

Regeringen anser att en höjning av åldersgränsen från 67 år till 70 år kan medföra ett tillskott av arbetskraft eftersom det blir lättare för äldre yrkesutövare att fortsätta arbeta.

Det är viktigt att den hälso- och sjukvård som subventioneras genom skattemedel håller en hög kvalitet. Enligt regeringen är det möjligt att höja åldersgränsen för läkare och sjukgymnaster utan att kvaliteten på hälso- och sjukvården behöver påverkas. Åldersgränsen kan dock inte avskaffas helt eller läggas så högt att samhällets möjligheter att försäkra medborgarna högkvalitativ sjukvård försämras. Därför anser regeringen att en åldersgräns på 70 år är en lämplig avvägning.

Landstingen kommer att kunna göra undantag från åldersgränsen och möjliggöra för läkare och sjukgymnaster att arbeta vidare även efter att de har fyllt 70 år.

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

Högspecialiserad vård

I departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56) presenteras bl.a. en analys av den högspecialiserade vården i Sverige och förslag till en nationell styrmodell för bättre forskningsnära, nyskapande och modern sjukvård. Målen med förslagen i promemorian är att skapa öppna och tydliga beslutsprocesser för att underlätta och stödja en långsiktig utveckling av sjukvården mot ökad kvalitet, tillgänglighet och effektivitet.

I promemorian föreslås att det i varje region bör finnas ett regionsjukhus med centralt ansvar för högspecialiserad sjukvård, vårdutveckling,

kompetensutveckling med mera. Landstingen bör ansvara för att bekosta, driva och organisera den högspecialiserade sjukvården. Vissa samordnande och styrande funktioner bör enligt promemorian läggas på staten efter samråd med sjukvårdsregionerna. Sjukvårdsregionernas samverkan föreslås bli obligatorisk i en gemensam nämnd, kommunalförbund eller bolag. Ansvaret för att samordna den kliniska forskningen bör enligt promemorian läggas på sjukvårdsregionerna.

Vidare föreslås att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att definiera vad som skall vara rikssjukvård och var den skall lokaliseras. En särskild rikssjukvårdsnämnd bör inrättas enligt förslaget, med en representant för varje sjukvårdsregion och med en ordförande som utses av regeringen.

Promemorian har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Privat och offentlig vård

Den svenska hälso- och sjukvården skall även fortsättningsvis vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges efter behov. För att dessa mål skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer skall kunna verka, är det nödvändigt att genom lag ytterligare reglera vilka villkor som skall gälla när landstingen överlämnar driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar som sjukhus till privata entreprenörer. En risk finns annars för att en intressekonflikt uppstår mellan marknadens aktörer och de människor som välfärdstjänsterna är till för.

Regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet slöt i februari 2004 en överenskommelse om vilka villkor som i framtiden skall gälla för alternativa driftsformer inom vården. Regeringen avser att under hösten 2004 överlämna en proposition till riksdagen med förslag som utgår från överenskommelsen.

I enlighet med överenskommelsen mellan regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet har en särskild promemoria färdigställts under våren 2004 inom Regeringskansliet med förslag om att nya bestämmelser införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Bland annat föreslås att om ett landsting överlämnar ansvaret för driften av hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till annan, skall avtalet innehålla villkor om att verksamheten inte får drivas med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent (S 2004/4905/HS).

Promemorian kan ses som ett komplement till de förslag som lämnades av Utredningen om vårdens ägarformer i betänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23). Promemorian har remissbehandlats.

Sjukvårdsrådgivning

En viktig del i arbetet med att öka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet är att förbättra telefon tillgängligheten och möjligheten att få en snabb och korrekt bedömning. En nationell sjukvårdsrådgivning per telefon kan öka patienternas trygghet i vardagen, stödja egenvård och vägleda de patienter som behöver ett vårdbesök. Samtidigt kan sjukvårdsrådgivning per telefon avlasta vården besök som inte är nödvändiga och därigenom leda till bättre resursutnyttjande.

Mot bakgrund av detta har staten och Landsingsförbundet under 2003 och 2004 avsatt s.k. Dagmarmedel till projektet *Vårdråd per telefon*. Projektet har till uppgift att leverera ett väl utprovat och av intressenterna accepterat sjukvårdsrådgivningssystem, tillgängligt för alla hälso- och sjukvårdshuvudmännens sjukvårdsrådgivningar. Projektet skall också leverera införandestöd i form av handböcker, utbildningspaket och annat stöd till de huvudmän som väljer att ansluta sig till den nationellt samordnade sjukvårdsrådgivningen. Vid årsskiftet 2003/2004 avslutades den förberedande fasen och projektet gick in i en genomförandefas med upphandling av tjänster.

Nästa steg i projektets arbete omfattar uppbyggnad av en telefonlösning som kan hantera telefonsamtal från hela landet. Ett datorbaserat rådgivningsstöd utvecklas också för sökning, bedömning och ärendehantering. Arbetet skall vara klart i slutet av 2004. Under 2005 påbörjas testverksamhet i några pilotlandsting. Erfarenheterna från testningen kommer att utvärderas noga och eventuella brister åtgärdas. Sjukvårdshuvudmännen kommer successivt att anslutas till projektet under 2005.

Informations- och kommunikationsteknik

Implementeringen av informations- och kommunikationsteknik (IKT) inom hälso- och sjukvården intar en alltmer central position i sjukvårdshuvudmännens förnyelsearbete. En ökad användning av IKT har medfört att en rad administrativa processer såväl som medicinska tillämpningar nu görs i digital form. Som exempel kan nämnas att över hälften av vårdpersonalen på landets sjukhus i dag använder sig av

elektroniska patientjournaler. Bedömningen är att denna andel kommer att öka kraftigt de närmaste åren, vilket innebär att användningsgraden då blir lika hög som inom primärvården där exempelvis 95 procent av läkarna använder sig av elektroniska patientjournaler. Digitaliseringen inom den svenska hälso- och sjukvården är mycket hög i jämförelse med andra europeiska länder. En ökad användning av IKT inom hälso- och sjukvården ger stora möjligheter att förbättra såväl tillgänglighet och kvalitet som kostnadseffektivitet och patientdeltagande. Carelink, som är en organisation med uppgift att nationellt utveckla användningen av IKT inom vård och omsorg, spelar här en central roll för att samordna satsningar på IKT mellan landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Även inom den Europeiska Unionen har eHealth, vilket är det internationellt etablerade samlingsnamnet för användningen av IKT inom hälso- och sjukvården, lyfts fram som en av de mest avgörande frågorna för framtidens hälso- och sjukvård. Ministerrådet antog i juni 2004 slutsatser där man pekar på vikten av ett ökat europeiskt samarbete på detta område. EU-kommissionen har därutöver i ett meddelande klargjort vilka målsättningar och fördelar man ser med en ökad användning av IKT inom hälso- och sjukvårdssektorn. Detta nya fokus på eHealth har medfört ett intensifierat arbete på EU-nivå kring dessa frågor, vilket också avspeglas i det nationella arbetet.

För att stärka en nationell samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen när det gäller satsningar på IKT har Carelink sedan 2000 årligen erhållit medel inom ramen för den s.k. Dagmaröverenskommelsen. Genom denna överenskommelse har även Infomedica erhållit medel för att erbjuda högkvalitativ nätbaserad hälsoinformation. Socialdepartementet har sedan 2001 även delfinansierat en nationell expert vid EU-kommissionens enhet för eHealth.

Regeringens IT-politiska strategigrupp har bildat en arbetsgrupp för IKT inom vård och omsorg. Denna arbetsgrupp har som mål att senast vid utgången av 2004 ta fram en nationell strategi för satsningar på IKT, vilket ligger i linje med de uppmaningar som EU-kommissionen riktat mot medlemsstaterna i sin handlingsplan om eHealth.

Internationellt

Utbytet och det ömsesidiga beroendet mellan Europas hälso- och sjukvårdssystem ökar. Det är delvis en följd av att vårdpersonal och medborgarna rör sig allt mer över gränserna men bygger också på en insikt att ett utökat internationellt samarbete har potential att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Hälsoministrarna i EU:s medlemsstater har därför under det senaste året fört allt intensivare diskussioner om hur man kan utveckla ett fördjupat samarbete och främja ett utökat utbyte. Stor enighet finns om att vården skall fortsätta att utvecklas i enlighet med grundläggande sociala värderingar och att vården främst är en angelägenhet för medlemsstaterna. Samtidigt har samsyn vuxit fram om att samverkan på EU-nivå kan ge stora fördelar för såväl enskilda patienter och vårdpersonalen som hälso- och sjukvårdssystemen i sin helhet och man har därför enats om ett brett upplagt arbetsprogram syftande till att utveckla samarbetet på en rad konkreta områden och säkerställa att vården kan utvecklas i enlighet med grundläggande sociala värderingar.

Att underlätta för och tydliggöra villkoren för patienten att vid behov få vård i annat EU-land är ett viktigt utvecklingsområde som identifierats. Inom detta område togs ett viktigt steg den 1 juni 2004 när ett europeiskt sjukförsäkringskort, som underlättar för patienterna att få tillgång till den vård de behöver när de befinner sig i en annan medlemsstat, infördes. På lite längre sikt kommer det arbete som inletts med att till skapa europeiska referenscentra för högspecialiserad sjukvård att förbättra patienternas möjlighet att få utökad tillgång till högspecialiserad vård. Ett annat utvecklingsområde som kan bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är det samarbete som inletts kring utvärdering av medicinsk teknologi. Sverige är ett av de drivande länderna bakom ett fördjupat hälso- och sjukvårdssamarbete på EU-nivå. EU-samarbetet kommer i framtiden att bli ett viktigt komplement till det nationella arbetet med att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet.

I den s.k. Dagmaröverenskommelsen för 2004 enades regeringen och Landstingsförbundet om att Sverige skall bli medlem i The European Observatory on Health Care Systems and Policies. Med anledning av detta beslutade regeringen att stödja observatoriets verksamhet med 2,5 miljoner kronor för 2004. The European

Observatory on Health Care Systems and Policies är ett partnerskap mellan WHO:s regionala kontor för Europa, regeringarna i Grekland, Norge, Finland och Spanien, Europeiska investeringsbanken, the Open Society Institute, Världsbanken, London School of Economics and Political Science (LSE) samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Syftet med observatoriets verksamhet är att genom omfattande studier och noggrann analys av dynamiken inom hälso- och sjukvårdssystemen i Europa, stödja och främja evidensbaserat beslutsfattande och policyskapande på hälso- och sjukvårdsområdet. Observatoriet arbetar i partnerskap med ländernas regeringar och tillvaratar erfarenheterna från de olika hälso- och sjukvårdssystemen. Observatoriets forskning ger en värdefull möjlighet att jämföra olika länders hälso- och sjukvårdssystem och förbättrar därmed förutsättningarna att utveckla det egna hälso- och sjukvårdssystemet. Inom observatoriet kommer Sverige att särskilt stimulera och stödja forskning som syftar till att ta fram och föra ut kunskap, erfarenhet och idéer om en solidariskt finansierad allmän sjukvård som ges efter behov på lika villkor.

Medicinsk etik

Regeringen överlämnade i maj 2004 propositionen Stamcellsforskning (prop. 2003/04:148) till riksdagen. I propositionen slås fast att forskning på befruktade ägg även fortsättningsvis skall vara tillåten under de förutsättningar som anges i lagen (1991:115) om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med befruktade ägg från människa. Hit hör bl.a. forskning på embryonala stamceller. I propositionen föreslås att forskning kring somatisk cellkärnöverföring skall vara underkastad samma begränsningar. Syftet med sådan forskning är att i en framtid kunna ta fram stamceller som är genetiskt identiska med den individ som skall behandlas. Någon detaljreglering av forskningen föreslås inte. Bestämmelserna i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor är väl lämpade för den närmare kontroll som krävs. I propositionen föreslås att reproduktiv kloning skall vara entydigt förbjuden. Överträdelse av förbudet skall vara straffsanktionerat. Något generellt förbud mot att framställa befruktade ägg för forskningsändamål föreslås inte.

Kommittén om genetisk integritet (dir. 2002:20) överlämnade i februari 2004 sitt slutbetänkande

Genetik, integritet och etik (SOU 2004:20) till regeringen. Kommittén föreslår bl.a. att det i en ny lag om genetisk integritet föreskrivs att ingen får ställa som villkor för att ingå ett avtal att den andra parten genomgår en genetisk undersökning eller lämnar genetisk information om sig själv. Det föreslås också ett generellt förbud som innebär att genetisk information inte utan stöd i lag får efterforskas eller användas av någon annan än den informationen avser. Försäkringsbolag bör dock, enligt förslaget, få efterforska och använda genetisk information vid riskbedömda personförsäkringar om försäkringsbeloppet överskrider vissa högre belopp. När det gäller gentest avsedda för självtestning föreslås att detta underkastas regleringen i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter. Bland kommitténs övriga förslag kan det nämnas att nuvarande riktlinjer för s.k. preimplantatorisk genetisk diagnostik för diagnos av allvarliga sjukdomar föreslås ändras. Kommitténs förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utredningen (dir.2002:64) om förbättrade kunskaper om missbildningar m.m. överlämnade i januari 2004 sitt slutbetänkande Förbättrad missbildningsövervakning (SOU 2003:126). Utredaren föreslår att registreringen av missbildningar görs obligatorisk både för födda barn och för foster som aborterats på grund av missbildning. Förslaget innebär att anmälan till missbildningsregistret sker så fort missbildningen diagnostiserats. Enligt förslaget skall kvinnans personnummer få behandlas, personuppgifterna på de kvinnor vars graviditet har avbrutits skall dock enligt förslaget gallras efter viss tid.

En proposition med förslag till åtgärder som kan leda till en bättre tillgång till organ för transplantation avses lämnas till riksdagen under hösten 2004. Propositionen bygger på förslag lämnade i departementspromemorian Transplantationer räddar liv (Ds 2003:57).

Regeringen beslutade hösten 2003 att tillsätta en särskild utredare (dir. 2003:134) med uppdrag att utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av att utländska kvinnor, som inte är bosatta i Sverige och som inte är asylsökande, får rätt att göra abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna.

Äldresjukvård

I april 2003 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter

Ädelreformen (dir. 2003:04). I juni 2004 överlämnades betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) till regeringen. I betänkandet föreslås bland annat att en huvudman, kommunen, skall ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser och sådan öppen hälso- och sjukvård i boendet som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens, i en sammanhållen hemvård. Utredningens förslag bereds nu inom Regeringskansliet.

Psykiatri

Regeringen tillkallade i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att bland annat se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Samordnaren skall utifrån denna genomgång identifiera och analysera problem samt föreslå åtgärder som kan ge positiva effekter på vården av personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder. Vidare skall samordnaren bl.a. tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling med syfte att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Samordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av sitt arbete samt vid behov lämna förslag till författningsändringar och förtydliganden i gällande regelverk. Regeringens ambition med att tillkalla en psykiatrisamordnare är att skapa förutsättningar för en kraftsamling hos samtliga berörda aktörer för att utveckla vården av och omsorgen om människor med psykiska sjukdomar.

Socialstyrelsen gavs i regleringsbrevet för budgetåret 2004 i uppdrag att i samråd med Kriminalvårdsstyrelsen utreda om processen för godkännande av vårdinrättningar för viss rättspsykiatrisk vård, som utgår från 6 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), bör förändras utifrån syftet att dels förenkla förfarandet, dels säkerställa kvaliteten i bedömningar och beslutsfattande. Socialstyrelsen inkom i juli 2004 med en rapport till regeringen med anledning av uppdraget (S2004/5134/HS). Styrelsen föreslår bl.a. att det skall införas en bestämmelse i LRV om att ett landsting som avser att bedriva rättspsykiatrisk vård skall anmäla detta till Socialstyrelsen enligt en särskild ordning. Socialstyrelsen skall enligt förslaget utöva tillsyn, bl.a.

med avseende på att säkerhetsnivån är i överensstämmelse med vad som angivits i anmälan av verksamheten. Vidare föreslås bl.a. att LRV skall kompletteras med bestämmelser om att det skall finnas någon som har ansvaret för säkerheten i verksamheten (säkerhetsansvarig), och som svarar för att sjukvårdsinrättningarna säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras och för att säkerheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Nationellt register över alternativ- eller komplementärmedicinska utövare

Regeringen beslutade i april 2004 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utarbeta förslag till upprättandet av ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin. I uppdraget ingår att utreda för vilket eller vilka ändamål registret skall föras och vilket innehåll registret skall ha. Utredaren skall väga de för- och nackdelar som ett frivilligt respektive obligatoriskt register kan innebära samt även föreslå vilken organisation som skall ansvara för registret. Uppdraget skall redovisas senast den 30 november 2004.

Insatser inom läkemedelsområdet

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har sedan 1997 reglerats genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Nuvarande överenskommelse reglerar statens ersättning till landstingen för åren 2002 t.o.m. 2004. Genom rådande överenskommelse har vikten av att se läkemedel som en del i hälso- och sjukvården tydliggjorts. Tidigare ersattes landstingen utifrån faktisk, historisk kostnad för läkemedlen, vilket innebar begränsade incitament till kostnadsmedvetenhet. De enskilda landstingen ersätts i dag i högre utsträckning än tidigare utifrån sin befolkningsstruktur med avseende på kön, ålder och vissa socioekonomiska variabler. Landstingen har nu fått ökade incitament att arbeta för en kostnadsmedvetenhet i läkemedelsanvändningen och därigenom finns nu en tydligare drivkraft till att göra avvägningar mellan läkemedelsbehandling och annan typ av behandling inom hälso- och sjukvården.

I enlighet med nuvarande avtal mellan staten och Landstingsförbundet genomfördes under 2003 en kontrollstation. I samband med arbetet med kontrollstationen analyserades de av parterna vidtagna åtgärderna och en bedömning gjordes av vilken effekt dessa kommer att ha på

kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna.

Det är grundläggande att en rimlig avvägning mellan kostnaden för behandling av läkemedel och den nytta som behandlingen medför för patienten genomförs i varje enskild situation. Det är således viktigt att kostnadskontrollen inte får överhanden så att patienter riskerar att inte få adekvat behandling. Samtidigt skall behandling med läkemedel inte inledas slentrianmässigt utan att noggranna överväganden görs där även kostnadsaspekten är en del av beslutet. Regeringen har mot bakgrund av ovanstående samt landstingens ansträngda ekonomi gjort bedömningen att det inte är lämpligt att för närvarande föra över det fulla ansvaret för kostnaderna för läkemedelsförmånerna till landstingen. Därför har under 2004 ett nytt avtal mellan staten och Landstingsförbundet tecknats som reglerar formerna för statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna under perioden 2005–2007. Staten ersätter landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. Vidare anges i avtalet bl.a. att regeringen skall verka för att kostnaderna för dosdispensering av läkemedel inte längre skall finansieras genom Apoteket AB:s handelsmarginal. Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

För att uppnå en rationell förskrivning och användning av läkemedel är det av allra största betydelse att rätt läkemedel förskrivs till rätt patient, vid rätt indikation och i rätt mängd. Vidare är det viktigt att patienten förstår varför behandlingen sätts in och därmed blir motiverad till att hämta ut läkemedlet från apoteket och i slutändan använda läkemedlet. Om det brister någonstans i kedjan är risken stor att det leder till kassation av läkemedel. Att läkemedel kasseras innebär dels att kostnaderna för läkemedelsförmånerna belastas i onödan, dels att patienter kan riskera att drabbas ur hälsosynpunkt för att de inte har följt behandlingen. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Läkemedelsverket se över möjligheterna till att minska kassationen av läkemedel och lämna förslag till åtgärder som kan bidra till minskad kassation. Uppdraget redovisades i juli 2004. Rapporten innehåller bl.a. förslag om att patienten, när en ny långtidsbehandling skall sättas in,

inledningsvis endast skall få läkemedel för 30 dagars behov för att därefter kunna utvärdera eventuell fortsatt behandling.

Den vanligaste behandlingsformen för äldre är läkemedel. Det naturliga åldrandet i kombination med ökad sjuklighet medför en ökad användning av läkemedel. Äldre (80+) använder i genomsnitt cirka fem läkemedel per person, vilket är två preparat mer än för 15 år sedan. Rapporter från bl.a. läkemedelsgenomgångar visar även att det på sjukhem används så mycket som tio läkemedel per person i genomsnitt. Flera studier pekar på att läkemedelsbiverkningar är orsaken till 10–20 procent av inläggningarna av äldre på sjukhus. Behandling av äldre med läkemedel är komplicerad och kan medföra risker. Bland annat mot bakgrund av ovanstående har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera läkemedelsanvändningen inom äldreområdet. Bedömer Socialstyrelsen att det finns brister skall förslag till åtgärder för att avhjälpa bristerna lämnas. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2004.

En viktig del i att uppnå en rationell läkemedelsanvändning är att ge läkare och andra som förskriver läkemedel verktyg för att kunna fatta korrekta beslut om vilken behandling som är mest lämplig. Möjligheten för förskrivare att ta del av uppgifter om vilka läkemedel som en patient använder har hittills varit mycket begränsade, de har varit tvungna att förlita sig antingen på patientens minne över vilka läkemedel som används eller varit tvungna att begära in journaluppgifter.

För att avhjälpa denna informationsbrist och öka patientsäkerheten har regeringen i juni 2004 överlämnat en lagrådsremiss om ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet till lagrådet. Lagrådsremissen innehåller bl.a. förslag om inrättandet av en läkemedelsförteckning vid Apoteket AB. Läkemedelsförteckningen skall innehålla uppgifter om alla läkemedel som patienten har hämtat ut på apoteket och efter samtycke från patienten skall uppgifterna kunna göras tillgängliga för förskrivaren och farmaceuten. Vidare fattade regeringen i juni 2004 beslut om tilläggsdirektiv (dir. 2004:95) till utredningen om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m. (S 2003:03). Utredaren skall bl.a. analysera förutsättningarna för och nyttan av att skapa en för samtliga vårdgivare sammanhållen journal för varje patient. En ytterligare pågående process

som underlättar hanteringen vid läkemedelsförskrivning är det utvecklingsarbete som Apoteket AB och landstingen bedriver vad gäller att skapa möjligheter för att öka användningen av elektroniska recept.

Sedan oktober 2002 har apoteken bytt ut ett förskrivet läkemedel mot det billigaste likvärdiga läkemedlet som finns tillgängligt på det enskilda apoteket. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp hur regelverket för generisk substitution används. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i december 2003 och i rapporten framgår bl.a. att läkarna har motsatt sig utbyte i endast cirka tre procent av fallen. Reformen har nu varit i kraft en tid, det är dock angeläget att den även fortsättningsvis utvärderas ur olika aspekter. Bland annat med anledning härav har Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2004 fått i uppdrag att i samråd med Läkemedelsverket undersöka om generisk substitution har medfört några patientsäkerhetsproblem. Bedömer Socialstyrelsen att så är fallet skall myndigheten lämna förslag till åtgärder för att minska dessa problem. Uppdraget skall redovisas senast den 1 oktober 2004.

I läkemedelsförmånerna ingår, förutom läkemedel, olika typer av förbrukningsartiklar. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera och analysera tänkbara effekter av att lyfta ut förbrukningsartiklarna ur läkemedelsförmånerna. Socialstyrelsen pekar i sin rapport, som inkom till regeringen i november 2003, på ett antal problem som föreligger i dagens system. Dessutom belyser rapporten för- och nackdelar med att regleringen av förbrukningsartiklarna tas bort ur läkemedelsförmånerna och att ansvaret att tillhandahålla dessa i stället läggs på sjukvårdshuvudmännen. Vidare redogör Socialstyrelsen för förbättringar som kan göras om förbrukningsartiklarna blir kvar inom läkemedelsförmånerna. Förbrukningsartiklarnas framtida hantering bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I juni 2003 tillsatte regeringen en arbetsgrupp med uppgift att se över hur formerna för den framtida läkemedelsreklamen skall regleras och organiseras för att bidra till en säker och effektiv läkemedelsanvändning. Arbetsgruppen överlämnade promemorian Formerna för den framtida läkemedelsreklamen (Ds 2004:13) till regeringen i mars 2004. Förslagen är framför allt av teknisk natur och syftar till att implementera vissa EU-

bestämmelser i den svenska lagstiftningen. Pro-memorian remissbehandlas för tillfället.

För drygt fyrtio år sedan inträffade neurose-dyngkatastrofen, som orsakades av läkemedel som innehöll substansen talidomid. Drygt 150 personer fick skador relaterade till talidomid. Av dessa är drygt hundra fortfarande i livet. Justitie-kanslern rekommenderade regeringen, i ett ut-låtande som överlämnades den 30 april 2003, att regeringen ex gratia till var och en av de nu levande talidomidskadade i Sverige bör utbetala ett engångsbelopp om 250 000 kronor. Rege-ringen avser att återkomma med närmare förslag om hanteringen av detta.

I november 2003 överlämnade regeringen propositionen (prop. 2003/04:32) Genomföran-det av EG-direktivet om kliniska prövningar av humanläkemedel till riksdagen. Propositionen innehåller förslag till hur Europaparlamentets och Ministerrådets direktiv 2001/20/EG av den 4 april 2001 om tillnärmning av medlemsstater-nas lagar och andra författningar rörande tillämpning av god klinisk sed vid kliniska pröv-ningar om humanläkemedel skall genomföras i svensk rätt. Direktivet uppställer till skydd för försökspersoner och patienter olika villkor som måste vara uppfyllda för att en klinisk läke-medelsprövning skall få utföras. Direktivet inne-håller även bestämmelser som syftar till att för-enkla och harmonisera de administrativa ruti-nerna för igångsättandet av kliniska prövningar inom EU. De lagändringar som föreslogs i pro-portionen avsåg bl.a. krav rörande information till försökspersoner, krav avseende samtycke från försökspersoner samt begränsningar av i vilka fall kliniska prövningar får genomföras på underåriga och personer vars mening inte kan inhämtas på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något annat lik-nande förhållande. Riksdagen beslutade den 1 april 2004 i linje med förslagen i propositionen (bet. 2003/04:SoU7, rskr. 2003/04:179).

Inom EU har arbetet med att reformera den europeiska läkemedelslagstiftningen avslutats. Europaparlamentet och europeiska unionens råd har den 31 mars 2004 antagit en förordning (förordning (EG) nr 726/2004) och tre direktiv (om humanläkemedel 2004/27/EG, om veteri-närmedicinska läkemedel 2004/28/EG och om växtbaserade läkemedel 2004/24/EG). Syftet med reformeringsarbetet har varit att säkerställa ett starkt folkhälsoskydd, bl.a. genom att ge patienterna snabb tillgång till innovativa och

säkra produkter och genom att öka tillsynen över marknaden med hjälp av en förstärkning av kontrollförfarandena och säkerhetsövervak-ningen. Att stärka den inre marknaden för läke-medel och stärka den europeiska läkemedels-industrins konkurrenskraft samt att vidta åtgär-der för att främja utvidgningen av unionen har varit andra drivkrafter. Förslagen bygger på den redan existerande lagstiftningen, som successivt har vuxit fram sedan 1960-talet. Arbetet med att implementera den nya europeiska lagstiftningen i Sverige pågår. Regeringen planerar att förelägga riksdagen en proposition i ämnet under våren 2005.

Insatser utanför politikområdet

Staten har i samband med den nationella hand-lingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvår-den (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) via det generella statsbidraget inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner satsat totalt närmare 9 miljarder kro-nor, varav 4 miljarder kronor 2004. Dessa medel ingår fr.o.m. 2005 i det nya anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom samma utgiftsområde. Det är regeringens intention att även under åren 2005–2007 fortsätta det arbete som påbörjats med den nationella handlings-planen. Regeringen har därför för avsikt att under hösten 2004 teckna två olika överens-kommelser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om den framtida utvecklingen. Det gäller dels en överenskom-melse riktad främst till primärvården och äldre-vården, dels en överenskommelse med särskild fokus på insatser för personer med psykisk sjuk-dom och/eller psykiska funktionshinder.

I 2001 års ekonomiska vårproposition avise-rade regeringen en särskild satsning för att var-aktigt förbättra hälso- och sjukvårdens tillgäng-lighet. Satsningen innebar att 3,6 miljarder kro-nor avsattes under åren 2002–2004 för att för-bättra vårdens tillgänglighet. Stödet har lämnats från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resurstillskottet till landstingen och den närmare inriktningen på satsningen regleras i en överenskommelse mellan staten och Lands-tingsförbundet. Enligt överenskommelsen skall respektive landsting senast den 1 november under åren 2002–2004 redovisa till regeringen hur de lokala handlingsplanerna genomförts och

hur medlen använts. Avstämningar mellan parterna har genomförts i november 2002 och 2003. Syftet med avstämningsarna var att analysera hur de avsatta medlen har använts och vilken effekt vidtagna åtgärder haft. Avstämningsarna visade att landstingens satsningar ligger i linje med vad som angivits i överenskommelsen och har inte föranlett någon förändring i medelsfördelningen. Överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet löper ut vid årsskiftet 2004/2005 och medlen överförs från och med 2005 till anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* (fram t.o.m. 2004 anslaget 48:1 *Generellt statsbidrag till kommuner och landsting*) inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Regeringen har för avsikt att under hösten 2004 teckna en permanent principöverenskommelse med Landstingsförbundet om tillgänglighetsmedlen och om införandet av en nationell vårdgaranti. Anslaget 48:1 ökas med 1,25 miljarder kronor per år för en fortsättning av tillgänglighetssatsningen, samt 700 miljoner kronor för 2005 och 500 miljoner kronor per år från och med 2006 för införande av en nationell vårdgaranti. Det högre beloppet för 2005 beror på att införandet av en vårdgaranti beräknas medföra vissa extrakostnader.

3.6.2 Resultatbedömning

Resultat

I Socialstyrelsens lägesrapport, Hälsa- och sjukvård 2003, konstateras att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökade med cirka 23 miljarder kronor, eller 13 procent, i fasta priser under perioden 1993–2002. År 2002 var kostnaderna 199 miljarder kronor¹, vilket motsvarar 8,5 procent av BNP. Om den kommunala sjukvården räknas in stiger siffrorna till 9,2 procent av BNP. Det finns emellertid stora kostnadsvariationer mellan huvudmännen. Socialstyrelsen konstaterar vidare att minskad ekonomisk tillväxt är ett problem som Sverige delar med många andra länder och att detta är bekymmersamt eftersom det finns starka samband mellan ekonomisk tillväxt och resurstilldelningen till hälso- och sjukvården.

Oroande är de stora ekonomiska underskotten i landsting och kommuner. För landstingen uppgick underskottet för 2002 till närmare 8 miljarder kronor och för 2003 till 2,4 miljarder kronor. För 2004 prognostiserar regeringen ett underskott på cirka 1 miljard kronor för hela kommunsektorn. För perioden 2005–2006 gör regeringen bedömningen att hela sektorn kommer att nå ett positivt resultat, före extraordinära poster, på cirka 9 miljarder kronor.

Mer än hälften av landstingen planerar att förändra strukturen på sin sjukvårdsorganisation. Det bärande skälet är viljan att komma till rätta med den ekonomiska obalansen. Huvudlinjen i förändringarna innebär en kombination av närsjukvård och en specialiserad sjukhusvård som koncentreras och centraliseras. Ofta utgör primärvården navet i närsjukvården. Den slutna vården på sjukhus fortsätter att minska vad gäller antalet patienter, vårdtillfällen och vård dagar. En förklaring är att fler åtgärder utförs i öppna vårdformer, t.ex. dagkirurgi. Antalet läkarbesök ligger kvar på samma nivå som 1999 med en liten förskjutning mot primärvård i förhållande till specialiserad vård. Ökningen av andelen läkarbesök i den privata vården har avtagit mellan 2001 och 2002.

Trots den relativt dystra ekonomiska bilden visar analyser av data från nationella kvalitetsregister och hälsodataregister fortsatt positiva trender när det gäller tillgången till evidensbaserad vård och behandling vid stora folksjukdomar såsom hjärtinfarkt, stroke, diabetes och gråstarr. Likaså visar många av de analyserade områdena successiva förbättringar av hälso- och sjukvårdens medicinska resultat medan inget område visar försämringar i detta avseende.

Dock kvarstår problem med omfattande regionala variationer vad gäller tillgång till och användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder. Likaså är variationerna omfattande vad gäller användningen av läkemedel. De regionala skillnaderna kan i de flesta fall bara delvis förklaras med skillnader i befolkningens hälsa och vårdbehov. Socialstyrelsen påpekar att det finns anledning för huvudmännen att på allvar uppmärksamma variationerna så att patienter i olika delar av landet kan erbjudas en god och effektiv sjukvård på så likartade villkor som möjligt.

¹ Reviderad siffra i förhållande till Socialstyrelsens lägesrapport.

Kvalitetsutveckling

Det finns i dag inget heltäckande mått som kan ge ett samlat svar på hur kvaliteten inom hälso- och sjukvården utvecklas. Övergripande indikatorer saknas samtidigt som kvalitetsbegreppet är mångfacetterat vilket gör det nödvändigt att definiera och separera vilka aspekter på kvalitet som avses.

När det gäller att värdera den medicinska kvaliteten i sjukvården utgör de nationella kvalitetsregistren en central och viktig kunskapskälla. Tack vare att flera av dessa register beslutat att vara mer öppna med sina kvalitetsjämförelser har, enligt Socialstyrelsen, förutsättningarna för att kunna redovisa den svenska hälso- och sjukvårdens kvalitet blivit allt bättre. Det finns tydliga indikationer på att den medicinska kvaliteten har förbättrats, såväl ur ett process- som ett resultatperspektiv. Vissa data tyder också på att skillnaderna i kvalitet mellan sjukhus och regioner minskat sedan 90-talets mitt då insamlingen av data inleddes. Det finns emellertid fortfarande problem med att beskriva hur hälso- och sjukvården fungerar totalt sett.

Den patientupplevda kvaliteten i den öppna sjukvården mäts bl.a. med hjälp av Svenskt Kvalitetsindex (SKI). Patienternas tillfredsställelse med vården, mätt som en sammanvägning av uppgifter om förväntningar och upplevd kvalitet, minskade en aning 2003 jämfört med 2002. Patienternas uppfattning om servicekvaliteten (väntetider, kringsservice, kontinuitet etc.) ligger lägre än den medicinska/tekniska kvaliteten såväl när det gäller offentligt som privat driven vård.

Den kostnadsmässiga kvaliteten, dvs. huruvida resurserna till hälso- och sjukvården utnyttjas effektivt, är ytterst svår att bedöma. Detta handlar om huruvida de medel som läggs på hälso- och sjukvård utnyttjas optimalt eller om man med en annorlunda resursallokering skulle kunna åstadkomma bättre resultat.

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) skall sprida sina kunskapssammanställningar på sådant sätt att de får ett genomslag inom den praktiska hälso- och sjukvården. Resultaten från rapporterna som har publicerats under 2003 har spridits till olika grupper av beslutsfattare, vårdgivare och administratörer, samt till enheter som har betydelse för praxisutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Olika undersökningar visar att de flesta läkare, sjukvårds-

politiker och chefsadministratörer känner till SBU:s arbete och anser att rapporterna håller hög kvalitet och trovärdighet. Bland de läkare och personer i läkemedelskommittéer som känner till SBU anger drygt 80 procent att de har haft praktisk nytta av SBU:s resultat i sitt eget arbete, vilket är en högre andel än 2000. Av vårdcentralsschefer uppger 93 procent att de har haft praktisk nytta av SBU:s rapporter i det egna arbetet. Bland politiker och administrativa chefer är motsvarande siffra 70–75 procent.

Tillgänglighet

Socialstyrelsens lägesrapport Hälso- och sjukvård 2003 visar att sju av tio personer anser att de har tillgång till den vård de behöver. Kortare väntetider och kortare köer är det som allmänheten anser vara de viktigaste frågorna. Det stora tillgänglighetsproblemet inom primärvården är fortfarande att komma fram på telefon till sin vårdcentral. Av de som sökte läkare på vårdcentral fick lite mer än hälften komma samma dag de sökte och åtta av tio samma vecka. Väntetiderna var desamma 2003 som 2002. Av de patienter som fick remiss till en sjukhusmottagning fick mer än 70 procent en tid inom tre månader men väntetiderna varierade kraftigt beroende på specialitet. De kortaste väntetiderna fanns inom hjärtsjukvården och de längsta inom ortopedi.

Socialstyrelsen konstaterar att resultaten på de flesta mätområden avseende tillgänglighet är desamma 2002 som 2003. De regionala variationerna landstingen emellan är dock betydande. Det finns vissa skillnader mellan män och kvinnor vad gäller vårdutnyttjande och uppfattning om vården. Kvinnor gör fler läkarbesök i primärvården än män. Enligt den s.k. Vårdbarometern är kvinnor mer nöjda med väntetiden för operation eller behandling än män. I ULF-undersökningarna (SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden) rapporterar en större andel kvinnor än män att de blivit felaktigt eller orättvist behandlade av sjukhus eller läkare.

I enlighet med den tillgänglighetssatsning som beskrivs under avsnitt 3.5.1 i Insatser utanför politikområdet har avstämningar mellan staten och Landstingsförbundet skett under 2002 och 2003. Avstämningarna visar att samtliga landsting arbetar med att förbättra sin tillgänglighet och att positiva effekter uppnåtts. De tillgänglighetssatsningar som landstingen gör är ofta en kombination av långsiktiga strukturförändringar och kortsiktiga punktinsatser. Tyngdpunkten

ligger dock på de långsiktiga åtgärderna. De mer kortsiktiga insatserna utgörs ofta av inhyrd extrapersonal samt av uppköp av vård från annan vårdgivare. Dessa åtgärder vidtas för att avhjälpa akuta köproblemer. De mer långsiktiga åtgärderna utgörs t.ex. av uppbyggnad av ny verksamhet, öppnande av ny klinik eller avdelning, satsningar på nya administrativa rutiner och nya former för organisering av arbetet. En hel del resurser läggs också på att förbättra informationen till allmänheten om väntetider och valmöjligheter. Insatser görs också i syfte att underlätta informationsutbyte mellan olika vårdgivare.

Satsningarna har fått till följd att köerna på många håll kortats och att nya och effektivare arbetsrutiner införts. Satsningarna har också fått till följd att tillgänglighetsproblematiken hamnat i fokus och att samtliga landsting nu aktivt arbetar med åtgärder för att förbättra tillgängligheten.

Patientsäkerhet

Bestämmelserna om Lex Maria innebär att allvarliga skador, sjukdomar och tillbud som inträffar i hälso- och sjukvården skall rapporteras till Socialstyrelsen. En patient som skadas i samband med behandling eller liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) kan söka ersättning för skadan från patientförsäkringen.

Antalet inkomna Lex Maria-ärenden har ökat något 2003 jämfört med de två föregående åren. Den relativa fördelningen av Lex Maria-beslut mellan olika verksamhetsområden är i stort sett oförändrad jämfört med föregående år. En skillnad är dock den stora minskningen av Lex Maria-beslut från psykiatrin. Socialstyrelsen rapporterar en klart nedåtgående trend inom detta område under flera år. Antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har ökat 2003 jämfört med föregående år. Det gäller både anmälningar från Socialstyrelsen och från allmänheten. Antalet beslutade disciplinåtgärder är dock relativt oförändrat. En ökning kan också noteras beträffande anmälda patient-skadeärenden och inkomna klagomål till landets patientnämnder, framför allt avseende bemötande inom primärvården.

Nationella handlingsplanen

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5,

rskr. 2000/01:53) och det avtal om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen som staten slutit med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Socialstyrelsen presenterade i juni 2004 sin tredje uppföljning av landstingens arbete med nationella handlingsplanen.

Socialstyrelsen konstaterar i årsrapporten att samtliga landsting hittills följt utvecklingsavtalets krav på lokala handlingsplaner och årlig uppföljning av dessa. Företrädare för landstingen har också visat aktivt intresse i samband med uppföljningsbesök som Socialstyrelsen gjort i varje landsting under hösten 2003.

För sju landsting har handlingsplanen inneburit att utvecklingen av hälso- och sjukvården stimulerats, för elva landsting har handlingsplanen naturligt integrerats i det reguljära utvecklingsarbetet och för tre landsting har den haft mer marginell betydelse.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att handlingsplanens intentioner i viss omfattning realiserats. Framsteg har t.ex. gjorts när det gäller tillgängligheten till primärvården, beträffande personalens kompetens och läkarmedverkan i vården och omsorgen om äldre samt för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Mer bekymmersam är utvecklingen avseende läkartätheten i primärvården, möjligheten för medborgarna att välja en fast läkarkontakt, utvecklingen av mångfalden av vårdgivare och för äldre med psykisk ohälsa.

Nationellt planeringsstöd

Socialstyrelsen har i uppdrag att fortlöpande ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare och sjuksköterskor. Myndigheten bedriver uppdraget inom det nationella planeringsstödet (NPS). Socialstyrelsen skall årligen rapportera de bedömningar myndigheten gör av den aktuella situationen. 2004 års rapport av hälso- och sjukvårdens situation är den andra resultatredovisningen. Den innehåller bl.a. en fördjupad studie av tillgången till specialister i allmänmedicin. Socialstyrelsen konstaterar att det totala antalet specialister i allmänmedicin ökade under åren 1995–2001 från drygt 4 200 till cirka 4 900 personer. Under följande femårsperiod bedömer Socialstyrelsen att antalet specialister i allmänmedicin som är sysselsatta i hälso- och sjukvården sannolikt kommer att fortsätta öka. Efter 2008 kommer dock pensionsavgångarna inom specialiteten att öka vilket innebär att ett årligt tillskott om

cirka 300–350 specialister efter 2008 behövs för att bibehålla antalet allmänläkare på en fortsatt önskvärd nivå.

Familjemedicinska institutet

Familjemedicinska institutet (Fammi), en ideell förening som bildades 2002 som en följd av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53), har under året bedrivit en fortsatt aktiv verksamhet. Framför allt har under året betydande arbete lagts ner på att etablera och utveckla Fammis webbplats. De s.k. Fammidagarna har utvecklats under året och förutom ST-läkare har ytterligare yrkesgrupper, t.ex. undersköterskor och läkar-sekretärer, haft konferenser som anordnats av Fammi. Fammi har vidare tillsammans med landstingen utarbetat ett förslag till struktur för kompetensutveckling inom landstingens primärvård. Processen mot att utveckla teamgemensam fortbildning har initierats. Så kallade audits för bl.a. sjukskrivning och kronisk obstruktiv lungsjukdom har genomförts och i stort sett alla yrkesgrupper planerar audits.

Statskontoret lämnade den 31 mars 2004 slutredovisningen av sitt uppdrag att granska Fammis verksamhet. Rapporten ligger till grund för diskussionerna mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om Fammis fortsatta verksamhet. Statskontorets utvärdering visar att en rad insatser genomförts inom ramen för Fammis uppdrag. Fammi har bl.a. bidragit till ökade kunskaper om brister och behov inom primärvården för olika yrkesgrupper, genom seminarier bidragit till insatser riktade till teamet samt genom s.k. Fammidagar och olika projekt bidragit till insatser för fortbildning. Fammi har vidare genom sin webbplats, nätverk och projekt bidragit till kunskapsutveckling och ökade kontakter. Statskontoret konstaterar att verksamheten breddats och att den riktar sig till fler yrkesgrupper än tidigare. Verksamheten riktar sig även till teamet i primärvården. Omfattningen av dessa insatser är dock fortfarande för liten enligt Statskontoret. Vidare anser Statskontoret att en ideell förening bör ses som en tillfällig lösning och att, om statens åtagande skall vara långsiktigt, alternativa former för organiseringen bör övervägas. Statskontoret konstaterar dock att verksamheten bedrivits under kort tid och att det för flera av Fammis aktiviteter i dagsläget inte finns någon

naturlig alternativ utförare. Vid ett fortsatt statligt åtagande bör uppdraget, enligt Statskontoret, avgränsas och preciseras.

Psykatri

Socialstyrelsen har i olika sammanhang utvärderat psykiatrin. I en rapport från oktober 2003 (Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet) redogör styrelsen bl.a. för att det begränsade antalet slutenvårdsplatser och tillgången till akut vård, förmedlad av specialister, sannolikt medför risk för att patienter inte får den vård de skulle behöva, särskilt i det akuta skedet. Andra bristområden som uppmärksammats är långsiktig och systematisk uppföljning av patienter med svåra, kroniska psykiska sjukdomar. Dessutom framhålls att uppsökande verksamhet borde ske i större utsträckning. Brister avseende samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare har också uppmärksammats.

Den nationella psykiatrisamordnaren inkom den 23 juni 2004 till Socialdepartementet med skrivelsen En översikt av dagsläget inom svensk psykiatri. Psykiatrisamordnaren skriver att en översiktlig genomgång av situationen inom svensk psykiatri i dag visar att tillgången på vård- och stödinsatser inte svarar mot målgruppens behov. Problem med tillgänglighet, behovstäckning och utbud av insatser är mer omfattande i storstäder och i små kommuner än i övriga delar av landet. I storstäderna finns en större andel personer som lider av allvarlig psykisk sjukdom eller har psykiska funktionshinder. De problem som kan finnas i små kommuner är orsakade av att befolkningsunderlaget är för litet för att kommunerna skall kunna tillhandahålla ett differentierat utbud av insatser och kunna subspecialisera verksamheten. Psykiatrisamordnaren skriver att ambitionsnivån måste höjas beträffande användningen av moderna metoder och kunskapsbaserade insatser, effektivt resursutnyttjande, samverkan, uppföljning och jämförelser av resultat, samt levnadsförhållanden för psykiskt funktionshindrade. Psykiatrisamordnaren anser att det i det rådande ekonomiska läget är nödvändigt med ett statligt engagemang för att stimulera kommuner och landsting till nödvändiga prioriteringar och satsningar för målgruppen. I detta sammanhang framhålls också nödvändigheten av att en statlig satsning matchas med en

jämförbar motprestation från kommuner och landsting.

Socialstyrelsen utkom under hösten 2003 med rapporten *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. Här klargörs bl.a. att 1 500–2 000 personer årligen insjuknar i Sverige i en psykos och att en mindre del av dessa får diagnosen schizofreni. Livstidsrisken för att insjukna i schizofreni är omkring 0,8 procent vilket betyder att omkring 70 000 svenskar någon gång under sin livstid kommer att insjukna i schizofreni. I Sverige finns det i dag 30 000–40 000 personer som behöver samhällets insatser på grund av schizofreni eller liknande psykosjukdom. Schizofreni drabbar kvinnor och män i samma utsträckning, men debuterar tidigare bland män. Det finns också skillnader mellan kvinnor och män vad gäller prognos och förlopp. I kunskapsöversikten redogörs vidare bl.a. för utredning, diagnostik och behandling vid schizofreni.

Steriliseringsersättningsnämnden

Steriliseringsersättningsnämnden avvecklades som myndighet den 30 november 2003. Myndigheten inrättades den 1 juli 1999. En rapport över nämndens verksamhet överlämnades till Socialdepartementet i mars 2004 (S2004/1923/HS). Av rapporten framgår att 2 042 personer ansökt om steriliseringsersättning. Av dessa beviljades 1 591 personer ersättning.

Av de sökande var 1 521 kvinnor. Av dessa fick 1 210 (cirka 80 procent) bifall. 521 män har sökt ersättning, varav 381 (cirka 73 procent) fick bifall. En stor andel av dem som har fått ersättning steriliserades under 1940-talet. Nästan hälften av kvinnorna och cirka 60 procent av männen var underåriga vid tiden för steriliseringen. Över hälften av dem som fått ersättning har varit intagna på institution av något slag.

Ansökningar om steriliseringsersättning kan riktas direkt till regeringen. Regeringen har, eftersom det inte längre är möjligt att ansöka om ersättning hos Steriliseringsersättningsnämnden, fattat beslut om ersättning ex gratia i ett antal fall. Sådana ansökningar skall även fortsättningsvis behandlas av regeringen.

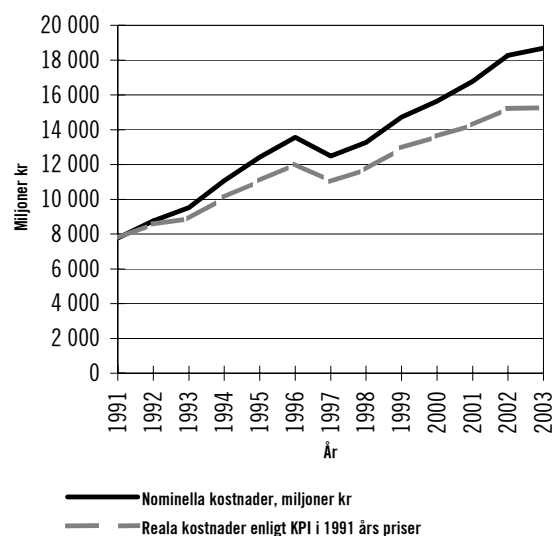
Kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick under 2003 till knappt 19 miljarder kronor, en ökning jämfört med föregående år med 2,3 procent. Detta är den lägsta utvecklingstak-

ten under den senaste tioårsperioden, med undantag för 1997 då förmånssystemet förändrades. Den låga ökningstakten beror till stor del på införandet av utbyte av läkemedel på apotek i kombination med att patenterna på ett antal storsäljande läkemedel löpte ut under 2003. Enligt Apoteket AB:s analyser uppgick besparingen av prissänkningar och utbyten till cirka 1,2 miljarder kronor under 2003. Eftersom landstingen står för cirka 80 procent av kostnaderna avseende läkemedelsförmånerna, beräknas reformen ha inneburit minskade kostnader för landstingen på knappt en miljard kronor jämfört med om reformen inte hade genomförts. I volym ökade antalet dygnsdoser med 2,6 procent, en jämförelsevis låg siffra som också bör ha bidragit till den relativt låga kostnadsutvecklingen under 2003. Utvecklingstakten under de åtta första månaderna 2004 var ännu lägre än 2003 och uppgick till -0,9 procent.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen står kvinnorna för cirka 55 procent av läkemedelskostnaderna. Kvinnornas högre andel av kostnaderna beror till stor del på att det finns en större andel kvinnor bland de äldsta åldersgrupperna, vilket är den grupp som konsumerar jämförelsevis mest läkemedel. Totalt förskrivs cirka 60 procent av alla dygnsdoser till kvinnor. Att det förskrivs mer läkemedel till kvinnor kan delvis förklaras av vissa könsspecifika förhållanden, men även bortsett från detta förskrivs det mer läkemedel till kvinnor än till män.

Diagram 3.3 Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånerna 1991–2003



Källa: Apoteket

Införandet av utbyte av läkemedel på apotek har inneburit att en omfattande priskonkurrens har uppstått. Läkemedelsförmånsnämnden fattade under 2003 över 5 500 beslut om ändring av pris. Den övervägande delen av dessa beslut rör pris-sänkningar som marknadsförande företag ansökt om. Från oktober 2002 till december 2003 sjönk det genomsnittliga priset för produkter där utbyte kan förekomma med hela 27 procent. I genomsnitt har prisnivån på läkemedel totalt sett sjunkit med ungefär 10 procent under samma period. Det är ännu för tidigt att uttala sig om huruvida nedgången i utvecklingstakten för kostnaderna för läkemedelsförmånerna kommer att vara bestående och att reformen därmed har genererat ett trendbrott. Socialstyrelsen redogör i sin rapport Läkemedelsförsäljning – analys och prognos från maj 2004 att kostnadsutvecklingen kommer att dämpas även kommande år. Oavsett om ett trendbrott föreligger eller ej så har den prispress som reformen medfört skapat ett nytt utgångsläge som kommer att fortsätta att bidra till en lägre läkemedelskostnad även kommande år.

Patienternas kostnader för läkemedel, egenavgifterna, var under 2003 cirka 1,9 procent lägre än föregående år vilket innebar att egenavgifts-andelen, egenavgifter i förhållande till summan av förmånerna plus egenavgifter, sjönk från 21,4 till cirka 20,7 procent.

Tabell 3.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2000–2003 (inkl moms)

Miljoner kronor

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

¹ Som andel av Förmån + Egenavgift

² Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

³ Preliminära siffror för 2002 och 2003

Källa: Apoteket AB, Nationalräkenskaperna, SCB

Vid analys av läkemedelsförsäljningen kan skönjas att det har skett en förskjutning i försäljningen från dyrare till billigare läkemedel. Det är första gången en sådan utveckling har kunnat urskiljas – vanligtvis brukar trenden vara en över-

gång från billiga äldre läkemedel till nya, dyrare läkemedel. Landstingens arbete för att uppnå en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning har troligen också haft effekt på kostnadsutvecklingen, så även decentraliseringen av budgetansvaret.

Vidare har samtliga landsting i dag minst en fungerande läkemedelskommitté. Kommittéernas uppdrag är i första hand att verka för en säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Socialstyrelsens utvärdering av läkemedelskommittéernas arbete visar att förskrivningen har påverkats i positiv riktning av det arbete som kommittéerna har bedrivit. Bland annat gäller det förskrivningen av antibiotika samt vissa läkemedel mot högt blodtryck och läkemedel mot magsår. Läkemedelskommittéerna bedriver aktiviteter för att påverka förskrivningen och användningen av läkemedel. Förskrivarna påverkas genom framtagande och spridning av en årlig baslista över rekommenderade läkemedel samt genom olika typer av utbildnings- och utvecklingsaktiviteter. I Socialstyrelsens rapport anges även att ungefär hälften av läkemedelskommittéerna under den senaste tiden har arbetat med fortbildning inom området läkemedel och äldre. Några enstaka kommittéer har tagit på sig ansvaret för att planera och genomföra s.k. läkemedelsgenomgångar på sjukhem och andra boendeformer för äldre. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utvecklat indikatorer som kan användas för att mäta och följa kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre. Dessa indikatorer kan bl.a. användas vid läkemedelsgenomgångar i äldreboenden.

Den genomsnittliga kostnaden per invånare avseende läkemedelsförmånerna uppgick under 2003 till 2 115 kronor (2 077 kronor, 2002). I det landsting som under 2003 hade den högsta förmånskostnaden per invånare uppgick kostnaden till 2 325 kronor vilket är drygt 25 procent högre än det landsting som hade den lägsta kostnaden per invånare, 1 854 kronor. Förklaringar till kostnadsvariationerna mellan landstingen när det gäller läkemedelsförmånerna kan delvis härledas till skillnader i befolkningssammansättning, dvs. ålder, socioekonomiska variabler etc., samt förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. Det är dock sannolikt att även andra faktorer kan påverka kostnadsskillnaderna mellan landstingen.

Socialstyrelsen presenterade i december 2003 en uppföljning avseende läkemedelsanvänd-

ningen hos befolkningen (Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos). Socialstyrelsen har, på primärkommunnivå, undersökt ett antal faktorer eventuella samband med läkemedelsförmånskostnaderna i respektive kommun. De fem faktorer som visade positivt signifikanta samband med läkemedelsförmånskostnaderna var ohälsotal, andel personer över 65 år, andel med eftergymnasial utbildning, invånare per kvadratkilometer, samt benägenhet att använda nya läkemedel. Dessa fem faktorer förklarar, enligt Socialstyrelsens uppföljning, sammantaget cirka 25 procent av variationen mellan kommunerna. Läkemedelsförmånernas kostnadsnivå per invånare i ett landsting är således beroende av flera faktorer och det är, utan att beakta helheten i det enskilda landstingets arbete med läkemedel, svårt att bedöma huruvida landstinget i fråga kan sägas ha en låg eller hög läkemedelsförmånskostnad. För att förbättra kvaliteten i läkemedelsstatistiken har Socialstyrelsen genomfört insatser för att samordna arbetet med att kvalitetssäkra läkemedelsstatistik. Vidtagna insatser har återrapporterats till regeringen och har bl.a. bestått av att olika begrepp som används för uppföljning av läkemedelsanvändning har analyserats och definierats.

Analys och slutsatser

En av flera förutsättningar för att kunna bedöma den övergripande nivån och utvecklingen avseende kvaliteten inom svensk hälso- och sjukvård är att ha tillgång till väl definierade indikatorer. Utvecklandet av sådana indikatorer är ett omfattande arbete som bedrivs på såväl nationell som internationell nivå. Det huvudsakliga syftet med indikatorerna är att utvärdera och förbättra den nationella sjukvårdens kvalitet. Genom att driva detta arbete också på internationell nivå förbättras emellertid möjligheterna att utbyta erfarenheter och göra kvalitetsjämförelser länder emellan. Sverige deltar aktivt i detta utvecklingsarbete i flera internationella organ, bl.a. inom OECD och Nordiska Ministerrådet, men arbetar också på det nationella planet bl.a. via Socialstyrelsen. För att även fortsättningsvis kunna utvärdera och ytterligare förbättra svensk hälso- och sjukvård är det av stor vikt att utvecklingsarbetet avseende kvalitetsindikatorer fortsätter på bred front, inte minst att internationell erfa-

renhet och kunskap tas tillvara och samordnas med det nationella arbetet.

Det är uppenbart att de traditionella, kvantitativa måtten i form av antal läkarbesök, vårdtillfällen och vård dagar inte på ett rättvist sätt speglar hälso- och sjukvårdens egentliga prestationer. "Prestationen" består inte av läkarbesöket i sig utan snarare i resultatet av detsamma, dvs. vilken patientnytta som skapas i form av bättre hälsa, mindre smärta osv. Det samlade resultatet, eller prestationen, av en sjukvårdande insats (dvs. den medicinska respektive den patientupplevda kvaliteten m.m.) finns i dag inte samlade inom ramen för ett och samma uppföljningssystem. Socialstyrelsen bedriver sedan 2001, i samarbete med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, ett arbete med syfte att utveckla uppföljningsmöjligheterna av hälso- och sjukvårdens prestationer, InfoVU-projektet. Ett av syftena med projektet är att hälso- och sjukvårdens prestationer i större utsträckning skall följas upp och utvärderas ur ett patient- och kundorienterat perspektiv snarare än som i dag, ur ett producentperspektiv. I syfte att skapa en uppföljningsbar och rättvisande bild av vad den svenska hälso- och sjukvården egentligen åstadkommer är utvecklingsarbete av den typ som InfoVU-projektet bedriver ytterst viktigt.

Mer än hälften av landstingen och regionerna planerar att förändra strukturen på sin sjukvårdsorganisation. Det bärande skälet är viljan att komma till rätta med den ekonomiska obalansen. Huvudlinjen i förändringarna är en fokusering på närsjukvård, i kombination med en koncentrerad och centraliserad specialiserad sjukhusvård. Den slutna vården på sjukhus fortsätter att minska vad gäller antalet patienter, vårdtillfällen och vård dagar. Antalet vårdtillfällen per invånare minskade med tre procent mellan 1999 och 2002. En förklaring är att fler åtgärder utförs i öppna vårdformer. Antalet läkarbesök ligger kvar på samma nivå som 1999, med en liten förskjutning mot primärvård i förhållande till specialiserad vård. År 2002 gjordes 29 procent av alla läkarbesök hos privata vårdgivare med offentlig finansiering. Den tidigare ökningen av andelen läkarbesök i den privata vården har saktat av markant mellan 2001 och 2002. Det finns stora regionala skillnader när det gäller andelen läkarbesök i privata vårdformer.

Trots den relativt dystra ekonomiska bilden för landsting och kommuner, visar analyser av

data från nationella kvalitetsregister och hälso-databaser fortsatt positiva trender när det gäller tillgången till evidensbaserad vård och behandling vid stora folksjukdomar, såsom hjärtinfarkt, stroke, diabetes och gråstarr. Likaså visar många av de analyserade områdena successiva förbättringar av vårdens medicinska resultat. Dock kvarstår problem med stora regionala variationer vad gäller tillgång till och användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder. Likaså är variationerna när det gäller användning av läkemedel mycket omfattande. De regionala skillnaderna kan i de flesta fall bara delvis förklaras med skillnader i befolkningens hälsa och vårdbehov. Motsvarande till synes omotiverade skillnader i praxis förekommer även i andra länder. Skillnader beträffande lokala resurser och prioriteringar kan vara en förklaring. Skillnader i kunskaper, attityder och uppfattningar hos vårdgivare kan också ha stor betydelse.

Inom området tillgänglighet har åtgärderna i handlingsplanen lett till att något mer än hälften av patienterna tycker att det är lätt att komma fram till vårdcentralen på telefon, en förbättring i de flesta landsting jämfört med 2002. Däremot har väntetiderna till läkarbesök varit oförändrade de senaste åren. Vad gäller fast läkarkontakt angav under 2003 cirka 54 procent av befolkningen att man hade en fast läkarkontakt vid en vårdcentral. Det är stora variationer mellan landstingen och det är fortfarande en minoritet av landstingen som i praktiken uppfyller den lagstadgade skyldigheten att erbjuda invånarna en fast läkarkontakt.

Antalet specialister i allmänmedicin har ökat de senaste åren och antas fortsätta öka t.o.m. 2008, men inte i samma takt som målsättningen i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). När det gäller förutsättningarna att öka läkartätheten i primärvården tycks rekryteringsläget för specialister i allmänmedicin ha förbättrats under det senaste året.

Beträffande vård och omsorg om äldre klargörs i Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen att tillgången på personal med hälso- och sjukvårdskompetens har ökat i kommunerna under åren 2000–2003. Vidare framhålls att landstingen arbetar med att förbättra samverkan med kommunerna och att förekomsten av lokala samverkansavtal mellan vårdcentral och kommun, vilka reglerar läkar-

medverkan i särskilda boendeformer, också har ökat. Erfarenheter från Socialstyrelsens tillsynsarbete visar dock att innehållet i avtalen kan utvecklas. Socialstyrelsen framhåller vidare att tillgängligheten till läkare under jourtid måste förbättras så att patienterna, vid en försämring under kvällar, nätter och helger, inte behöver åka till sjukhusens akutmottagningar. I uppföljningen klargörs också bl.a. att det trots den lagstadgade skyldigheten att upprätta vårdplaner för patienter som skrivs ut från sjukhus, men som behöver insatser från antingen landstinget eller kommunen, saknas sådana för många patienter.

Vad gäller psykisk ohälsa är det svårt att få en samlad bild på landstingsnivå av hur landstingen förbättrar sina insatser för barn och ungdomar och äldre personer med psykiska funktionshinder. Satsningar inom ramen för den nationella handlingsplanen förefaller liksom tidigare i första hand genomföras för barn och ungdomar. Endast i hälften av landstingen redovisar man särskilda insatser för psykiskt funktionshindrade.

Även om det skett en svag ökning av både antalet privat drivna vårdcentraler och privata läkarbesök åren 2001–2002 är det en tydlig tendens att frågan om att öka mångfalden av vårdgivare inte upplevs som särskilt angelägen i landstingen. Liksom tidigare varierar förekomsten av privat vård mellan landstingen. Kooperativa och ideella driftsformer saknas nästan helt i primärvården.

Av landstingens totala nettokostnader för hälso- och sjukvård gick 58 procent till specialiserad somatisk vård, 19 procent till primärvård och 10 procent till specialiserad psykiatri under 2002. Man kan på nationell nivå inte utläsa någon förändring av dessa andelar under åren 2001–2002. I drygt hälften av landstingen ökade dock kostnadsandelen för primärvård.

Sammanfattningsvis visar Socialstyrelsens bedömning av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården att framsteg har gjorts t.ex. när det gäller tillgängligheten i primärvården, beträffande personalens kompetens och läkarmedverkan i vården och omsorgen om äldre samt för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. En mer bekymmersam utveckling kan ses bl.a. när det gäller läkartätheten i primärvården, möjligheten för medborgarna att välja sin fasta läkarkontakt, utvecklingen av mångfalden av vårdgivare och för äldre med psykisk ohälsa.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen anser regeringen att det är angeläget att utvecklingsarbetet på dessa områden fortsätter. Det är regeringens intention att under åren 2005–2007 fortsätta den satsning som påbörjats med nationella handlingsplanen. Regeringen har därför för avsikt att under hösten 2004 teckna två olika överenskommelser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om den framtida utvecklingen. Det gäller dels en överenskommelse riktad främst till primärvården och äldre vården, dels en överenskommelse med särskild fokus på insatser för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. Resurstillskottet om cirka 4 miljarder kronor per år kommer även fortsättningsvis att utgå till landsting och kommuner från anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning*.

Som en följd av regeringens satsning för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården utarbetade landstingen under 2001 lokala handlingsplaner med en beskrivning av situationen samt med förslag till satsningar för att förbättra tillgängligheten. Landstingens har därefter årligen redovisat utvecklingen. Dessa redovisningar har legat till grund för avstämningar mellan staten och Landstingsförbundet. Den senaste avstämningen hölls i november 2003 och föranledde inga omprioriteringar. Redovisningarna visar att samtliga landsting nu uppmärksammat tillgänglighetsproblematiken och att ett omfattande arbete bedrivs för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Staten och Landstingsförbundet kom i den s.k. Dagmaröverenskommelsen för 2003 överens om att en utökad vårdgaranti som också innefattar behandling skall införas. Denna utökade vårdgaranti innebär ett åtagande från landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Vårdgarantin syftar till att stärka patientens ställning i vården.

Det finns samtidigt en viktig koppling mellan de satsningar som görs på förbättrad tillgänglighet och möjligheterna att införa vårdgarantin. Satsningarna på tillgänglighet (3,6 miljarder kronor under 2002–2004) bidrar till att få balans i verksamheten och till nya effektivare arbetsformer. Detta underlättar för sjukvårdshuvudmännen att klara av att hålla tidsgarantierna i vårdgarantin. Vårdgarantin och tillgänglighetssatsningen är en del i en större och långsiktig satsning för att förbättra kvalitet, tillgänglighet och

patientinflytande i hälso- och sjukvården. De båda satsningarna syftar mot samma mål och stödjer varandra – vårdgarantin på så sätt att den fastställer en garanterad tidsgräns för behandling vilket stärker patientens krav på tillgänglighet till snabb och effektiv behandling, och tillgänglighetssatsningen på så sätt att den möjliggör för hälso- och sjukvården att leva upp till denna tidsgräns, genom t.ex. satsningar på effektivare arbetsmetoder och kortande av köer.

Det är viktigt att fortsätta arbetet med dessa satsningar. Regeringen har därför för avsikt att under hösten 2004 teckna en permanent principöverenskommelse med Landstingsförbundet om tillgänglighet och införandet av en nationell vårdgaranti. För inrättandet av en nationell vårdgaranti föreslår regeringen att anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med 700 miljoner kronor 2005. För 2006 och framåt ökas anslaget med 500 miljoner kronor per år. Anslaget 48:1 ökas även med 1,25 miljarder kronor per år fr.o.m. 2005 för en fortsättning av tillgänglighetssatsningen. Den sammanlagda satsningen på en nationell vårdgaranti och förbättrad tillgänglighet uppgår således till 1,95 miljarder kronor 2005 och 1,75 miljarder kronor per år fr.o.m. 2006.

De utvärderingar som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomför har stor betydelse för utvecklingen av praxis inom såväl hälso- och sjukvården som tandvården. Den evidensbaserade utvärderingsteknik som SBU tillämpar är numera en metodik som används världen över, vilket gör det möjligt att internationellt jämföra olika behandlingsmetoder. I diskussionerna om prioriteringar och jämställdhet inom den svenska hälso- och sjukvården har den evidensbaserade medicinen blivit en alltmer betydelsefull metod för att nå en effektivare och bättre vård. En viktig slutsats från SBU:s arbete är att det krävs betydande informationsinsatser och utbildning för att de nu tillgängliga kunskaperna skall kunna spridas och tillämpas på alla nivåer inom sjukvården. Det finns många metoder som är bevisat effektiva och därmed bör tillämpas i ökad omfattning, men det finns också metoder som antingen saknar vetenskapligt stöd och bör studeras ytterligare eller är bevisat ineffektiva och därför bör utrangeras. I detta sammanhang kan nämnas att Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet i juni 2004 antagit ett program med tio förslag på hur

landsting, regioner och kommuner skall förbättra det systematiska införandet av evidensbaserad kunskap i vården. Förbunden skall följa upp programmet efter ett år.

Inom psykiatrins område har Socialstyrelsen påvisat brister inom exempelvis tillgänglighet och samverkan. I uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården framkommer vidare, som tidigare nämnts, att landstingens satsningar framför allt har inriktats på barn och ungdomar och att fortsatt utvecklingsarbete krävs för att handlingsplanens mål skall uppnås. Den av regeringen tillkallade nationella psykiatrisamordnaren (dir. 2003:133) har framhållit att tillgången på vård- och stödinsatser inte svarar mot målgruppens behov och föreslår därför en kraftfull resursförstärkning. Regeringen delar denna uppfattning och vill framhålla att de brister som uppmärksammas kräver åtgärder från såväl huvudmännens som statens sida. Regeringen föreslår därför att 500 miljoner kronor avsätts under 2005 och 200 miljoner kronor under 2006 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Medlen avsätts inom detta politikområde under ett nytt anslag – 13:10 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri*. Därutöver avser regeringen att teckna en överenskommelse med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att uppskattningsvis 500 miljoner kronor av de medel som tidigare hanterades inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården årligen satsas på förbättringar av psykiatri 2005–2007.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag granskat väntetider, bemötande och personalförsörjning i cancervården. Socialstyrelsen har funnit att patienter med misstänkt eller diagnostiserad cancer är en prioriterad grupp inom hälso- och sjukvården. Väntetiderna är som regel mycket korta både till primärvård och specialistvård. Socialstyrelsen har vidare funnit att brister i remisshantering och hantering av provsvar är de mest allvarliga problemen ur patientsynpunkt. Dessa problem är inte specifika för cancervården. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen bör dock, enligt Socialstyrelsen, uppmärksammas på och åtgärda förekommande brister. Regeringen delar denna bedömning.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård överlämnade i december 1997 sitt slutbetänkande Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård (SOU 1997:179) till regeringen. Betänkandet har därefter remissbehandlats. De flesta myndigheter och landsting som yttrat sig över förslaget anser att ansatserna i utredningen är goda. Flera instanser invänder emellertid mot att utredningen inte följt sina direktiv och att förslagen inte är tillräckligt väl underbyggda och genomtänkta. Företrädare för yrkesgrupper och privata vårdgivare är dock mer positivt inställda till utredningsförslagen. Utredningen lämnar bl.a. förslag till en särskild lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal och att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik skulle avskaffas. Den föreslagna lagen skall enligt delegationen omfatta, utöver läkare och sjukgymnaster, även yrkesgrupper som barnmorskor, psykologer, sjuksköterskor m.m. Regeringen anser att det för närvarande saknas skäl att upphäva lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. Vidare finns det redan i dag möjligheter för alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården att teckna vårdavtal med landstinget.

I utredningen föreslås att en rätt för privata vårdgivare att överlåta privata etableringar skall finnas, s.k. ersättningsetableringar. Regeringen delar inte utredningens uppfattning, vilket bl.a. följer av propositionen Höjd åldersgräns för läkares och sjukgymnasters rätt till offentlig ersättning m.m. (prop. 2003/04:146). Genom denna proposition underlättar regeringen även för äldre yrkesutövare att verka inom vården, vilket också var ett förslag från delegationen.

Utredningen anser att en målsättning bör vara att 25 procent av all öppenvård inom respektive landsting skall bedrivas med privata etableringar. Regeringen har uttalat i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) att landstingen bör verka för en ökad mångfald av vårdgivare inom den öppna vården och omsorgen. Att fastställa att andelen privata vårdgivare minst skall uppgå till en särskild bestämd procentsats är enligt regeringen inte nödvändigt.

Vidare föreslås i utredningen bl.a. att remisskravet som förutsättning för ersättning till vissa vårdgivare inte skall gälla. Regeringen anser dock att detta är en fråga som sjukvårdshuvudmännen själva bör ha bestämmanderätten om.

Utredningen anser även att ett särskilt råd skall tillsättas för vårdavtalsfrågor. Regeringen ser inget behov av ett särskilt råd, men anser att det är av stor vikt att landstingen utvecklar sin kompetens när det gäller att upphandla hälso- och sjukvård och utforma vårdavtal med privata vårdgivare, vilket bl.a. framförts i regeringens promemoria om läkare i allmän tjänst (Ds 2003:30).

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

Riksdagen har bifallit ett av socialutskottet framlagt betänkande (1997/98:SoU22 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) i vilket utskottet behandlat regeringens proposition Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (prop. 1997/98:109), samt bl.a. flera motioner som tog upp frågeställningar med anknytning till det psykologiska verksamhetsområdet. Det gällde yrkanden med begäran dels om en samlad effektiv tillsynslagstiftning inom psykologins område, dels om ett utvidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet. Utskottet menade att regeringen borde återkomma till riksdagen med en redovisning. Detta har tillkännagivits regeringen (riksdagsskrivelse 1997/98:290). Regeringen uppdrog i december 1999 åt Socialstyrelsen att utreda ovan angivna frågeställningar. Styrelsen redovisade uppdraget i december 2001. Socialstyrelsen bedömer att en ny enhetlig tillsynslagstiftning för psykologfrågor inte är någon lösning på de problem som finns med oseriös yrkesutövning på psykologområdet. Man har inte funnit skäl att särbehandla psykologiska insatser, vilket skulle utgöra ett avsteg från den utveckling som har skett inom lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område, där lagstiftaren har strävat efter en sammanhållen lagstiftning som omfattar all hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen föreslår i stället att man inom respektive samhällsligt område identifierar vilka problem

som finns och därefter ser över vilka lämpliga åtgärder som kan vidtas.

När det gäller frågan om det finns behov av att begränsa rätten att behandla vissa allvarliga psykiska besvär, konstaterar Socialstyrelsen att det finns en svårighet att formulera en entydig förbudsdefinition och att kunskaper om förekomst och art av hälsofarliga behandlingar är bristfällig, varför det i dagsläget inte finns tillräckligt underlag för att föreslå ytterligare begränsningar. Detta innebär inte att det är tillåtet att bedriva hälsofarliga behandlingar på det psykologiska och psykoterapeutiska området. Det finns generella bestämmelser som förbjuder behandling av patient som leder till skada som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada. Regeringen har mot bakgrund av slutsatserna i Socialstyrelsens rapport inte för avsikt att vidta några ytterligare åtgärder.

Att inleda en läkemedelsbehandling är en av de vanligaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården. Läkemedel använda på rätt sätt har en stor potential för att lindra och bota sjukdomar samt ge personer en högre livskvalitet. Det är således angeläget att alla kan känna sig trygga i att säkra och effektiva läkemedel finns tillgängliga för alla till en rimlig kostnad. Det är dock av allra största vikt att läkemedel används på ett adekvat och kostnadseffektivt sätt så att samhällets resurser utnyttjas där de gör mest nytta och så att patienter inte kommer till skada på grund av felaktig läkemedelsbehandling. För att åstadkomma detta måste läkemedel ses som en integrerad del av den övriga hälso- och sjukvården. Endast när så är fallet kommer avvägningar mellan läkemedelsbehandling och övriga behandlingar att fullt ut realiseras.

Två år har gått sedan lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. trädde i kraft. Kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna har därefter varit gynnsam. Detta tyder på att reformen 2002 hittills har haft önskvärd effekt. Kostnadsutvecklingstakten för läkemedel har bromsats upp. Bakgrunden till det är att många och stora prissänkningar på läkemedel har genomförts där det finns flera likvärdiga läkemedel på marknaden. Priskonkurrensen på marknaden för generiska läkemedel som uppstod till följd av reformen om utbyte av läkemedel på apotek har överträffat förväntningarna och har i kombination med utgången av patenten på ett antal stor-säljande preparat lett till sjunkande kostnadsutvecklingstakt för läkemedelsförmånerna under

2003 och t.o.m. minskade kostnader under de åtta första månaderna 2004, jämfört med samma period året innan.

Utformningen av avtalet mellan staten och Landstingsförbundet om statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna under perioden 2002 t.o.m. 2004 har medfört att landstingen har fått förstärkta incitament till att göra kostnadsavvägningar mellan olika behandlingsformer jämfört med tidigare avtalsperioder. Detta har lett till en ökad kostnadsmedvetenhet vad det gäller läkemedel i landstingen. Landstingen har under perioden aktivt arbetat med att uppnå en rationell och kostnadsmedveten läkemedelsanvändning. Detta arbete har även bidragit till att hålla nere kostnadsutvecklingstakten. Det är dock viktigt att landstingen, för de patienter där det är relevant, även möjliggör förskrivning och användning av nya, dyrare läkemedel som av Läkemedelsförmånsnämnden har bedömts som kostnadseffektiva.

Den modell för statens ersättning till landstingen som har förelegat under den senaste treårsperioden har i stort fungerat bra. Regeringen har därför gjort bedömningen att det är lämpligt att under kommande treårsperiod fortsätta med en likartad överenskommelse. En överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet har därför nyligen träffats som reglerar statens ersättning till landstingen under perioden 2005 t.o.m. 2007. Staten ersätter landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. Vidare anges i avtalet bl.a. att regeringen skall verka för att kostnaderna för dosdispensering av läkemedel inte längre skall finansieras genom Apoteket AB:s handelsmarginal. Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna kommer troligtvis att fortsätta att öka i takt med att befolkningen blir allt äldre och nya behandlingsmetoder utvecklas för sjukdomar som tidigare saknat behandling. Det är dock angeläget att utvecklingstakten hålls på en rimlig nivå. De åtgärder som har genomförts under de senaste åren har haft en mycket gynnsam effekt på utvecklingen. Det är dock osäkert om det är en bestående effekt eller om ökningstakten återigen kommer att stiga. Det är därför av största vikt

att noggrant följa utvecklingen på läkemedelsområdet och vara öppen för att eventuellt ytterligare åtgärder kan komma att krävas i framtiden.

3.7 Verksamhetsområde Tandvård

3.7.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Hösten 2003 fattade regeringen beslut om vissa ändringar i reglerna om högkostnadsskydd avseende protetik för personer som är 65 år eller äldre. De ändrade reglerna innebär att ersättningen till vårdgivarna fr.o.m. den 1 januari 2004 inte får vara högre än vad som motsvarar folktandvårdens pris i det landsting där vården utförs. Samtidigt begränsades i viss mån möjligheterna att få implantat. Implantatstött protetik bakom kindtänderna omfattas inte längre av högkostnadsskyddet. Detsamma gäller implantatbehandling i de fall då patienten har en helprotes som fungerar väl.

Socialstyrelsen publicerade i september 2003 rapporten Indikationer för dentala implantat. Riksförsäkringsverket (RFV) utfärdade hösten 2003 allmänna råd om implantat med utgångspunkt i Socialstyrelsens slutsatser (RAR 2003:8). De av regeringen beslutade förordningsändringarna rörande implantat bygger på delar av RFV:s allmänna råd.

RFV har i uppdrag att i sin tillsyn särskilt granska handläggningen av förhandsprövningsärenden avseende högkostnadsskyddet för äldre vid försäkringskassan i Skåne, den försäkringskassa som hanterar sådana ärenden. Socialstyrelsen skall granska hur behandlingsförslagen överensstämmer med tandläkarens skyldigheter enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Båda uppdragen skall redovisas i delrapporter senast den 31 oktober 2004 och i slutrapporter senast den 31 maj 2005.

För att öka landstingens möjligheter till kostnadskontroll avseende tandvården för särskilda patientgrupper har ändringar i tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338) genomförts. De nya reglerna trädde i kraft den 1 januari 2004 och innebär bl.a. att ersättningen till privata vårdgivare skall följa folktandvårdens priser, om inte annat överenskommit. Det har

även tydliggjorts att det krävs ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser för att en person skall omfattas av bestämmelserna om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. I tandvårdsförordningen har regeringen preciserat vad som innefattas i begreppet nödvändig tandvård.

3.7.2 Resultatbedömning

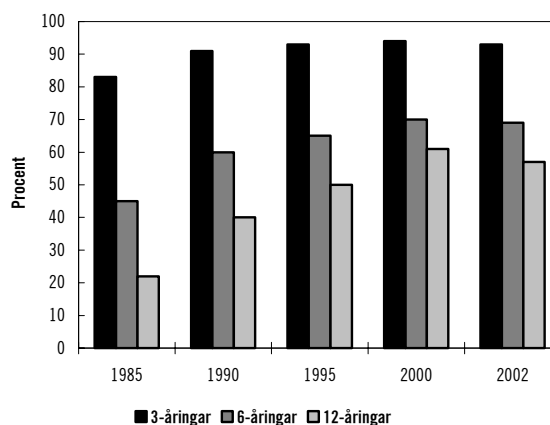
Resultat

Tandhälsans utveckling

Vid bedömningen av hur vårdens tillgänglighet och kvalitet har utvecklats inom verksamhetsområdet tandvård är olika mått på tandhälsa viktiga indikatorer. Det är dock svårt att särskilja det som är ett resultat av statliga insatser för ökad kvalitet och tillgänglighet från andra förhållanden som har betydelse. Tandhälsans utveckling är viktig för att bedöma vilka insatser som krävs från statens och huvudmännens sida, men beror till stor del på livsstilsfaktorer såsom kostvanor och munhygien. Tandvården har emellertid också en viktig roll i det förebyggande arbetet och kan därigenom påverka individernas beteende även i sådana avseenden.

Aktuell riksomfattande statistik rörande tandhälsan finns endast för barn och ungdomar, vilka enligt tandvårdslagen (1985:125) skall erbjudas avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 19. Tandhälsan i dessa grupper och framför allt hos de äldsta ungdomarna kan dock ge en indikation på hur utgifterna för tandvårdsförsäkringen kommer att påverkas när nya årskullar övergår från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården till tandvårdsförsäkringen. Statistiken för de senaste åren tyder på att det finns tendenser till avmattning när det gäller förbättringen av tandhälsan och t.o.m. små försämringar kan exempelvis utläsas när det gäller andelen ungdomar som är kariesfria. Det kan finnas olika förklaringar till att statistiken ser ut på detta sätt, bl.a. att man kallar patienter i riskzonen oftare medan de som har god tandhälsa inte kallas varje år.

Diagram 3.4 Andelen kariesfria barn (%)



Källa: Socialstyrelsen

I fråga om vuxnas tandhälsa är det en brist att det saknas nationella kartläggningar. Lokala undersökningar kan dock ge en indikation på vilka förändringar som skett under senare år. Epidemiologiska undersökningar av tandhälsan hos 35-, 50-, 65- och 75-åringar har gjorts i bl.a. Norrbottens, Västerbottens och Dalarnas läns landsting i början på 2000-talet. I Norrbotten och Västerbotten avser undersökningarna 2001 respektive 2002. Undersökningen i Dalarna genomfördes under 2003. Alla tre undersökningarna tyder på att det skett en betydande förbättring av tandhälsan under de senaste 10–20 åren. En av de mest påfallande förändringarna är den kraftiga minskningen av total tandlöshet. Tandlöshet är vanligare bland de äldsta i Norrland än i andra delar av landet. I Norrbottens län var 38,7 procent av 75-åringarna tandlösa 2001. Alla undersökningarna visade dock att andelen tandlösa bland 65-åringarna hade sjunkit betydligt. Bland 50-åringarna är högst en procent tandlösa, jämfört med minst var tionde i början på 1980-talet. Ännu 1991 var 11,6 procent av 50-åringarna tandlösa i Norrbotten. Beträffande förekomsten av tandlossningssjukdom är bilden inte entydig i de olika undersökningarna. I Norrbotten hade en förbättring skett sedan början av 1990-talet, medan det i Västerbotten sedan 1990 hade skett en viss ökning av andelen personer med tecken på tandlossningssjukdom. I Västerbotten noterades också en ökning av den andel som hade karies. Antalet tänder utan lagningar hade enligt undersökningarna ökat sedan början på 1990-talet, men hos personer i åldrarna 50 år och uppåt är fortfarande de flesta tänder lagade.

Under 2002 genomfördes också en enkätundersökning om tandvård, tandvårdsattityder och självupplevd tandhälsa bland samtliga 50- och 60-åringar i Örebro och Östergötlands län. Majoriteten var nöjda med sina tänder och det var mindre än fem procent som uppgav att de hade mindre bra eller dålig tuggförmåga. Andelen regelbundna tandvårdsbesökare var större bland dem som ansåg sig ha god tuggförmåga. De som var födda utanför Sverige ansåg sig oftare ha sämre tuggförmåga. Mindre än en procent av 50-åringarna uppgav att de hade delprotes eller helprotes. Ungefär var fjärde person i undersökningen angav att de hade haft tandvärk det senaste året. Andelen var högst hos 50-åringarna. Skillnaderna i mun- och tandhälsa mellan kvinnor och män var små, men det var en större andel kvinnor som uppgav att de aldrig hade haft tandvärk. Besvär av muntorrhet var dock mer vanligt förekommande hos kvinnor.

Vårdens kvalitet

Socialstyrelsen fick i sin tillsynsverksamhet under 2003 bilden av en ökad vårdbelastning på grund av den rådande tandläkarbristen. I några regioner är det dessutom brist på övrig tandvårdspersonal. Socialstyrelsen konstaterar att tillgänglig tid för planerad tandvård successivt har krympt. Man försöker klara situationen genom att använda medarbetarnas kompetens på andra sätt och med utökad delegering. På vissa ställen kan detta innebära risker för patienterna, även om det på många håll fungerar bra. En enkät i den norra regionen angående den käkbensförankrade protetik visade att sådan protetik är förhållandevis vanlig och att många tandläkare bedömde att behovet sannolikt kommer att öka. Generellt var tandläkarna medvetna om riskerna för patienterna i samband med dessa ingrepp. Brister som konstaterats vid Socialstyrelsens tillsyn har i flera fall lett till åtgärder i de berörda länen eller hos enskilda yrkesutövare. Det förefaller som om de flesta folktandvårdskliniker och en del privatkliniker infört system för avvikelshantering. Däremot är det få som har infört ett systematiskt, fortlöppande och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete.

Antalet Lex Maria-anmälningar uppgick under 2003 till 89, vilket innebar en ökning med 65 procent (dvs. 35 ärenden) jämfört med året innan. Socialstyrelsen bedömer emellertid att den kraftiga ökningen sannolikt till en del beror

på att avvikelshantering inom tandvården fungerar betydligt bättre än tidigare. Under 2003 överlämnades 12 ärenden som rörde tandläkare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN prövade under 2003 ett tiotal ärenden rörande tandläkare, efter anmälan av Socialstyrelsen. I samtliga ärenden biföll nämnden Socialstyrelsens begäran om påföljd eller behörighetsinskränkning.

Socialstyrelsen tycker sig kunna skönja en vårdkedjeproblematik i några ärenden där flera yrkeskategorier varit inblandade i samma behandling. I en del Lex Maria-ärenden finns det skäl att misstänka att ökad arbetsbelastning varit en bidragande orsak till händelsen.

Tandvårdens tillgänglighet

Personal

En av förutsättningarna för att tandvården skall vara tillgänglig för alla är att det finns tillräckligt med kompetent personal. Ett av problemen i dag är tandvårdsresursernas ojämna fördelning över landet. En enkät från Socialstyrelsen till folktandvården hösten 2003 visade att det i de flesta landstingsområden fanns behov av att anställa såväl tandläkare som tandhygienister. Socialstyrelsen har inom ramen för NPS (det nationella planeringsstödet) utvecklat en metod för att beskriva tillgången och efterfrågan på tandläkare och tandhygienister. Den första rapporten i januari 2004 om tandvårdens tillgång på tandläkare och tandhygienister visar att tillgången på tandläkare minskade med cirka 400 personer under perioden 1995–2001, till stor del beroende på ökad emigration. Under samma period ökade antalet tandhygienister sysselsatta inom tandvården med 600 personer. Tandläkartätheten i länen varierade mellan 63 och 93 tandläkare per 100 000 invånare. Tandhygienisttätheten varierade mellan 20 och 64 tandhygienister per 100 000 invånare. I de län som hade den högsta tandhygienisttätheten var tandläkartätheten relativt låg, men det fanns också län som hade en låg täthet av båda yrkesgrupperna. Arbetslösheten är låg för tandläkare och tandhygienister. Under 2001 uppgick den till en halv respektive knappt två procent.

Väntetider

I oktober 2003 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning om väntetider inom folk-

tandvårdens allmäntandvård. Drygt hälften av de redovisade klinikerna, 52 procent, hade möjlighet att ta emot nya vuxenpatienter utan akuta besvär, vilket innebar en fördubbling jämfört med 2002. Samtidigt uppgav 14 procent av klinikerna att de hade väntetider på över 24 månader. Antalet patienter på dessa klinikers väntelistor var dessutom så stort att det motsvarade 40 procent av samtliga redovisade patienter. Väntetiderna varierade kraftigt mellan landstingen men det fanns enligt Socialstyrelsen inte någon tydlig geografisk fördelning.

Prisutveckling

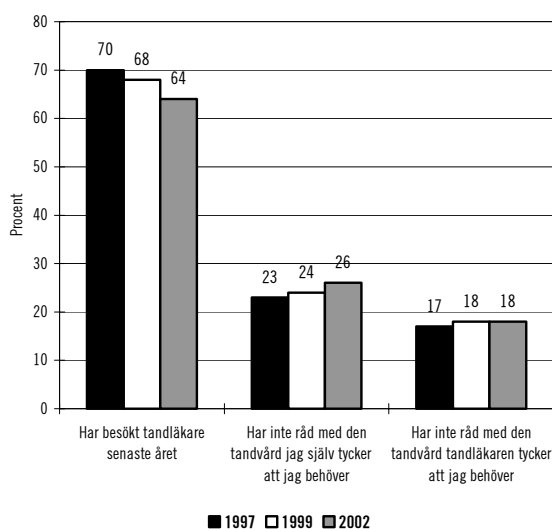
Tandvårdens tillgänglighet för enskilda är också beroende av hur mycket den kostar. I en rapport från Riksförsäkringsverket (RFV) i april 2003 (Prisutvecklingsanalys för tandvård perioden 2000–2002) redovisas att patientavgifterna 2000–2002 höjdes med i genomsnitt 16–27 procent hos folktandvården och 6–26 procent hos de privata vårdgivarna, beroende på typ av behandling. Konsumentprisindex (KPI) ökade under den aktuella perioden med 5 procent. När det gäller högkostnadsskyddet för personer över 65 år redovisar RFV i rapporten Högkostnadsskyddet inom tandvården – Första året (RFV analyserar, 2003:18) att begärda priser hos privata tandläkare ökade med 5,4 procent under högkostnadsskyddets första 15 månader, dvs. fr.o.m. juli 2002 t.o.m. september 2003. Den totala prisökningen hos folktandvården var under samma period 4,9 procent. Sammantaget uppgick prisökningen för protetik som omfattas av högkostnadsskyddet till 5,3 procent, vilket är klart högre än ökningen av KPI som var 1,6 procent under denna period. Prishöjningar på sådan protetik belastar dock försäkringen i stället för den enskilde patienten på grund av högkostnadsskyddets konstruktion. I Konkurrensverkets rapport Tandvård och konkurrens (2004:1) uppges att den totala prishöjningen efter införandet av fri prissättning, den 1 januari 1999, fram till och med december 2003 uppgick till 64 procent med en felmarginal på +/- 9 procentenheter. Som jämförelse nämns att KPI hade stigit med 7 procent sedan den 1 oktober 1997, då den taxa som gällde före införandet av tandvårdsreformen, och som låg till grund för nu gällande ersättningsbelopp, fastställdes. Den totala prishöjningen inom folktandvården efter avregleringen 1999 och fram till och med januari 2003 uppskattas till i genomsnitt cirka 50 procent.

Konkurrensverket anser att det finns en begränsad priskonkurrens och att folktandvården i viss utsträckning fungerar som prisedare.

Tandvårdsutnyttjande

Enligt Socialstyrelsens senaste intervjuundersökning i fyra län från 2002 hade 64 procent av de tillfrågade besökt tandläkare för mindre än ett år sedan medan 84 procent hade varit hos tandläkare under den senaste tvåårsperioden. Andelen som inte hade besökt tandläkare under de senaste två åren var närmare 30 procent bland arbetslösa och personer som uppburit socialbidrag under det senaste året, det vill säga nästan dubbelt så hög som bland samtliga intervjuade.

I de undersökningar i fyra län som genomfördes 1997, 1999 och 2002 fick de tillfrågade bl.a. ta ställning till påståendena ”Jag har inte råd att få den tandvård jag själv tycker jag behöver” respektive ”Jag har inte råd att få den tandvård tandläkaren tycker att jag behöver”. År 1997 instämde 23 procent i det första påståendet medan 17 procent höll med om det andra påståendet. Fem år senare hade andelen som inte ansåg sig ha råd med den tandvård de behövde ökat något och uppgick till 26 procent. Andelen som inte ansåg sig ha råd med den tandvård som tandläkaren ansåg att de behövde ökade endast med en procentenhet under perioden. Det är alltså ungefär en fjärdedel som inte anser sig ha råd att få sitt tandvårdsbehov tillgodosett och det tycks inte ha skett någon större förändring i samband med införandet av det nuvarande tandvårdsstödet 1999. Andelen individer som anser att tandvården är dyr i jämförelse med sjukvård och läkemedel har ökat sedan 1999. År 2002 ansåg 87 procent av kvinnorna och 75 procent av männen att tandvården var dyr i jämförelse med sjukvård och läkemedel. Den största attitydförändringen har, enligt undersökningen, skett bland kvinnor.

Diagram 3.5 Tandvårdsutnyttjande, intervjustudier 1997/1999/2002

Källa: Socialstyrelsen, Tandvården i fyra län, tre intervjustudier

Tandvårdsstödet

När det gäller tandvårdsförsäkringens ersättning för bastandvård samt protetik för personer under 65 år har förändringarna varit små under de senaste åren. En långsam ökning av utgifterna som beror på en något ökad konsumtion av tandvård har dock noterats. Utgiften för bastandvård för personer som är 65 år eller äldre ökade under 2002 och 2003 som en följd av att tandvårdsersättning för undersökning infördes och att ersättningen för flertalet andra åtgärder höjdes med 50 procent. Någon stor efterfrågeökning tycks dock inte ha skett för denna åldersgrupp. Det kan dock antas att väntetiderna i förhandsprövningsärenden angående högkostnadsskyddet för protetik lett till att även en del bastandvård skjutits upp.

Högkostnadsskyddet avseende protetik för äldre

Utgifter för protetik för personer i åldrarna 65 år och äldre uppgick under 2003 till drygt en miljard kronor. Under det första halvåret 2004 inkom mellan 3 000 och 4 000 ansökningar i månaden avseende förhandsprövning enligt reglerna om högkostnadsskydd för protetik. Ungefär lika många ärenden avgjordes under samma tid av försäkringskassan. I drygt 90 procent av ärendena godkändes ansökan helt eller delvis. Drygt hälften av ansökningarna avsåg kvinnor.

Socialförsäkringsadministrationen gjorde under 2003 insatser för att minska handläggningstiderna vid förhandsprövningen av stödet.

Insatserna har redovisats av RFV i flera rapporter till regeringen. Vid slutet av 2003 var genomströmningstiden för förhandsprövningar 2–4 månader beroende på föreslagen behandling, vilket innebär att situationen förbättrats betydligt jämfört med det första året efter införandet av stödet då väntetiden ofta uppgick till sex månader eller mer. Antalet inkommande ansökningar tycks ha minskat under det första halvåret 2004 även om det fortfarande är för tidigt att dra några slutsatser om vilken nivå antalet inkommande ansökningar kommer att stabiliseras på. Ansträngningarna att förkorta handläggningstiderna innebar emellertid att arbetet med kvaliteten blev eftersatt. RFV utfärdade därför allmänna råd avseende skälighetsbedömningen av vårdgivarens begärda ersättning, samt vissa förutsättningar för att implantatbehandling skall omfattas av högkostnadsskyddet. RFV bedömer att kvaliteten avseende prövningen av vad som är nödvändig vård höjdes under årets sista månader, men att problem kvarstod vad gällde arbetet med att besluta om skäligt pris.

RFV har på regeringens uppdrag följt upp tandvårdsstödet för äldre och överlämnade en slutrapport i början på december 2003. Några av RFV:s slutsatser är:

- Kostnaden för den enskilde har minskat med mellan 54 och 61 procent för större behandlingar sedan högkostnadsskyddet infördes.
- Andelen implantat har ökat. Antalet utförda implantatbehandlingar i åldersgruppen 65 år och äldre hade tredubblats vid en jämförelse mellan juli och augusti 2003 och samma period 2000.
- Prisökningen för protetiska åtgärder under högkostnadsskyddets första 15 månader var 5,3 procent, vilket var betydligt högre än utvecklingen av konsumentprisindex, som ökade med 1,6 procent under samma period.

RFV konstaterar att de nya bestämmelserna har medfört en förändring av behandlingsmönstret från konventionell fast protetik till implantatbehandlingar. En orsak är att bastandvårdsåtgärder, t.ex. rotfyllning, inte ingår i högkostnadsskyddet. När patienten väl passerat karensbeloppet på 7 700 kronor blir det billigare att dra ut en tand och ersätta den med implantat än att utföra en konventionell behandling inom bastandvår-

den. Att andelen implantat ökat beror också på att det blivit ekonomiskt möjligt för fler patienter att få sådan behandling.

RFV har i rapporter i april och juli 2004 på regeringens uppdrag analyserat effekterna av de tidigare nämnda ändringarna i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa som infördes i januari 2004 och de allmänna råd som utfärdats till stöd för handläggningen av ärenden inom högkostnadsskyddet. Myndigheten fann att förtydligad normering gjort att försäkringskassans beslut i betydligt högre utsträckning präglades av lagstiftarens intentioner. Försäkringskassan har, i enlighet med förordningen, sedan årsskiftet inte beviljat några förhandsprövningar avseende implantatstödd protetik bakom kindtänderna. Vidare beviljas mer sällan ersättning för behandlingar som innebär utdragningar av friska tänder inför implantatbehandling samt för implantatbehandling vid otillräcklig benmängd eller för dålig benkvalitet. Även förekomsten av beviljade förhandsprövningar som avser implantatbehandling i delvis tandförsedda käkar i tandluckor omgivna av tänder med omfattande fyllningar har minskat. RFV bedömer också att försäkringskassan huvudsakligen följt RFV:s allmänna råd vid den beräkning av den högsta möjliga ersättningen för behandlingen

som görs i samband med prövningen av behandlingsförslaget. I den andra rapporten redovisar RFV dock att försäkringskassan i cirka 12 procent av ärendena i ett slumpmässigt urval inte hade följt de allmänna råden.

Landstingens ansvar för tandvård åt särskilda patientgrupper

De senaste uppgifterna som för närvarande finns tillgängliga om resultatet av landstingens verksamhet avseende uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa grupper av äldre och funktionshindrade samt tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling avser 2002. De har i vissa delar redovisats i budgetpropositionen för 2004. Anslaget 48:1 *Generellt statsbidrag till kommuner och landsting* (fr.o.m. 2005 anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning*) inom utgiftsområde 25 har ökat med 281 miljoner kronor från och med 2004 för att kompensera landstingen för ökade kostnader. Från och med 2005 ökas anslaget med ytterligare 30 miljoner kronor för detta ändamål. År 2004 höjdes engångsvis det generella statsbidraget med 204 miljoner kronor som kompensation för verksamhetens beräknade underskott under tiden 1999–2003.

Tabell 3.6 Tandvårdens totala kostnader, 1998–2002

Miljoner kronor, löpande priser

	1998	1999	2000	2001	2002
Patientavgifter	7 501	8 130	9 056	9 862	10 424
<i>varav</i>					
Offentlig tandvård	2 146	2 388	2 198	2 036	2 160
Privat tandvård	5 355	5 742	6 858	7 826	8 264
Patientavgifter som andel av totala kostnader	58,6%	59,7%	62,0%	63,5%	61,3%
Landstingens nettokostnader ¹	3 302	3 284	3 411	3 471	4 257
Landstingens investeringsutgifter ¹	137	186	151	143	153
Tandvårdsförsäkringen	1 755	1 463	1 414	1 487	1 607
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd		405	405	405	405
Administrationskostnader för försäkringen	99	151	163	168	169
Summa	12 794	13 619	14 600	15 536	17 015
Årlig förändring av de totala kostnaderna		+6,4%	+7,2%	+6,4%	+9,5%

¹ En ny verksamhetsindelning infördes i landstingen 2001. Med anledning av detta är landstingens nettokostnader samt investeringsutgifter avseende 2002 endast jämförbara med 2001.

Källa: Socialstyrelsen, SCB, RFV

Analys och slutsatser

Utvecklingen som skedde under 1900-talets sista decennier innebar stora förbättringar av tandhälsan i alla åldersgrupper. Under senare år har den positiva utvecklingen inte fortsatt i samma takt. Försämrade kostvanor med ökad konsumtion av bl.a. läskedrycker och godis har utpekats som en riskfaktor, främst för de yngre. Det finns anledning för tandvårdens aktörer att noga följa den fortsatta utvecklingen, särskilt beträffande barns och ungdomars tandhälsa, och överväga olika åtgärder för att säkerställa en fortsatt god tandhälsa. Regeringen har också angivit som mål för verksamhetsområdet tandvård att tandhälsan skall förbättras för de grupper som är mest efter-satta ur tandhälsosynpunkt. Detta är viktigt mot bakgrund av de betydande skillnader som finns mellan olika socioekonomiska grupper.

Tillgängligheten behöver förbättras. Att det finns en relativt stor grupp människor som uppger att de tvingas avstå från tandvård av ekonomiska skäl är inte tillfredsställande. För närvarande saknas emellertid ekonomiskt utrymme för förstärkningar av tandvårdsstödet.

Rapporterna från Konkurrensverket och Konsumentverket visar att det finns brister i hur marknaden för tandvård fungerar. Det är uppenbart att informationen till patienterna måste förbättras. Till att börja med måste vårdgivarna följa de regler som finns i tandvårdslagen (1985:125) och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa om skyldighet att tillhandahålla information. Bättre information om kostnader och behandlingsalternativ ger tandvårdskonsumenter större möjligheter att göra rationella val. Även andra hinder för konkurrensen kan finnas. Konkurrensverket pekar på en lång rad andra faktorer i sin rapport, som för närvarande är under beredning inom Regeringskansliet.

Det finns i dagsläget en brist på tandläkare, som till stor del är regional, och antalet yrkesverksamma tandläkare kommer sannolikt att minska relativt kraftigt under de kommande åren. Socialstyrelsens bedömning av den framtida utvecklingen av tillgången på tandläkare och tandhygienister inom ramen för NPS blir ett viktigt underlag inför kommande ställningstaganden. Redan nu bedömer dock regeringen att det finns tillräckligt underlag för en dimensioneringsökning av tandläkarutbildningen fr.o.m. 2005. Utökningen bör ske genom att antalet helårsstudenter ökas från 200 till 300 vid

Göteborgs universitet och från 200 till 225 vid Umeå universitet. En utökning av antalet utbildningsplatser har bl.a. föreslagits av utredningen Tandvårdsöversyn 2000 i betänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53). Regeringens bedömning utvecklas närmare under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning under rubriken Insatser. För att behovet av tandsköterskor med adekvat utbildning skall kunna tillgodoses har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att bedöma tillgången på och behovet av tandsköterskor samt vilken kompetens som krävs för denna yrkeskategori. Uppdraget skall redovisas senast den 31 oktober 2004.

När det gäller högkostnads skyddet för äldre tyder RFV:s uppföljning på att de åtgärder som vidtagits har haft effekt, vilket kommer att leda till att försäkringsutgifterna blir lägre än om regelverket hade varit oförändrat. Regeringen kommer att följa utvecklingen kontinuerligt och även undersöka om det finns problem som är förknippade med stödets konstruktion.

3.8 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten avseende budgetåret 2003 för samtliga myndigheter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för myndigheterna.

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

Riksrevisionen anser i sin rapport att regeringen inte har konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar på ett sådant sätt att de har kunnat omsättas i praktiken. Riksrevisionen anser även att regeringen varit alltför passiv i sitt uppföljningsarbete vilket fått konsekvensen att riktlinjerna för prioriteringar fått en relativt undanskymd roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Riksrevisionen anser därför bland annat att regeringen bör vidta åtgärder för att utveckla riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Med anledning av revisionens påpekanden avser regeringen att ta initiativ till åtgärder i frågan.

Riksrevisionens föregångare Riksrevisionsverket (RRV) har bedrivit ett granskningsprogram av hälso- och sjukvården. RRV har granskat hur utvärderingsfunktionen fungerar inom hälso- och sjukvården samt förutsättningarna för den nationella handlingsplanen att vara ett effektivt styrmedel.

3.9 Budgetförslag

3.9.1 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 3.7 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

2003	Utfall	2 845 558	Anslags-sparande	656 472
2004	Anslag	4 061 410	Utgifts-prognos	4 056 861
2005	Förslag	3 498 000		
2006	Beräknat	3 430 000		
2007	Beräknat	3 518 000		

Anslaget finansierar huvudsakligen det statliga tandvårdsstödet som administreras av försäkringskassorna. Dessutom ingår i anslaget medel till kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Under 2003 ingick utgifter för sjukvård i internationella förhållanden i anslaget. Från och med 2004 finns ett särskilt anslag, 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden*, för de utgifter som avser s.k. EU-vård samt konventionsvård enligt bilaterala överenskommelser med vissa länder. För hela anslaget blev utfallet under 2003 drygt 2,8 miljarder kronor. Anslagssparandet blev drygt 0,65 miljarder kronor. Utgifterna för sjukvård i internationella förhållanden understeg anslagna medel med ungefär 40 miljoner kronor men anslagssparandet blev endast 16 miljoner kronor på grund av ett negativt ingående överföringsbelopp vid årets början.

År 2003 blev den totala utgiften för anslagsposten Tandvårdsersättning 2,6 miljarder kronor, vilket var en ökning med ungefär en miljard kronor jämfört med föregående år. Genom tilläggsbudget i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2004 ökades anslaget med totalt 530 miljoner kronor. Det slutliga utfallet 2003 blev drygt 200 miljoner kronor lägre än anslaget. På grund av ett överskott från föregående år uppgick

anslagssparandet vid årets slut till drygt 600 miljoner kronor.

Protetiken svarade för större delen av utgiftsökningen 2003 och utgiften för sådan behandling uppgick till totalt 1,3 miljarder kronor. Utgiften för bastandvård blev närmare 1,3 miljarder kronor, vilket var cirka 150 miljoner kronor högre än 2002. Ökningen berodde till största delen på den höjning av ersättningsbeloppen för personer över 65 år som skedde den 1 juli 2002. Drygt en tredjedel (36 procent) av utgiften för bastandvård utbetalades för denna åldersgrupp. Förhöjd ersättning till långvarigt sjuka och funktionshindrade utgör en mycket liten del av försäkringsutgifterna. År 2003 blev utfallet för den förhöjda ersättningen 25 miljoner kronor, vilket innebar en ökning med 25 procent jämfört med 2002.

Riksförsäkringsverket (RFV) har i särskilda rapporter redovisat kostnadsutvecklingen avseende de förändringar i tandvårdstaxan som genomfördes den 1 januari 2001 och den 1 april 2002 och som i huvudsak innebar att karensbeloppet avskaffades för helproteser och partiella proteser. Utgiften för avtagbar protetik inom högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre uppskattades till 153 miljoner kronor under perioden juli 2002–juni 2003. På grund av karensbeloppet på 7 700 kronor är det inte möjligt att exakt ta reda på den faktiska utgiften som belastat tandvårdsförsäkringen. För tandvård som inte omfattas av högkostnadsskyddet uppgick utgiften för avtagbar protetik till 122 miljoner kronor under denna period.

Den kraftiga utgiftsökningen för tandvårdsförsäkringen beror på att högkostnadsskyddet för protetik för personer som är 65 år och äldre under 2003 successivt fick allt större effekt på utgifterna. Den totala utgiften för högkostnadsskyddet under 2003 uppgick till 1 035 miljoner kronor. För att dämpa kostnadsutvecklingen för denna del av tandvårdsstödet vidtogs olika åtgärder under 2003. Dessa väntas påverka utgifterna först under 2004 på grund av det i regel långa tidsspännat från försäkringskassans beslut om förhandsprövning till det att en utgift uppstår.

Medel har under 2002 och 2003 utbetalats till Konkurrensverket och Konsumentverket för uppdrag att analysera konkurrensen på tandvårdsmarknaden respektive patientens ställning. Myndigheterna har överlämnat varsin rapport som för närvarande bereds inom Regeringskansliet. Ett problem som båda myndigheterna

tar upp är patienternas behov av bättre information om priser och behandlingsalternativ. Konkurrensverket redovisar också ett flertal andra faktorer, som man menar hämmar konkurrensen, samt föreslår olika åtgärder.

Regeringen har under perioden 2002–2004 betalat ut 15 miljoner kronor till Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum för verksamhet som avser forskning och fortsatt utvärdering av patientmaterial samt utveckling av diagnosmetoder och behandlingsplaner. Arbetet bedrivs enligt en detaljerad projektplan och handlar bl.a. om att ta till vara och systematisera den information som samlats om patienterna vid den tidigare Amalgamenheten i Uppsala. Samband mellan patienternas subjektiva bedömning av hälsoläget och objektiva data undersöks. En uppföljningsstudie skall göras av patienternas hälsoläge sedan fem år förflutit efter behandlingen. Stiftelsen skall också framställa ett utbildningsmaterial för primärvårdens och tandvårdens personal, och utarbeta diagnos- och behandlingsprotokoll. Stiftelsens årsrapport för 2003 visar att arbetet i stora delar löpt på enligt planerna men att fördröjningar uppstått till följd av att man först 2004 fått tillgång till patientjournaler. Vidare har arbetet delats upp i en serie delprojekt, där flera av projekten varit beroende av varandra. Stiftelsen har en internationell referensgrupp knuten till sig. I enlighet med avtalet mellan staten och stiftelsen har stiftelsen gett in årsredovisning och revisionsberättelse för räkenskapsåret 2003 till Socialdepartementet. Av årsredovisningen framgår bl.a. att förbrukningen av medel under 2003 uppgick till 3,35 miljoner kronor.

Socialstyrelsen disponerar årligen 13 miljoner kronor för fördelning till olika kompetens- och kunskapscentrum inom tandvårdsområdet. För 2003 gällde att högst 5 miljoner kronor fick tilldelas Kunskapscenter för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen, resterande medel skulle tilldelas andra centrum. Utbetalningarna under året uppgick totalt till nästan 12 miljoner kronor. KDM drivs som en självständig verksamhet inom Socialstyrelsen och har till uppgift att ge information, utbildning, konsultation och handledning inom området dentala material. Under 2003 publicerades sex kunskapsdokument på KDM:s webbplats. Arbeta pågår med ytterligare sex projekt och med revidering av tidigare publicerade dokument. Dessutom pågår samarbetsprojekt med Umeå universitet och

med NIOM (Nordiska Institutet för Odontologisk materialprövning). KDM medverkar också bl.a. i arbetet med att revidera och ta fram nya standarder inom området tandvård. Socialstyrelsen bedömer att gensvaret för det nationella kunskapscentrumet har varit fortsatt positivt med ett ökande intresse för den information centret tillhandahåller.

Regeringens överväganden

Tandvårdersättning

Utgifterna för högkostnadsskyddet för äldres protetik beräknas stiga kraftigt under 2004 på grund av att långa handläggningstider och behandlingstider m.m. begränsade utgifterna under 2002 och 2003. Genomströmningstiderna hos försäkringskassan i Skåne, som hanterar alla sådana ärenden, har nu kortats ned och allt fler behandlingar har hunnit genomföras. På grund av osäkerhet hos de data som finns avseende högkostnadsskyddets första tid är det svårt att prognostisera utfallet 2004 och framöver. De åtgärder som vidtagits av regeringen och Riksförsäkringsverket bedöms dock få en dämpande effekt på utgifterna. De förändringar som genomförts förväntas leda till en minskning av både antalet ansökningar och den genomsnittliga behandlingkostnaden. För övrig tandvård beräknas endast en liten utgiftsökning, eftersom efterfrågan inte förväntas öka i någon högre grad. Sammantaget bedömer regeringen att utgifterna kommer att minska, varför anslaget justeras för 2005–2007.

Kompetenscentrum på tandvårdsområdet

Även för 2005 skall 13 miljoner kronor avsättas till kompetenscentrum på tandvårdens område. Socialstyrelsen skall disponera medlen och avgöra hur de skall fördelas. Högst 5 miljoner kronor skall tilldelas Kunskapscenter för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen.

Åtgärder rörande dentala material

Av de 35 miljoner kronor som tidigare avsatts till åtgärder för att öka kunskaperna om hälsoproblem som relateras till dentala material och förbättra omhändertagandet av patienterna återstod vid utgången av 2003 ett anslagssparande om 25 miljoner kronor. Av dessa medel har 5 miljoner kronor utbetalats till Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum. Regeringen avser att

senare ta ställning till användningen av resterande 20 miljoner kronor.

Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	4 061 410	4 061 410	4 061 410
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volym	-563 410	-631 410	-543 410
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	3 498 000	3 430 000	3 518 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 3 498 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 3 430 000 000 kronor respektive 3 518 000 000 kronor.

3.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.9 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	Utfall	18 550 013	-1 611 625	
2004	Anslag	21 061 625 ¹		19 450 000
2005	Förslag	19 767 000		
2006	Beräknat	20 550 000		
2007	Beräknat	21 367 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

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

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

enskommelse gäller för åren 2002 t.o.m. 2004. Överenskommelsen lägger fast det belopp staten ersätter landstingen med för perioden samt reglerar genom en förlustdelningsmodell hur ett eventuellt överskridande av beloppet skall hantearas. För kostnaderna under 2003 erhöill landstingen enligt avtalet 18,7 miljarder kronor och för 2004 erhåller landstingen 19,6 miljarder kronor. Kostnadsutvecklingen hittills under avtalsperioden tyder på att staten, enligt förlustdelningsmodellen, inte kommer att behöva ersätta landstingen utöver det avtalade beloppet för avtalsperioden på 56,1 miljarder kronor.

Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. Från anslaget utbetalas således under 2005 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2004, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2005. Under 2003 utbetalades från anslaget således 18,55 miljarder kronor och för 2004 kommer 19,45 miljarder kronor att utbetalas. På anslaget finns för 2004 ett negativt ingående överföringsbelopp på drygt 1,6 miljarder kronor. Den tioprocentiga anslagskrediten är därmed i det närmaste fullt utnyttjad. Inför en ny avtalsperiod för 2005 och framåt bör anslagskrediten nollställas. Därigenom blir anslaget lättare att budgetera och följa upp. Åtgärden innebär ingen ökad belastning på utgiftstaket under 2004. För att åstadkomma denna nollställning ökas anslaget med 1 611 625 000 kronor på tilläggsbudget i samband med denna proposition (se volym 1, avsnitt 9.2).

Regeringens överväganden

En ny överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet som reglerar statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna för perioden 2005 t.o.m. 2007 har nyligen tecknats. Enligt överenskommelsen ersätter staten landstingen över avtalsperioden med totalt 62 miljarder kronor. Beloppet fördelas mellan åren med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. Överenskommelsen gäller under förutsättning att den god-

käns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	19 450 000	19 450 000	19 450 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	317 000	1 100 000	1 917 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	19 767 000	20 550 000	21 367 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 767 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 20 550 000 000 kronor respektive 21 367 000 000 kronor.

3.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 3.11 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifts- prognos	Anslags- sparande
2003	293 375		12 841
2004	Anslag 275 036	274 370	
2005	Förslag 269 199¹		
2006	Beräknat 288 124		
2007	Beräknat 288 124		

¹ Anslaget belastas med statlig ålderspensionsavgift med 1 075 tkr för 2005 avseende ersättning till smittbärare.

Syftet med anslaget är att genom riktade satsningar förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. Från anslaget utbetalas vissa statsbidrag i enlighet med den överenskommelse som träffas mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, den s.k. Dagmaröverenskommelsen. Vidare ingår i anslaget för 2004 ersättning till Hjälpmedelsinstitutet, medel för metod- och kunskapsutveckling, ersättning till smittbärare, statlig ålderspensionsavgift, ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för

att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddsförordningen, kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar, stöd till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen, medel till Centrum för patientklassificering och Socialstyrelsens projekt Hur mår Sverige, medel för inrättande av nationellt register över alternativ- och komplementärmedicinska utövare, medel till Familjemedicinska institutet, samt bidrag till Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa och till Vidarkliniken.

Anslaget för 2004 minskades jämfört med 2003 med cirka 12 miljoner kronor. Anslaget uppgår 2004 till drygt 275 miljoner kronor, varav de s.k. Dagmarmedlen utgör cirka 179,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

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

Den 18 december 2003 godkände regeringen en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för 2004. Överenskommelsen innebär att den tidigare inriktningen med en satsning för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården ligger fast. Därvidlag betonas både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet. Vidare kom man överens om att en satsning skall ske på uppbyggnad av en nationell sjukvårdsrådgivning per telefon. En ny överenskommelse kommer att tecknas före utgången av 2004.

Utöver den del av anslaget som omfattas av den kommande Dagmaröverenskommelsen för 2005, beräknas för 2005 5,5 miljoner kronor till verksamheten vid Centrum för patientklassificering samt statistikprogrammet Hur mår Sverige. Cirka 8,8 miljoner kronor beräknas för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt

smittskyddsförordningen samt för ersättning till smittbärare, och cirka 1,1 miljoner kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare. Regeringen beräknar vidare 424 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar samt cirka 1,9 miljoner kronor för stöd till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. För 2005 beräknas även 18 miljoner kronor till Familjemedicinska institutet. Vidare beräknar regeringen 2 miljoner kronor till inrättande av ett nationellt register över alternativ- och komplementärmedicinska utövare.

Regeringen beräknar att under 2005–2007 stödja dels Vidarkliniken med 3 miljoner kronor per år, dels Rett Center med 7 miljoner kronor per år.

Anslaget ökas med 8 miljoner kronor 2005, medel som skall tillföras Apoteket AB för upprättande och drift av läkemedelsförteckning. Från och med 2006 ökas anslaget med 3 miljoner kronor per år för driften av registret. Ökningarna finansieras av motsvarande neddragningar av anslaget 13:6 *Socialstyrelsen*.

Anslaget minskas under 2005 med 25 miljoner kronor för att finansiera en motsvarande ökning av anslaget 13:9 *Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.*

Den 1 januari 2005 inrättas ett nationellt råd för organ- och vävnadsdonation vid Socialstyrelsen. För att finansiera rådets verksamhet beräknas 7 miljoner kronor per år inom detta anslag.

Sedan 1992 har det statliga bidraget till Hjälpmedelsinstitutet uppgått till 51,2 miljoner kronor per år, inklusive 5,5 miljoner kronor för metod- och kunskapsutveckling vid institutet. Regeringen avser att höja bidraget fr.o.m. 2005 till sammanlagt 52,8 miljoner kronor, och anslaget ökas därför med 1,6 miljoner kronor per år fr.o.m. 2005.

Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	275 036	275 036	275 036
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	11 675	10 600	10 600
Överföring till/från andra anslag	-17 000	3 000	3 000
Övrigt	-512	-512	-512
Förslag/beräknat anslag	269 199	288 124	288 124

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 269 199 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 288 124 000 kronor respektive år.

3.9.4 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 3.13 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

2003	Utfall	38 155	Anslags-sparande	822
2004	Anslag	40 193	Utgifts-prognos	40 275
2005	Förslag	40 691		
2006	Beräknat	41 292 ¹		
2007	Beräknat	42 051 ²		

¹ Motsvarar 40 691 tkr i 2005 års prisnivå.

² Motsvarar 40 691 tkr i 2005 års prisnivå.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. Myndigheten skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig den kunskap som vunnits. SBU skall utvärdera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som har uppnåtts. SBU bedriver ett särskilt program (Alert) för tidig utvärdering av nya metoder som är på väg in i sjukvården. SBU:s verksamhet har i huvudsak redovisats under avsnitt 3.5.1. Anslaget uppgår 2004 till cirka 40,2 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2003. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av SBU:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	40 193	40 193	40 193
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	498	1 099	1 858
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	40 691	41 292	42 051

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 40 691 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 41 292 000 kronor respektive 42 051 000 kronor.

3.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 3.15 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

2003	Utfall	24 143	Anslags-sparande	2 042
2004	Anslag	25 661	Utgifts-prognos	27 247
2005	Förslag	26 394		
2006	Beräknat	26 605 ¹		
2007	Beräknat	27 045 ²		

¹ Motsvarar 26 394 tkr i 2005 års prisnivå.

² Motsvarar 26 394 tkr i 2005 års prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) skall pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina

yrken bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Myndighetens verksamhet innebär en medicinsk prövning av varje missnöjd patients klagomål och ger därmed möjlighet till en offentlig och oberoende genomlysning av vården. HSAN skall återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna. Under 2003 anvisades knappt 25,5 miljoner kronor på anslaget.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds årsredovisning för verksamhetsåret 2003 visar att antalet inkomna ärenden ökat med cirka 150 ärenden (cirka 5 procent) jämfört med 2002. Antalet avgjorda ärenden har under året varit något färre än antalet inkomna ärenden.

Under 2003 uppgick andelen ordförande-beslut till 83 procent. Motsvarande siffra för de två föregående åren var 80 procent respektive 77 procent. Ordföranden får ensam fatta beslut i bl.a. vissa ärenden som inte innefattar slutligt avgörande i sak, såsom beslut att avvisa för sent inkomna ärenden. Under 2003 avvisade nämnden 825 ärenden. Ordföranden får också fatta beslut i ärenden om disciplinpåföljd som innebär avgörande i sak, om det finns grundad anledning att anta att ärendet inte kan leda till någon disciplinpåföljd och beslutet inte gäller en fråga av principiell beskaffenhet, samt vissa ärenden om återkallelse av legitimation eller behörighet.

Handläggningstiden har förlängts något under 2003, från genomsnittliga 5,2 månader 2002 till 5,4 månader. Mediantiden har varit 5 månader under 2003 liksom 2002.

HSAN har i årsredovisningen för 2003 detaljerat redogjort för könsfördelning hos anmälade patienter, anmäld hälso- och sjukvårdspersonal, handläggare, ledamöter och experter. Myndigheten har också lämnat statistik över fördelningen av medicinska specialiteter i anmälda ärenden och i vilken utsträckning manliga respektive kvinnliga anmälare fått bifall till sina yrkanden. Under 2004 har HSAN även överlämnat en redovisning av myndighetens miljöledningsarbete.

Regeringens överväganden

Till anslaget 28:21 Riksarkivet och landsarkiven inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, tros-samfund och fritid överförs 12 000 kronor per år

fr.o.m. 2005. Detta är i enlighet med överenskommelser som tecknats mellan HSAN och Riksarkivet vid överlämnande av arkivhandlingar.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2003. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av HSAN:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 3.16 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	25 661	25 661	25 661
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	-255	-52	371
Beslut	1 000	1 008	1 025
Överföring till/från andra anslag	-12	-12	-12
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	26 394	26 605	27 045

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 26 394 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 26 605 000 kronor respektive 27 045 000 kronor.

3.9.6 13:6 Socialstyrelsen

Tabell 3.17 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	486 701	Anslags-sparande	32 254
2004	Anslag	487 885	Utgifts-prognos	508 975
2005	Förslag	492 096		
2006	Beräknat	502 541 ¹		
2007	Beräknat	511 545 ²		

¹ Motsvarar 497 041 tkr i 2005 års prisnivå.

² Motsvarar 497 041 tkr i 2005 års prisnivå.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst, tandvård, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. Socialstyrelsen har även ett samlat sektorsansvar för handikappoli-

tiken i vård- och omsorgsfrågor. Myndigheten skall säkerställa och främja god hälsa, social välfärd, omsorg och vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen ingår vidare i samverkansområdena Skydd, undsättning och vård samt Spridning av allvarliga smittämnen, giftiga kemikalier och radioaktiva ämnen. Dessa samverkansområden beskrivs under utgiftsområde 6 Försvar samt beredskap mot sårbarhet.

Utgifterna under anslaget uppgick under 2003 till cirka 486,7 miljoner kronor. Anslagssparandet uppgick till cirka 32 miljoner kronor vid utgången av 2003. Anslagssparandet härrör sig till stor del från 2001 då myndigheten tilldelades vissa medel som skall räcka t.o.m. 2004. Differensen mellan anslaget och utgiftsprognosen 2004 beror i hög grad på att en stor del av anslagssparandet beräknas förbrukas under året.

Ansvaret för administrationen av läkarnas specialistkompetenskurser överfördes den 1 september 2002 från Socialstyrelsen till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). För 2004 har cirka 16,6 miljoner kronor avsatts för SK-kurser. Medlen utbetalas från Socialstyrelsens anslag till IPULS.

I anslaget ingår 2004 ett belopp om 14 miljoner kronor som avsatts för Socialstyrelsens uppdrag att svara för nationell uppföljning och utvärdering av effekterna av de medel som avsattes i samband med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53), samt stöd till landstingens och kommunernas utvecklingsarbete.

Ansvaret för marknadsbevakningen av medicintekniska produkter överfördes från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket i september 2001, tillsammans med rättigheten att ta ut avgifter för verksamheten. Under 2004 utbetalas cirka 12,7 miljoner kronor från anslaget till Läkemedelsverket för denna verksamhet.

Socialstyrelsen har i februari 2004 redovisat sin kompetensförsörjning till regeringen. Myndigheten gör stora satsningar för att underlätta den framtida chefsförsörjningen. Socialstyrelsen är en kvinnodominerad arbetsplats men arbetar aktivt för att rekrytera fler män till myndigheten. Socialstyrelsen har betydligt lägre sjukfrånvaro i samtliga kategorier jämfört med andra myndigheter. En jämställdhetsplan beslutades i augusti 2002 och arbetet med denna fortgår.

I februari 2004 har Socialstyrelsen överlämnat en redovisning av myndighetens miljöledningsarbete till regeringen.

Socialstyrelsen har också, i enlighet med tredje paragrafen i förordningen (2002:472) om åtgärder för framtida krishantering och höjd beredskap, inkommit med en risk- och sårbarhetsanalys för 2004 till regeringen.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.18 Offentlighetsrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlighetsrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2003	7 642	0	7 642	0
Prognos 2004	7 600	0	7 600	0
Budget 2005	7 600	0	7 600	0

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

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Socialstyrelsen disponerar 42 miljoner kronor per år för att stimulera en önskvärd utveckling inom den kommunala socialtjänsten. Av dessa medel används en betydande del till fleråriga utvecklingsprojekt i någon eller några kommuner. På grund av detta uppstår ett behov för Socialstyrelsen att ta på sig ekonomiska förpliktelser

Tabell 3.19 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2003	12 116	4 681	7 435
Prognos 2004	9 200	4 700	4 500
Budget 2005	9 200	4 700	4 500

Avgiftsintäkterna under 2003 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivning-kostnader, inte personalkostnader.

som sträcker sig över flera budgetår. Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att för anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* ikläda sig sådana förpliktelser. Den föreslagna bemyndigandeframen för 2005 framgår av nedanstående tabell.

Tabell 3.20 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007–
Utestående åtaganden vid årets början	5 106	3 124	3 000	–	–
Nya åtaganden	2 138	3 000	4 000	–	–
Infriade åtaganden	–4 120	–3 124	–3 000	–4 000	–
Utestående åtaganden vid årets slut	3 124	3 000	4 000	–	–
Erhållet/föreslaget bemyndigande	10 000	4 000	4 000	–	–

Regeringens överväganden

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

Inom ramen för regeringens satsning på äldre skyddsombud ökades anslaget i budgetpropositionen för 2003 med 4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003. Dessa medel skall användas för en förstärkning av myndighetens regionala tillsyn inom vården av äldre. Regeringen har i februari 2003 i ett uppdrag gett riktlinjer för användningen av medlen och för uppföljning och redovisning av resultat. Äldreskyddsombudens uppgift skall vara att, utifrån ett medborgarperspektiv, bedriva operativ tillsyn inom äldreomsorgen.

Inom anslaget har Socialstyrelsen under 2002–2004 disponerat 14 miljoner kronor per år för uppföljning av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). Under 2005 beräknas 7 miljoner kronor till informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning (InfoVU). InfoVU:s arbete under perioden 2001–2004 utgör en plattform för fortsatt utvecklingsarbete. En modell för verksamhetsuppföljning med ett patient/brukarperspektiv har utarbetats och prövas nu inom olika delområden inom vård och omsorg. Socialstyrelsen kommer att få ett uppdrag för 2005 som omfattar prövning av modellen för verksamhetsuppföljning och överförande av ansvar för projektets olika utvecklingsområden till olika aktörer samt förankringsarbete bland medborgare och beslutsfattare inom vård och omsorg.

Inom anslaget beräknas också 2 miljoner kronor för 2005 och 3 miljoner kronor fr.o.m. 2006 för kostnader för drift och administration av det nationella läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen. Registret kommer att möjliggöra för Socialstyrelsen att göra epidemiologiska analyser av olika läkemedels risker och nytta samt ge bas-service till forskare som vill få ut data från registret för forskning kring läkemedel.

Från anslaget överförs under 2005 8 miljoner kronor till anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för inrättande och drift av läkemedelsförteckning hos Apoteket AB. Från och med 2006 överförs 3 miljoner kronor per år för driften av en sådan förteckning. Förteckningens syfte är att ge läkemedelsförskrivaren uppgifter om en patients fullständiga läkemedelsanvändning.

Anslaget ökas med knappt 1,1 miljoner kronor per år för att finansiera Socialstyrelsens förvaltningsutgifter för verksamhet kopplad till förordningen (2002:472) om åtgärder för fredstida krishantering och höjd beredskap. Finansiering sker från Utgiftsområde 6 Försvar samt beredskap mot sårbarhet, anslaget 7:5 *Krisberedskap*.

Regeringens övergripande bedömning är att Socialstyrelsen på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten. Inriktningen och omfattningen på verksamheten svarar på ett bra sätt mot de krav som regeringen i olika sammanhang ställt på Socialstyrelsen. Regeringen anser därför att den nuvarande inriktningen av Socialstyrelsens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 3.21 Härlledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	487 885	487 885	487 885
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	11 116	16 637	25 677
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	-6 905	-1 981	-2 017
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	492 096	502 541	511 545

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 492 096 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 502 541 000 kronor respektive 511 545 000 kronor.

3.9.7 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

**Tabell 3.22 Anslagsutveckling 13:7
Läkemedelsförmånsnämnden**

Tusental kronor

2003	Utfall	39 291	Anslags- sparande	429
2004	Anslag	58 458	Utgifts- prognos	57 423
2005	Förslag	59 703		
2006	Beräknat	60 667 ¹		
2007	Beräknat	61 804 ²		

¹ Motsvarar 59 703 tkr i 2005 års prisnivå.

² Motsvarar 59 703 tkr i 2005 års prisnivå.

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

För 2003 har LFN haft det av regeringen uppställda målet att bidra till att medlen inom läkemedelsförmånerna används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Detta har myndigheten bidragit till bl.a. genom att fatta ett stort antal beslut om subvention och prisändringar. Nämnden fattade beslut i 152 ärenden och generaldirektören i 5 751 ärenden under 2003. En mycket stor andel av de beslut som fattats av generaldirektören har rört ansökningar om pris-

sänkningar. Totalt sett har prisnivån på läkemedel sjunkit med cirka 10 procent under 2003. Subvention beviljades i 94 procent av de ärenden som beslutades av nämnden. I vissa fall var subventionen förenad med vissa begränsningar eller villkor riktade till det marknadsförande bolaget. Vidare har myndigheten haft målet att handläggningstiderna skall hållas inom den tid som föreskrivs i Rådets direktiv 89/105/EEG d.v.s. 180 dagar för beslut om subvention och pris. Inte i något ärende har LFN haft längre handläggningstider än det mål som regeringen uppsatt och den genomsnittliga handläggningstiden som LFN har haft för olika typer av ärenden har varit avsevärt kortare än det uppställda målet. Under 2003 inledde myndigheten genomgången av det befintliga läkemedelssortimentet. Genomgången beräknas ta cirka fem år att genomföra. LFN har under det gångna året uppnått stort förtroende hos berörda aktörer på läkemedelsområdet bl.a. genom myndighetens aktiva dialog med ansökande företag, dess korta handläggningstider, öppenheten i besluten samt nämndens hälsoekonomiska helhetsperspektiv.

Vidare har LFN genomfört en miljöutredning där myndigheten har kartlagt och värderat de aktiviteter i nämndens administrativa verksamhet som har påverkan på miljön.

Under 2004 uppgår nämndens anslag till cirka 58,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Läkemedelsförmånsnämnden har effektivt arbetat med att bygga upp verksamheten som nu är i det närmaste i full funktion. Praxis för beslutsfattandet utarbetas kontinuerligt. Myndigheten har aktivt arbetat mot de mål som har angivits för verksamheten 2003. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av Läkemedelsförmånsnämndens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 3.23 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	58 458	58 458	58 458
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	745	1 701	2 828
Beslut	500	508	518
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	59 703	60 667	61 804

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 59 703 000 kronor anvisas under anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 60 667 000 kronor respektive 61 804 000 kronor.

3.9.8 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.24 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	0	0	0
2004	Anslag	267 000	270 740
2005	Förslag	325 235	
2006	Beräknat	298 250	
2007	Beräknat	312 118	

Anslaget finansierar ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden och motsvarar anslagsposten 1 i det tidigare anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* Anslaget uppgår 2004 till 267 miljoner kronor.

Under 2003 ingick utgifter för sjukvård i internationella förhållanden i anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* (numera 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.*). Utgifterna för sjukvård i internationella förhållanden uppgick under 2003 till drygt 222 miljoner kronor. Anslagssparandet uppgick till drygt 16 miljoner kronor. Fr.o.m. 2004 finns anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* som ett eget anslag.

Huvuddelen av kostnaderna inom verksamhetsområdet delas in i turistvård, pensionärsvård och konventionsvård. Den sistnämnda posten avser kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner med andra länder och uppgick under 2003 till hälften av kostnaderna, 111 miljoner kronor. Pensionärsvården utgjorde 63 miljoner kronor och turistvården 48 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

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

EU-utvidgningen förmodas öka kostnaderna för turistvård. En ökning av kostnader för pensionärsvård kan också förmodas om bosättning av denna kategori sker i de nya medlemsstaterna. För EU-utvidgningen har kostnaden baserats på en beräknad snittersättning och estimerad turistfrekvens.

Vanligtvis debiterar EU-länderna Sverige enligt löpande sexmånadersintervall. Fakturor för flera år bakåt i tiden saknas emellertid från flera länder. Vissa av dessa länder har under 2004 fastställt schablonbidrag för 2000 och 2001, varför utbetalningar från Sverige under 2005 beräknas. Dessutom har förhandlingar med Spanien avseende ett bilateralt avtal om snabbare betalning mellan länderna avslutats. Avtalet träder ikraft den 1 januari 2005. Konsekvensen blir en tillfällig ökning av utgiften för pensionärsvård till Spanien för 2005 med cirka 40 miljoner kronor.

I januari 2004 meddelade Regeringsrätten domar i ett antal mål avseende erhållen sjukvård i annat EU-land. Domsluten fastställde att en i Sverige försäkrad person som erhållit planerad vård i ett annat EU-land kan utnyttja sin i EG-fördraget grundade rätt att ta emot medicinska tjänster och i efterhand begära ersättning för

dessa kostnader hos Försäkringskassan.² Då domarna innebär en helt ny grund för att erhålla internationell sjukvård kan effekten bli ett ökat anslagsutnyttjande som kan bli märkbart redan under 2004. Det finns dock ingen möjlighet att i nuläget bedöma effektens storlek.

Med anledning av ovan nämnda utgiftsökande faktorer ökas anslaget med cirka 58 miljoner kronor 2005, 31 miljoner kronor 2006 och 45 miljoner kronor 2007.

Tabell 3.25 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	267 000	267 000	267 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volym	58 235	31 250	45 118
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	325 235	298 250	312 118

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 325 235 000 kronor anvisas under anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 298 250 000 kronor respektive 312 118 000 kronor.

3.9.9 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.³

Tabell 3.26 Anslagsutveckling 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.

Tusental kronor

2003	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2004	Anslag	35 000	Utgifts-prognos	0
2005	Förslag	25 000		
2006	Beräknat	0		
2007	Beräknat	0		

Detta anslag skall användas för ersättning till talidomidskadade i vissa fall med mera.

Justitiekanslern har på uppdrag av regeringen granskat berörda myndigheters handläggning av neurosedynkatastrofen. I Justitiekanslerns utlåtande, som överlämnades den 30 april 2003, rekommenderades regeringen att ex gratia, till var och en av de nu levande talidomidskadade i Sverige, utbetala ett engångsbelopp om 250 000 kronor. Justitiekanslern förordade även att ersättningen skall vara fri från skatt och inte påverka övriga sociala förmåner. Regeringen kommer att lägga förslag avseende ersättning till de talidomidskadade. Under hösten 2004 kommer en promemoria i frågan att remissbehandlas. Regeringen avser att lägga fram en proposition till riksdagen under 2005 med förslag till hur ersättningen skall kunna undantas vid beräkning av inkomstbaserade sociala förmåner m.m.

Regeringens överväganden

Anslaget skall täcka kostnaderna för den engångsersättning som regeringen anser bör utbetalas till talidomidskadade under 2005 med mera. Ett hundratal personer beräknas komma att omfattas av regeringens förslag om ersättning. Anslaget skall även täcka kostnader för hanteringen av utbetalning av ersättningen. Under 2004 har beredning av frågan om ersättning till de talidomidskadade pågått inom Regeringskansliet, vilket innebär att det inte har skett några utbetalningar från anslaget under

² EG-fördragets artiklar 49 och 50 om frihet att tillhandahålla tjänster.

³ Anslaget byter namn den 1 januari 2005 till 13:9 *Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.*

året. I avvaktan på regeringens förslag om hantering av frågan föreslås 25 miljoner kronor tillföras anslaget för 2005. Finansiering sker genom en motsvarande neddragning av anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

Tabell 3.27 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	35 000	35 000	35 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-35 000	-35 000	-35 000
Överföring till/från andra anslag	25 000	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	25 000	0	0

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 25 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:9 *Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.* för 2005.

3.9.10 13:10 Bidrag till psykiatri och social psykiatri

Tabell 3.28 Anslagsutveckling 13:10 Bidrag till psykiatri och social psykiatri

Tusental kronor

2003	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2004	Anslag	0	Utgifts-prognos	0
2005	Förslag	500 000		
2006	Beräknat	200 000		
2007	Beräknat	0		

Anslaget är nytt. Utöver den satsning som sker inom psykiatrins områden via fortsättningen på den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) avsätts 500 miljoner kronor 2005 och 200 miljoner kronor 2006 för satsningar på psykiatri och insatser inom socialtjänstens område. Regeringens målsättning är att denna satsning skall följa intentionerna i psykiatrisamordnarens förslag till förbättringar inom området.

Regeringens överväganden

Regeringen föreslår att 500 miljoner kronor avsätts under 2005 och 200 miljoner kronor 2006 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Den aktuella satsningen utgörs av två delar. Den första delen avser 400 miljoner kronor för 2005 och 100 miljoner kronor 2006 för satsningar på vård, sysselsättning och boende. Den andra delen utgörs av en särskild satsning på verksamhetsutveckling, exempelvis när det gäller samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetssätt, om sammanlagt 200 miljoner kronor. Regeringen kommer att i ett särskilt beslut närmare reglera hur medlen skall användas och fördelas.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 500 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:10 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri* för 2005. För 2006 beräknas anslaget till 200 000 000 kronor.

3.10 Övrig verksamhet

3.10.1 Läkemedelsverket

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

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

Läkemedelsverket uppvisar i årsredovisningen för 2003 ett rörelseunderskott uppgående till cirka 20,5 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter var cirka 308 miljoner kronor. I budgetunderlaget har Läkemedelsverket angivit en beräknad kostnadsbudget om cirka 336 miljoner kronor för 2005.

Läkemedelsverkets ackumulerade överskott vid utgången av 2003 var cirka 50 miljoner kronor. Detta var en minskning från föregående år med cirka 20 miljoner kronor. Det balanserade resultatet uppgick vid början av 2004 till cirka 16 procent av omsättningen. Läkemedelsverket har därför i enlighet med kapitalförsörjningsförordningen (1996:1188) redovisat till regeringen sitt förslag om hur överskottet bör disponeras. Läkemedelsverket har inkommit med en skrivelse till regeringen med förslag om ändrade avgifter eftersom dessa inte förändrats sedan 2000. Beredningen av en förändring av avgifterna pågår för närvarande i Regeringskansliet.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.29 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2003	307 942	-328 448	-20 506
Prognos 2004	311 128	-336 323	-25 195
Budget 2005	311 128	-336 323	-25 195

I Sverige har antalet godkända produkter ökat från cirka 3 000 i mitten av nittio-talet till 7 000 under 2003, vilket har medfört utökade arbetsuppgifter för Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket behåller sin position som en av de mest anlitade och efterfrågade myndigheterna inom EU när det gäller centralt godkännande av läkemedel. Totalt har Sverige under 2003 erhållit 27 procent av de tilldelade utredningarna att för den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA agera som rapportör/medrapportör i den så kallade centrala proceduren. När Sverige agerar rapportör/medrapportör medför det ansvar även för ändringsärenden. Antalet produkter som Sverige är rapportör eller medrapportör för blir ständigt fler och antalet ändringsärenden ökar stadigt. Vad gäller ändringsärenden avslutades totalt 189 ärenden under 2003 i vilka Läkemedelsverket agerade som rapportör i 81 stycken och medrapportör i 18 stycken.

För ansökningar riktade till Sverige i den ömsesidiga proceduren för godkännande av läkemedel, dvs. när ett läkemedel först godkänns i ett EU-land och sedan med samma dokumentation i övriga medlemsländer, skedde en exceptionell tillströmning under 2003.

Läkemedelsverket fortsätter satsningen på att avsluta fler ansökningar om godkännanden för så kallade frilistade naturmedel, dvs. medel som har tillfälligt försäljningstillstånd som naturläkemedel i avvaktan på en slutgiltig bedömning. För närvarande finns det 85 så kallade frilistade naturläkemedel som skall utredas. Verket beräknar att de återstående ansökningarna avslutas under 2005. Ett nytt direktiv för traditionella växtbaserade läkemedel skall implementeras vilket kommer att få konsekvenser för den nuvarande kontrollen av naturläkemedel. EMEA:s nya vetenskapliga kommitté för växtbaserade läkemedel – Herbal Medicinal Products Committee – kommer att ha betydande inflytande över vilka produkter som kommer att få försälas på den svenska marknaden, vilket medför att Läkemedelsverket behöver intensifiera sitt arbete på EU-nivå i dessa frågor.

Marknadstillsynen på 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 rapporter om olyckor och tillbud med medicintekniska produkter ökade med 49 procent under 2002 och med 38 procent under 2003. Ett nytt direktiv rörande in vitro-diagnostiska produkter trädde i kraft 2003, vilket innebär utökade arbetsuppgifter för Läkemedelsverket. För att underlätta kommunikationen mellan myndigheterna inom EU har ett datasystem, EUDAMED, utvecklats. Det togs i drift vid årsskiftet 2003/2004 och alla nationella myndigheter skall rapportera in bland annat olyckor och tillbud med medicintekniska produkter. En revision genomförs av det europeiska direktivet, Medical Device Directive, som styr huvuddelen av verksamheten inom det medicintekniska området. Ärendemängden på det medicintekniska området ökade med 49 procent under 2003.

Den 1 juli 2004 ersattes produktsäkerhetslagen (1988:1604) med en ny lag med samma namn (2004:451). Genom lagstiftningen införlivas ett nytt produktsäkerhetsdirektiv. Den nya lagen syftar till att komplettera och fylla ut speciallagstiftningen på produktsäkerhetsområdet. Konsekvenserna av regeringens förordning är att Läkemedelsverket får ett utvidgat tillsynsansvar inom området medicintekniska produkter för konsumenter. Detta ansvar kommer exempelvis att omfatta reparatörer, importörer och distributörer. I och med att produktområdet

omfattar produktgrupper som bandagematerial, preventivmedel och graviditetstester kommer antalet tillsynsobjekt att mångfaldigas.

Efter förslag i propositionen De nya läkemedelsförmånerna (prop. 2001/02:63) gavs Läkemedelsverket i december 2002 ett uppdrag att utreda miljöpåverkan från läkemedel samt kosmetiska och hygieniska produkter. I augusti 2004 överlämnade Läkemedelsverket sin rapport Miljöpåverkan från läkemedel samt kosmetiska och hygieniska produkter till regeringen. Verket konstaterar bland annat att läkemedel samt kosmetiska och hygieniska produkter kan utgöra en miljöfara, men att kunskapen om eventuell miljöpåverkan måste öka. Påvisade skadeverkningar är hittills mycket få. Åtgärder för att minska läkemedels potentiella påverkan på miljön måste grundas på kunskap om framför allt långsiktiga effekter. En förbättrad kunskap i läkemedelsbehandling där klara indikationer tillämpas och behandlingen följs upp är grundläggande för att minska miljöbelastningen av läkemedel. Rapporten kommer att ligga till grund för fortsatt diskussion i olika sammanhang – inom Sverige och inom EU-arbetet.

Läkemedelsverket har under hösten 2003 flyttat sin verksamhet till nya, mer ändamålsenliga lokaler i Uppsala. Trots att flytten innebar störningar i verksamheten har myndigheten kunnat hålla produktiviteten upp under året.

Vid årsskiftet 2003/2004 hade Läkemedelsverket 380 tillsvidareanställda och 37 visstidsanställda medarbetare, varav drygt två tredjedelar var kvinnor. Detta beror till stor del på att rekryteringsunderlaget inom vissa yrkeskategorier, exempelvis laboratorieassistenter, sekreterare och receptarier, nästan uteslutande utgörs av kvinnor. På chefsnivå har myndigheten dock uppnått en jämn könsfördelning. Läkemedelsverkets sjukfrånvaro är lägre än i staten i övrigt, 4,6 procent under 2003. Verket arbetar aktivt med rehabilitering och förebyggande hälsoarbete. Läkemedelsverket har också arbetat aktivt med kompetensförsörjning, bland annat med delpensionspolicy och alternativa karriärvägar, samt definierat mål för kompetensförsörjningen 2004–2007 gällande till exempel interna processkartläggningar, kompetensutvecklingsplaner och ledarutvecklingsprogram.

Läkemedelsverket påbörjade under 2001 en framtidsanalys i projektet IDE 03, mot bakgrund av EU-utvidgningen och revisionen av den europeiska lagstiftningen. Genom detta arbete har

verket kommit fram till att det finns behov av att utveckla handlingsplaner inför den kommande 3–5-årsperioden inom ett antal områden. Exempel på detta är det nationella samarbetet mellan myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet, samverkan mellan myndigheterna och sjukvården, säkerhetsarbetet, information om läkemedel och läkemedelsanvändning, övergång till elektronisk behandling av dokumentation, samt service till industrin och allmänheten inom ramen för 24-timmarsmyndigheten.

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 i stort bör kvarstå.

3.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är ett av staten helägt bolag. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen Företag med statligt ägande 2004 (Skr. 2003/04:120). Apoteket är det företag som enligt 4 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel har ensamrätt att sälja läkemedel till allmänheten. Apotekets huvudsakliga verksamhet är försäljning av läkemedel till allmänheten via de cirka 900 öppenvårdsapoteken. Apoteket skall tillhandahålla samtliga läkemedel som godkänts för den svenska marknaden över hela landet till enhetliga priser. Bolaget har därutöver till uppgift att bidra till en säker och rationell läkemedelsanvändning bl.a. genom att ge producentobunden information till enskilda konsumenter och till hälso- och sjukvården. Förutom försäljning till allmänheten har samtliga sjukvårdshuvudmän valt Apoteket AB som leverantör för upphandling och försörjning av läkemedel till sjukvården. Bolagets intäkter uppgick under 2003 till 33 120 miljoner kronor (32 088 miljoner kronor 2002). Ökningen är framför allt hänförlig till en positiv utveckling inom tjänste- och egenvårdsområdet. För den dominerande försäljningen av receptbelagda läkemedel är utvecklingen svag till följd av låg volymtillväxt och lägre medelspriser – vilket till stor del är resultat av de reformer på läkemedelsområdet som infördes den 1 oktober 2002. Resultatet efter skatt uppgick till 351 miljoner kronor (12 miljoner kronor 2002). Soliditeten förbättrades under året från 19,0 procent till 23,4 procent. Apoteket har

under 2003 uppnått samtliga i ägardirektiv formulerade finansiella målsättningar och lämnade en utdelning på 117 miljoner kronor.

Apoteket hade under 2003 cirka 90 miljoner kundbesök och expedierade fler än 60 miljoner receptorderrader. Apotekets andel av läkemedelskronan uppgick till 16,2 procent, vilket är lågt i en jämförelse med andra europeiska apo-

tekssystem. Kundernas värdering av Apotekets verksamhet under 2003 ligger kvar på en hög nivå och Apoteket kom i Temos Corporate Image-undersökning på tredje plats av de fyrtio deltagande företagen. Apoteket spelar en viktig roll för att säkerställa en god läkemedelsförsörjning i hela landet och bidrar till en säker och rationell läkemedelsanvändning.

Tabell 3.30 Ekonomisk översikt för Apoteket AB

Miljoner kronor

	1999	2000	2001	2002	2003
Resultat efter finansiella poster	400	29	-144	31	197
Eget kapital	2 032	1 803	1 611	1 648	1 855
Utdelning	100	100	0	100	117
Räntabilitet på eget kapital, %	14,1	neg.	neg.	0,7	18,9
Medelantalet anställda	9 687	10 094	10 600	10 827	11 124

4 Politikområde Folkhälsa

4.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. I april 2003 antog riksdagen propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03: SoU7, rskr. 2002/03:145) som lanserade folkhälsopolitiken som ett sektorsövergripande politikområde. Samtidigt antog riksdagen ett övergripande nationellt folkhälsomål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Eftersom många av de faktorer som bestämmer folkhälsan påverkas av insatser inom andra politikområden skall folkhälsoperspektivet genomsyra alla dessa politikområden. De politikområden som regeringen har identifierat som centrala ur folkhälsosynpunkt har i propositionen samlats i elva målområden. Dessa bidrar tillsammans till politikområdet Folkhälsa:

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

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

Inom politikområdet Folkhälsa finns ett särskilt ansvar för insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen (dvs. insatser inom målområdena 7–11, se ovan). Hit hör exempelvis insatser för att förhindra alkoholskador, narkotikamissbruk och tobaksbruk, dopning och spelberoende samt insatser för att främja fysisk aktivitet, sunda kostvanor samt sexuell och reproduktiv hälsa. Även smittskydd och hälso- skydd ingår i politikområdet.

Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå, dvs. inom landsting och kommuner samt av frivilligorganisationer. Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (1988:1472). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör ett flertal kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken, socialtjänstlagen (2001:453), livsmedelslagen (1971:511) och plan- och bygglagen (1987:10). På nationell nivå bedrivs folkhälsoarbete av statliga myndigheter samt frivilligorganisationer. Näringslivet är en annan central aktör i folkhälsoarbetet. Regeringen ger ekonomiskt stöd till myndigheter som Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin och Socialstyrelsen.

Dessa myndigheter utgör kunskapscentra och har viktiga uppgifter att fylla dels i form av tillsyn och epidemiologisk bevakning, dels i form av nationell uppföljning och utvärdering av såväl folkhälsan som folkhälsoarbetet. Andra myndigheter som har centrala roller i folkhälsoarbetet är t.ex. Läkemedelsverket, länsstyrelserna, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Naturvårdsverket samt Arbetsmiljöverket. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och Vetenskapsrådet finansierar viktig folkhälsoforskning.

Inom politikområdet ger regeringen även bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, folkhälsopolitiska åtgärder bestående av framför allt bidrag till frivilligorganisationer samt till alkohol- och narkotikapolitiska insatser, främst till genomförandet av de nationella handlingsplanerna mot alkoholskador och mot narkotika. Inom politikområdet ingår även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO) samt bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, som är en del av Nordiska ministerrådets organisation. Även Alkohol-sortimentsnämnden ingår i politikområdet. Nämnden inrättades som ett led i de krav som Europeiska unionen (EU) ställde i samband med Sveriges inträde i EU.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
14:1 Insatser mot aids	59,5	58,1	57,1	64,1	64,1	64,1
14:2 Bidrag till WHO	36,1	34,4	28,1	34,4	34,4	34,4
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	18,5	17,9	17,4	18,2	18,6	19,0
14:4 Statens folkhälsoinstitut	156,9	129,6	181,2	130,8	132,6	135,1
14:5 Smittskyddsinstitutet	190,9	179,6	176,8	181,0	183,2	186,5
14:6 Institutet för psykosocial medicin	14,3	15,5	15,4	15,2	15,4	15,6
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	98,0	96,6	110,3	78,1	93,1	58,1
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	274,5	153,3	238,2	265,8	65,8	75,8
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	0,1	0,4	0,1	0,4	0,4	0,4
Totalt för politikområde Folkhälsa	848,8	685,4	824,5	787,9	607,6	589,0

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

4.3 Mål

Regeringens förslag: Regeringen föreslår att målet för politikområdet, att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt, upphör att gälla och att det av riksdagen antagna övergripande nationella folkhälsomålet, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, antas som mål för politikområdet.

Målet för politikområdet har sedan politikområdets tillkomst 2000 varit att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Riksdagen antog i april 2003 ett övergripande nationellt folkhälsomål (prop. 2002/03:35). Det övergripande målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar – som kan påverkas genom politiska beslut – och hälsoutvecklingen i befolkningen. Barns, ungdomars, äldres och invandrades förutsättningar att på lika villkor utveckla och bibehålla en så god hälsa som möjligt bör särskilt uppmärksammas. Regeringen anser att det nationella folkhälsomålet också skall vara målet för det sektorsövergripande politikområdet Folkhälsa.

Jämlikhet och jämställdhet är viktiga utgångspunkter för folkhälsoarbetet. Detta innebär att människor skall ges samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor oavsett klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning, ålder eller kön.

Redovisningen i denna budgetproposition av politikområdet Folkhälsa begränsar sig till regeringens insatser inom målområdena 7–11 samt insatser inom hälsoskyddsområdet inom målområde 5. Insatser inom övriga målområden redovisas inom sina respektive politikområden. Folkhälsopolitiken kommer att redovisas i sin helhet i en skrivelse till riksdagen vart fjärde år med början 2006.

Bedömningen av målluppfyllelsen som redovisas i årets budgetproposition avser det nuvarande målet för politikområdet, dvs. att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Med folkhälsa menas det allmänna hälsotillståndet i befolkningen samt hälsans utveckling och fördelning i befolkningen. Målet är formulerat så att

fokus ligger på att minska ojämlikheter i hälsa. Detta utesluter emellertid inte att folkhälsan skall förbättras för hela befolkningen. Eftersatta grupper skall här förstås som grupper i befolkningen vars livsvillkor och levnadsvanor ger sämre förutsättningar för en god hälsa. De mått som används är förväntad medellivslängd, dödlighet, sjuklighet samt självupplevd hälsa.

Flera studier visar att personer som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen i Sverige. Det gäller för både nyanlända och för de som vistats en längre tid i Sverige. Regeringen anser därför att arbetet för att förbättra hälsotillståndet för personer med utländsk bakgrund måste intensifieras. År 2002 tillsattes en interdepartemental arbetsgrupp med uppgift att se över hur genomförandet och uppföljningen av integrationspolitiken kan förbättras. Gruppen har i uppdrag att utarbeta uppföljningsbara mål för ett antal politikområden – varav folkhälsa är ett – som skall vara styrande för myndigheternas verksamhet 2005.

4.4 Politikens inriktning

Inriktningen på folkhälsopolitiken framöver framgår av propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35). I korthet handlar det om att verka för att folkhälsoaspekter beaktas i politiska beslut i syfte att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Oavsett kön, ålder, klass, etnisk bakgrund eller funktionshinder skall människor ges samma förutsättningar till en god hälsa. Folkhälsoarbetet skall inriktas på hälsans bestämningfaktorer, dvs. de faktorer i samhällsorganisationen och människors livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa, snarare än på enskilda sjukdomar. Genom att åtgärda orsaker till ohälsa eller utveckla friskfaktorer tydliggörs folkhälsoarbetets politiska karaktär. Det blir ett gemensamt samhällsansvar. Insatser som riktar sig mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och hälso problemen bör prioriteras.

För att nå det övergripande folkhälsomålet krävs ett långsiktigt, målinriktat och sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som har avgörande inflytande över folkhälsans utveckling. För att möjliggöra detta krävs en god samordning på samtliga samhällsnivåer.

Det politiska sakansvaret för de samhälleliga faktorer, som har betydelse för folkhälsan, är fördelat mellan i stort sett alla politikområden. Inom politikområdet Folkhälsa finns ett särskilt sakansvar för frågor som rör alkohol, tobak, narkotika, dopning, smittskydd och hälsoskydd, förebyggande av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, matvanor, fysisk aktivitet och spelberoende. Nedan följer en beskrivning av den politiska inriktningen när det gäller dessa specifika områden.

Alkoholkonsumtionen har de senaste åren ökat markant i befolkningen och utvecklingen ser inte ut att vända. Konsumtionsökningen riskerar att leda till att även alkoholskadorna ökar på sikt. Målet för samhällets alkoholpolitik är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar – detta slog riksdagen fast 2001 i en femårig nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144). Strategin för regeringens alkoholpolitik är att sänka den totala alkoholkonsumtionen och förhindra att människor blir storkonsumenter genom att påverka dryckesbeteenden samt verka för att alkohol inte förekommer i vissa miljöer eller skeden i livet, t.ex. i trafiken och under graviditeten. Huvudinriktningen är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. Förstärkta åtgärder behövs i form av särskilda stödinsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende, vård- och behandlingsinsatser, opinionsbildning och information, begränsning av tillgängligheten och marknadsföringen av alkoholdrycker, kompetensutveckling, uppföljning av konsumtions- och skadeutvecklingen samt alkoholforskning. Förstärkta åtgärder behövs också för att utveckla samarbetet på europeisk och internationell nivå. Detta kommer regeringen att fortsätta verka för genom en ny handlingsplan som skall presenteras nästa år.

Narkotikaanvändningen bland ungdomar har de senaste åren minskat efter att successivt ha ökat under lång tid samtidigt som det tunga missbruket ökar. Detta visar att ett intensivt arbete mot narkotika är nödvändigt. Det finns en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. De narkotikapolitiska insatserna har fokuserat på att begränsa både tillgången och efterfrågan på narkotika. Detta kommer att vara riktmärket för den nya handlingsplan som skall tas fram under nästa år.

Under det senaste decenniet har tobakspolitiken skärpts, med en minskande andel rökare i befolkningen som följd. Regeringen fortsätter arbetet för att minska tobaksbruket, främst genom skärpt lagstiftning. I maj 2004 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens förslag om rökfria serveringsmiljöer att restauranger och andra serveringsmiljöer skall vara rökfria fr.o.m. den 1 juni 2005 (prop. 2003/04:65, 2003/04:SOU08, rskr 2003/04:216).

Spelmarknaden expanderar och har idag en omsättning på 36 miljarder kronor. Nya spelformer etableras med Internet som bas. I takt med utvecklingen på spelmarknaden ökar också antalet personer som riskerar att utveckla ett spelberoende. Regeringen avsätter därför mer medel för åtgärder mot spelberoende.

Förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar har genom förebyggande insatser och ett väl fungerande smittskyddsarbete kunnat hållas på en låg nivå i Sverige i förhållande till många andra länder. Det är emellertid nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Att så är fallet visas inte minst av utbrottet av en tidigare okänd akut infektionssjukdom – svår akut respiratorisk sjukdom (sars) – i Kina i november 2002 och den efterföljande spridningen av sjukdomen i stora delar av Ostasien och Kanada, liksom utbrotten av fågelinfluensa under senare år. Utvecklandet av antibiotika för snart sextio år sedan revolutionerade behandlingen av infektioner. Behandlingsmöjligheterna hotas nu genom att bakterier i ökande omfattning utvecklar resistens mot antibiotika. Regeringen bereder det förslag till svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag har tagit fram. De senaste årens ökade spridning av sexuellt överförbara infektioner är bekymmersam. När det gäller hiv/aids har ökningen av antalet fall varit starkt kopplad till den globala epidemin. Det finns emellertid risk för att även den inhemska spridningen av hivinfektion ökar.

Folkhälsan i Sverige påverkas av den ökade internationaliseringen. Öppnare gränser medför ett ökat resande och ett ökat utbyte av varor mellan länderna. Folkhälsan påverkas också av de gränsöverskridande trenderna när det gäller t.ex. alkohol, narkotika och tobak. I takt med internationaliseringen har FN:s och EU:s arbete med folkhälsofrågor blivit allt viktigare. Inter-

nationell samverkan är t.ex. många gånger en förutsättning för att smittspridning skall kunna förebyggas eller begränsas. Sverige lägger stor vikt vid det internationella samarbetet och har deltagit aktivt i förhandlingarna om ett flertal WHO-konventioner, bl.a. om tobak, samt deltar för närvarande i arbetet inom WHO med att revidera det internationella hälsoreglementet (IHR). Sverige har även deltagit i förhandlingarna om att inrätta en fristående EU-myndighet för förebyggande och kontroll av sjukdomar. Myndigheten skall bland annat ansvara för koordinering av epidemiologisk övervakning samt tidig varning och respons vid smittutbrott. Vidare har Sverige och Sydafrika inlett ett unikt samarbete inom hälsoområdet. Utgångspunkten är att ersätta det tidigare biståndsarbetet med ett ömsesidigt samarbete mellan departement och myndigheter. Från Sveriges sida deltar Smittskyddsinstitutet, Statens Beredning för medicins utvärdering, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Vägverket samt Sida.

Oktober 2003 grundades Partnerskapet för Hälsa och socialt välbefinnande inom ramen för den Nordliga dimensionen i EU:s externa förbindelser. Sverige är ordförande för Partnerskapet under 2004 och 2005.

Ett område som visar på en oroande hälso-utveckling och där regeringen framöver avser att intensifiera insatserna är kost och fysisk aktivitet. Andelen människor som lider av övervikt eller fetma i befolkningen har ökat markant under de senaste decennierna. I Sverige har antalet personer med fetma nästan fördubblats under de senaste 20 åren och omfattar nu omkring 500 000 människor. Fetma kan leda till en mängd sjukdomar där de vanligaste är typ 2-diabetes (s.k. åldersdiabetes), högt blodtryck, hjärtinfarkt, gallsten, ledbesvär och vissa cancersjukdomar. Färska rapporter visar på att typ 2-diabetes förekommer och ökar bland barn. Utvecklingen är oroande och för att vända trenden krävs insatser för att skapa förutsättningar för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket uppdraget att ta fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet bland befolkningen. Uppdraget skall redovisas den 30 december 2004.

4.5 Insatser

4.5.1 Insatser inom politikområdet

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

4.5.1.1 Alkohol

För genomförandet av den nationella handlingsplanen tillsattes i mars 2001 en särskild kommitté – Alkoholkommittén – med representanter från berörda statliga myndigheter samt kommun- och landstingsförbunden. Kommittén skall fram till och med 2005 samordna insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatserna på regional och lokal nivå. Kommittén svarar också för information och opinionsbildning nationellt och genomför olika seminarier, konferensserier etc. som syftar till att förankra innehållet i planen och stimulerar utvecklingen av olika verksamheter.

Kommittén har vidtagit en mängd åtgärder. Nationella informationsinsatser har initierats och konferenser kring handlingsplanen har genomförts i samtliga län i landet. Dessutom har en rad seminarier anordnats för politiker, tjänstemän, skolledare, föreningsaktiva m.fl. för att öka det lokala engagemanget och mobilisera de resurser som krävs för ett aktivt förebyggande arbete. Ett 60-tal nationella och regionala projekt har fått stöd från regeringen att samordna olika insatser som kan bidra till att förverkliga handlingsplanens målsättningar. Exempelvis har nästan alla län sökt och erhållit stöd till länsamordnare för alkohol- och droginsatser. Vidare har regeringen stött forskningsprogram vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och

drogforskning (SoRAD) liksom olika forskningsprojekt vid Lunds universitet, Linköpings universitet, Göteborgs universitet, Karolinska institutet och Stockholms universitet. Sammanlagt har drygt 50 miljoner kronor fördelats till olika alkohol- och narkotikaförebyggande projekt, varav cirka 10 miljoner kronor till forskning, under 2003. Länsstyrelserna har dessutom erhållit sammanlagt 155 miljoner kronor för 2003 och 75 miljoner kronor för 2004 att fördela till kommunernas alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Dessa medel har många kommuner använt till att anställa kommunala samordnare. I dagsläget rör det sig om cirka 270 samordnare. Dessutom har medel använts till öppenvårdsinsatser (30 miljoner kronor 2003 och 15 miljoner kronor 2004) samt till verksamheter för barn till missbrukare, och barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer (25 miljoner kronor 2003 och 2004).

Sverige arbetar också aktivt för att ge arbetet med att förebygga alkoholskador högre prioritet internationellt. Inom EU har Sverige länge fört diskussioner med kommissionen och medlemsländerna om alkohol och folkhälsa. På svenskt initiativ har unionen beslutat om en gemensam strategi för att motarbeta alkoholens skadeverkningar som kommer att presenteras under 2005. Inom WHO har Sverige tillsammans med de övriga nordiska länderna initierat en resolution om hälsosamma livsstilar som antogs vid Världshälsoförsamlingen i år där alkohol ingår som en profilfråga.

4.5.1.2 Narkotika

Den 22 augusti 2002 godkände regeringen inriktningen av den aktionsplan som den nationella narkotikasamordnaren presenterat. Aktionsplanen beskriver de aktiviteter som bör genomföras inom ramen för handlingsplanen under perioden 2002–2004 och kostnaderna för dessa. Totalt har 325 miljoner kronor avsatts för perioden, varav 100 miljoner kronor för en särskild satsning inom kriminalvården för narkotikafria fängelser. Av resterande 225 miljoner kronor har 11 miljoner kronor avsatts för samordnings-, kommunikations- och opinionsbildningsinsatser (konferenser, informationsmaterial och webbportal). Fyrtiofyra miljoner kronor har avsatts till områdesövergripande in-

satser, bl.a. en storstadssatsning i Stockholm, Göteborg och Malmö inriktad på förebyggande insatser inom skola och nöjesliv, samt insatser för personer med ett etablerat missbruk. Vidare har 68 miljoner kronor avsatts för metodutveckling och olika typer av förebyggande insatser. Dessa genomförs i huvudsak av kommuner och frivilligorganisationer. Till forskning har avsatts 42 miljoner kronor, till vård och behandling 36 miljoner kronor samt 10 miljoner kronor till olika typer av kontrollinsatser. I samordnarens andra årsrapport (hösten 2004) över utvecklingen presenteras också en bedömning av de samlade insatserna och förslag till framtida prioriteringar.

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

Sverige deltar aktivt i FN:s narkotikakommission CND. Vidare deltar Sverige i Europarådets samarbetsgrupp för narkotikafrågor, den s.k. Pompidougruppen. En strategi för narkotikabekämpning inom EU antogs vid Europeiska rådet i Helsingfors 1999 för perioden 2000–2004. Under hösten 2004 kommer en ny narkotikastrategi för EU att utarbetas och antas. Strategin, som skall omfatta åren 2005–2012, kommer att bygga bl.a. på utvärderingen av den nuvarande strategin (2000–2004). Denna utvärdering utförs av Europeiska kommissionen. Under 2004 tog Sverige ett initiativ som syftar till att öka insatserna mot cannabis inom EU.

4.5.1.3 Tobak

För åren 2002 till och med 2004 avsatte regeringen 30 miljoner kronor årligen för att stärka det tobakspreventiva arbetet. Medlen har disponerats av Statens folkhälsoinstitut och enligt regeringens direktiv skall 20 miljoner kronor användas till metodutveckling, 5 miljoner kronor till stöd till organisationer på tobaksområdet och

5 miljoner kronor till Centrum för tobaksprevention för verksamhet med telefonrådgivning.

Regeringen överlämnade i februari 2004 propositionen Rökfria serveringsmiljöer till riksdagen. I propositionen föreslår regeringen att restauranger och andra serveringsmiljöer skall bli rökfria från den 1 juni 2005. Förslaget ger möjlighet till att inrätta särskilda rökrum. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens förslag den 12 maj 2004 (prop. 2003/04:65, 2003/04:SOU08, rskr 2003/04: 218).

I februari 2003 avslutades de mellanstatliga förhandlingarna om Världshälsoorganisationens ramkonvention för tobakskontroll. Den antogs av Världshälsoförsamlingen i maj samma år. I juni 2003 blev Sverige en av de första 48 länderna att underteckna konventionen. WHO initierade ramkonventionen mot bakgrund av att det blir allt vanligare att röka i utvecklingsländerna. Det huvudsakliga syftet med ramkonventionen var att utarbeta internationellt accepterade regler samt att stödja länder med svag nationell lagstiftning att utveckla nationella regler. I december 2003 tillsatte regeringen en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till: 1) nationellt genomförande av Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll, 2) Europaparlamentets och rådets direktiv 2003/33/EG om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar om reklam för och sponsring till förmån för tobaksvaror, samt 3) rådets rekommendation 2003/54/EG om förebyggande av rökning och om initiativ för en effektivare tobakskontroll. I uppdraget har också ingått att närmare överväga de förslag som har lämnats av Konsumentverket i rapporten Stopp för utomhusreklam för tobak – Rapportering av ett regeringsuppdrag (Konsumentverket, 2003:02). Den särskilda utredaren presenterade sitt betänkande i september 2004.

4.5.1.4 Smittskydd och hälsoskydd

I syfte att förbättra smittskyddet har regeringen under 2003 presenterat en proposition med förslag till en ny smittskyddslag. Syftet med den föreslagna lagstiftningen är att skapa bättre balans mellan befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar och den smittades integritet och rättssäkerhet. Den nya smittskyddslagen och övriga författningsändringar trädde i kraft den 1 juli 2004.

Regeringen har även tagit initiativ till en översyn av behovet av extraordinära smittskyddsåtgärder till följd av naturlig eller avsiktlig spridning av smittämnen. I april 2003 överlämnade regeringen en proposition med förslag att komplettera smittskyddslagen med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2005.

Internationell samverkan i frågor som rör såväl avsiktlig spridning som naturlig spridning av biologiska ämnen är en förutsättning för att ett utbrott skall kunna förebyggas eller begränsas. Inom EU har arbetet inom den särskilda arbetsgrupp för frågor som rör hälsa och säkerhet fortsatt under året. Arbetet har även breddats från att i första hand fokusera på avsiktlig spridning till att även behandla naturlig smittspridning som sars och fågelinfluensa. Under året har behovet av ökad samverkan i frågor som rör influensapandemiberedskap varit föremål för diskussion på flera hälsoministermöten inom EU.

I april 2004 fattade rådet och Europaparlamentet beslut om att inrätta ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar. Centrets huvuduppgifter skall vara epidemiologisk övervakning, tidig varning och tidiga åtgärder, vetenskapliga yttranden, teknisk assistans till medlemsstaterna och tredje land samt stöd och utveckling för EU-beredskap vid hälsohot. Centret kommer att verka i nära samarbete med den expertis som finns i medlemsstaterna. Vid Europeiska rådets möte i december 2003 beslutades att det kommande centrumet skulle lokaliseras till Sverige. Regeringen beslutade i februari 2004 att det skall lokaliseras till Stockholms, eller i en till Stockholm angränsande, kommun. Under våren 2005 kommer centrumet att börja fungera som en fristående myndighet.

Vid ett ministermöte i Dublin den 23–24 februari 2004 antogs en deklARATION om hiv/aids i Europa som understryker vikten av politiskt ledarskap, såväl nationellt som internationellt, och som uppmanar EU att ta en aktiv roll i kampen mot hiv/aids i regionen. Under förhandlingarna lyckades Sverige bl.a. få gehör för formuleringar som innebär att satsningar på narkotikaområdet skall göras utifrån ett helhetsperspektiv och innehålla såväl förebyggande insatser som behandling och vård.

Ett annat viktigt område är den översyn av det internationella hälsoreglementet (IHR) som inlett inom WHO. De senaste årens händelser, bl.a. utbrottet av sars, diskussionerna kring möjlig användning av biologiska stridsmedel samt farhågorna för att en influensapandemi skall bryta ut, visar tydligt att det finns ett behov av att se över de globala instrumenten för att förebygga och kontrollera denna typ av händelser. Sverige deltar aktivt i arbetet med att se över IHR i syftet att åstadkomma en internationell överenskommelse för att bättre täcka in allvarliga hälsohot och få till stånd ett effektivare rapporteringssystem.

Insatser mot smittsamma sjukdomar har också hög prioritet i det nordiska samarbetet. Inom ramen för EU:s nordliga dimension inrättades 2003 Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande. Under de första två åren har Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande valt att huvudsakligen fokusera på insatser för att bekämpa hiv/aids. Sverige är ordförande för samarbetet under 2004.

WHO genomförde i juni 2004 sin fjärde miljö- och hälsoministerkonferens. Under mötet antogs en deklaration där medlemsländerna bland annat åtog sig att utveckla särskilda handlingsplaner för barns miljörelaterade hälsa. En annan huvudpunkt under mötet behandlade ett gemensamt europeiskt system för miljöhälsoindikatorer. Sverige har aktivt bidragit i WHO:s indikatorarbete och har under året ingått i den grupp av länder som utvärderat olika förslag på miljöhälsoindikatorer.

Socialstyrelsen skärpte under året gränsen för radon i befintliga bostäder och allmänna lokaler. Nya normer för vattenkvalitet på dricksvatten respektive vatten i bassängbad har också tagits fram i enlighet med EU-direktiv.

4.5.2 Insatser utanför politikområdet

Eftersom folkhälsoutvecklingen är beroende av en mängd samhälleliga förutsättningar påverkas den i hög grad av insatser utanför politikområdet Folkhälsa. I detta avsnitt ges några exempel på sådana insatser som berör målområdena 7–11. En mer utförlig beskrivning av folkhälsopolitiska insatser av samtliga elva målområden kommer från och med 2006 att presenteras för riksdagen vart fjärde år i en särskild skrivelse.

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

Lågpriscigarett lanserades 2002 på den svenska tobaksmarknaden. Skillnaden i pris i förhållande till övriga cigaretter kan sannolikt bidra till en ökning av tobakskonsumtionen. Mot bakgrund av detta beslutade riksdagen 2003 om nya regler för beskattningen av lågpriscigarett.

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

Staten har genom ekonomiskt stöd till kommuner, landsting och frivilligorganisationer bidragit till att stärka det hivpreventiva arbetet lokalt och regionalt. Från det under utgiftsområde 25 uppförda anslaget 48:2, *Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting*, har särskilda medel tillfälligt utgått för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna.

Skolan är samhällets viktigaste arena för hälsofrämjande och förebyggande arbete när det gäller barn och ungdomar. Skoltrivsel är en avgörande skyddsfaktor mot olika former av missbruk men även mot utvecklingen av våld, kriminalitet och psykisk ohälsa. Statens folkhälso-

institut har tillsammans med Myndigheten för skolutveckling utarbetat en handlingsplan för vad skolan kan göra för att främja ungdomars hälsa och förebygga alkohol- och narkotikamissbruk samt andra riskbeteenden. Arbetet med att utveckla och implementera handlingsplanen har påbörjats och kommer att intensifieras under kommande år.

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

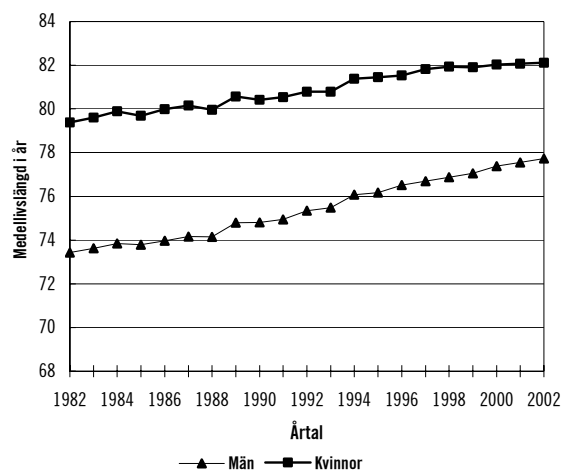
I december 2003 inkom Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) med rapporten *Forskning om elöverkänslighet och andra effekter av elektromagnetiska fält till regeringen*. Rapporten fokuserar på symtom i samband med mobiltelefoni och den inriktar sig på forskningsresultat som framkommit sedan år 2000.

4.6 Resultatbedömning

Generellt sett har folkhälsan förbättrats under 1990-talet. Förbättringarna i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och lägre dödlighet. Med dödlighet avses andelen dödsfall under ett år per 100 000 invånare. Den stora nedgången i dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar är den främsta förklaringen till att medellivslängden i Sverige har ökat under senare år. Även risken för att insjukna i hjärt-kärlsjukdom har minskat under 1990-talet vilket kan, enligt den s.k. MONICA-studien, med största sannolikhet förklaras av förändrade levnadsvanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor (Socialstyrelsen, 2001, *Folkhälsorapport*). Dödligheten minskar för nästan alla socioekonomiska grupper, utom för ej facklärd kvinnliga arbetare. Mäns medellivslängd ökar snabbare än kvinnors vilket gör att skillnaden mellan kvinnors och mäns medellivs-

längd minskar. Kvinnor lever i dag i genomsnitt 4,5 år längre än män.

Diagram 4.1 Medellivslängd mellan 1982 och 2002



Källa: SCB

Sverige är ett av de tio medlemsländerna i Organisation for Economic Co-operation (OECD) som har högst förväntad medellivslängd vid födelsen. År 2001 var Sverige tillsammans med Island, Japan, Finland och Spanien bland de fem OECD länder som hade lägst spädbarnsdödlighet. Spädbarnsdödligheten i Sverige var 3,7 dödsfall per 1 000 levande födda barn under 1 års ålder (OECD, 2004, *Health Data*).

Bilden blir dock annorlunda om man istället studerar specifika hälsoproblem och sjukdomar. Självskattad upplevelse av psykiskt välbefinnande har fortlöpande försämrats bland den svenska befolkningen sedan 1990-talets senare hälft. Det gäller både kvinnor och män i åldersgruppen 16-44 år och 45-64 år, medan välbefinnandet i åldersgruppen 65-84 år snarare har ökat. Det är framförallt i storstadsregionerna som både kvinnor och män anger ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Det är emellertid nästan dubbelt så vanligt att kvinnor uppger nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med män. Skillnaderna mellan socioekonomiska grupper är också stora. Det är t.ex. tre gånger vanligare att ej facklärd arbetare uppger att de känner "ängslan, oro eller ångest" än att högre tjänstemän gör det. Ensamstående kvinnor med barn och kvinnor med föräldrar födda utanför Sverige uppger i betydligt högre utsträckning nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med andra grupper (Socialstyrelsen, 2003, *Folkhälsa och sociala förhållanden*). Trots den generella förbättringen av folkhälsan under 1990-talet ökade sjukfrånvaron,

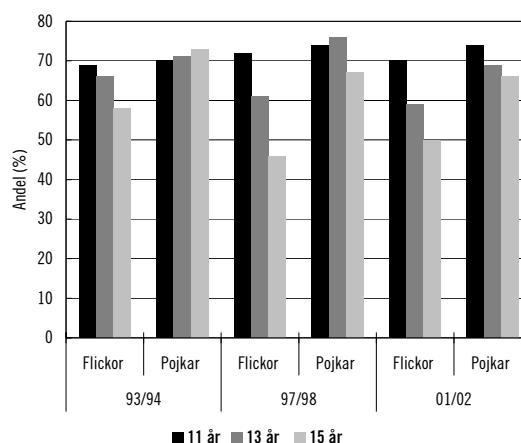
särskilt bland kvinnor anställda inom kommun och landsting. Orsakerna är komplexa. En bidragande faktor är att kraven på funktionsförmåga i arbetslivet har förändrats.

Enligt Socialstyrelsen ökar övervikt i alla åldrar. Ungefär hälften av alla män och en tredjedel av alla kvinnor, anses vara överviktiga (BMI>25). Omkring 10 procent av alla män och kvinnor har kraftig övervikt i åldersgruppen 16–84 år (BMI>30). Det är vanligare med övervikt på landsbygden än i storstadsregionerna.

En ökning av alkoholrelaterad dödlighet kan för första gången på decennier noteras bland män i åldersgruppen 30–64 år. Bland kvinnor har alkoholdödligheten sedan en längre tid tillbaka ökat i 50–60 årsåldern och minskat i 30–40 årsåldern. Att dö i alkoholrelaterade skador är vanligast bland män i storstadsregionerna, framför allt i Stockholm och Göteborg, jämfört med övriga delar av landet.

Generellt sett är det allmänna hälsotillståndet gott bland svenska barn. Under den senaste tioårsperioden anger dock en allt mindre andel av skolbarn i åldrarna 11, 13 och 15 år att de anser sig vara fullt friska. Färre flickor än pojkar anser sig vara fullt friska (Statens folkhälsoinstitut, 1997/98 & 2001/02, Svenska skolbarns hälsovanor). Detta gäller för alla åldersgrupper (se diagram 5.2) I Sverige, som i övriga västvärlden, uppger flickor oftare än pojkar att de känner press i skolan och att de oftare än en gång i veckan har huvudvärk, magont, ryggproblem eller svårt att somna (WHO-EURO, 2004, Young people's health in context). En oroande trend är ett ökat riskbeteende bland ungdomar. Det gäller såväl alkohol- och droganvändandet, framför allt bland lite äldre ungdomar, som ett ökat sexuellt riskbeteende. Det senare kan avläsas av den ökande förekomsten av sexuellt överförbara infektioner, framför allt klamydia-infektion, i ungdomsgruppen. Även tonårsaborterna har ökat under en följd av år. Detta är mycket oroande sett i perspektiv av den snabba spridningen av hiv/aids i vårt närområde.

Diagram 4.2 Andel skolelever som anser sig vara fullt friska



Källa: Svenska skolbarns hälsovanor 1997/98 samt 2001/2002, FHI

Det kan konstateras att målet för politikområdet inte har uppfyllts fullt ut. Förändringar i folkhälsan kan mätas dels i form av vunna levnadsår och dels genom förbättrad livskvalitet. De positiva tendenserna som kan utläsas från bl.a. fortsatta ökningarna av medellivslängden blandas med signaler som kan få negativa konsekvenser för folkhälsan på längre sikt. Många faktorer som påverkar folkhälsan får betydelse framförallt på lång sikt. Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper är fortfarande påtagliga och förefaller inte ha minskat under den senaste tioårsperioden. Riskerna för arbetare att avlida i förtid jämfört med tjänstemän är särskilt påtaglig i dödsorsaker som 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.

De könsrelaterade skillnaderna i hälsa är omfattande. Olika villkor för kvinnor och män på arbetsmarknaden, i familjelivet, vad gäller ekonomiska tillgångar, m.m. leder till olika sjukdomsmönster. Skillnaderna i livsvillkor mellan könen är en av orsakerna till att kvinnor har högre sjuklighet än männen (Socialstyrelsen, 1997, Folkhälsorapport). Samtidigt som kvinnor lever längre än män uppvisar de fler symptom på

sjuklighet. Ytterligare ett allvarligt hälsoproblem för kvinnor är det könsrelaterade våld som många utsätts för.

Både nyanlända invandrare och de som vistats en längre tid i Sverige har generellt sett en sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Både bland svenskfödda och invandrare förekommer stora hälsoskillnader mellan kvinnor och män och mellan olika socioekonomiska grupper.

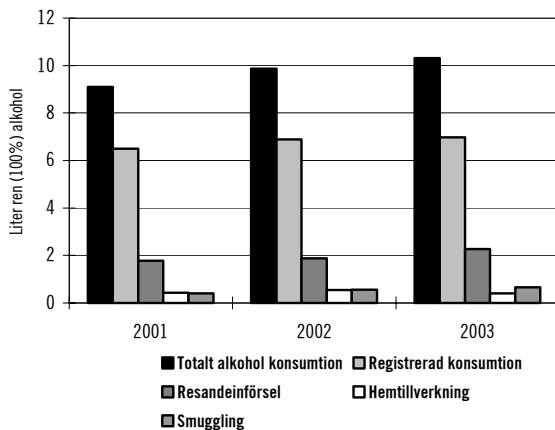
4.6.1 Alkohol

4.6.1.1 Mål

Målet för samhällets alkoholpolitik är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Detta slog riksdagen fast i februari 2001 då man beslutade om en femårig nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144).

4.6.1.2 Resultat

Diagram 4.3 Skattning av total alkoholkonsumtion i Sverige per invånare 15 år och äldre

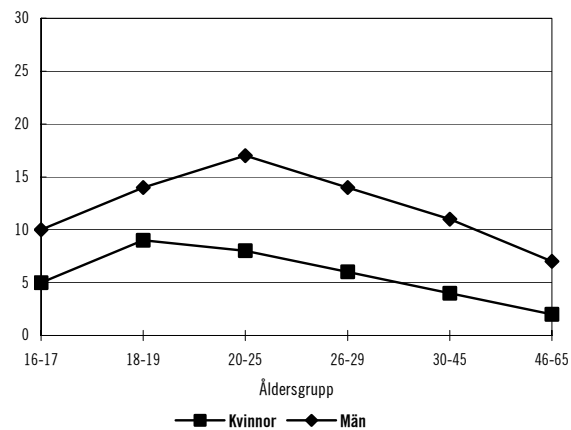


Källa: SoRAD Monitorprojekt

Alkoholkonsumtionen under 2003 uppgick till cirka 10,3 liter ren alkohol per person 15 år och äldre, vilket är en ökning med ungefär 29 procent sedan 1996. Den största ökningen har ägt rum sedan 2000 (se diagram ovan). Under 2003 ökade alkoholkonsumtionen med drygt 4 procent, vilket är en klart lägre ökningstakt än under både 2001 och 2002 (8 respektive 9 procent). Konsumtionsökningen de senaste åren är resul-

tatet av såväl en ökad försäljning på Systembolaget som ökad införsel av alkohol från utlandet. Noterbart är dock att sedan slutet av 2003 ökar inte längre den registrerade alkoholkonsumtionen i Sverige utan all ökning av totalkonsumtionen är numera resultatet av ökad alkoholinförsel från utlandet.

Diagram 4.4 Antal intensivkonsumtionstillfällen* år 2003 för olika åldersgrupper i genomsnitt

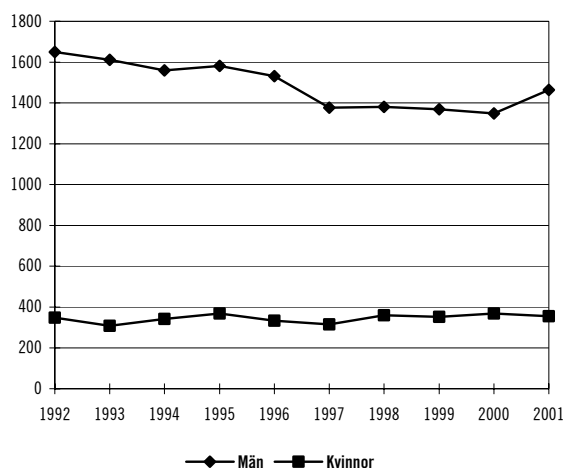


Källa: SoRAD Monitorprojekt

* Intensivkonsumtion innebär att man dricker alkohol ungefär motsvarande minst en halv halvflaska sprit *eller* en hel flaska vin *eller* 4 burkar starköl *eller* 6 burkar folköl vid samma dryckestillfälle.

Vidare visar diagram 5.4 att konsumtionen är som störst i början av 20 års åldern, för männen i åldersgruppen 24–25 år och för kvinnorna i åldern 20–21 år. Detta innebär att den faktiska konsumtionen för 20–24-åriga män uppgår till 20 liter alkohol per år och för kvinnorna i samma åldersgrupp till knappt 9 liter. En viktig iakttagelse är att alkoholkonsumtionen i åldersgruppen 16–29 år har minskat sedan 2000. De drogvaneeundersökningar som genomförs av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) bland skolelever i årskurs 9 visar också på en nedgång av pojkaras konsumtion sedan 2001. Mellan 1998–2001 har antalet personer som vårdats för alkoholförgiftning mer än fördubblats. Särskilt allvarligt är att antalet kvinnor i åldern 15–19 år som vårdats för alkoholförgiftning har ökat med 40 procent. Trots att alkoholkonsumtionen inte har ökat bland ungdomar så har andelen ungdomar som ofta berusar sig fortsatt att öka och andelen som aldrig berusar sig minskat.

Diagram 4.5 Antal alkoholrelaterade dödsfall i Sverige



Källa: EpC, Socialstyrelsen

Den alkoholrelaterade dödligheten som varit sjunkande sedan början av 1980-talet har börjat stiga för männen. Uppgifter från dödsorsaksstatistiken för 2001 visar på en uppgång med 7 procent för männen jämfört med 2000. Speciellt tydlig var ökningen bland män i åldersgruppen 30–64 år, med en ökning på cirka 15 procent. Bland kvinnorna märks ingen ökning. De senast tillgängliga siffrorna är från 2001 och återspeglar inte den kraftiga konsumtionsökning som ägt rum under senare år. Även de alkoholrelaterade skadorna och våldsbrotten har ökat under senare år och misshandel av både kvinnor och män har ökat. Den ökade alkoholkonsumtionen anses vara den viktigaste orsaken till våldsutvecklingen. Kvinnornas andel av den totala alkoholkonsumtionen har också kraftigt ökat sett i ett längre tidsperspektiv. Den kraftiga ökningen av alkoholkonsumtionen i Sverige inger stor oro för ökade alkoholskador i befolkningen framöver och med en försämrad folkhälsa som följd. Statistik för de första fyra månaderna 2004 visar också att alkoholkonsumtionen fortsätter att öka. Målet för alkoholpolitiken om att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar genom att minska totalkonsumtionen blir således allt svårare att uppnå.

Den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador och inrättandet av Alkoholkommittén för att genomföra handlingsplanen har lett till resultat i form av en ökad aktivitet på alkoholområdet framför allt i kommuner och landsting. Åtskilliga nationella och regionala projekt har initierats och regionala konferenser har hållits i samtliga län för att pre-

sentera och genomföra intentionerna i den nationella handlingsplanen och få i gång lokala aktiviteter på området. I samtliga län finns särskilda länssamordnare anställda för att utveckla det regionala alkohol- och drogförebyggande arbetet. Ett stort antal kommuner har anställt kommunala samordnare av de projektmedel som länsstyrelserna fördelat. För närvarande finns ungefär 290 kommunala och regionala samordnare anställda runt om i landet med ett statligt bidrag om cirka 75 miljoner kronor 2004.

4.6.1.3 Resurser

För genomförandet av alkoholhandlingsplanen har totalt 680 miljoner kronor avsatts under perioden 2001–2004. Huvuddelen, cirka 435 miljoner kronor har gått till kommunernas förebyggande arbete. Av resterande belopp har 65 miljoner kronor gått till regional kompetensutveckling, 40 miljoner kronor till forskning, 30 miljoner kronor till frivilligorganisationer samt 110 miljoner kronor till Alkoholkommitténs informationsinsatser.

4.6.1.4 Analys och slutsatser

Regeringen bedömer att de insatser som hittills genomförts inom alkoholområdet har fungerat bra och varit nödvändiga för att få igång en aktiv process, men att de är långt ifrån tillräckliga. Arbetet med att förverkliga handlingsplanens intentioner har nu pågått i 3,5 år. Insatserna är av långsiktig karaktär där stora ansträngningar görs för att utveckla kompetens, metoder och verksamheter på framför allt lokal och regional nivå. Handlingsplanen har mottagits väl. Alkoholkommittén har kommit igång ordentligt med sitt arbete och de 680 miljoner kronor som under fyra år disponerats för handlingsplanens genomförande innebär en viktig stimulans. Framför allt för det lokala och regionala förebyggande arbetet. Hittills har cirka 290 lokala och regionala samordnare av det alkohol- och drogförebyggande arbetet anställts runt om i landets kommuner och landsting med hjälp av de statliga medlen. Detta får anses vara ett bra resultat med tanke på den korta tid som förflutit sedan medlen i praktiken (2002) funnits tillgängliga för ansökan. Endast 12 procent av de anställda kommunala samordnarna har en fast tjänst 2003,

resten är tidsbegränsat projektanställda. Det är därför viktigt med fortsatt statligt stöd till de kommunala samordnarna. Fortsatta insatser är också viktiga mot bakgrund av att vi i Sverige kan konstatera en kraftigt ökad total konsumtion av alkohol och ökade skador. En fortsatt ökning av den totala alkoholkonsumtionen och därmed skadorna är också trolig mot bakgrund av slopade införelskvoter och sänkta alkoholskatter i vår omvärld. Om målet för alkoholpolitiken skall kunna nås måste ambitionsnivån höjas och tillräckliga medel tillföras de alkoholförebyggande insatserna på såväl nationell som på regional och lokal nivå.

Statens folkhälsoinstitut har fått regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera de olika insatserna som följer av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador. Uppdraget skall årligen redovisas till regeringen och slutligen avrapporteras den 30 december 2006. De särskilda projektmedlen som efter ansökan fördelas av länsstyrelserna till kommunerna följs upp av Socialstyrelsen och rapporteras årligen till regeringen. Under hösten 2004 kommer erfarenheter av arbetet med att uppfylla handlingsplanens mål att samlas in från ett brett spektrum av samhällets organisationer, alltifrån myndigheter till frivilligorganisationer. Denna uppföljning kommer att vara en viktig grund för framtagandet av den nya alkoholhandlingsplanen.

Arbetet med att ta fram en ny nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador för perioden efter 2005 kommer att påbörjas under hösten för att presenteras för riksdagen under 2005.

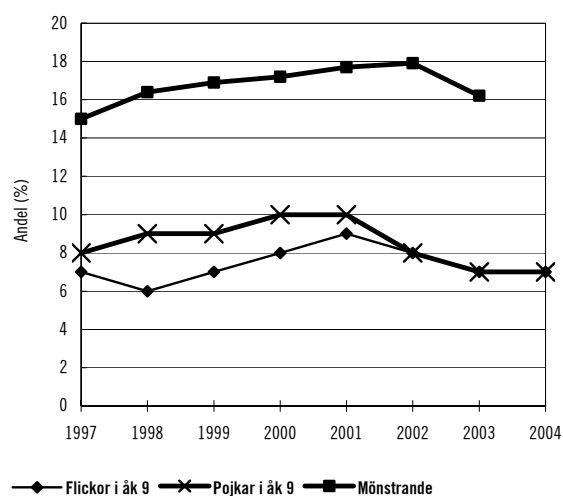
4.6.2 Narkotika

4.6.2.1 Mål

Målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Narkotikapolitiska insatser skall riktas både mot tillgång och efterfrågan på narkotika i syfte att minska nyrekryteringen till missbruk, förmå fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk samt att minska tillgången på narkotika.

4.6.2.2 Resultat

Diagram 4.6 Andel elever i årskurs 9 samt andel mänstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika



Källa: CAN

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) som årligen genomför drogvaneundersökningar har narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 ökat successivt under andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet, vilket diagrammet ovan visar. Som högst var det 10 procent bland pojkarna och 9 procent bland flickorna 2001 som provat narkotika. Därefter sjönk värdena och under 2003 och 2004 var andelen 7 procent för båda könen. Andelen mänstrande 18-åriga män som provat narkotika har, för första gången på 15 år, minskat och är lägre än föregående år. År 2003 hade 16 procent provat narkotika, jämfört med 18 procent 2002. Andelen elever i årskurs 9 och bland mänstrande som någon gång har använt anabola steroider har legat på 0–1 procent sedan 1994. Enligt tillgängliga data har dock det tunga missbruket (i huvudsak injektionsmissbrukare) fortsatt att öka och antalet tunga missbrukare beräknas till 20 000–26 000 personer.

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

En samlad uppföljning av samhällets insatser på narkotikaområdet har inte gjorts efter det att

Narkotikakommissionen avlämnade sin slutrapport (SOU 2000:126). Statens folkhälsoinstitut kommer att presentera en första folkhälsopolitisk rapport den 30 september 2005, i vilken bl.a. insatserna mot narkotika skall följas upp. I slutet av samma år kommer den nationelle narkotikasamordnaren att presentera en utvärdering av handlingsplansarbetet. Under hösten 2004 kommer erfarenheter av arbetet med att uppfylla handlingsplanens mål att samlas in från ett brett spektrum av samhällets organisationer, alltifrån myndigheter till frivilligorganisationer. Uppföljningen kommer att utgöra en viktig bas för framtagandet av den nya narkotikahandlingsplanen.

4.6.2.3 Resurser

För att genomföra den nationella handlingsplanen har regeringen avsatt totalt 325 miljoner kronor för åren 2002–2004. Av dessa har bl.a. 100 miljoner kronor avsatts för en särskild satsning inom kriminalvården, 11 miljoner kronor för samordning, kommunikation och opinionsbildning, 44 miljoner kronor för områdesövergripande insatser (exempelvis storstadsinsatserna), 68 miljoner kronor till förebyggande insatser, 42 miljoner kronor till forskning, 36 miljoner kronor till vård och behandling samt 10 miljoner kronor till kontrollinsatser.

4.6.2.4 Analys och slutsatser

För att förhindra en ny ökning av narkotikaanvändningen bland ungdomar och för att få till stånd en minskning av antalet tunga missbrukare krävs fortsatta insatser på narkotikaområdet. Till detta kommer ett ökat tryck från många länder att liberalisera narkotikapolitiken. För att den nuvarande narkotikapolitikens inriktning skall ligga fast krävs en fortsatt utveckling av hela samhällets insatser. Den nationella narkotikapolitiska handlingsplanen utgör ramen för en samlad nationell mobilisering mot narkotika. Handlingsplanen omfattar hela det narkotikapolitiska området och inkluderar således såväl utbuds- som efterfrågedämpande åtgärder.

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

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

4.6.3 Tobak

4.6.3.1 Mål

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

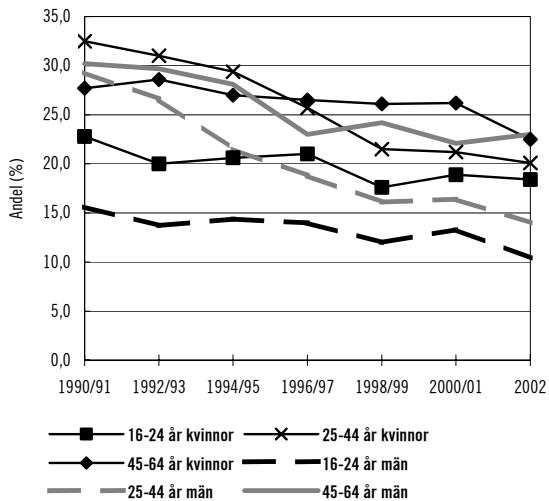
- En tobaksfri livsstart från år 2014.
- En halvering till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa.
- En halvering till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest.
- Ingen skall utan eget val utsättas för rök i sin omgivning.

År 1998 antog WHO inom ramen för initiativet Hälsa för alla målet att minst 80 procent av befolkningen skall vara rökfri 2000.

4.6.3.2 Resultat

Sverige är ett av få länder i Europa som uppnått WHO:s mål på tobaksområdet. Rökningen har minskat påtagligt i Sverige sedan 1990-talet i alla grupper, vilket innebär att målet för de statliga insatserna på tobaksområdet har uppnåtts. Minskningen har varit mer påtaglig hos män än hos kvinnor vilket visar sig tydligt i såväl åldersgruppen 25–44 år som i åldersgrupp 45–64 år.

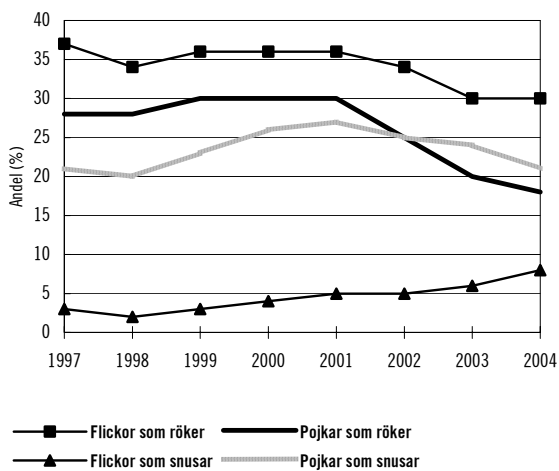
Diagram 4.7 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder



Källa: Folkhälsorapport 2001, uppdaterad

Sedan 2001 minskar andelen rökare bland både pojkar och flickor, mest bland pojkar. Trettio procent av flickorna som 2004 gick i årskurs 9 uppgav att de i någon utsträckning rökte. Motsvarande andel bland pojkarna var 18 procent. Av flickorna var 15 procent dagligrökare och av pojkarna var motsvarande siffra 9 procent. Rökning är mer vanligt bland flickor än bland pojkar. För pojkar har en minskning skett när det gäller snusning. För flickor har användningen av snusning ökat, 2004 uppgav 8 procent av flickorna att de snusat. Den ökande användningen av snus bland flickor kan avspegla en attitydförändring. Sammantaget innebär ovanstående att förhållandena i ungdomsgruppen bör ges fortsatt uppmärksamhet.

Diagram 4.8 Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar



Källa: CAN

Rökning under graviditet och rökning i små barns miljö innebär ökad risk för utvecklandet av bl.a. luftvägssjukdomar. Barn i en rökande miljö utsätts för samma hälsorisker som har påvisats i övrigt när det gäller s.k. passiv rökning. Under 1990-talet har det tobakspreventiva arbetet inom mödra- och barnhälsovården utvecklats och stärkts vilket har gett goda resultat. Antalet rökare bland gravida har minskat påtagligt under denna period, från cirka 20 procent 1993 till drygt 10 procent 2004. Den rökrelaterade sjukligheten och dödligheten har minskat bland män, men ökar fortfarande bland kvinnor och i de mindre gynnade socioekonomiska grupperna. I 2001 års folkhälsorapport från Epidemiologiskt Centrum (EPC) Socialstyrelsen, påvisas att den minskade risken att insjukna i kranskärlssjukdomar i stor utsträckning förklaras av förändrade levnadsvanor, och framför allt av en minskning av andelen rökare i befolkningen. Vid en undersökning av vilka riskfaktorer som har påverkan på medellivslängden visas i ovan nämnda rapport från EPC att tobaksrökning har störst effekt. Dödligheten i lungcancer minskar för män medan den ökar för kvinnor. Det totala antalet dödsfall ligger fortfarande högre för män, medan den stora ökningen sker bland kvinnor. År 2001 avled 1 803 män och 1 347 kvinnor. Ett tydligt samband mellan sjukdomsuppkomst och tobaksrökning finns även för Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Sjukdomen upptäcks ofta mycket sent och har ett långsamt förlopp. År 2000 dog 1 800 personer till följd av KOL.

4.6.3.3 Resurser

Under perioden 2002 till och med 2004 har regeringen avsatt 30 miljoner kronor årligen för tobakspreventivt arbete. Av dessa har 20 miljoner kronor fördelats till metodutveckling inom tobaksprevention, 5 miljoner kronor till organisationer som arbetar med tobaksprevention och 5 miljoner kronor till Centrum för Tobakspreventions verksamhet Sluta röka linjen. Lokala insatser har samfinansierats med kommuner och landsting för att insatserna skall kunna integreras i den reguljära verksamheten. Den treårsatsning som har genomförts under perioden 2002 till och med 2004 kommer att utvärderas av Statens folkhälsoinstitut. För år 2005 och 2006 avsätts 5 miljoner kronor till Sluta Röka Linjen vid Centrum för Tobaksprevention, Stockholms

läns landsting, samt 5 miljoner kronor till stöd för organisationer som arbetar med tobaksprevention.

4.6.3.4 Analys och slutsatser

Attityderna gentemot rökning har under 1990-talet förändrats påtagligt. Under samma period har den svenska tobakspolitiken gradvis skärpts. Tobakslagen har stramats upp, såväl avseende reklambegränsningar som produktreglering samt avseende frågor som rör rökfria miljöer och passiv rökning. Sammantaget har detta lett till att Sverige har nått WHO:s mål att 80 procent av befolkningen skall vara rökfri. Fortfarande är dock tobak den största enskilda riskfaktorn för hälsan. Tobaksanvändningen varierar också påtagligt mellan olika grupper i samhället. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har tillsammans med Landstingsförbundet under 2003 sammanställt en rapport om Landstingens rökavvänjning. Rapporten visar att den verksamhet som bedrivs är varierande och att det finns stora regionala skillnader. Ingen skillnad i resultatet verkar ha skett under år 2004. Efterlevnaden av bland annat åldersgränsen i tobakslagen är en angelägen fråga. Kunskapen om tobakslagen hos de lokala tillsynsmyndigheterna, kommuner och länsstyrelser ökar samtidigt som FHI vidareutvecklar metoder för tillsynen. FHI har bl.a. utarbetat en handbok, kallad Handbok Tobakslagen, som skall kunna bistå kommuner och länsstyrelser i deras dagliga arbete. Vidare har FHI i samråd med Alkoholkommittén utarbetat ett informationsmaterial, Lag om Leg, för att informera och bistå de lokala tillsynsmyndigheterna i deras informationsarbete om den gällande lagstiftningen.

4.6.4 Smittskydd och hälsoskydd

4.6.4.1 Mål

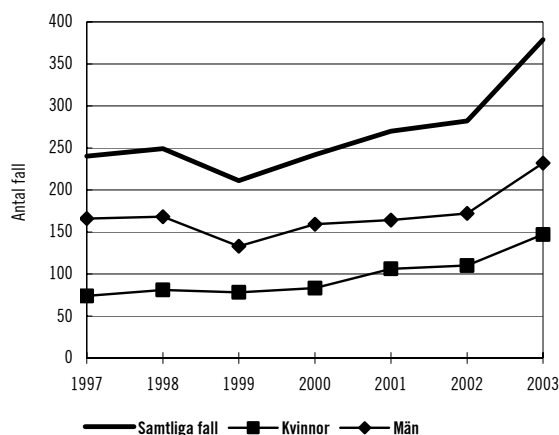
I den nya smittskyddslagen (2004:168) som trädde i kraft den 1 juli 2004 anges att målet är att samhällets smittskydd skall vara att tillgodose befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar. I den tidigare smittskyddslagen (1988:1472) fanns inte något mål för samhällets smittskydd.

Hälsoskyddsområdet regleras i miljöbalken. Balkens syfte är att främja en hållbar utveckling, vilket innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö. Detta syfte konkretiseras i de av riksdagen fastställda miljömålen (prop. 1997/98:145).

4.6.4.2 Resultat – Smittskydd

Det epidemiologiska läget avseende smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Anslutningen till det allmänna barnvaccinationsprogrammet övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnvårdscentraler i landet. I förhållande till många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Förekomsten av smittsamma sjukdomar i Sverige har varit tämligen oförändrad under de senaste tio åren. Inte heller under år 2003 uppvisade den epidemiologiska situationen några avgörande förändringar. De flesta anmälningspliktiga sjukdomar har rapporterats i samma utsträckning eller i något lägre utsträckning än tidigare år.

Diagram 4.9 Antal anmälda hivfall 1997–2003



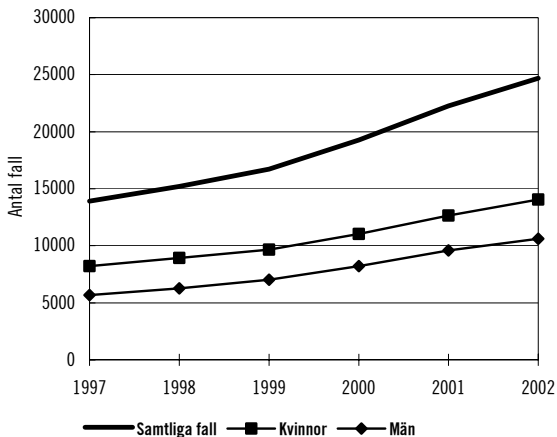
Källa: Smittskyddsinstitutet

Spridningen av hivinfektion i Sverige har kunnat hållas på en låg nivå. Tidiga insatser i samband med epidemins utbrott och ett brett och väl samordnat hivpreventivt arbete har bidragit till att antalet hivfall i Sverige fortfarande ligger lågt. Totalt har 6 305 personer anmänts som smittade

med hivinfektion sedan 1985 (4 586 män och 1 719 kvinnor).

Under de senaste två åren har dock den positiva utvecklingen i början på 1990-talet upphört. Under 2003 rapporterades 379 nya fall av hiv (232 män och 147 kvinnor), vilket är en kraftig ökning i förhållande till 2002 (282 fall), 2001 (271 fall) och 2000 (242 fall). En närmare analys av anmälningarna visar att den största ökningen skett bland nyanlända heterosexuella personer från högendemiska områden. Flertalet var smittade redan före sin ankomst till Sverige. Den inhemska spridningen av hivinfektion har däremot inte ökat. Tillgången till antiviral behandling medför att antalet fall av aids fortsätter att ligga lågt liksom antalet individer som avlider av hiv/aids.

Diagram 4.10 Antal anmälda klamydiafall 1997–2003



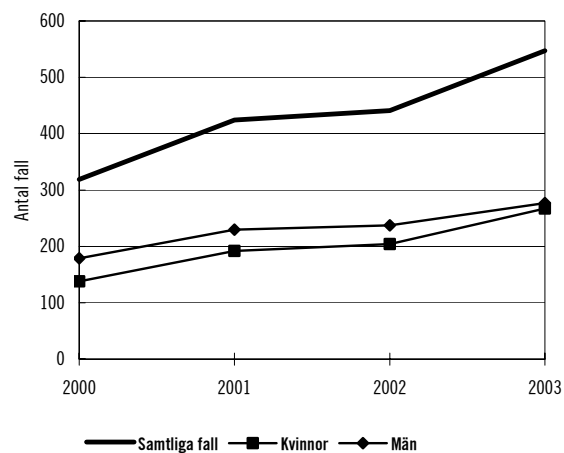
Källa: Smittskyddsinstitutet

Bland de sexuellt överförbara sjukdomarna har klamydiainfektion, gonorré och syfilis ökat under de senaste fem åren. Under 2003 ökade klamydiainfektion, gonorré och syfilis med 9, 18 respektive 39 procent jämfört med föregående år. Klamydia har nästan fördubblats sedan i mitten av 90-talet. Mellan åren 2002 och 2003 ökade förekomsten av klamydia bland kvinnor med drygt 8 procent och bland män med drygt 2 procent. Antalet klamydiainfektioner bland kvinnor uppgick 2002 till 14 048 och 2003 till 15 277. Motsvarande antal bland männen var 10 616 respektive 11 471. Syfilis är åter etablerad i Sverige och uppgår till samma nivåer som innan hivpidemin. Ökningen av syfilis och gonorré har huvudsakligen skett bland män som har sex med män medan ökningen av antalet fall av klamydiainfektion främst återfinns bland kvinnor och yngre heterosexuella. Ökningen av

sexuellt överförda infektioner har de senaste åren observerats i många andra västeuropeiska länder.

Antalet fall av hepatit B har stigit under senare år. Inte sedan mitten av 80-talet har antalet akuta hepatit B-infektioner legat så högt som under 2003. Intravenöst missbruk var den dominerande smittvägen. Totalt anmäldes 372 fall varav 216 hade smittats via sitt missbruk. Även antalet sexuellt smittade ökade jämfört med föregående år (103 jämfört med 77 fall 2002). Minst 90 procent av fallen hade smittats i Sverige (Smittskyddsinstitutet, Epidemiologisk årsrapport 2003).

Diagram 4.11 Antal anmälda MRSA-fall* 2000–2003



Källa: Smittskyddsinstitutet

* MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) blev anmälningspliktig år 2000.

Bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i världen. År 2003 rapporterades 547 fall av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) i Sverige, vilket är en ökning med 24 procent jämfört med året innan. År 2003 smittades 75 procent av fallen i Sverige, till skillnad från tidigare då smittan huvudsakligen importerades. I hälften av de rapporterade fallen under året smittades personerna utanför hälso- och sjukvården. Även om tecken finns på en oroande utveckling också i Sverige uppfattas den inhemska situationen fortfarande som bättre än i många andra länder. Arbetet med antibiotikaresistensproblematiken har lett till att frågan kommit i fokus och därigenom har medvetenheten om problematiken ökat.

Campylobacter är en livsmedelsburen bakterie som kan orsaka kräkningar, diarréer och även förlamning i allvarliga fall. Efter fem års uppåtående trend mellan åren 1997–2001 har det totala antalet fall av campylobacterinfektion

sjunkit. Under de senaste två åren har det totala antalet – inhemska och importerade – fall stabiliserats på en något lägre nivå med omkring 7 000 fall per år. Den inhemska spridningen av campylobacter ligger dock fortfarande på en förhållandevis hög nivå med omkring 2 500 fall 2003.

Barnsjukdomar som det går att vaccinera sig mot förekommer mycket sällan och drabbar huvudsakligen ovaccinerade barn. Från att vaccinationstäckningen har legat på omkring 95 procent för vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund skedde det i början av 2000-talet en viss minskning av vaccinationstäckningen. Vaccinationsstatistiken för åren 2002 och 2003 tyder dock på att denna trend har brutits och att täckningsgraden åter stiger (93,4 procent för 2003). Föräldrar verkar dessutom välja att vaccinera barnen vid en något högre ålder än tidigare. Övriga vaccinationsprogram visar en hög och stabil täckningsgrad.

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

Sammantaget kan det konstateras att förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar, genom förebyggande insatser och ett väl fungerande smittskyddsarbete, kunnat hållas på en låg nivå i Sverige i förhållande till många andra länder. Det är emellertid nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Det finns även tecken på en oroande utveckling i fråga om spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner. Även spridningen av resistenta bakterier inom hälso- och sjukvården och i övriga samhället visar tecken på en oroande utveckling.

4.6.4.3 Resultat – Hälsoskydd

Hälsoskyddsområdet ingick under året som ett prioriterat område i OECD:s utvärdering av svensk miljöpolitik. Trots tydliga framsteg inom området pekade OECD bland annat på behovet av att utveckla miljö- och hälsoindikatorer, samt att öka informationen till allmänheten om hälso-risker med miljöproblem.

Miljöns inverkan på befolkningens hälsa har under året utvärderats inom ramen för Miljömålsrådets fördjupade utvärdering. Många människor i Sverige rapporterar att de upplever besvär som de relaterar till miljön. Cirka 1 miljon besväras av buller i bostaden minst en gång per vecka och lika många rapporterar besvär eller symtom relaterade till inomhusmiljön. Nästan halva befolkningen besväras av luftföroreningar och cirka 10 procent lider av astma, vilket gör dem extra känsliga för påverkan av luftföroreningar.

Samhällsbuller är ett utbrett miljöproblem och är den miljöfaktor som berör flest människor. Drygt 2 miljoner människor beräknades 1998 vara utsatta för trafikbuller över riktvärdena utomhus. Trots att den här typen av bullerstörning inte behöver leda till allvarlig sjuklighet betyder den mycket för det allmänna välbefinnandet och möjligheterna till god livskvalitet. Föroreningar i miljön bidrar även i viss mån till att inducera astma, allergi och annan överkänslighet, men framför allt underhåller de besvär hos dem som redan är sjuka. Luftföroreningar associeras också med ökad sjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar.

Tumörsjukdomarna fortsätter att öka men ökningstakten har avtagit. Även om miljön i vid bemärkelse, inklusive kost och andra livsstilsfaktorer, har betydelse för uppkomsten av dessa sjukdomar har endast ett fåtal faktorer i den yttre eller inre miljön visats bidra till sjukligheten. För radon och tobaksrök, liksom för luftföroreningar, har samband med lungcancer påvisats. Sambandet mellan UV-strålning och malignt melanom anses också fastställt.

Via dricksvatten och livsmedel sker en kontinuerlig exponering i låga koncentrationer för en rad ämnen med påvisade negativa hälsoeffekter, bland annat tungmetaller (kadmium, kvicksilver, bly m.fl.) och persistenta organiska miljöföroreningar (PCB, dioxiner, bromerade flamskyddsmedel m.fl.). I vilken grad detta påverkar människors hälsa går i dag inte att bedöma, men beräkningar tyder på att marginalen mellan exponering och effekt är liten eller obefintlig för vissa av ämnena.

En utvärdering som Socialstyrelsen genomfört under året av den kommunala tillsynen inom hälsoskyddsområdet visar att denna ofta är eftersatt (Socialstyrelsen, 2004, Uppföljning av kommunernas operativa ansvar enligt § 7 tillsynsförordningen,).

Den 3 december 2003 redovisade Socialstyrelsen till regeringen sitt uppdrag om hälsorisker vid tatuering, piercning m.m. ärende S2003/9959/FH. Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten finner regeringen inte skäl att vidta ytterligare åtgärder. Socialstyrelsen har även fortsättningsvis i uppdrag att följa utvecklingen på området.

4.6.4.4 Resurser

De statliga resurserna som finns inom smittskyddsområdet har varit i stort sett oförändrade under de senaste åren. De statliga resurserna inom smittskyddsområdet utgörs av anslagen 14:1 *Insatser mot aids* och 14:5 *Smittskyddsinstitutet*. Därtill bidrar Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets insatser till smittskyddsområdet. Verksamheten har under denna period förmått att hantera de utmaningar som funnits på smittskyddsområdet, t.ex. i form av nyupptäckta sjukdomar som sars. Under 2003 har ett anslagssparande om 18 miljoner kronor tagits i anspråk inom Smittskyddsinstitutets verksamhet för att täcka kostnader i samband med att ett nytt djurhus inrättats.

4.6.4.5 Analys och slutsatser

Den internationella utvecklingen av spridningen av allvarliga smittsamma sjukdomar kräver intensiv uppmärksamhet och handlingsberedskap. I ett internationellt perspektiv är visserligen situationen i Sverige gynnsam. Men under de senaste tjugo åren har en rad oförutsedda problem uppträtt. Nya allvarliga infektionssjukdomar har identifierats, som t.ex. sars, hivinfektion, legionella och blödarfeber. Andra sjukdomar har återuppträtt, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt, t.ex. utbrotten av fågelinfluensa under de senaste åren. Det kraftigt ökade resandet och handeln i världen gör dessutom att nationsgränser allt mindre fungerar som hinder för smittspridning. Tillsammans utgör dessa faktorer ett hot mot folkhälsan såväl globalt som i Sverige.

Det är nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen. Den nya smittskyddslagen och regeringens förslag till extraordinära smittskyddsåtgärder är insatser som regeringen gjort för att ytterligare förbättra smittskyddet i landet. Vidare är ett fördjupat internationellt samarbete inom smittskyddsområdet av stor vikt för att utmaningarna skall kunna hanteras. Regeringen avser att verka för att smittskyddsfrågor skall ges hög prioritet inom EU, WHO och FN, liksom i det regionala hälsosamarbetet.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA), vars arbetssätt har visat sig fruktbart, har sedan år 1998 tilldelats medel genom de s.k. Dagmarmedlen, anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för sitt arbete. Problemet med antibiotikaresistens är sammankopplat med patientsäkerhet och vårdrelaterade infektioner och regeringen har för avsikt att lämna förslag till åtgärder under 2005. Förslag på åtgärder är bland annat förbättrade metoder inom human respektive veterinärmedicin samt ickemedicinsk användning av antibiotika inom miljö-, jordbruks- och livsmedelssektorn. I detta sammanhang kommer regeringen även att ta ställning till behovet av lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner.

Översynen av de hivförebyggande insatserna inom ramen för anslaget 14.1 *Insatser mot aids* i kombination med den nya smittskyddslag som regeringen presenterade våren 2004 utgör viktiga verktyg för regeringens arbete mot hiv och sexuellt överförbara infektioner.

4.7 Revisionens iakttagelser

Ingen myndighet inom politikområdet har fått invändningar från Riksrevisionen, vilket innebär att årsredovisningarna för 2003 i allt väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler.

4.8 Budgetförslag

4.8.1 14:1 Insatser mot aids

Tabell 4.2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Art	Belopp
2003	Utfall	59 542	Anslags-sparande	20
2004	Anslag	58 122 ¹	Utgifts-prognos	57 071
2005	Förslag	64 122		
2006	Beräknat	64 122		
2007	Beräknat	64 122		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Anslaget disponeras av Statens folkhälsoinstitut. Medlen skall användas för insatser mot hiv/aids. Institutet skall samverka med Smittskydds-institutet, 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 även direkt till de hivsmittades frivilligorganisationer på riksnivå.

Regeringen tillkallade i maj 2002 en särskild utredare för att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv och sexuellt överförbara infektioner. Utredningen överlämnades i februari 2004 och ger förslag till den framtida inriktningen av medlen under anslaget 14:1 *Insatser mot aids* och till hur medlen skall administreras. Utredningens betänkande är för närvarande föremål för remissförfarande och regeringen har för avsikt att lämna förslag i ärendet under 2005.

Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att de förebyggande insatser som gjorts med de medel som anslaget ökats med 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 Statens folkhälsoinstitut (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 även under året som kommer regeringens fortsatta stöd. FHI skall även fortsättningsvis samarbeta med intresseorganisationerna i det preventiva arbetet.

De senaste årens utveckling i fråga om sexuellt överförbara infektioner är bekymmersam. När det gäller hiv/aids har den ökning som skett av antalet fall hitintills varit starkt kopplad till den globala epidemin, men det finns förutsättningar för en ökning av även den inhemska spridningen av hivinfektion. Den kraftiga ökningen av sexuellt överförbara sjukdomar i Sverige tyder på att det finns ett ökat riskbeteende som i förlängningen kan leda till en ökning även av antalet hivfall.

Regeringen föreslår därför att anslaget till det hivpreventiva arbetet ökas med 6 miljoner kronor.

Tabell 4.3 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:1 Insatser mot aids

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	58 122	58 122	58 122
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	6 000	6 000	6 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	64 122	64 122	64 122

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 64 122 000 kronor anvisas under anslaget 14:1 *Insatser mot aids* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 64 122 000 kronor.

4.8.2 14.2 Bidrag till WHO

Tabell 4.4 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	36 064	Anslags-sparande	1 481
2004	Anslag	34 371 ¹	Utgifts-prognos	28 056
2005	Förslag	34 371		
2006	Beräknat	34 371		
2007	Beräknat	34 371		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till WHO. Medlemsländernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen, antog i maj 2003 organisationens budget för perioden 2004–2005. Budgeten, som fastställs i US dollar, består dels av den reguljära budgeten, dels av frivilliga bidrag. WHO:s frivilliga budgetandel har ökat markant och uppgår till cirka två tredjedelar av den totala budgeten.

Bidragets storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av US dollarns valutakurs. Utgiften under anslaget påverkas således av dollarkursen vid utbetalningstidpunkten. För 2005 har avgiften för Sverige fastställts till 4 283 790 US dollar. Enligt WHO:s regler skall denna avgift ha betalats in vid årets början.

WHO:s generaldirektör fortsätter det viktiga arbetet med att utveckla en strategisk, integrerad och resultatbaserad budget. I det nya, utvecklade budgetformatet redovisas både reguljära och frivilliga bidrag i en total budget och för varje arbetsområde redovisas mål, resultat och huvudsakliga aktiviteter.

Beslut om WHO:s budget för 2006–2007 fattas i maj 2005.

Regeringens överväganden

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

Hiv/aids, tuberkulos och malaria är fattigdomssjukdomar som står i fokus för stora insatser från WHO:s sida, både i förebyggande syfte och i sjukvården. WHO har nyligen lanserat ett viktigt initiativ om behandling av hiv/aids-smittade som innebär att 3 miljoner människor i utvecklingsländer ska ha fått tillgång till behandling med bromsmediciner vid utgången av 2005 (det s.k. ”three by five”-initiativet). Sverige välkomnar WHO:s ökade engagemang på hiv/aidsområdet och har aktivt bidragit till denna utveckling.

WHO har under 2004 varit aktivt inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och organisationens första globala strategi för reproduktiv hälsa antogs under året av Världshälsoförsamlingen. Sverige har varit pådrivande för strategins antagande, inte minst eftersom insatser på SRHR-området är avgörande för att exempelvis kunna minska mödradödligheten och spridningen av hiv/aids.

Sverige verkar även för att WHO skall öka sitt engagemang för barns och ungdomars hälsa samt för breda folkhälsoinsatser, (t.ex. våld, tobak, alkohol, kostvanor och fysisk aktivitet). En global strategi för bättre kostvanor och ökad fysisk aktivitet har utarbetats under den senaste tvåårsperioden och antogs nyligen av Världshälsoförsamlingen.

Sverige har genom Sida slutit ett avtal med WHO om frivilliga bidrag med 200 miljoner kronor för åren 2004–2005. Stödet avser utvecklingsinriktat programarbete inom prioriterade hälsoområden, som t.ex. reproduktiv hälsa, tropiska sjukdomar, barnhälsa, folkhälsoprogram och hälsosystem. Något mer än hälften av dessa medel utgör stöd till forskning.

Tabell 4.5 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	34 371	34 371	34 371
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	34 371	34 371	34 371

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 371 000 kronor anvisas under

anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor vardera året.

4.8.3 14:3 Bidrag till NHV

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

Tusental kronor

2003	Utfall	18 538	Anslags- sparande	1 205
2004	Anslag	17 910 ¹	Utgifts- prognos	17 360
2005	Förslag	18 161		
2006	Beräknat	18 597 ²		
2007	Beräknat	19 025 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Motsvarar 18 161 tkr i 2005 års prisnivå.

³ Motsvarar 18 161 tkr i 2005 års prisnivå.

Anslaget utgör Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), en del av Nordiska ministerrådets organisation. Övriga finansiärer är Danmark, Norge, Finland och Island. Anslaget disponeras av regeringskansliet. Nordiska ministerrådet fastställer varje år den totala ekonomiska ramen för skolans verksamhet. På skolan bedrivs utbildning och forskning inom folkhälsovetenskap för personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssektorer samt närliggande områden. Högskolans aktiviteter skall bidra till att ett nordiskt mervärde skapas.

Från och med den första januari 2004 tillämpas en ny finansieringsmodell vid skolan. Modellen innebär att 30 procent av länderbidragen fördelas på länderna genom den s.k. nordiska nyckeln. Resterande 70 procent utgör ett genomsnitt av respektive lands förbrukning av studentmånader under den senaste treårsperioden. Den nya modellen innebär till skillnad från tidigare, att kostnaderna för länderna, blir förutsägbara samt att ländernas gemensamma ansvar för skolan betonas.

Sveriges bidrag minskade från 18 538 000 miljoner kronor 2003 till 17 689 652 miljoner kronor 2004. Minskningen förklaras av den nya finansieringsmodellen. Nordiska ministerrådets budget för 2005 för nordiskt samarbete, inklusive NHV, fastställs först i november 2004. Vad respektive land skall betala fastställs kort därefter. Uppskattningsvis kommer kostnaden för

Sverige för 2005 att uppgå till ungefär densamma som för 2004.

Regeringens överväganden

NHV spelar en viktig roll i att tillgodose behovet av kvalificerad folkhälsovetenskaplig kompetens. Regeringens bedömning är att utbildningen motsvarar de krav som kan ställas på en utbildning på hög nivå inom området. I Sverige är intresset stort för att erhålla utbildning vid skolan. Sverige disponerar cirka 45 procent av utbildningsplatserna vid skolan, vilket överskrider den svenska kvoten. Det är mycket positivt att länderna har lyckats enas kring en ny finansieringsmodell. Regeringens bedömning är att Sveriges kostnad för skolan för 2005 uppgår till cirka 18 miljoner kronor.

Tabell 4.7 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:3 Bidrag till högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	17 910	17 910	17 910
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	251	687	1 115
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	18 161	18 597	19 025

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 161 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 18 597 000 kronor respektive 19 025 000 kronor.

4.8.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags- sparande	Utfall
2003	Utfall	156 896		56 313
2004	Anslag	129 596 ¹	Utgifts- prognos	181 159
2005	Förslag	130 786		
2006	Beräknat	132 618 ²		
2007	Beräknat	135 091 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Motsvarar 130 786 tkr i 2005 års prisnivå.

³ Motsvarar 130 786 tkr i 2005 års prisnivå.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) ansvarar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, är ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området samt ansvarar för tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena.

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

Tabell 4.9 Offentlighetsrättslig verksamhet

Tusental kronor

	Offentlighets- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttite- l	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2003		4 222			
Prognos 2004		3 700			
Budget 2005		3 700			

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

Beställningsbemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Tabell 4.10 Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007–
Utestående åtaganden vid årets början	13 300	15 570	11 720	–	–
Nya åtaganden	9 630	–	11 640	–	–
Infriade åtaganden	–7 360	–3850	–3 940	–5 020	–14 400
Utestående åtaganden vid årets slut	15 570	11 720	19 420	–	–
Erhållet/förslaget bemyndigande	40 000	25 000	25 000	–	–

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

Regeringens överväganden

Statens folkhälsoinstitut har strategiskt viktiga uppgifter inom folkhälsopolitiken. FHI ansvarar för uppföljningen av arbetet att nå det nationella folkhälsomålet och för sammanställningen av den folkhälsopolitiska rapport, som skall presenteras vart fjärde år. Vid FHI pågår nu ett intensivt arbete för att, i samarbete med andra berörda myndigheter, utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem och att sammanställa den första rapporten, som skall presenteras den 30 september 2005.

För att folkhälsopolitikens mål skall uppnås är det av stor vikt att den kunskap som finns om framgångsrika metoder i folkhälsoarbetet blir känd och kommer till användning. FHI:s uppgift att vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet är betydelsefullt. Särskilt skall FHI bistå lands- ting, kommuner och andra myndigheter och organisationer med kunskapsstöd, metodstöd och strategiskt stöd.

Hotet om en ökande alkoholkonsumtion ställer krav på en väl fungerande tillsynsverk- samhet. Det är därför angeläget att FHI förstärker och utvecklar sin position som central tillsynsmyndighet. Inriktningen att integrera tillsyn och förebyggande arbete, bl.a. genom att systematiskt utveckla ansvarsfull alkohols- vering, bör fortsätta. FHI bör även fortsätta ut- veckla den centrala tillsynen enligt tobakslagen.

Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor			
	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	129 596	129 596	129 596
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- & löneomräkning ²	1 190	3 022	5 495
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	130 786	132 618	135 091

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 130 786 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 132 618 000 kronor respektive 135 091 000 kronor.

4.8.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tabell 4.12 Anslagsutveckling för 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor				
2003	Utfall	190 938	Anslags- sparande	485
2004	Anslag	179 642 ¹	Utgifts- prognos	176 818
2005	Förslag	181 005		
2006	Beräknat	183 230 ²		
2007	Beräknat	186 471 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Motsvarar 181 005 tkr i 2005 års prisnivå.

³ Motsvarar 181 005 tkr i 2005 års prisnivå.

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

En jämförelse mellan budget och utfall för budgetåret 2003 visar att det ekonomiska läget för SMI under året fortsatt att vara stabilt. Vid utgången av 2002 hade SMI ett anslags- sparande på 18,1 miljoner kronor. Detta anslags- sparande har under 2003 förbrukats för

att täcka kostnader i samband med att ett nytt djurhus med förbättrad djurmiljö, Astrid Fagreus laboratorium, togs i bruk samtidigt som det gamla avvecklades.

Genom det nya djurhuset och säkerhetslaboratoriet har Sverige fått kapacitet att hantera farliga smittämnen och bedriva forskning om smittämnen i olika former av djurmodeller. Därmed finns en god grund för att Sverige även fortsättningsvis skall ha ett gott smittskydd och en framträdande roll inom den internationella smittskyddsforskningen

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

Forskningsinsatser har under året väckt internationell uppmärksamhet. Den största delen av forsknings- och utbildningsprojekten vid SMI finansieras helt eller delvis med externa medel. De externa bidragen uppgick under år 2003 till 69,2 miljoner kronor (en ökning med 5,9 miljoner kronor i förhållande till 2002).

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.13 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2003 (varav tjänsteexport)	21 600 6%	52 000	-30 400
Prognos 2004 (varav tjänsteexport)	19 000 6%	45 500	-26 500
Budget 2005 (varav tjänsteexport)	21 500 6%	55 700	-34 200

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 2003 ett underskott på 30 miljoner kronor. Underskottet beror huvudsakligen på kostnader i samband med att Fagraeuslaboratoriet tagits i bruk och avvecklingen av det gamla djurhuset. Dessa kostnader upphör under 2004 samtidigt som det sker en ökning av hyres- och räntekostnaderna för det nya laboratoriet. Prognosen för 2004 pekar på ett underskott på 26,5 miljoner kronor.

Målet att uppnå full kostnadstäckning har för första gången på flera år uppfyllts för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken redovisade ett överskott på 0,4 miljoner kronor 2003. Prognosen för år 2004 visar på ett nollresultat.

Regeringens överväganden

Smittskyddsinstitutet har kunnat uppfylla uppställda mål för verksamheten väl. Den verksamhet som bedrivs vid SMI är av avgörande betydelse för att smittskyddet i landet skall fungera. Av särskild vikt är myndighetens epidemiologiska övervakning och diagnostik. Under senare år har SMI även fått tillgång till ytterligare faciliteter i form av säkerhetslaboratoriet och det nya djurhuset vilket ytterligare förbättrar SMI:s möjligheter att bidra till ett effektivt och ändamålsenligt smittskydd i Sverige.

Den verksamhet som bedrivs vid SMI kommer även fortsättningsvis att ha stor betydelse. Det faktum att sjukdomspanoramata förändras medför att myndigheten ständigt måste ha en beredskap för att göra omprioriteringar i sin verksamhet. Den senaste tidens uppmärksamhet kring bioterrorism, sars och fågelinfluensa är exempel på sådana frågor. Andra områden där det kommer att vara nödvändigt för SMI att öka sina insatser de närmaste åren är antibiotikaresistens, vårdrelaterade infektioner, zoonoser samt sexuellt överförbara sjukdomar.

I samband med att det nya djurhuset togs i drift kommer en rad ställningstaganden att behöva göras avseende verksamheten inom den experimentella biomedicinen, bl.a. vad gäller vilket ekonomiskt mål som skall gälla för verksamheten. SMI har i regleringsbrevet för 2004 fått i uppdrag att i samband med delårsrapporten redovisa vilka åtgärder som vidtas eller planeras att vidtas för att öka avgiftsfinansieringen av den experimentella biomedicinen. Det finns även

skäl att följa utvecklingen beträffande den speciella diagnostiken. Kraven på full kostnadstäckning uppfylldes under 2003, men resultatet föregicks dock av flera år med underskott.

Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	179 642	179 642	179 642
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	1 363	3 588	6 829
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	181 005	183 230	186 471

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 181 005 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 Smittskyddsinstitutet för 2005. För åren 2006 och 2007 beräknas anslaget till 183 230 000 kronor respektive 186 471 000 kronor.

4.8.6 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tabell 4.15 Anslagsutveckling för Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

			Anslags- sparande	
2003	Utfall	14 285		262
2004	Anslag	15 531 ¹	Utgifts- prognos	15 442
2005	Förslag	15 201		
2006	Beräknat	15 373 ²		
2007	Beräknat	15 641 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Motsvarar 15 201 tkr i 2005 års prisnivå.

³ Motsvarar 15 201 tkr i 2005 års prisnivå.

Institutet för psykosocial medicin (IPM) har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial medicin. Forskningen skall vara inriktad på praktisk tillämpning. IPM skall verka för att erfarenheter och rön från den psyko-

sociala medicinska forskningen blir kända och nyttiggjorda. Cirka 40 procent av verksamheten finansieras via bidrag från såväl statliga som icke-statliga finansiärer.

IPM:s forskning bedrivs inom områdena stress och återhämtning, arbete och hälsa, psykosomatik, migration och hälsa, självmordsproblematik samt barn och trauma. Arbetet sker i nära samverkan med Karolinska Institutet, myndigheter på folkhälsoområdet, frivilligorganisationer och näringslivet. Resultaten presenteras i första hand i vetenskapliga artiklar och andra publikationer men även genom medverkan i utbildningar, konferenser och seminarier.

I samarbete med Stockholms läns landsting bedriver IPM forskning och metodutveckling om självmord och självmordsprevention. Under 2004 har extra medel tillförts IPM:s anslag för syftet att främja självmordspreventiva insatser i skolan.

Regeringens överväganden

IPM producerar angelägen kunskap om sambanden mellan psykosocial livssituation, hälsa och sjukdom. Som forskningsinstitut har IPM varit framgångsrikt och IPM:s expertkunskap har stor efterfrågan. I de senaste årens regleringsbrev har regeringen betonat IPM:s roll som ett nationellt kunskapscentrum för psykosocial hälsa genom att särskilt lyfta fram myndighetens uppgift att dels sammanställa och sprida kunskap om folkhälsovetenskap dels samordna statliga forskningsinsatser inom det egna forskningsområdet.

I enlighet med det förvaltningspolitiska programmens intentioner om fortsatt renodling av den statliga verksamheten har regeringen uppdragit åt Statskontoret att utreda och föreslå andra organisationsformer än myndighetens för IPM. Uppdraget skall redovisas senast den 15 december 2004. Statskontoret skall även utreda framtida former för en central expertfunktion inom självmordsområdet. Regeringen avser att återkomma i dessa frågor i budgetpropositionen för 2006.

Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	15 031	15 031	15 031
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	170	342	610
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	15 201	15 373	15 641

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 201 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 *Institutet för psykosocial medicin* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 15 373 000 kronor respektive 15 641 000 kronor.

4.8.7 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 4.17 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	97 985		25 558
2004	Anslag 96 554 ¹		110 327
2005	Förslag 78 054		
2006	Beräknat 93 054		
2007	Beräknat 58 054		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

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

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

eller av kommersiella utförare. Statens övergripande syfte med bidraget, att förstärka och komplettera den offentliga sektorns insatser, är i hög grad uppnått. Av redovisningen framgår också att organisationernas insatser främst sker inom tre områden: 1) förebyggande och stödjande insatser för organisationernas målgrupper, 2) opinionsbildning för att generellt stärka målgruppernas ställning i samhället samt 3) insatser från central nivå avsedda att stödja och stärka lokal utveckling av arbetet. Organisationerna har enligt Socialstyrelsens bedömning under 2003 i större utsträckning än tidigare fullföljt sina planer. Många organisationer satsar idag mer på intern organisationsutveckling än tidigare. Organisationerna har en klart högre ambitionsnivå än vad anslaget storlek medger vilket visas av att man söker dubbelt så mycket pengar som står till förfogande.

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 bidraget, att förstärka och komplettera de samhälleliga insatserna, har i hög grad uppnåtts.

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

För att fortsätta arbetet med att öka kunskapen om spelberoende och för att initiera aktiviteter för att förebygga spelberoende ökas ansla-

get med 10 miljoner kronor 2005 och med 25 miljoner kronor 2006.

Treårssatsningen på tobaksprevention som genomförs under perioden 2002 t.o.m. 2004 om 30 miljoner kronor årligen kommer att utvärderas av Statens folkhälsoinstitut. Under perioden 2005 - 2006 överförs per år 10 miljoner kronor från anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder*, varav 5 miljoner avsätts till Sluta Röka Linjen vid Centrum för Tobaksprevention, Stockholms läns landsting, och 5 miljoner till stöd för organisationer som arbetar med tobaksprevention.

Slutligen avser regeringen att bidra med medel till ett nationellt skaderegistreringssystem, EHLASS, som drivs av Socialstyrelsen. Skadesystemets primära syfte är att förse myndigheter och andra aktörer med ansvar för säkerhet och skadeförebyggande arbete inom olika samhällssektorer med adekvat statistik och att göra data om skador tillgänglig för forskning. Ett nationellt skaderegister är en grundförutsättning för att kunna följa skadeutvecklingen i befolkningen och är därför centralt ur folkhälso-synpunkt. Genom omdisponeringar inom konsumentområdet, utgiftsområde 24 Näringsliv, tillförs skaderegistreringssystemet 1,5 miljoner kronor utöver de 1,5 miljoner kronor som finansieras av medel som tillförts anslaget från anslag 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder*.

Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	96 554	96 554	96 554
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-30 000	-15 000	-40 000
Överföring till/från andra anslag	11 500	11 500	1 500
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	78 054	93 054	58 054

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 78 054 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2005. För 2006 beräknas anslaget till 93 054 000 kronor och för 2007 till 58 054 000 kronor.

4.8.8 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 4.19 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

2003	Utfall	274 527	Anslags-sparande	89 791
2004	Anslag	153 250 ¹	Utgifts-prognos	238 177
2005	Förslag	265 750		
2006	Beräknat	65 750		
2007	Beräknat	75 750		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Anslaget utgörs av stöd till alkohol- och narkotikapolitiska insatser. Internationaliseringen och det svenska EU-inträdet har ändrat förutsättningarna att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. Mot den bakgrunden presenterade regeringen för riksdagen 2001 en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20). Handlingsplanen lägger fast grundvalarna för en alkoholpolitik som syftar till att minska alkoholkonsumtionen och begränsa alkoholskadorna. Handlingsplanens huvudinriktning är att stimulera utvecklingen av mål-inriktade 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 680 miljoner kronor avsatts för 2001–2004 från anslaget.

Sommaren 1998 tillsatte regeringen en särskild Narkotikakommission som skulle se över den svenska narkotikapolitiken. Skälet till översynen 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 an-

ger 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. För att genomföra den nationella handlingsplanen har 265 miljoner kronor avsatts för åren 2002–2004 från anslaget.

Regeringens överväganden

De förebyggande insatserna är 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 motverka den negativa utvecklingen av alkoholskador och minska den ökade alkoholkonsumtionen och den ökande narkotikaanvändningen samt fullfölja genomförandet av narkotikahandlingsplanen och den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador föreslår regeringen att ytterligare 200 miljoner kronor anvisas på anslaget 2005.

Dessa medel bör bland annat bidra till en fortsatt satsning som kanaliseras via länsstyrelserna till landets kommuner för att förstärka det lokala alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet där. I dag finns cirka 270 kommunala samordnare anställda med statliga bidrag i cirka 180 kommuner. Ett villkor för bidrag är att kommunens insats skall motsvara minst halva kostnaden. En målsättning är att samtliga kommuner och i de större städerna samtliga kommundelar skall ha en drogsamordnare anställd. Samordnaren bör se till att samordna arbetet mellan kommunens olika berörda förvaltningar med polis, tull och rättsväsende när det gäller alkoholpreventiva insatser och att bekämpa alkoholrelaterad brottslighet och illegal försäljning. Samordnaren bör också se till att kommunens tillsyn över serveringsverksamheten skärps och att polisens och kommunens tillsynsinsatser samordnas bättre. Utbildningsinsatser när det gäller ansvarsfull alkoholhantering bör kunna arrangeras för

restaurangpersonal i samtliga kommuner. Länsstyrelsernas samordning av s.k. operation krog-sanering bör kunna intensifieras och också koncentreras på att avslöja illegal alkohol- och narkotikaförsäljning på restauranger. Därutöver finns länsamordnare i landets samtliga län som också bör få fortsatt statligt stöd under förutsättning att länets egen insats motsvarar minst halva kostnaden.

Fortsatt projektstöd bör också utgå till frivilligorganisationerna för att öka deras insatser på alkohol- och narkotikaområdet. Stöd bör även utgå för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser inom skolan i enlighet med förslag från Statens folkhälsoinstitut och Myn-digheten för skolutveckling. Verksamheten för barn till missbrukare bör också få fortsatt statligt stöd genom medel som fördelas av länsstyrelserna efter ansökan från kommunerna eller kommunerna i samarbete med organisationer.

Fortsatt stöd till kompetensutveckling för personal inom vården och personal som arbetar med förebyggande insatser på regional nivå och utveckling av nya metoder är också nödvändigt liksom stöd till Mobilisering mot narkotika och Alkoholkommitténs fortsatta arbete med nationell opinionsbildning, samordning och stimulering av det lokala och regionala arbetet. Inte minst bör opinionsinsatser mot svartsprit och illegal försäljning av alkohol och narkotika intensifieras.

I propositionen 2003/04:161 Alkoholpolitiska frågor har regeringen föreslagit ett begränsat förbud mot användning av vissa varukännetecken vid marknadsföring av alkoholhaltiga drycker. För en effektiv tillsyn över efterlevnaden av detta förbud liksom för en intensifiering av det viktiga alkoholskadeförebyggande arbetet som tillsynen över alkoholreklamen utgör bedömer regeringen att Konsumentverket bör tillföras en miljon kronor från och med 2005. Finansieringen bör ske genom att anslaget minskas med motsvarande belopp.

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

Under åren 2005 och 2006 överförs årligen tio miljoner kronor från anslaget till det tobaksförebyggande arbetet under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder*. Vidare överförs 1,5

miljoner kronor till 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för att finansiera ett nationellt skaderegistreringssystem.

Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:8 Alkohol och narkotiskapolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	153 250	153 250	153 250
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	125 000	-75 000	-75 000
Överföring till/från andra anslag	-12 500	-12 500	-2 500
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	265 750	65 750	75 750

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 265 750 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för år 2005. För år 2006 beräknas anslaget till 65 750 000 kronor respektive 75 750 000 kronor.

4.8.9 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tabell 4.21 Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	Utfall	51	67
2004	Anslag	422 ¹	122
2005	Förslag	430	
2006	Beräknat	436 ²	
2007	Beräknat	444 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Motsvarar 430 tkr i 2005 års prisnivå.

³ Motsvarar 430 tkr i 2005 års prisnivå.

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

Detaljhandelsmonopolet skall fungera icke-diskriminerande i enlighet med de principer som fastlagts i avtalet mellan staten och Systembolaget. För att säkerställa icke-diskrimineringen

inrättades Alkoholsortimentsnämnden som en oberoende nämnd med uppgift att pröva besvär över Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sortimentet.

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

Regeringens överväganden

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

Tabell 4.22 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	422	422	422
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	8	14	22
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	430	436	444

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 430 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2005. För 2006 beräknas anslaget till 436 000 kronor och för 2007 till 444 000 kronor.

5.9 Övrig statlig verksamhet

Systembolaget

Systembolaget är ett av staten helägt företag. 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 2003 till

19 207 miljoner kronor, en ökning med 75 miljoner kronor jämfört med 2002. Totalt såldes 362,3 miljoner liter alkoholdrycker vilket är en ökning med 4,2 procent sedan 2002. Det är Systembolagets största försäljning någonsin. För både vin och starköl slogs tidigare försäljningsrekord medan för spritförsäljningen var det en nedgång med 5,2 procent jämfört med föregående år. Mätt i ren (100 %) alkohol ökade försäljningen med 2,6 procent till 37,4 miljoner liter, vilket är en klar avmattning av ökningen jämfört med perioden 2000–2002. Resultatet efter finansiella intäkter och kostnader uppgick 2003 till 202 miljoner kronor.

Under 2003 öppnades sju nya butiker. Vid årsskiftet fanns 170 självbetjäningbutiker med en andel av försäljningen på 59 procent.

Systembolaget hade vid årsskiftet 2002/03 totalt 2 250 märken till försäljning.

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

Tabell 4.23 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren

Miljoner kronor

	1999	2000	2001	2002	2003
Nettoomsättning	16 625	17 368	18 241	19 132	19 207
Resultat efter finansiella poster	470	196	197	202	202
Eget kapital	1 168 ¹	1 294 ¹	1 348	1 410	1 348
Räntabilitet på eget kapital	26,2	8,8	10,1	10,3	10,0
Antal anställda	3 246	3 440	3 403	3 350	3 334
Arbetsproduktivitet	644	619	659	662	701
Lageromsättningshastighet	26,9	26,8	27,6	24,7	21,9
Ålderskontroll ²	80 %	81 %	81 %	79 %	83 %

¹ Hänsyn är tagen till byte av redovisningsprincip.

² Årlig ålderskontroll genomföre av oberoende bolag av ungdomar som var äldre än 20 år men som bedömts sy yngre ut än 25 år.

5 Politikområde Barnpolitik

5.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) i Sverige samt frågor om internationella adoptioner. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Det finns i dag 1,9 miljoner barn och unga under 18 år i Sverige, vilket utgör en dryg femtedel av befolkningen. Barnombudsmannen (BO) och Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA)⁴ rymms inom politikområdet.

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

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

Med barnkonventionen som utgångspunkt utgör barnpolitiken ett sektorsövergripande politikområde. Dess uppgift är att på ett övergripande strategiskt plan initiera, driva på och samordna processer med målsättningen att barnkonventionen, dess anda och intentioner, skall genomsyra alla delar av regeringens politik och alla samhällsverksamheter som rör barn och unga.

Barnpolitik är på så sätt inte något egentligt sakpolitiskt område. Vissa sakfrågor finns dock inom politikområdet, så som internationella adoptionsfrågor, och andra frågor som berör flera olika politikområden, t.ex. frågor om barnsäkerhet, där ett samlat ansvar för samordning är nödvändigt. Barnpolitiken har särskilda beröringspunkter med ungdomspolitiken, framför allt vad avser frågor om inflytande och delaktighet.

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

⁴ Enligt vad som anges i prop. 2003/04:131 kommer NIA att från den 1 januari 2005 ombildas till Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA).

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
15:1 Barnombudsmannen	16,5	16,8	16,5	16,9	17,1	17,4
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor ²	8,0	8,3	8,2	11,3	11,4	11,6
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige				6,5	7,5	7,5
Totalt för politikområde Barnpolitik	24,6	25,1	24,6	34,7	36,0	36,5

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² I statsbudgeten för 2004 betecknat som anslag 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.

5.3 Mål

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

Målet berör flertalet av statsbudgetens politikområden. Regeringen sammanställer regelbundet beskrivningar och bedömningar inom varje relevant område för att få en helhetsbild av hur barnkonventionen kommer till uttryck inom olika politikområden. Regeringen har i maj 2004 överlämnat en skrivelse (skr. 2003/04:143) till riksdagen som ger en samlad översikt av regeringens insatser för barn och unga i statsbudgeten för år 2004.

- barnets bästa skall vara vägledande vid allt beslutsfattande och vid alla åtgärder som rör barn och unga,
- inget barn får diskrimineras på grund av härkomst, kön, religion, funktionshinder eller andra liknande skäl,
- barn och unga skall tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar,
- barn och unga skall ges möjligheter att framföra och få respekt för sina åsikter i frågor som berör dem.

Regeringens insatser för barn och unga kommer under året att framför allt inriktas på åtgärder för barn i ekonomisk utsatthet, flickor som skadar sig själva, ökad barnkompetens inom hälso- och sjukvården, åtgärder för att stärka barn- och ungdomspsykiatri och för barn som riskerar att utsättas för sexuell exploatering.

I 2004 års ekonomiska vårproposition har regeringen aviserat att det för 2006 skall avsättas 1 miljard kronor för reformer för barn, varav 550 miljoner kronor har tillförts politikområde 21 för reformer. Regeringen har i detta sammanhang aviserat förbättringar inom underhållsstödet och bostadsbidraget.

Föräldrapenningens utformning ses över.

Projektet FLICKA kommer att följas upp och utvärderas. Barnsäkerhetsarbetet kommer att förstärkas genom att Statens räddningsverk får ett samordningsansvar gentemot de olika sektorsmyndigheterna. Kampen mot könsstympling fortsätter genom det treåriga uppdrag som Socialstyrelsen har fått. Barnets rättigheter i den internationella adoptionsverksamheten stärks genom de lagändringar som träder i kraft

5.4 Politikens inriktning

Till grund för regeringens politik inom området ligger den strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige som en enhällig riksdag godkände i mars 1999 (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171). Under den senaste femårsperioden har regeringens arbete med barnkonventionen huvudsakligen bedrivits utifrån denna strategi. Strategin har vidareutvecklats i en skrivelse (skr. 2003/04:47) till riksdagen, som lämnades under våren 2004.

Utifrån de grundläggande principerna i barnkonventionen är inriktningen i barnpolitiken att:

den 1 januari 2005 och den ombildade och förstärkta myndigheten för internationella adoptioner.

Det strategiska arbetet med att förverkliga barnkonventionen fortgår med förnyad intensitet. Några av de åtgärder som regeringen avser att vidta i det utvecklade strategiarbetet är att tydliggöra barnperspektivet i statsbudgeten, att utveckla riktlinjer för barnkonsekvensanalyser i kommittéarbetet, att fortsätta följa upp myndigheternas arbete med att integrera ett barnperspektiv i verksamheterna, att ytterligare stimulera lärosätena att inordna barnkonventionen i olika yrkesutbildningar samt att vidareutveckla metoder för barns och ungas delaktighet och inflytande. En arbetsgrupp med uppgift att utveckla indikatorer för att mäta effekterna av gjorda insatser kommer att tillsättas och en förstudie om möjligheterna att inrätta ett barnrättscentrum kommer att genomföras. Även det internationella samarbetet med utgångspunkt i barnkonventionen avser regeringen att vidareutveckla.

5.5 Insatser

5.5.1 Insatser inom politikområdet

Insatserna inom politikområdet är dels av övergripande, strategisk natur, så som metodutveckling, insamlande av kunskap, pådrivande och stödande av lokalt arbete och lokala initiativ samt informationsspridning om barnkonventionen, dels av mer konkret natur med syfte att tillförsäkra barn och unga sina rättigheter enligt konventionen. I det arbetet skall jämlikhetsaspekter mellan flickor och pojkar belysas.

Arbetet på den lokala och regionala nivån

Många av de viktigaste besluten som rör barn och unga fattas på lokal och regional nivå i samhället. Regeringen gav under 2002 Barnombudsmannen (BO) i uppdrag att utarbeta modeller för barnombud/lokala företrädare för barn och unga. Uppdraget redovisades till regeringen i augusti 2003. Barnombudsmannen presenterar i rapporten ett antal riktlinjer och modeller för ett framgångsrikt arbete som lokal företrädare för barn och unga. Mot bakgrund av att utvecklingen måste ske utifrån lokala önskemål och behov och att statens roll i utvecklings-

arbetet är att stödja de lokala huvudmännen och att erbjuda stödinsatser i form av välfungerande modeller och arbetsätt, har regeringen gett BO i uppdrag att anordna ett antal regionala konferenser för att uppmuntra till och sprida framgångsrika arbetsätt i det lokala barnkonventionsarbetet.

Ett tiotal kommuner i landet, som redan bedriver ett väl utvecklat arbete för barns rättigheter, har tagit initiativet till att bilda ett partnerskap i syfte att stödja och hjälpa varandra i det lokala barnkonventionsarbetet. Regeringen följer detta arbete med stort intresse, vilket har visat sig ha ett stort värde för de inblandade kommunerna.

Informationsmaterial

BO har under hösten 2003 med särskilda medel från regeringen färdigställt och distribuerat den andra versionen av ett informationsmaterial om barnkonventionen, riktat till flickor och pojkar i åldern 5–9 år. I ett tidigare skede har informationsmaterial om barnkonventionen riktat till åldersgruppen 9–13 år tagits fram och distribuerats. Målet är att alla barn i Sverige skall nås av materialet, varför det har gjorts tillgängligt för bl.a. synskadade barn och för barn med läs- och skrivsvårigheter. Regeringen avser att tilldela BO ytterligare medel för framtagande av ett tredje informationsmaterial om barnkonventionen riktat till åldersgruppen 13–16 år.

Universitets- och högskoleväsendet

Inom universitets- och högskoleväsendet har Högskoleverket inom ramen för sitt uppdrag att se över frågan om barnkonventionen i den högre utbildningen bland annat bedrivit en informationskampanj om barnkonventionen till lärare och studenter. Med utgångspunkt i det arbete och de slutsatser som Högskoleverket redovisar i sin slutrapport FN:s barnkonvention i högre utbildning (2003-06-11, dnr 12-4937-01) har universitet och högskolor i 2004 års regleringsbrev fått i uppdrag att i samband med årsredovisningen för 2005 redogöra för hur man har arbetat med att införliva kunskap om FN:s konvention om barnets rättigheter i utbildningar där sådan kunskap bedöms betydelsefull. Regeringen avser också att under år 2004 och 2005 genomföra regionala konferenser i syfte att inspirera och lyfta fram goda exempel på det arbete som görs för att integrera barnkonventionen i olika utbildningar.

Statistik

Under ett antal år har Statistiska centralbyrån (SCB) haft regeringens uppdrag att vidareutveckla statistiken om barn och unga. I uppdraget ingår dels produktion av en årlig publikation *Barn och deras familjer*, som innehåller uppgifter om familjesammansättning, separation mellan föräldrar, boende, inkomster, barnomsorg och föräldrars sysselsättning, dels framställning av rapporter där särskilda frågeställningar behandlas. År 2002 kom *Barnens del av kakan – Välstånd och fattigdom bland barn 1991 – 1999* och innevarande år har rapporten *Barnens tid med föräldrarna* tagits fram.

Inom ramen för den s.k. levnadsnivåundersökningen (LNU) och i de årliga undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) har barn och ungdomars levnadsförhållanden under senare år undersökts (Barn-ULF). Arbetet med att använda barn och unga som källa i statistiksammanhang bör vidareutvecklas och regeringen överväger om SCB:s årliga undersökningar av levnadsförhållanden även fortsättningsvis skall innefatta barn och ungdomar. Regeringen har avsatt särskilda medel för genomförande av Barn-ULF år 2004. Barn-ULF bör utvecklas innehållsmässigt och omfångsmässigt samt vidareutvecklas till att omfatta även de yngre åldersgrupperna.

Ekonomiskt utsatta barn

En interdepartemental arbetsgrupp tillsattes i juni 2003 med uppgift att beskriva och analysera situationen för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer. Arbetsgruppens rapport *Ekonomiskt utsatta barn* (Ds 2004:41) lyfter särskilt fram två frågeställningar: 1) hur stort är problemet och vilka barn skall räknas som ekonomiskt utsatta och 2) hur påverkas barn av att under en längre tid leva i en familj som har en ekonomiskt besvärlig situation, exempelvis långvarigt beroende av socialbidrag. I rapporten diskuterats också de områden där åtgärder behövs vidtas och de kunskapsluckor som har uppmärksammas under arbetets gång.

Ett tydligt budskap som rapporten ger är att de viktigaste faktorerna för att barn inte skall riskera att hamna i ekonomisk utsatthet är att barnets föräldrar har arbete, att förskola och skola håller jämn och god kvalitet för alla, att det finns en högkvalitativ hälso- och sjukvård inklusive tandvård som är tillgänglig för alla samt generella välfärdsåtgärder såsom allmänna

barnbidrag och föräldraförsäkring. Ett oroande område som rapporten visar på, är det bristande barnperspektivet i socialtjänstens arbete, framför allt när det gäller biståndsbedömning för barnfamiljer och när barnfamiljer blir föremål för vräkning.

Flickor som skadar sig själva

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

FLICKA

Regeringen har avsatt 6 miljoner kronor för det ettåriga projektet FLICKA. Projektet har tillkommit för att bland ungdomar själva skapa motkrafter mot och få till stånd en diskussion om den vardagskommersialisering och -sexualisering som unga flickor och pojkar konfronteras med i dagens samhälle och hur det påverkar deras bild av sig själva och varandra. Projektet syftar också till att få till stånd en dialog med media, reklambranschen, annonsörer m.fl. om deras roll och ansvar när det gäller påverkan av barn och unga. Projektet avslutas den 31 december 2004. Erfarenheterna från projektet FLICKA kommer under 2005 att följas upp och tas tillvara.

Sexuell exploatering av barn

I februari 2002 tillsatte regeringen en arbetsgrupp med uppgift att inventera kunskaper om sexuell exploatering av barn i Sverige. Arbetsgruppen har bl.a. etablerat ett antal nätverk med olika aktörer för att bidra till och utveckla kunskaps- och erfarenhetsutbyte, och för fortsatt samverkan dem emellan. Det har även bedrivits utåtriktad verksamhet riktad till ungdomar. I april 2003 fick en särskild utredare i uppdrag att slutföra arbetsgruppens arbete. Utredaren överlämnade i juni 2004 betänkandet *Sexuell exploatering av barn i Sverige* (SOU 2004:71) som innehåller en kunskaps- och erfarenhetsutvärdering samt ett antal förslag till åtgärder för att dels motverka att barn och unga utsätts för sexuell exploatering,

dels stödja och hjälpa de barn som har utsatts. Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Kvinnlig könsstympling

Insatser har gjorts för att förebygga kvinnlig könsstympling. En nationell handlingsplan har antagits med målet att könsstympling av flickor i Sverige skall upphöra samt att de flickor och kvinnor i Sverige som redan har blivit könsstympade får adekvat stöd. En internationell konferens har också hållits, där erfarenhetsutbyten om effektiva metoder att förebygga kvinnlig könsstympling i Sverige och i de afrikanska länder där sedvänjan praktiseras stod i centrum.

Barnsäkerhet

Barnsäkerhetsarbetet syftar till att förbättra säkerheten för barn och unga samt motverka olycksfall och skador till följd av brister i den inre och yttre miljön. Statens räddningsverk, som enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor har ett övergripande ansvar att samordna samhällets verksamheter för olycks- och skadeförebyggande åtgärder, har haft regeringens uppdrag att under 2004 genomföra ett projekt i syfte att närmare belysa på vilket sätt det samordnade ansvaret för barnsäkerhetsarbetet kan inordnas i myndighetens verksamhet. I uppdraget har också ingått att samverka med de övriga myndigheter som har varit delaktiga i Barnsäkerhetsdelegationens arbete. En delredovisning har lämnats till regeringen i juni 2004, där verket framhåller att det är väl lämpat som värmyndighet för en samordning av arbetet med barns och ungas säkerhet. I rapporten har Räddningsverket också lämnat förslag på hur det framtida arbetet skall bedrivas.

Regeringen anser att Räddningsverket bör få uppgiften att samordna barnsäkerhetsarbetet. Samordningsrollen innebär att på ett övergripande plan samordna och vara pådrivande i barnsäkerhetsarbetet. Övriga sektorsmyndigheter skall oförändrat ha kvar sina respektive ansvarsområden och skall med sin expertis aktivt medverka till att barnsäkerhetsarbetet får ett brett genomslag även på lokal nivå.

Internationella adoptioner

Utredningen om internationella adoptioner överlämnade i juni 2003 sitt slutbetänkande *Adoption – till vilket pris?* (SOU 2003:49).

Regeringen har därefter överlämnat proposition 2003/04:131 Internationella adoptionsfrågor till riksdagen. I propositionen lämnas förslag som syftar till att stärka barnets rätt i adoptionsprocessen. Det gäller skärpta och tydligare villkor i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling för att en sammanslutning skall få auktorisation att förmedla internationella adoptioner, dokumentationsskyldighet samt ökade tillsynsverktyg för adoptionsmyndigheten. Regeringen föreslår också att Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) skall avvecklas som nämndmyndighet och ersättas av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Vidare föreslås en ändring i socialtjänstlagen (2001:453) när det gäller krav på blivande adoptanter för att få medgivande att ta emot ett utländskt barn i syfte att adoptera det. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2005.

I december 2003 tecknades ett avtal mellan Sverige och Vietnam om ömsesidigt samarbete vid adoptioner. Avtalet trädde formellt i kraft den 1 maj 2004. Några adoptioner har ännu inte genomförts. Arbetet pågår i Vietnam för att bygga upp verksamheten. NIA är centralmyndighet enligt avtalet och följer noga utvecklingen genom kontakter med såväl de svenska adoptionsorganisationerna som den vietnamesiska centralmyndigheten.

5.5.2 Insatser utanför politikområdet

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

Exempel på insatser inom andra politikområden är det arbete som bedrivits inom ramen för storstadspolitiken där regeringen har träffat lokala utvecklingsavtal med sju kommuner om insatser för ekonomiskt utsatta bostadsområden. En betydande del av insatserna har direkt och indirekt bäring på barn och unga. Exempel på verksamheter inom storstadspolitiken är språkförskolor och språkinsatser i barnomsorgen, resurser till skolor för att utveckla svenska språket för barn med annat modersmål, familjecentraler för att stödja och underlätta relationerna mellan barn och föräldrar.

Ett annat exempel på insatser för barn och unga inom andra politikområden är regeringens

satsningar för att stärka barnkulturens ställning. Regeringen beslutade i juni 2004 att ur Allmänna arvsfonden satsa 60 miljoner kronor på barn- och ungdomskultur. Under en treårsperiod skall 20 miljoner kronor årligen fördelas till projekt av och för barn och ungdomar. Projekten skall syfta till att utveckla barns och ungdomars kulturengagemang och eget skapande.

Exempel på internationella insatser för barn och unga är Sveriges stöd till Unicefs insatser för att öka antalet flickor i afghanska skolor. Sverige bidrar med 120 miljoner kronor under åren 2004 och 2005. Utöver detta projekt stöder Sverige även Svenska Afghanistankommitténs (SAK) utbildningsprogram samt den enskilda organisationen Bangladesh Rural Advancement Committee till stöd för flickors utbildning. Sverige har även bidragit till Unicefs projekt för demobilisering och reintegrering av före detta barnsoldater med 5 miljoner kronor under år 2003. Projektet har syftat till att ge de före detta barnsoldaterna utbildning och yrkesträning för att de skall kunna integreras i samhället och ges en trygg tillvaro i en utvecklande miljö.

Ytterligare exempel på internationella insatser för barn och unga utanför politikområdet är den miljö- och hälsokonferens som i juni 2004 genomfördes i Budapest och arrangerades av WHO-Europa och värdlandet Ungern. Det är den fjärde miljö- och hälsoministerkonferensen och den samlade miljö- och hälsoministrar från 52 europeiska länder, Europeiska kommissionen och en rad internationella organisationer under temat "Våra barns framtid". Miljö- och hälsoministrarna diskuterade barns miljö och hälsa och gjorde åtaganden för att förbättra barns miljö och hälsa i Europa. Två dokument antogs vid konferensen. En ministerdeklaration och en handlingsplan för barns miljö och hälsa (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, CEHAPE).

Ansvariga för att genomföra insatser som rör barn och unga är statliga myndigheter, men främst kommuner och landsting. De frivilliga insatser som utförs inom framför allt föreningslivet och inom idrottsrörelsen, kompletterar de offentliga insatserna för barn och unga.

Ett fyrtiotal myndigheter inom bl.a. rätts- och exekutionsväsende, trafik- och samhällsplanering, socialtjänst samt hälso- och sjukvård fick i 2003 års regleringsbrev återrapporteringskrav att beakta och utveckla barnperspektivet i sina verksamheter. Återrapporteringen har huvudsakligen

skett i årsredovisningarna för 2003. Det finns flera exempel på myndigheter som har bildat samordningsfunktioner eller nätverk för att integrera barnperspektivet i sina organisationer och verksamheter. Hit hör bl.a. Riksförsäkringsverket som har bildat ett barnnätverk för att få en bred förankring av barnperspektivet inom organisationen och Migrationsverket som har skapat en samordningsgrupp för praxisfrågor som rör barn.

Flera myndigheter har genomfört informations- och utbildningsinsatser för att öka kunskapen och medvetenheten om barnperspektivet inom den egna verksamheten. Ett exempel är Statens folkhälsoinstitut som under 2003 har tagit fram en handlingsplan och en utbildningsplan för att införliva FN:s konvention om barnets rättigheter och dess barnperspektiv i verksamheten. Syftet är att ge alla medarbetare kunskaper och ökad medvetenhet om FN:s barnkonvention och hur den bäst skall kunna tillämpas inom institutets olika enheter. Andra myndigheter, bl. a. Utlänningsnämnden, Migrationsverket, Domstolsverket och Boverket, har också genomfört olika former av informations- och utbildningsinsatser.

Ett antal myndigheter har haft i uppdrag att inventera sina verksamheter och redovisa åtgärder för att utveckla barnperspektivet i dessa. Ett exempel är Statens institut för särskilt utbildningsstöd som har gjort en inventering av verksamheten utifrån ett barnperspektiv och genomfört insatser inom tre områden; riksgymnasieverksamheten, vuxenutbildningen och bemötandefrågorna. Vägverket och Banverket är andra exempel på myndigheter som i sina verksamheter arbetar för att utveckla barnperspektivet, i dessa fall genom att göra transportsystemen tillgängliga och säkra för barn.

Vissa av de myndigheter som fick återrapporteringskrav i 2003 års regleringsbrev har fått förnyade återrapporteringskrav i 2004 års regleringsbrev för att ytterligare vidareutveckla barnperspektivet i sina verksamheter. Några myndigheter har också tillkommit. Länsstyrelserna har i 2004 års regleringsbrev fått i uppdrag att kartlägga i vilken omfattning deras verksamheter rör barn och redovisa de åtgärder som behövs för att utveckla och förbättra barnperspektivet i verksamheterna. Återrapportering sker i årsredovisningen för 2004. Universitet och högskolor har i 2004 års regleringsbrev fått i uppdrag att redogöra för hur man har arbetat med att införliva

kunskap om barnkonventionen i utbildningar där sådan kunskap bedöms betydelsefull och skall återrapportera detta i årsredovisningen för 2005.

5.6 Resultatbedömning

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

5.6.1 Resultat

Barn- och familjeministern har regelbundna möten med en referensgrupp bestående av ett femtiotal högstadie- och gymnasieelever från hela landet. Mötena med referensgruppen har visat sig givande och gett tillfälle att, tillsammans med barn och unga själva, diskutera viktiga aktuella frågor som rör dem.

Förbättrade former för inflytande och delaktighet för barn och unga i samhällets olika beslutsprocesser har under de senaste åren varit prioriterade områden för Barnombudsmannens och Ungdomsstyrelsens insatser. Ett sätt att öka ungas engagemang och inflytande i kommunen är genom ungdomsråd eller någon annan form av inflytandeforum för unga. Antalet fora för barn och unga ökar, enligt den enkät som Ungdomsstyrelsen gör varje år. Syftet med inflytandeforum för barn och unga är att erbjuda en möjlighet till kontinuerlig dialog mellan unga och kommunpolitiker för att på så vis anlägga ett barn- och ungdomsperspektiv på lokala samhällsfrågor i stort.

Barnombudsmannen (BO) är ett av regeringens viktigaste verktyg för att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Under 2003 har BO genomfört informations- och utbildningsinsatser och deltagit i konferenser och seminarier som syftar till att utveckla arbetet med att genomföra barnkonventionen i kommuner, landsting och bland statliga myndigheter. I samarbete med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har BO bl.a. anordnat en konferens om barnkonventionen, Barn här och nu, för att sprida erfarenheter om hur konventionen kan användas som ett praktiskt redskap i kommuner och landsting. Under året har BO dessutom gjort en

särskild satsning på utbildning och information om barnkonventionen inom rättsväsendet.

Barnombudsmannen gör kontinuerliga undersökningar kring utvecklingen av arbetet med barnkonventionen på en generell nivå. I december 2003 avslutades datainsamlingen av 2003 års enkäter. Resultaten av enkäterna kommer att presenteras i två rapporter under hösten 2004.

Av undersökningarna framgår att arbetet med att genomföra barnkonventionen har gått framåt i kommuner, landsting, regioner och statliga myndigheter. Kommunernas arbete med barnkonventionen har förflyttats från en förankrings- och mobiliseringsfas till att befinna sig i en målformuleringsfas. Andelen kommuner som har diskuterat barnkonventionen i kommunfullmäktige och/eller kommunstyrelsen är fortsatt hög (83 procent). Landstingen har gått från en förankrings- och mobiliseringsfas till att befinna sig i en kartläggnings- och problemformuleringsfas. Av 20 landsting är det 17 som har diskuterat barnkonventionen både i landstingsfullmäktige och i landstingsstyrelsen.

De statliga myndigheter som anser sig kommit längst i arbetet med att få in ett barnperspektiv i sitt arbete är de som systematiskt och under lång tid arbetat med barnkonventionen, t.ex. genom att anordna återkommande utbildning och diskussioner om barns behov och intressen. Den interna dialogen kring barnkonventionen i flera statliga myndigheter är ett gott tecken på att arbetet går framåt. Utbildning och information om barnkonventionen till personal inom myndigheterna har ökat i omfattning. I den senaste undersökningen kan man också konstatera att fler länsstyrelser än tidigare aktivt arbetar med barnkonventionen. Gemensamt för de statliga myndigheterna är att de befinner sig i en förankrings- och mobiliseringsfas.

Regeringen har överlämnat en skrivelse (skr. 2003/04:143) till riksdagen som ger en samlad översikt av regeringens insatser för barn och unga i statsbudgeten för år 2004. Redovisningen sker inte utifrån politikområden, utan är tematisk utifrån olika områden i barns och ungas liv, såsom familj, hälsa och utbildning, och anger de olika insatser som utförs för barn och unga inom ramen för statsbudgetens olika politikområden.

Regeringens proposition 2003/04:131 Internationella adoptionsfrågor har överlämnats till

riksdagen. Propositionen syftar till att stärka barnets rätt i adoptionsprocessen.

Den 1 februari 2003 trädde lagändringar i kraft som berör homosexuellas rätt att prövas som adoptivföräldrar. Par som har ingått ett registrerat partnerskap har getts möjlighet att prövas som adoptivföräldrar på samma sätt som gifta par. Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor fick i sitt regleringsbrev för 2003 i uppdrag att kontinuerligt följa effekterna av lagändringen och att senast den 1 februari 2004 lämna en rapport till regeringen om ursprungsländernas reaktioner och utvecklingen när det gäller adoptionsverksamheten. Av den rapport som lämnats (dnr S2004/790/SK) framgår att det finns ett antal par som har visat intresse för att adoptera ett barn från utlandet och att några också har påbörjat en utredning. Inget av de länder som de auktoriserade adoptionsorganisationerna samarbetar med accepterar dock registrerade partner som sökande. Några komplikationer som försvårar samarbetet med ursprungsländer avseende internationell adoption har inte kunnat konstateras. Den nya adoptionsmyndigheten kommer att få i uppdrag att fortsatt arbeta med frågan.

5.6.2 Analys och slutsatser

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

Regeringen har i en skrivelse (skr. 2003/04:47) till riksdagen vidareutvecklat den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter. I skrivelsen presenteras hur regeringen avser att fortsatt bedriva det strategiska arbetet med att förverkliga barnkonventionen i Sverige. Några av de åtgärder som regeringen avser att vidta är att ytterligare tydliggöra barnperspektivet i det statliga budgetarbetet, att utveckla riktlinjer för barnkonsekvensanalyser i kommittéarbetet, att fortsätta följa upp myndig-

heternas arbete med att integrera ett barnperspektiv i verksamheterna, att ytterligare stimulera lärosätena att inordna barnkonventionen i olika yrkesutbildningar samt att vidareutveckla möjligheter och metoder för barns och ungas delaktighet och inflytande. En arbetsgrupp med uppgift att utveckla indikatorer för att mäta effekterna av gjorda insatser för att förverkliga barnkonventionen kommer att tillsättas och en förstudie om möjligheterna att inrätta ett barnrättscentrum kommer att genomföras. Även det internationella samarbetet med utgångspunkt i barnkonventionen avser regeringen att vidareutveckla.

Barnombudsmannen (BO) har en central roll i den nyligen utvecklade nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen. För att kommuner, landsting, regioner och statliga myndigheter skall kunna utveckla sitt arbete med att genomföra barnkonventionen krävs det fortsatt stöd. Det är av stor vikt att utveckla arbetet med att få in ett barnperspektiv i statsbudgeten. Fortsatta utbildningsinsatser och metodutveckling är också viktiga för att driva på den positiva utvecklingen men också för att få igång de kommuner, landsting och statliga myndigheter som ännu inte kommit igång med omsättningen av barnkonventionen. I detta ingår även att följa upp och utvärdera de insatser som har genomförts. Undersökningar som BO har genomfört visar till exempel att det bland kommunerna är 93 procent som bereder barn och unga möjligheter till inflytande. Det som nu krävs är att följa upp om inflytandet har haft någon effekt på de beslut som tagits och om barn och unga själva upplever att de har inflytande. BO:s roll som ombudsman för barn och unga har förstärkts och tydliggjorts genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2002. Regeringen avser att följa vilka effekter BO:s förtydligade mandat och befogenheter har för utvecklingen av barnkonventionsarbetet inom den kommunala sektorn.

Regeringens skrivelse (skr. 2003/04:143) till riksdagen om insatser för barn och unga i statsbudgeten för år 2004 är ett första steg i att göra barn och unga synliga i statsbudgeten. Regeringens avser att fortsätta detta arbete.

5.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2003 avseende Barnombudsmannens eller Statens nämnd för internationella adoptionsfrågors verksamheter.

5.8 Budgetförslag

5.8.1 15:1 Barnombudsmannen

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

År	Utfall	16 512	Anslags-sparande	-26
2003	Utfall	16 512	Anslags-sparande	-26
2004	Anslag	16 817 ¹	Utgifts-prognos	16 481
2005	Förslag	16 948		
2006	Beräknat	17 102 ²		
2007	Beräknat	17 389 ³		

¹ Inklusivt av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

² Motsvarar 16 948 tkr i 2005 års prisnivå

³ Motsvarar 16 948 tkr i 2005 års prisnivå

Barnombudsmannen (BO) har i uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen samt att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. För fullgörande av sitt uppdrag skall BO inom sitt verksamhetsområde bl.a. hos regeringen föreslå författningsändringar, informera och opinionsbilda, företräda barns och ungas rättigheter och intressen i den allmänna debatten, samla kunskap och sammanställa statistik om barns och ungas levnadsvillkor samt följa den internationella utvecklingen när det gäller barnkonventionens tolkning och tillämpning. BO har också fått rättsliga befogenheter att uppmana förvaltningsmyndigheter, kommuner och landsting att till BO lämna uppgifter om åtgärder som vidtagits för att genomföra konventionen i den egna verksamheten samt att kalla dessa till överläggningar.

Regeringens överväganden

I arbetet med att förverkliga FN:s barnkonvention är BO en central aktör och den statliga myndighet som har störst kunskap om barnkonventionen och om hur den på ett effektivt sätt kan förverkligas. BO har en nyckelroll i det fort-

sätta strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen med utgångspunkt i den nyligen utvecklade nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen (skr. 2003/04:47). Under 2003 har BO genomfört insatser för att utveckla och driva på arbetet med barnkonventionen i kommuner, landsting och bland statliga myndigheter och insatser för att bidra till att beslutsprocesser på olika nivåer i samhället utformas så att barn och unga får en möjlighet att komma till tals. En sammantagen bedömning av Barnombudsmannens verksamhet är att målen för 2003 i allt väsentligt är uppfyllda. För att närmare kunna bedöma insatserna behöver dock mer fokus läggas på att följa upp och utvärdera vilka av de genomförda insatserna som får bäst genomslagskraft och når rätt målgrupper. Regeringen avser därför att i Barnombudsmannens regleringsbrev för 2005 vidareutveckla återrapporteringskraven för Barnombudsmannen.

Tabell 5.3 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	16 817	16 817	16 817
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	236	391	680
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	-105	-106	-108
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	16 948	17 102	17 389

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusivt beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 948 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 *Barnombudsmannen* för år 2005. För år 2006 beräknas anslaget till 17 102 000 kronor och för år 2007 beräknas anslaget till 17 389 000 kronor.

5.8.2 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor⁵

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor*

Tusental kronor

2003	Utfall	8 045	Anslags-sparande	10
2004	Anslag	8 300 ¹	Utgifts-prognos	8 157
2005	Förslag	11 264		
2006	Beräknat	11 394 ²		
2007	Beräknat	11 593 ³		

¹ Inklusivt av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

² Motsvarar 11 264 tkr i 2005 års prisnivå

³ Motsvarar 11 264 tkr i 2005 års prisnivå

* I statsbudgeten för 2004 betecknat som anslag 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.

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

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

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

I proposition 2003/04:131 Internationella adoptionsfrågor föreslår regeringen att Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) skall avvecklas som nämndmyndighet för att fr.o.m. 1 januari 2005 ersättas av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA).

Bidrag till kostnader för internationella adoptioner utgår från det under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn, uppförda anslaget 21:4 *Bidrag till kostnader för internationella adoptioner*. Bidrag utgår med 40 000 kronor per adoption.

Regeringens överväganden

Cirka 1 000 barn adopteras årligen till Sverige från andra länder. För 2005–2007 är bedömningen att nivån kommer att vara ungefärligen densamma. Regeringen har i proposition 2003/04:131 Internationella adoptionsfrågor föreslagit att Staten nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) avvecklas som nämndmyndighet och ersätts av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA).

Den nya myndighetens övergripande uppgift blir att skapa en hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige. Uppgifterna kommer att vara i stort sett desamma som de NIA har i dag. I och med att lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling utvidgas med fler och tydligare förutsättningar för auktorisation, tydliga krav på sammanslutningarnas löpande verksamhet, och fler instrument för tillsyn, ges nya och bättre förutsättningar för denna verksamhet.

Myndighetens framtida inriktning kommer att ställa krav på utökade kontakter med utländska myndigheter och organisationer för att myndigheten skall kunna besluta om auktorisation och utöva en aktiv tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna. Myndigheten skall också ges utökade möjligheter att vara aktiv i det internationella arbetet med att uppnå en hög adoptionsetik, vilket i förlängningen kan motverka risken för handel med barn i samband med adoption.

⁵ I statsbudgeten för 2004 betecknat som anslag 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.

Tabell 5.5 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor*

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	8 300	8 300	8 300
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	-36	60	205
Beslut	3 000	3 035	3 088
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 264	11 394	11 593

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

* I statsbudgeten för 2004 betecknat anslag 15:2 *Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor*.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 264 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för år 2005. För år 2006 beräknas anslaget till 11 394 000 kronor och för år 2007 beräknas anslaget till 11 593 000 kronor.

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

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

2003	Utfall	Anslags-sparande
2004	Anslag	Utgifts-prognos
2005	Förslag	6 500
2006	Beräknat	7 500
2007	Beräknat	7 500

Anslaget är nytt. Insatser för detta ändamål har tidigare finansierats med medel från det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* Medel för ändamålet har under de senaste åren uppgått till 7 500 000 kronor årligen. För 2005 har 1 000 000 kronor överförts till utgiftsområde 6 Försvar och beredskap mot sårbarhet, anslag 7:4 *Samhällets skydd mot olyckor* för att delfinansiera det samordningsansvar för barnsäkerhet som Räddningsverket kommer att få från och med 2005.

Medlen under anslaget skall disponeras av regeringen för insatser för att förverkliga barns rättigheter i Sverige enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Exempel på sådana insatser är kunskapsinhämtning, metodutveckling, uppföljning och utvärdering, erfarenhetsutbyte och idéspredning, åtgärder för att stärka barns och ungas inflytande och delaktighet samt uppföljningsarbete när det gäller sexuell exploatering av barn.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 500 000 kronor anvisas under anslaget 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige* för år 2005. För år 2006 beräknas anslaget till 7 500 000 kronor och för år 2007 beräknas anslaget till 7 500 000 kronor.

6 Politikområde Handikappolitik

6.1 Omfattning

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

Ansvar för stöd och serviceinsatser inom politikområdet Handikappolitik ligger framför allt på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Stöd till landsting utgår för insatsen råd och stöd samt för tolktjänst. Stöd till landsting utgår även för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation.

Andra stöd inom politikområdet är assistansersättning, personligt ombud, bilstöd och särskilt utbildningsstöd.

Politikområdet omfattar dessutom bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning och bidrag till handikapporganisationer samt myndigheterna

- Handikappombudsmannen (HO) med verksamhetsgrenarna ”Granskning, juridiskt stöd och rådgivning” samt ”Tillgänglighetscentret” inom verksamhetsområde ”Insatser för delaktighet och jämlikhet”.
- Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) med verksamhetsgrenarna ”Handläggning av bemötandefrågor” och ”Bidrag till utbildningsanordnare m.fl.” inom motsvarande verksamhetsområde.

Socialstyrelsen ansvarar inom politikområdet för verksamhetsgrenarna ”Tillsyn”, ”Normering” och ”Kunskap” inom verksamhetsområde ”Insatser för jämlika levnadsvillkor”. Socialstyrelsen finansieras genom anslaget 13:6 *Socialstyrelsen*.

Hjälpmedelsinstitutet är ett centralt organ för hjälpmedelsfrågor som stimulerar forskning och utveckling samt medverkar till kunskaps- och metodutveckling. Institutet drivs av staten, landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Institutet finansieras genom anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvården* inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik.

År 2005 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till ca 12,6 miljarder kronor.

6.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2004 till 2007 beräknas utgifterna för politikområdet öka med ca 4,5 miljarder kronor, huvudsakligen till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom politikområdet beräknas 2004 till ca 11,1 miljarder kronor. Det överstiger anvisade medel med 4,5 miljoner kronor. Utgifterna för 2003 blev 241 miljoner kronor högre än anvisade medel.

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
16:1 Personligt ombud	89,3	90,0	39,3,	90,0	90,0	90,0
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	279,7	275,0	269,9	275,0	275,0	275,0
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	160,5	168,3	164,7	171,8	176,0	180,3
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	73,7	78,4	77,0	82,4	78,4	78,4
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	158,7	161,7	161,7	164,6	164,6	164,6
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	22,3	22,8	15,8	17,1	23,7	24,4
16:7 Bilstöd till handikappade	214,9	218,0	218,0	256,0	256,0	256,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	8 688,2	10 056,0	10 123,0	11 551,0	12 979,0	14 506,0
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	26,6	15,6	19,8	17,8	16,1	16,4
16:10 Handikappombudsmannen	16,7	18,7	19,8	18,4	18,6	18,9
Totalt för politikområde Handikappolitik	9 730,5	11 104,6	11 109,1	12 644,2	14 077,4	15 610,1

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

6.3 Mål

Målen för handikappolitiken är

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

Det handikappolitiska arbetet skall inriktas särskilt på

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

6.4 Politikens inriktning

Människors lika värde skall vara utgångspunkten när samhället utformas. Varje människa med sin kunskap och sina erfarenheter är en resurs. Alla skall ha samma rättigheter och skyldigheter. Flickor och pojkar, män och kvinnor med funktionsnedsättningar vill i likhet med vilken medborgare som helst bestämma över sin vardag, utbilda sig, försörja sig på eget arbete, ha en aktiv fritid etc. En funktionsnedsättning blir ett handikapp först när individen möter brister i en miljö eller i en verksamhet. När bristerna åtgärdas och tillgängligheten ökar kan handikappet minska eller försvinna. Tillgänglighet, ett gott bemötande samt stöd och service är nödvändigt för att personer med funktionsnedsättningar skall kunna leva som andra.

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000 SoU14, rskr. 1999/2000:240), som sträcker sig fram till 2010, utgör grunden för regeringens handikappolitik. Strategin är att insatser både inom och utanför politikområdet skall ha handlingsplanens inriktning, arbetsområden och åtgärder som utgångspunkt.

Handikapperspektivet skall genomsyra alla samhällssektorer och samhället skall göras tillgängligt för alla. Att motverka diskriminering och säkerställa den fulla respekten för de mänskliga rättigheterna är viktiga insatser för att åstadkomma ett bättre bemötande. Regeringens arbete är långsiktigt, metodiskt och åtgärdsinriktat. Arbetet genomförs stegvis i en kontinuerlig process där staten skall vara en förebild. Syftet är att uppnå varaktiga resultat och en hållbar utveckling. De av regeringen utsedda sektorsmyndigheterna har en central roll i genomförandet av planen.

Regeringen satsar på att successivt se över, analysera och göra individuella stöd flexibla och tillgängliga för alla flickor och pojkar, män och kvinnor som behöver dessa för att kunna leva ett gott liv – var och en utifrån sina förutsättningar. Stöd måste anpassas efter den tekniska utvecklingen och samordnas för att bli mer effektiva. Olika myndigheter måste bli bättre på att planera, samarbeta och ta till vara de samarbetsmöjligheter som de senaste årens reformer på området erbjuder.

En tredje inriktning inom handikappolitiken är att komma tillrätta med de resurs- och kvalitetsbrister som medför att människor inte får tillgång till de insatser som de behöver och har rätt till. Bland annat behöver statens styrinstrument inom området ses över och vid behov skärpas.

De senaste åren har insikten om mångfaldens betydelse för tillväxten ökat. Alla resurser i samhället måste tas till vara. En viktig uppgift för regeringen är därför att undanröja mekanismer som hindrar människor från att bidra till tillväxt och produktion. En annan viktig uppgift är att få till stånd en slagkraftig och effektiv organisation som kan spela en central roll i det fortsatta arbetet med att genomföra regeringens handikappolitik. Den s.k. Handisamutredningen har i maj 2004 lämnat över betänkandet Handikappolitisk samordning – organisation för strategi och genomförande (SOU 2004:54) till regeringen. Förslagen remissbehandlas för närvarande.

Regeringen anser även att det arbete som gjorts och görs för att se över och vid behov skärpa diskrimineringslagstiftningen är angeläget. Diskrimineringskommittén (N 2002:06) arbetar med uppdraget att bl.a. överväga en gemensam lagstiftning mot diskriminering som omfattar alla eller flertalet diskrimineringsgrunder och samhällsområden. Kommittén skall även

överväga om skydd mot diskriminering av personer med funktionshinder på grund av bristande tillgänglighet bör införas på andra samhällsområden än i arbetslivet och högskolan. Det pågår också ett arbete i Regeringskansliet med att se över hur arbetsgivares skyldigheter i fråga om skäliga stöd- och anpassningsåtgärder för arbetstagare med funktionshinder under pågående anställning skall regleras.

Som ett led i översynen av stödinsatser har regeringen tillsatt en parlamentarisk utredning som skall se över insatsen personlig assistans enligt LSS och den statliga assistansersättningen (S 2004:06), en utredare som skall se över bistödet (S 2003:11) samt en utredare som skall se över teckenspråkets ställning (S 2003:12). För bl.a. döva, dövblinda och vuxendöva är möjligheten att göra sig förstådda på teckenspråk en grundläggande förutsättning för tillgänglighet.

Under de senaste åren har det blivit allt mer tydligt att samhällets satsningar och resurser särskilt för personer med psykiska funktionsnedsättningar och psykiska sjukdomar är otillräckliga. En prioriterad uppgift för regeringen är därför att förbättra livsvillkoren för dessa flickor och pojkar, män och kvinnor. För att nå resultat krävs att aktörerna arbetar utifrån en helhetssyn och ett brukarperspektiv. Det fodrar en strategisk plan för samordning av vård, social omsorg och rehabilitering. Regeringen har tillkallat en Psykiatrisamordnare för att kraftsamla kring dessa frågor (S 2003:09). För den sociala psykiatrin har regeringen – utöver samverkan och samordning – särskilt lyft fram behovet av insatser för sysselsättning och anpassat boende.

Problemet med att kommuner inte inom rimliga tidsperioder verkställer gynnande beslut enligt socialtjänstlagen och LSS är fortfarande stort. På samma sätt som när det gäller domstolstrots är det oacceptabelt att kommunala beslut inte verkställs. För att komma åt problemet har regeringen tillsatt en utredning som skall lämna förslag till hur rättssäkerheten kan förbättras för enskilda (S 2003:07). Rekryteringsbehovet inom handikappomsorgen kräver särskilda insatser. Frågan är angelägen och regeringen avser att arbeta vidare för att ta fram och föreslå åtgärder som kan leda till att personalsituationen inom omsorgsyrkana förbättras.

Jämställdhetsperspektivet har inte fått tillräcklig uppmärksamhet inom handikappolitiken. Detsamma gäller barnperspektivet vilket påpekats av bl.a. Socialstyrelsen och Barnombuds-

mannen. Stöd och insatser måste finnas tillgängliga samt utformas och samordnas så att barn och unga får det stöd de behöver och vill ha samtidigt som föräldrar och syskon avlastas. Att lyssna till och beakta barns egna synpunkter måste utvecklas. Samhället måste också göras tillgängligt på platser där barn och unga vistas. Skillnader mellan kvinnors och mäns insatser samt skillnader i kvinnors och mäns behov av stöd och service måste uppmärksammas bättre.

Internationellt

Regeringens ambition är att spela en aktiv roll i det internationella arbete som nu pågår för att ge handikappfrågorna ökad uppmärksamhet. FN:s generalförsamling beslutade i december 2003 att inleda förhandlingar om en konvention till stöd för funktionshindrades fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna. Det pågår ett arbete med att göra ett tillägg i FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet.

6.5 Insatser

6.5.1 Insatser inom politikområdet

Övergripande insatser för ökad måluppfyllelse inom politikområdet är den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000 SoU14, rskr. 1999/2000:240), stöd och service samt åtgärder för att stödet skall vara anpassat och tillgängligt efter behov.

Nationella handlingsplanen

Riksdagen beslutade våren 2000 om nationella mål, inriktning och en nationell handlingsplan för handikappolitiken den närmaste tioårsperioden. I syfte att förbättra villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder pågår arbetet med att förverkliga planen. Viktiga styrinstrument är myndigheters instruktioner, regleringsbrev samt särskilda uppdrag till statliga myndigheter. Handikappörelsen har en viktig opinionsbildande och pådrivande roll. Det nationella tillgänglighetscentret hos Handikappombudsmannen (HO), utvalda sektorsmyndigheter med särskilt stort ansvar att leda arbetet

för att förverkliga målen samt Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har centrala uppgifter i genomförandet av planen.

Ökad tillgänglighet hos statliga myndigheter

Myndigheter under regeringen skall utforma och bedriva sin verksamhet med beaktande av de handikappolitiska målen. Myndigheterna skall arbeta för att göra lokaler, verksamhet och information tillgängliga för personer med funktionsnedsättningar. För att underlätta arbetet har HO:s tillgänglighetscenter på uppdrag av regeringen tagit fram riktlinjer – Mot full delaktighet och jämlikhet för personer med funktionshinder – för hur statsförvaltningen kan göras tillgänglig. Riktlinjerna, som publicerades 2003, omfattar arbetsprocessen, personalfrågor, lokaler, kommunikation och information.

HO har i regleringsbrevet för 2004 bl.a. som mål att öka kunskapen om tillgänglighet hos statliga myndigheter genom att utveckla, förankra och sprida riktlinjer för myndigheternas arbete samt att följa myndigheternas tillgänglighetsarbete och att fortsätta utveckla metoder för detta. HO skall redovisa hur många myndigheter som upprättat handlingsplaner om hur lokaler, verksamhet och information skall bli tillgängligare samt göra en bedömning av kvaliteten i myndigheternas arbete. HO skall även redovisa åtgärder som skall främja jämställdhetsperspektivet i arbetet med att utveckla, förankra och sprida riktlinjer om tillgänglighet.

Program för bättre bemötande

För att förbättra bemötandet av flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar har Sisus ett särskilt uppdrag att hålla samman genomförandet av ett nationellt program för att öka kompetensen inom området. Programmet – Om bemötande av människor med funktionshinder – har redovisats för regeringen våren 2003. Programmet riktar sig till anställda inom den offentliga sektorn.

I bemötandeuppdraget ingår även andra uppgifter. Sisus har t.ex. haft ansvar för att utveckla riktade utbildningsinsatser i handikappolitiska frågor till statsförvaltningen. Det har skett i samråd med HO och Statens kvalitets- och kompetensråd. För att få erfarenheter om metoder för att förbättra bemötandet har Sisus särskilt följt och stimulerat försäkringskassorna, Stockholms stad och kommuner i Västerbottens län. Sisus har också under 2003 fördelat nio miljoner kro-

nor i statsbidrag till projekt vars syfte är att förbättra bemötande av människor med funktionshinder. Resultat av projekten sprids nu inom offentlig sektor.

Barn och unga med funktionshinder kan uppleva bemötandet på andra sätt än vuxna med funktionshinder. För att redovisa olika perspektiv på bemötandet av barn har Sibus bl.a. utlyst en tävling där unga med funktionshinder skriver om sin vardag. Det har resulterat i antologin *Strutsens vingar*, som skickats ut till Sveriges alla sjundeklassare.

Det Europeiska handikappåret 2003 hade till syfte att öka medvetenheten om rätten till skydd mot diskriminering. EU och regeringen avsatte vardera tre miljoner kronor för aktiviteter under året. Sibus har i samarbete med handikapprörelsen planerat, samordnat och utvärderat insatserna som genomförts i Sverige.

Sektorsmyndigheter

För att se till att handikapperspektivet genomsyrar alla samhällssektorer har regeringen utsett 14 sektorsmyndigheter – Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Banverket, Boverket, Konsumentverket, Luftfartsverket, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Riksförsäkringsverket, Sjöfartsverket, Statens skolverk, Socialstyrelsen, Statens kulturråd samt Vägverket. Myndigheterna skall verka för att uppnå de etappmål som årligen fastställs i regleringsbrev. De skall samordna och stödja andra myndigheter, som verkar inom samma sektor, i arbetet med att genomföra handikappolitiken. Genom stöd och samordning skall HO befrämja en utveckling av sektorsmyndigheternas åtgärdsinriktade arbete.

Regeringen har i regleringsbrev för 2004 beslutat om etappmål för respektive myndighet. Vilka myndigheter som skall vara sektorsmyndigheter ses fortlöpande över.

Diskriminering

Personer med funktionshinder har skydd mot diskriminering i arbetslivet, på högskolan och i kommersiell verksamhet. År 2003 inleddes ett arbete där de olika ombudsmännen informerar om den nya lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering, som trädde i kraft den 1 juli 2003. HO har tillsynsansvar över tre diskrimineringslagar och kan föra talan i domstol för enskilda som anser sig utsatta för diskriminering.

Stöd- och serviceinsatser

För att personer med funktionsnedsättningar som möter betydande svårigheter i sin livsföring skall kunna uppnå jämlika levnadsvillkor krävs stöd och service som är individuellt anpassat. Viktiga stöd- och serviceinsatser inom politikområdet är insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL), assistansersättning, utbildningsstöd, bilstöd och personligt ombud.

Assistansersättning och utbildningsstöd

Insatsen personlig assistans är personligt utformad och skall öka möjligheterna att leva ett självständigt och aktivt liv. Genom den statliga assistansersättningen avlastar staten kommunerna stora delar av kostnaderna för insatsen.

På regeringens uppdrag har Riksförsäkringsverket (RFV) i samråd med Socialstyrelsen bl.a. sett över hur tillämpningen av barns rätt till personlig assistans och assistansersättning utvecklas samt de bedömningar som görs av makars och sambors gemensamma ansvar för hem och hushåll när den ena har rätt till personlig assistans. Riksförsäkringsverket har även analyserat vilka redskap som behövs för att överbrygga eventuella skillnader mellan män och kvinnors sätt att formulera sina krav. Dessutom har RFV utvärderat 65-års-reformen som gällt sedan den 1 januari 2001.

För att förbättra studiemöjligheterna för unga och vuxna med funktionshinder utgår ett särskilt utbildningsstöd. Stödet kan fylla flera olika funktioner och utformas utifrån den enskildes behov. Sedan 2003 bedrivs en försöksverksamhet med assistans till studenter med psykiska eller neuropsykiatriska funktionshinder.

Bilstöd

Det statliga bilstödet har stor handikappolitisk betydelse. Tillgång till bil kan medverka till att funktionshindrade kan leva aktivt, självständigt och oberoende. Bilstödet har därmed även en rehabiliterande inverkan. Innehav av bil för föräldrar till barn med varaktigt funktionshinder kan dessutom ha avgörande betydelse för att familjen skall kunna göra resor tillsammans. Bidraget är ett komplement till färdtjänst.

Anslaget för bilstöd har de senaste åren fått ökade medel på tilläggsbudget. Regeringen föreslår att anslaget höjs permanent med 60 miljoner kronor från och med 2005. Regeringen ser

samtidigt över stödformen i syfte att uppnå ett effektivare och förbättrat system för bilstöd.

Personligt ombud

Personliga ombud skall se till att personer med omfattande psykiska funktionshinder får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Arbetet med att bygga upp och utveckla verksamhet med personliga ombud i kommunerna har pågått sedan hösten 2000. Socialstyrelsen och länsstyrelserna fördelar anslagna medel, utbildar, stöder och följer upp hur verksamheten utvecklas. Resultatet redovisas regelbundet till regeringen. I september 2003 fanns det 272 ombud. Länsstyrelserna förbrukade 92,5 miljoner kronor 2003 (2,5 miljoner kronor togs från sparade medel). Av dessa gick 81,3 miljoner kronor till kommunerna för ombudsverksamheten.

Anpassade insatser efter behov

Insatser enligt LSS och socialtjänstlagen skall vara individuellt anpassade och av god kvalitet. Den enskilde skall ha inflytande över insatsen och personalen skall ha den kompetens som krävs för att ge ett gott stöd och en bra service. Kommunerna skall planera för behovstäckning och personer skall få de insatser som de bedömts vara i behov av. Tillsynsmyndigheterna – länsstyrelserna – skall följa hur lagarna tillämpas, bedriva en operativ tillsyn och verka för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov. Samverkan och samordnade insatser är grundläggande för att resurser skall användas effektivt.

Sanktionsavgift, tillsyn, normering m.m.

Åtgärder såväl mot domstolstrots som för att huvudmän skall planera för framtida behov är en del av handlingsplanen för handikappolitiken. Länsstyrelsernas möjlighet att från den 1 juli 2000 mot vite förelägga kommuner att verkställa en dom ersattes den 1 juli 2002 med en särskild avgift – en s.k. sanktionsavgift. Sanktionsavgiften prövas av länsrätt på ansökan från länsstyrelse. En sanktionsavgift bedöms i detta fall vara effektivare än ett vitesföreläggande.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har regeringens uppdrag att årligen följa utvecklingen av i vilken omfattning domar och beslut inte verkställs. Regeringen har även tillsatt en utredare

som skall analysera varför det förekommer att kommuners och landstings beslut inte verkställs. Utredaren skall föreslå åtgärder som kan bidra till en bättre rättssäkerhet.

Länsstyrelserna skall verka för att kommuner planerar för framtida behovstäckning. Socialstyrelsen och Boverket har haft regeringens uppdrag att bl.a. föreslå åtgärder som kan öka antalet särskilda boendeformer både för personer med funktionshinder och för äldre. Myndigheterna har i rapporten *Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses?* redovisat läget och lämnat förslag på åtgärder. Förslagen kommer att analyseras närmare.

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet regeringens uppdrag att utveckla normeringen inom områden där det finns behov av statlig vägledning. Socialstyrelsen tog till årsskiftet 2002/03 fram föreskrifter, allmänna råd och en rättssammanställning om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har regeringens uppdrag att vidareutveckla samverkan i syfte att uppnå både ökad samordning mellan den regionala och nationella tillsynen inom socialtjänstområdet samt ökad samordning av tillsynen över socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Samverkan och samordnade insatser

Samverkan och samordning bl.a. genom individuella planer är ett bra redskap för effektivare planering, arbetsformer och insatser för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Socialstyrelsen har arbetat för att användandet av individuella planer enligt LSS skall öka.

Från den 1 juli 2003 gäller lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Lagen skall underlätta gemensam finansiering och prioritering. Samtidigt skärptes kraven på gemensam planering vid utskrivning från ett landsting genom ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. En kommun blir betalningsansvarig först när en patient inom psykiatri är utskrivningsklar och en vårdplan finns upprättad.

Psykiatrisamordnaren

Regeringen tillsatte hösten 2003 en psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resur-

ser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnaren skall formulera strategier för kvalitetsutveckling samt samordna och stärka utvecklingsarbetet för personer med psykiska funktionshinder. De möjligheter som ges enligt nuvarande lagstiftning – t.ex. samverkan i gemensam nämnd och finansiell samordning – skall främjas.

Kompetensböjande åtgärder, kunskapsutveckling m.m.

Kommunernas förutsättningar för kompetensförsörjning måste förbättras. Nio myndigheter (Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Integrationsverket, Högskoleverket, Migrationsverket, Myndigheten för kvalificerad yrkesutbildning, Riksförsäkringsverket, Skolverket och Socialstyrelsen) har haft regeringens uppdrag att ta fram en plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om funktionshindrade och äldre. I rapporten *Investera nu!*, som presenterades i juni 2004, ges förslag till en tioårig handlingsplan med konkreta mål och åtgärder. Förslaget kommer att beredas vidare. Den parlamentariska kommitté som skall se över personlig assistans skall även genomföra en studie av yrket personlig assistent och belysa problematiken kring den framtida personalförsörjningen.

Det behövs en professionell kunskap om det praktiska sociala arbetet för att socialtjänsten skall kunna erbjuda medborgarna insatser som ger en god livssituation och livskvalitet. Ett av målen för Socialstyrelsen i regleringsbrev för 2004 är att utveckla kvaliteten i stödet och servicen för personer med funktionshinder. Insatserna skall baseras på tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett tydligt brukarperspektiv.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att genomföra ett utvecklingsprogram – Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten – under åren 2001–2003. Uppdraget har omfattat hela socialtjänsten, inklusive stöd till personer med funktionshinder. Syftet är att förstärka befintliga eller upprätta nya strukturer för systematisk kunskapsuppbyggnad och effektiv kunskapspridning. En mängd viktiga utvecklingsprocesser har satts igång över landet, bl.a. i aktiv samverkan mellan universitet, högskolor, forsknings- och utvecklingsmiljöer samt kommunala verksamheter. Regeringen beslutade i

april 2004 att ge Socialstyrelsen 7 miljoner kronor för att genom det nybildade Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) ge stöd till spridning av kunskap om metodutveckling inom socialtjänsten.

Arbetet med att bereda förslag till ändringar i LSS pågår. Regeringen avser att under hösten 2004 föreslå ändringar i LSS om kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt vid missförhållanden (motsvarande den som finns om Lex Sarah i SoL). Ändringarna görs för att stärka den enskildes rättssäkerhet och ge tydligare ledning för olika myndigheternas tillämpning av lagen.

6.5.2 Insatser utanför politikområdet

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken omfattar de flesta politikområden, bl.a. utbildnings-, miljö-, kultur- och transportpolitik. Insatser inom områdena påverkar i hög grad möjligheterna att förbättra villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Vårdbidrag och handikappersättning, sjukersättning och aktivitetsersättning, olika statliga stöd inom arbetsmarknaden och skolan etc. är viktiga stöd liksom insatserna rehabilitering och habilitering. Här redovisas ett antal åtgärder som sker inom ramen för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

Öka tillgängligheten till lokaler och allmänna platser

Boverket, som är en av sektorsmyndigheterna, har en central roll i arbetet med att öka tillgängligheten till lokaler dit allmänheten har tillträde och allmänna platser. Verkets föreskrifter om enkelt avhjälpna hinder började gälla i december 2003. För att föreskrifterna skall bli kända planeras en omfattande informationskampanj under hösten 2004. Föreskrifterna är en viktig åtgärd för att människor med funktionshinder skall kunna delta i samhällslivet på samma villkor som andra.

Elektronisk kommunikation och informationsteknik

Utvecklingen inom elektronisk kommunikation och informationsteknik har stor betydelse för personer med funktionshinder. Den öppnar nya möjligheter för att nå ökad delaktighet och uppnå ett jämlikt samhälle. 3-G tekniken kan t.ex. ge personer som är döva möjlighet att

kommunicera med teckenspråk via mobiltelefon. Post- och telestyrelsen (PTS), som är en av sektorsmyndigheterna, bedriver en bred verksamhet med att pröva och utveckla nya tjänster för personer med funktionshinder.

Det är ofta svårt för personer med olika typer av funktionshinder att använda vanliga tjänster på Internet. Många hinder skulle kunna undanröjas med relativt enkla medel. Det behövs därför ökad kunskap för att göra webbplatser och e-tjänster tillgängliga för alla. På europeisk nivå har tillgänglighet till Internet fått särskild uppmärksamhet inom Europeiska kommissionens handlingsprogram e-Europa. Alla EU:s medlemsstater bör enligt en rådsresolution använda internationella riktlinjer för en tillgänglig webb – WAI-riktlinjerna. I den nya vägledningen för 24-timmarswebben, som Nämnden för elektronisk förvaltning har fastställt, har tillgänglighet särskilt lyfts fram. I vägledningen, som har utarbetats av Statskontoret tillsammans med bl.a. HO, finns anvisningar om hur WAI-riktlinjerna bör implementeras i den offentliga förvaltningen.

Arkitektur, formgivning och design – Design för alla

Arkitekturen måste ses i ett längre perspektiv när samhället byggs. Vid sidan av god estetisk utformning är Design för alla viktigt för att uppnå hållbarhet. Regeringen redovisade våren 2003 i en skrivelse till riksdagen (skr. 2002/03:129) målen för arkitektur, formgivning och design samt åtgärder för att uppnå målen. Därefter har arbetet med att stärka tillgänglighets- och användaraspekten inom områdena fortsatt. Regeringen har beslutat om ett Designår 2005 för att betydelsen av och kunskapen om form och design skall breddas. Ett hundratal statliga myndigheter har fått uppdrag att medverka i Designåret 2005. Ett av sju teman inom uppdraget är Design för alla. I början av 2005 anordnar regeringen med stöd av Hjälpmedelsinstitutet en konferens kring detta tema.

Kulturupplevelser för alla

Statens kulturråd skall inom ramen för sitt sektorsansvar öka funktionshindrades tillgång till kultur. Det skall ske inom ramen för Kulturrådets etappmål att förverkliga och utvidga handlingsprogrammet för att främja att personer med funktionshinder kan delta i kulturlivet.

Förbättra tillgången till rehabilitering och habilitering

Socialstyrelsen, som är en av sektorsmyndigheterna, har en central roll i arbetet med att förbättra tillgången till rehabilitering och habilitering. Ett av Socialstyrelsens etappmål är att berörda myndigheter skall ha utarbetat ett gemensamt uppföljningssystem för rehabilitering och habilitering i samverkan senast år 2010.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga tillgängligheten till landstingens rehabilitering och habilitering. En slutsats är att det behövs uppföljningssystem för att följa hela vård- och rehabiliteringsförlopp i syfte att få information om resultat och kvalitet. För att stödja sjukvårdshuvudmännen avser även Socialstyrelsen att ta fram ett allmänt råd.

6.6 Resultatbedömning

Det handikappolitiska arbetet som bedrivs är inriktat på att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet, att förebygga och bekämpa diskriminering och att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Lagstiftning som ger rättigheter, skyldigheter och ekonomiskt stöd, de omfattande och breda insatser som görs inom ramen för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken, utveckling av funktionen personligt ombud, satsningar på samarbete, kompetens-, kunskaps- och kvalitetsutveckling etc. bidrar till att skapa en samhällsgemenskap med mångfald som grund och att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet. Satsningarna bidrar dessutom till att skapa jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Det är viktigt att se handikappolitiken och målet för politiken i ett långsiktigt perspektiv.

6.6.1 Resultat

Nationella handlingsplanen

Uppföljningen av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – sker särskilt i en skrivelse till riks-

dagen. Handlingsplanen sträcker sig fram till 2010 och regeringens ambition är att vart tredje år redogöra för resultatet till riksdagen.

En första uppföljning genomfördes i december 2002. Regeringen bedömde i skrivelsen till riksdagen (skr. 2002/2003:25) att arbetet med att se till att handikapperspektivet genomsyrar alla samhällssektorer, att skapa ett tillgängligt samhälle och att förbättra bemötandet hade kommit igång på ett bra sätt. Det hade gjorts betydande insatser för att påbörja genomtänkta och långsiktiga processer som på sikt kan ge varaktiga resultat.

Arbetet och processerna, där ett stort antal aktörer är inblandade, fortskrider. Arbetet med att identifiera och undanröja hinder liksom arbetet med att bekämpa diskriminering och ett kränkande bemötande pågår. Handikappombudsmannen genomförde en första uppföljning av myndigheternas tillgänglighetsarbete hösten 2003. Resultatet visar att tillgänglighetsarbetet hos statliga myndigheter har kommit igång även om det fortfarande finns stora brister. Generellt har stora myndigheter kommit längre i sitt tillgänglighetsarbete än små. Ungefär hälften av myndigheterna kan erbjuda teckentolkning vid behov. Tre fjärdedelar av myndigheterna uppfyller inte grundläggande kriterier för att personer med rörelsehinder självständigt skall kunna ta sig till och in i huvudkontorets byggnad.

Sektorsmyndigheterna arbetar med att inom sina respektive samhällssektorer driva på handikappolitiken. HO har gått igenom sektorsmyndigheternas arbete 2003 (Rapport: Sektorsmyndigheterna – ansvaret där det hör hemma). En slutsats är att de flesta av de 14 sektorsmyndigheterna har kommit igång bra med sina uppdrag även om arbetet kommit igång olika.

En indikation på ett bra resultat för 2003 är att samarbetet mellan myndigheter har kommit igång. Det mest strukturerade samarbetet finns inom transportsektorn där trafikverken och Boverket för gemensamma diskussioner för att öka tillgängligheten. Andra exempel där samarbetet kommit igång är Socialstyrelsens uppdrag att ta fram bättre underlag och statistik för att följa levnadsvillkoren för personer med funktionshinder samt den informationssatsning som Boverket gör för enkelt avhjälpna hinder i publika lokaler och på allmänna platser.

HO anser dessutom att Post- och telestyrelsen har kommit igång bra, särskilt inom

området elektronisk kommunikation. Även Riksantikvarieämbetets sektorsarbete bedöms positivt liksom Statens Kulturråds. Riksantikvarieämbetet har genomfört en inventering av tillgänglighetsarbetet inom kulturmiljösektorn som kan ligga till grund för det fortsatta arbetet. Kulturrådet ställer krav på till exempel handlingsplaner för att öka tillgängligheten när bidrag till kulturinstitutionerna beviljas.

Regeringen avser att vid under våren 2006 återkomma till riksdagen med en skrivelse om redovisning och resultat av arbetet med att genomföra handlingsplanen.

Stödinsatser

Insatser enligt SoL och LSS

En viktig indikator på att stöd- och serviceinsatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bidrar till ökad jämlikhet i levnadsvillkor och förbättrad delaktighet i samhällslivet är fler insatser. Det tyder på att stöd enligt LSS tillgodoses i ökad omfattning och att den behovsbedömning som görs generellt sett inte blivit mer återhållsam.

Tabell 6.2 Kostnader för kommunala insatser, antal med LSS-insatser och antal kommunala LSS-insatser

År	Kostnad totalt i 2002 års priser (mdkr)	varav LSS (mdkr)	Antal med insatser LSS	Antal insatser LSS
1998	22,9	18,0	45 500	76 300
1999	24,4	19,4	44 000	78 700
2000	25,7	20,7	45 500	80 600
2001	26,7	21,5	47 100	82 400
2002	28,2	22,5	48 600	85 000
2003	–	–	51 500	90 300

Källa: Kostnader kommer från Socialstyrelsens lägesrapport 2003. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens årliga officiella statistik som mätt förhållandena en särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

Insatser enligt LSS har blivit beviljade för fler personer än tidigare. Både antalet personer som får insatser och antalet insatser har ökat i stor omfattning med undantag för insatserna råd och stöd och särskilt boende för barn. Män och pojkar får insatser i högre utsträckning än kvinnor och flickor, 56 respektive 44 procent, men också fler insatser än kvinnor och flickor, ca 55 procent respektive 45 procent. Skillnaden är konstant under åren 1998–2003.

I lägesrapporten för 2003 påpekar Socialstyrelsen att kostnaden per person med insatser inte ökat nämnvärt. Kostnaden för olika insatser varierar dock stort mellan landets kommuner. År 2002 varierade kommunernas kostnader mellan ca 600 och 5 900 kronor per invånare. Genomsnittskostnaden för kommunala LSS-insatser var ca 2 500 kronor. I Skåne län var kostnaden lägst – ca 1 800 kronor per invånare. Det kan jämföras med Jämtlands län där kostnaden var högst – ca 3 200 kronor per invånare.

Det är framför allt personer inom personkrets 1 (personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd) som har insatser – ca 80 procent av samtliga personer som har insatser och ca 85 procent av samtliga insatser. Det är också för dessa antalet insatser ökar mest. Av alla i personkrets 1 som får insatser är 43 procent kvinnor. Antalet barn och unga i åldrarna 13–22 år ökar mest av alla som har insatser och barn och unga 0–22 år utgör en tredjedel av samtliga. Pojkar har insatser i högre utsträckning än flickor – 61 procent jämfört med 39 procent. De vanligaste insatserna är daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna.

Fler personer får insatser enligt LSS än enligt SoL. Den stora skillnaden kan delvis bero på att alla insatser som ges enligt SoL inte bedöms som biståndsinsatser utan i stället ges som en serviceinsats utan biståndsprövning. Det kan t.ex. i viss utsträckning avse sysselsättning.

Tillgången till insatser är inte likartad över landet och mellan olika grupper. Länsstyrelserna uppger i tillsynsrapporten för 2003 att det främst är personer med psykiska funktionshinder som också har missbruksproblem samt ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder som har svårt att få det stöd som behövs. Flera rapporter – t.ex. Psykiatrisamordnarens PM En översiktlig genomgång av dagsläget inom svensk psykiatri och Socialstyrelsens och länsstyrelsernas rapport Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder – visar vidare att stödet till personer med psykiska funktionshinder är bristfälligt. Kommuner har inte alltid utrett personernas behov och planerat för dessa.

De vanligaste insatserna till barn och unga är korttidsvistelse och korttidstillsyn. Dessa insatser har också ökat markant de senaste åren.

Rätten till insatser enligt LSS har betytt mycket för familjer med barn med stora behov av omvårdnad, tillsyn och stimulans. Extraresurs i förskolan och elevassistent i skolan är andra insatser som underlättat livssituationen. Avsaknad av kunskap gör det dock svårt att dra slutsatser i vilken omfattning och hur samhällets stöd och service fungerar. De främsta bristerna idag är individuell planering och samordning, uppsökande verksamhet och information. Dessa insatser är nödvändiga för att föräldrarnas situation skall underlättas. Ett annat problem är föräldrars svårigheter att få förståelse för barnens och familjens behov av stöd. Handläggarna anlägger ett vuxenperspektiv i stället för att se barnet.

Det finns tecken på att funktionshindrades levnadsförhållanden främst uppfattas utifrån funktionshindret. Det konstaterar Socialstyrelsen i sin rapport Jämställd socialtjänst?. Det glöms bort att kvinnor med funktionshinder riskerar att diskrimineras både på grund av sitt kön och på grund av sitt funktionshinder samtidigt. Socialstyrelsens slutsats är att när det gäller att betrakta socialtjänstens insatser till personer med funktionshinder ur ett könsperspektiv så finns det stor osäkerhet och ett stort behov av kunskapsutveckling.

Jämförelser visar t.ex. att kvinnor mer sällan får insatser enligt LSS men är överrepresenterade när det gäller insatser enligt socialtjänstlagen. Den förskjutning som skett från samhället till anhöriga – och då främst kvinnor – när det gäller äldre verkar dock inte ha sin motsvarighet bland vuxna personer med funktionshinder.

Assistansersättning

Insatsen personlig assistans har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många flickor och pojkar, kvinnor och män med omfattande funktionshinder. Kontinuiteten i stödinsatserna har förbättrats för personer som fått behålla assistansersättningen efter fyllda 65 år. Assistansreformen har därigenom främjat jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet. Men det finns också problem. Innehållet och kvalitén i assistansen kan bl.a. variera beroende på vilken kommun eller annan anordnare som utför assistansen.

Tabell 6.3 Kostnader för assistansersättningen, antal beviljade personer och antal beviljade timmar per vecka

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Antal personer i genomsnitt per år	Antal timmar/vecka/person i genomsnitt
1998	5,2	3,9	1,3	7 600	78
1999	6,0	4,5	1,5	8 100	82
2000	7,0	5,3	1,7	8 700	86
2001	8,2	6,3	1,9	9 700	88
2002	9,8	7,5	2,2	10 700	91
2003	11,2	8,7	2,5	11 500	94

Antalet personer med assistansersättning har ökat kraftigt sedan reformen infördes. Sedan 1998 har antalet stigit med mellan 7 och 11 procent årligen – en ökning med drygt 50 procent på fem år. Även det genomsnittliga antalet beviljade timmar har ökat kraftigt. Som en följd av denna utveckling har även kostnaderna för insatsen mer än fördubblats sedan 1998.

Under 2003 har det skett en förändring när det gäller assistansersättning och personkretstillhörighet. Antalet personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd ökade mer 2003 än antalet personer som hade fysiska funktionshinder. Antalet beviljade timmar per vecka varierar mellan olika åldersgrupper. Flest timmar per vecka beviljas unga vuxna i åldrarna 20–29 år, medan barn och äldre har färre timmar än genomsnittet. Män har ersättning i något högre utsträckning än kvinnor (53 % jämfört med 47 %).

Riksförsäkringsverkets (RFV:s) översyn av barns rätt till assistansersättning visar att pojkar beviljas i genomsnitt fler assistanstimmar än flickor. Barn hörs sällan i assistansärenden och lagen tillämpas inte likadant vid bedömningen av barns assistansbehov. Avsaknad av enhetlighet återfinns bl.a. om vad som ska ingå i föräldrans ansvar.

I RFV:s analys av skillnader mellan kvinnor och män uppmärksammas bl.a. att den enskildes familjesituation påverkar behovsbedömningen och att den påverkan kan se olika ut för kvinnor och män. Ensamstående män beviljas i genomsnitt fler timmar än ensamstående kvinnor, medan det motsatta gäller då den assistansberättigade lever i ett parförhållande. I dessa fall beviljas kvinnor i genomsnitt fler timmar än män. Det är en indikator på att det görs skillnader mellan kvinnor och män. RFV anser att Försäkringskassan behöver mer stöd och vägledning

för att på ett likformigt sätt bedöma behoven och rätten till assistansersättning för barn samt för att uppnå jämställda beslut för kvinnor och män.

Regeringen har tillsatt en parlamentarisk utredning för att göra en bred översyn av assistansersättningen och insatsen personlig assistans. Kommittén skall lämna förslag till hur regleringen av personlig assistans kan ändras för att stödet och tillämpningen skall kunna effektiviseras och förbättras. Utredningen skall även ta upp frågor som rör barn- och köns- perspektiv.

Utbildningsstöd

Det särskilda utbildningsstödet främjar studiemöjligheterna inom riksgymnasier för ungdomar med svåra rörelsehinder, folkhögskolor, universitet och högskolor. Att allt fler får del av stödet leder till att levnadsvillkoren för flickor och pojkar, män och kvinnor med funktionshinder blir mer jämlika. På regeringens uppdrag har Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) tagit fram ett informationsmaterial om de olika stödssystem som studerande med funktionshinder kan ta del av. Sisus har under ett antal år samlat utförlig information om tillgänglighet vid landets universitet och högskolor.

Tabell 6.4 Kostnad för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer samt antal elever inom respektive utbildningsform

	År		
	2001	2002	2003
Kostnad för särskilt utb. stöd/ assistans vid folkhögskola (mnkr)	84	88	87
Antal deltagare med särskilt utb.stöd vid folkhögskola	3 400	3 100	4 000
Kostnad för särskilt utb.stöd inom univ. och högskola (mnkr)	5,9	4,6	3,2
Antal deltagare med särskilt utb.stöd vid univ. och högskola	116	109	143
Kostnad för särskilt utb.stöd vid riksgymnasium (mnkr)	80	69	70
Antal deltagare med särskilt utb.stöd vid riksgymnasium	174	175	178

Antalet studerande som får del av det särskilda utbildningsstödet ökar. Samtidigt har kostnaderna inom ramen för det statliga stödet minskat. Kostnaderna för folkhögskolorna är dock högre än vad som kan betalas ut. För att åstadkomma en jämnare fördelning av statsbidragen till folkhögskolorna har Sisus träffat en överens-

kommelse om ett tak för bidraget med den folkhögskola som mottar mest bidrag.

Jämfört med många andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. En något större andel män än kvinnor (52 resp. 48 %) fick assistans under läsåret 2003/04. Kursdeltagare med rörelsehinder dominerar fortfarande bland studerande med behov av assistans. Deltagare med psykiska funktionshinder som behöver assistans har dock mer än fördubblats jämfört med föregående år. Den stora ökningen beror på att den slopade begränsningen till enbart rörelsehinder för utbildningsstöd vid studier vid folkhögskola nu börjar få genomslag.

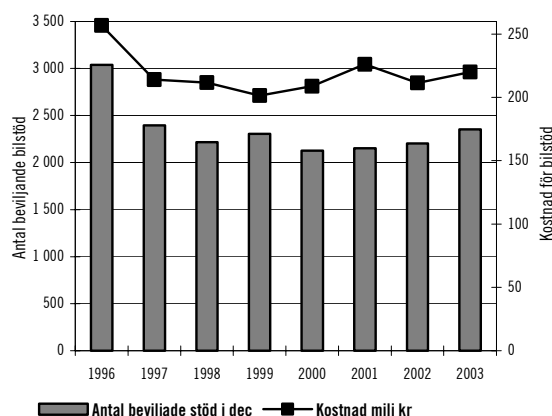
Den stora ökningen av antalet personer inom högskolan och universiteten beror på den försöksverksamhet med assistans till studenter med psykiska eller neuropsykiatriska funktionshinder som påbörjades den 1 januari 2003. Behoven av stöd ser annorlunda ut för dessa studenter. Fler kvinnor än män (57 resp. 43 %) fick stöd under läsåret 2003/04.

Kostnadsförändringarna vid riksgymnasierna beror på att det infördes ett nytt betalningssystem 2001 som innebär att hemkommuner och hemlandsting står för en tredjedel av kostnaden för boende, omvårdnad och habilitering inom verksamheten.

Bilstöd

Bilstödet innebär ökad delaktighet och frihet för den som inte kan nyttja allmänna kommunikationer. Familjer med barn som har funktionshinder, som innebär väsentliga förflyttningssvårigheter, får möjlighet att kunna resa tillsammans. För vuxna kan bilen underlätta möjligheterna till arbete, studier och fritidsaktiviteter

Diagram 7.1 Utvecklingen av bilstödet



Källa: Riksförsäkringsverket och årliga utfall av anslaget för bilstöd

I och med att nytt bilstöd normalt beviljas högst vart sjunde år uppstår en ökad efterfrågan efter sju år. Sådana år var 1996 och 2003. Ändringar i förordningen om bilstöd under 1997, bl.a. att utbetalningarna av bilstödet begränsas så att de ryms inom ramen för anslagna medel, har lett till en jämnare belastning på anslaget. Antalet beviljade stöd har under tiden 1997–2003 varierat mellan 2 100 och 2 400 medan kostnaderna varierat mellan 200 och 226 miljoner kronor. Ett problem är dock att medlen inte räcker hela året. Regeringen föreslår därför att anslaget höjs fr.o.m. 2005 med 60 miljoner kronor per år.

Tabell 6.5 Antal kvinnor och män med bilstöd samt fördelning av stödet på barnfamiljer, förvärsarbetande och andra vuxna 18–49 år¹

År	Andel kvinnor	Andel män	Föräldrar till barn med funktionshinder, andel av samtliga	Förvärsarbete och liknande, andel av samtliga	Vuxna 18-49 som inte arbetat, andel av samtliga
1996	46	54	26	44	21
1998	47	53	26	44	22
2000	48	52	27	40	23
2001	45	55	29	36	26
2002	45	55	30	34	26
2003	44	56	28	37	22

¹ Det finns även ett par grupper till som utgör resterande andel av de som får bilstöd – Funktionshindrade under 65 år som fått bilstöd men sedan fått sjukersättning/aktivitetsersättning samt funktionshindrade föräldrar med barn under 18 år

Färre kvinnor än män får del av bilstödet och andelen kvinnor minskar. Föräldrar till barn med funktionshinder har ökat sin andel av stödet medan förvärvsarbetare minskat sin andel.

Det råder osäkerhet om stödet träffar rätt personkretsar och vilka effekter stödet har för dem som beviljas bilstöd. Tillämpningen av bilstödet behöver därför effektiviseras och förbättras. Det är också skälet till att regeringen under 2004 beslutat att se över bilstödet. I utredningen skall även eventuella skillnader mellan kvinnors och mäns förutsättningar eller nyttjande av bilstöd respektive färdtjänst synliggöras och analyseras.

Personligt ombud

Personliga ombud har visat sig vara en kompetent och värdefull resurs. Genom denna kompetens medverkar ombuden till att kvinnor och män med omfattande och sammansatta psykiska funktionshinder ges förutsättningar att få ett individuellt anpassat stöd ute i samhället. Det bidrar till att skapa både jämlikhet i levnadsvillkor och en samhällsgemenskap med mångfald. Ombuden är dessutom en resurs som har visat sig förebygga behov av mer kostsamma samhälleliga insatser som t.ex. psykiatrisk slutenvård och ökad medicinerings.

Det är framför allt två kategorier som kommer till ombudsverksamheten, de som har ett tydligt och avgränsat uppdrag och de som har omfattande önskemål och komplexa behov. Sedan januari 2001 har ca 4 000 personer haft personligt ombud. I september 2003 var 2 600 personer aktuella. 1 400 personer hade avslutats. Resultat har uppnåtts för fyra av fem personer. Könsfördelningen är relativt jämn. I september 2003 hade något fler kvinnor ombud – 1 350 kvinnor mot 1 250 män. Kvinnorna dominerade i de äldre åldrarna, över 56 år, medan männen dominerade i intervallet 35–46 år. Männen var ensamstående i högre utsträckning än kvinnorna. Kvinnorna var mer aktiva än männen att själva söka ombud.

De försöksverksamheter som utgjorde grunden för den permanenta verksamhet, som nu byggs upp, har följts upp av Socialstyrelsen efter sex år. Uppföljningen visar att uppnådda resultat inte bara varit bestående utan dessutom förstärkts. Klientens livskvalitet har ökat och den fysiska och psykiska hälsan har förbättrats.

Anpassade insatser efter behov

Styrande åtgärder – sanktionsinstrument, tillsyn, normering m.m.

En operativ, tydlig och effektiv tillsyn med medborgaren i fokus förbättrar förutsättningarna för en rättssäker hantering av ärenden samt att insatser är individuellt anpassade och av god kvalitet. En granskande och främjande tillsyn kan därmed bidra till jämlikare levnadsvillkor och ökad delaktighet för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar. Samverkan och samordning mellan tillsynsmyndigheter, effektiva sanktionsinstrument som kan ha en preventiv verkan samt normering är viktiga inslag för en övertygande tillsyn.

Samarbetet mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna för att utveckla enhetliga tillsynssystem och strukturer för tillsyn pågår inom ramen för ett nationellt program för social tillsyn sedan 2001. Under 2003 påbörjades tre utvecklingsprojekt; bedömningskriterier för social tillsyn, policy för en brukar- och medborgarorienterad social tillsyn och kompetensutveckling för tillsynsmyndigheterna. Under 2003 pågick femton gemensamma projekt. En kraftsamling i tillsynen har skett när det gäller personer med psykiska funktionshinder. En extern utvärdering av det Nationella programmet för tillsyn under 2003 visar att samarbetet mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna i stort sett fungerat bra. Länsstyrelsernas årsredovisningar visar också att tillsynen generellt utvecklats. På de mindre länsstyrelserna är dock tillsynen sårbar.

Behovet av normering är stort. Föreskrifter, allmänna råd och den rättssammanställning om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS som publicerades vid årsskiftet 2002/2003 motogs mycket positivt. Konferenserna där föreskrifterna och de allmänna råden redovisades var välbesökta. Länsstyrelserna utgår från materialet i sin tillsyn. Länsstyrelserna har återkommande uppmärksammat att det finns brister i kommunernas rättstillämpning inom handikappområdet. Socialstyrelsen inledde under 2003 ett arbete med allmänna råd kompletterade med en handbok för hur ärenden skall handläggas och insatserna dokumenteras. Arbetet beräknas vara färdigt 2005.

I rapporten Social tillsyn 2003 – resultat av länsstyrelsernas tillsyn redovisas bl.a. att kommunala riktlinjer (normer) kan leda till att beslutade insatser inte överensstämmer med

behoven. En utredning kan dessutom mer styras av vilka insatser som finns tillgängliga i en kommun i stället för av den enskildes behov. För personer med psykiska funktionshinder uppmärksammas t.ex. inte behovet av sysselsättning tillräckligt. Ofta saknas dessutom samordning och helhetsperspektiv. Det framhålls däremot att kunskapen om personer med psykiska funktionshinder och deras behov har ökat. I många kommuner har planeringen för bostad med särskild service blivit mer medveten och kunskapsbaserad. Unga funktionshindrade har andra krav på bostäder än dagens gruppboendestäder. Nya stödformer för att minska behovet av bostad med särskild service håller därför på att utvecklas.

De kartläggningar och analyser som tillsynsmyndigheterna har gjort visar att problemet med att kommuner och landsting inte verkställer gynnande beslut är stort. De flesta länsstyrelserna rapporterar att kommuner ofta saknar eller har bristande planering av bostäder med särskild service för personer med funktionshinder. En effekt av detta blir att de har svårt att verkställa beslut och domar även om många arbetar aktivt med verkställighetsfrågan. Länsstyrelserna har följt upp ett stort antal beslut och domar som inte verkställts.

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas årliga uppföljning för 2003 visar att sanktionsavgiften har fått till effekt att kommuner arbetar mer effektivt än tidigare med att verkställa domar. Avgiften anses sannolikt även ha en preventiv inverkan och kan vara en bidragande orsak till att vissa kommuner skärpt arbetet med att åstadkomma en långsiktig planering. Åtta länsstyrelser har under 2003 ansökt hos länsrätten om sanktionsavgift för domar som inte verkställts. Sammanlagt rör det sig om ett 60-tal ansökningar varav ett 20-tal avser kvinnor. Av 50 avgjorda ansökningar har avgift dömts ut i ca 70 procent av samtliga. Avgiften har varierat från 50 000 till 549 000 kronor.

Antalet beslut enligt LSS som inte verkställts 2003 har minskat med 8 procent jämfört med 2001 – från ca 2 500 till ca 2 300. Även antalet domar enligt LSS som inte verkställts har minskat. De minskade med ca 25 procent – från ca 170 till ca 130. De domar som inte har verkställts gäller framför allt insatsen bostad med särskild service. De beslut som inte verkställts avser till hälften kontaktperson. Knappt 40 procent av alla domar och beslut i studien

avser kvinnor och flickor. En förhållandevis hög andel avser barn och unga – 37 procent varav majoriteten är mellan 13 och 22 år.

Boverket och Socialstyrelsen, som undersökt orsakerna till att kommuner inte inrättat tillräckligt många bostäder i särskilda boendeformer, anger att det sker en viss avveckling av bostäder med särskild service för personer med funktionshinder. Den utbyggnad som är planerad kommer dock att medföra ett nettotillskott. Kommunerna anser att det finns en förskjutning i preferenserna mot eget boende i stället för bostad med särskild service. Kommunerna ser därför ofta inte bristen på bostäder med särskild service som det primära problemet. Problemet är i stället hur vården och omsorgen i den egna bostaden skall kunna anpassas efter den enskildes behov. Huvudskälet till att kommunen inte klarar av att möta tillsyns- och omvårdnadsbehovet i den egna bostaden är ofta en följd av de svårigheter som finns att rekrytera och behålla kompetent personal.

För personer där en bostad med särskild service är den bästa lösningen är risken stor att den planerade utbyggnadstakten är otillräcklig. Var fjärde kommun förutser en brist på denna boendeform under de närmaste två åren. Bristande framförhållning och brist på mark kan utgöra problem. Det vanligaste problemet är dock bristande kontakter och samverkan mellan socialförvaltningen, bostadsförsörjningen och den fysiska planeringen.

Samverkan och samordnade insatser

Samverkan och samordnade insatser innebär att samhällets resurser kan användas mer effektivt. Om myndigheter och olika kompetenser i ökad utsträckning skulle agera tillsammans skulle det därmed kunna bidra till bättre jämlikhet i levnadsvillkor och ökad delaktighet för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar

De reformer som riksdagen beslutat om för att underlätta samverkan och samordning mellan myndigheter – t.ex. samverkan i gemensam nämnd och finansiell samordning – har ännu inte kommit igång. Regeringen har tillsatt en Psykiatrisamordnare vars uppdrag bl.a. är att främja samverkan mellan olika huvudmän. I en översiktsrapport av dagsläget konstaterar samordnaren att det inte är acceptabelt med glapp mellan vårdkedjor, avbrott i rehabilitering och ej tillgodosedda behov på grund av gränser

som finns mellan olika huvudmän och lagar. Tidigare har olikheter i regelverken angivits som orsak för brister i samverkan och samordning. Nu finns lagar som bör kunna underlätta en effektiv resursanvändning. Samordnaren anser att det behövs konkreta goda exempel för att stimulera fram samverkan.

Ett annat viktigt instrument för samordning är individuella planer. Trots ett omfattande utvecklings- och informationsprojekt om individuell plan har antalet personer med individuell plan enligt LSS ökat i förhållandevis liten omfattning. År 2000 fanns ca 2 400 personer som hade en individuell plan, vilket var 5 procent av dem med LSS-insatser. En ny undersökning 2003 visade att knappt 3 200 barn, ungdomar och vuxna hade en individuell plan, vilket var ca 6,5 procent av dem som då hade LSS-insatser. Det är något vanligare att vuxna har en individuell plan än att barn och ungdomar har det. Det är fler pojkar och män som har individuell plan än flickor och kvinnor. När siffrorna ställs i relation till det antal personer som kan begära en individuell plan är dock övervikten för pojkar och män liten. Individuell planering och individuell plan är numera välkända begrepp i kommunerna. Länsstyrelserna lyfter fram och efterfrågar arbetssättet i samband med tillsyn.

Regeringen har gett Socialstyrelsen, Specialpedagogiska institutet, Statens skolverk och Specialskolemyndigheten i uppdrag att tillsammans intensifiera sitt arbete för att tydliggöra ansvarsfördelningen och effektivisera samverkan mellan olika huvudmän när det gäller stödet till barn och ungdomar med omfattande funktionshinder.

Kompetenshöjande åtgärder, kunskapsutveckling m.m.

Socialstyrelsen stöder genom uppföljningar, utvärderingar och kunskapssammanställningar kunskapsutvecklingen inom handikappområdet. Det sker även genom att de stödjer strukturer som på olika sätt kan bidra till en långsiktig kunskapsutveckling och kvalitetsförbättring.

Flera länsstyrelser rapporterar att kommunerna har svårt att rekrytera och behålla utbildad personal som arbetar med stöd till personer med funktionshinder. I en del län är det vidare stor omsättning på chefer. Chefer har dessutom många gånger allt för stora områden och alltför många medarbetare att ansvara för. Socialstyrelsen konstaterar i lägesrapporten för 2003 att

antalet anställda ökar men att huvudmännen har svårigheter att rekrytera kompetent personal. Det gäller både personliga assistenter och specialister. Många yngre slutar efter korta anställningstider. Särskilt omsättningen av personliga assistenter är hög vilket leder till bristande kontinuitet och kvalitet.

6.6.2 Analys och slutsatser

De samlade statliga insatserna inom politikområdet har stor betydelse för att målen för handikappolitiken skall uppnås även om det också behövs stora ansträngningar inom övriga berörda politikområden. De olika statliga, kommunala och landstingskommunala stöden har stor betydelse för att flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar skall uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Bilstödet, assistansersättningen och insatsen personlig assistans liksom övriga stöd behöver dock kontinuerligt ses över och anpassas till utvecklingen i samhället. Det är t.ex. viktigt att ta till vara de tekniska vinningarna som IT-utvecklingen och andra innovationer ger.

Det behövs en effektiv och kraftfull organisation för att stödja regeringens styrning av handikappolitiken och för att effektivisera genomförandet av den nationella handlingsplanen. Regeringen avser därför att under 2005 föreslå riksdagen en ny organisationsstruktur för handikappområdet.

Socialstyrelsen och länsstyrelsernas uppföljning av situationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar har pekat på betydande brister när det gäller omsorg och sysselsättning. Psykiatrisamordnaren har därutöver framhållit att tillgången av stödinsatser inte svarar mot målgruppens behov och föreslagit en resursförstärkning. Regeringen delar denna uppfattning. De brister som uppmärksammas kräver åtgärder från såväl ansvariga huvudmän som staten. Regeringen föreslår därför att 500 miljoner kronor avsätts för 2005 och 200 miljoner kronor för 2006 som ett riktat statsbidrag för satsningar inom områdena psykiatri och social psykiatri. Satsningen utgörs av två delar. Den första delen avser 400 miljoner kronor 2005 och 100 miljoner kronor 2006 för satsningar på vård, sysselsättning och boende. Den andra delen, 100 miljoner kronor vardera 2005 och 2006, avser en särskild satsning på

verksamhetsutveckling, exempelvis när det gäller samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetssätt. Medlen avsätts inom Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik under ett nytt anslag – 13:10 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri*. Därutöver avser regeringen att göra en överenskommelse med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att uppskattningsvis 500 miljoner kronor av de medel som tidigare hanterades inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) årligen satsas på förbättringar av psykiatrin 2005–2007.

Ett annat problem är de brister som uppmärksammas när det gäller såväl avsaknad av insatser som bristfällig anpassning av och kvalitet i insatser. Det gäller personalsituationen samt brist på planering, information, samverkan och samordning. Det gäller också bemötande, attityder och förhållningssätt.

Förändringar mot ökad frihet att bestämma över organisation, regeltillämpning och användningen av ekonomiska resurser gör att det ställs större krav på regeringens styrning och kontroll. Statens styrning av de kommunala verksamheterna måste kunna garantera hög kvalitet, effektivt resursutnyttjande, nationell likvärdighet och nationella mål. Regeringen har i Ansvarskommitténs (Fi 2003:02) tilläggsdirektiv (2004:93) aviserat en kommande översyn av organisationen av socialtjänstens tillsyn. Tillsynsutredningen (Ju 2000:06) utreder för närvarande hur den samlade statliga tillsynen kan göras till ett tydligare och effektivare instrument som bättre bidrar till kontrollen och genomförandet av demokratiskt fattade beslut. I uppdraget ingår bl.a. att analysera möjligheterna till tydligare och mer effektiva sanktioner i samband med tillsynen. Utredningen skall lämna förslag i september 2004.

Barn och unga

Bristen på helhetssyn, samordning och samlad information gör det extra besvärligt för barnfamiljer. Föräldrar får idag använda allt för mycket tid till att svara för samordning och söka kunskap om sina rättigheter, tid som påverkar familjens hälsa och ekonomiska situation. Den individuella planeringen måste öka för att man skall uppnå en helhetssyn på barnets och familjens situation. En av åtgärderna i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken är att öka användningen av individuella planer och att sam-

verkan kring dessa skall förbättras. När planerna utformas måste man lyssna på barnen och ta hänsyn till barnets synpunkter.

Jämställdhet

Socialstyrelsens arbete visar att kön verkar spela roll för fördelningen av samhällets stöd till personer med funktionshinder. Det system som Socialstyrelsen håller på att utveckla för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionshinder bör utformas så att det blir möjligt att beskriva flickors, pojkars, kvinnors och mäns funktionshinder och på vilket sätt utformningen av samhällets stöd- och hjälpinsatser påverkar dessa. Både Socialstyrelsen och andra myndigheter behöver integrera ett jämställdhetsperspektiv i sitt arbete så att de beskrivningar som görs av funktionshindrade personers levnadsförhållanden och samhällsstöd har ett medvetet könsperspektiv.

6.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen, som granskat årsredovisningarna för Statens institut för särskilt utbildningsstöd och Handikappombudsmannen, har inte haft några invändningar i respektive myndighets revisionsberättelse för 2003.

Riksrevisionen har även effektivitetsgranskat den statliga assistansersättningen till funktionshindrade (RiR 2004:7). I slutrapporten rekommenderar Riksrevisionen att det bl.a. görs något åt administrationen, den ekonomiska kontrollen och kontrollen av privata assistansanordnare. Mer långsiktigt förordar Riksrevisionen en utveckling av assistansen och en översyn av finansieringsformer så att valet av stödform inte styrs av hur stödet finansieras.

Regeringen har, som tidigare nämnts, tillkallat en parlamentarisk kommitté som skall se över insatsen personlig assistans och assistansersättningen. Uppdraget om lämpliga tillsynsformer av enskilda verksamheter med personlig assistans skall redovisas senast den 31 augusti 2005. Hela uppdraget skall slutredovisas senast den 31 december 2006. Regeringen har vidare gett Riksförsäkringsverket i uppdrag att snabbutreda regleringen av timbeloppet för den statliga assistansersättningen. Uppdraget skall redovisas senast den 1 december 2004.

6.8 Budgetförslag

6.8.1 16:1 Personligt ombud

Tabell 6.6 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

2003	Utfall	89 265	Anslags- sparande	993
2004	Anslag	90 000 ¹	Utgifts- prognos	39 335
2005	Förslag	90 000		
2006	Beräknat	90 000		
2007	Beräknat	90 000		

¹Inklusive tillägsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tillägsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Statsbidraget, som tillkom år 2000, går till att bygga upp en rikstäckande permanent verksamhet med personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Verksamheten skall grundas på ett kommunalt ansvar och huvudmannaskap även om formerna för verksamheten kan variera. Kommuner kan t.ex. sluta avtal med någon annan att utföra verksamheten. Förutom statsbidrag till kommunala funktioner med personligt ombud, har en viss del av bidraget (i genomsnitt ca 10 procent) fått täcka kostnader för bl.a. administration, utbildning och uppföljning. Socialstyrelsen utvärderar verksamheten och stimulerar tillsammans med länsstyrelserna till vidareutveckling.

Socialstyrelsen har definierat vilka arbetsuppgifter som bör innefattas i stödet och utformat kriterier för vilka personer som bör omfattas av insatsen. Det personliga ombudet skall bl.a. företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter, se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter och ordna så att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs. Målgruppen skall ha omfattande funktionshinder och sammansatta behov av vård, stöd och service från flera myndigheter.

Regeringen har den 13 maj 2004 beslutat att 50 miljoner kronor av anslagsbeloppet för 2004 ställs till regeringens disposition. Bakgrunden till beslutet är att det vid årsskiftet 2003/04 fanns ca 75 miljoner kronor i ackumulerade medel på länsstyrelserna – pengar som inte kom verksamheten till del eftersom medlen inte kunde användas till att anställa fler permanenta ombud. Orsaken till de ackumulerade medlen var förseningar med att komma igång framför allt i

storstadslänen. Socialstyrelsen har i samförstånd med länsstyrelserna tagit fram en ny fördelningsnyckel för bidraget som medför att anslaget oavkortat kommer att kunna gå till verksamhet med personliga ombud. De ackumulerade medel som återstår efter regeringsbeslutet kommer att användas till utbildning, uppföljning, utveckling m.m. under åren 2004–2007.

Regeringens överväganden

Funktionen personligt ombud har fått bra genomslag i landets kommuner. Det statliga stödet och det sätt som funktionen byggts upp har resulterat i att ca 240 kommuner – drygt 80 procent av alla kommuner – bedriver verksamhet med personligt ombud. I september 2003 fanns det ca 270 ombud i tjänst i dessa kommuner. I drygt hälften av verksamheterna med personliga ombud (98 st.) samverkar två eller flera kommuner/stadsdelar.

Det har även utvecklats en bättre samverkan mellan kommuner och landsting. Ett problem är dock att ordna fungerande ledningsgrupper, som kan underlätta arbetet för ombuden. Ett mindre antal kommuner avvecklade verksamheter under föregående år medan ungefär lika många kommuner påbörjade eller var på gång att påbörja verksamhet.

Verksamhet med personliga ombud har nu implementerats. Det innebär att hela anslaget kan gå till ombudsverksamhet i de kommuner som valt att ha etablera verksamhet med personliga ombud. Statsbidraget beräknas täcka totalt 298 ombud. Inom ramen för de omfördelningar som gjorts finns fortfarande ett mindre utrymme för att utöka verksamheten.

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2004 fått ett brett uppföljnings- och utvärderingsuppdrag som skall avrapporteras senast den 31 maj 2005. Styrelsen skall redovisa hur verksamhet med personliga ombud utvecklats när det gäller verksamhetsform, kvalitet, ledningsgrupper, verksamhetens avgränsning i förhållande till andra uppgifter, effekter för klienterna av ombudens verksamhet och andra vunna erfarenheter. Redovisningen skall även innehålla en framtidsanalys och en diskussion kring den fortsatta uppföljningen.

Tabell 6.7 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	90 000	90 000	90 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	90 000	90 000	90 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 90 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:1 *Personligt ombud* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till vardera 90 000 000 kronor.

6.8.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 6.8 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	279 652		Anslags-sparande	1 319
2004	Anslag	275 000 ¹		Utgifts-prognos	269 934
2005	Förslag	275 000			
2006	Beräknat	275 000			
2007	Beräknat	275 000			

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

Från anslaget lämnas statsbidrag till landsting för insatser inom handikappområdet som avser

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) – 200 miljoner kronor
- tolktjänst – 75 miljoner kronor

Statsbidrag till rådgivning och annat personligt stöd samt till tolktjänst utgår enligt den kommunala finansieringsprincipen, dels för den utökade målgrupp som landstingen fick ansvar för när LSS trädde i kraft, dels för det utökade ansvar som landstingen samtidigt fick för tolktjänsten. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget till landstingen. Fördelningsmodellen bygger på

antal innevånare i respektive landstingsområde med undantag för Örebro läns landsting som på grund av stor koncentration av döva har en högre andel.

Syftet med insatsen rådgivning och annat personligt stöd är att tillförsäkra personer med omfattande funktionshinder kvalificerade insatser från flera kompetensområden för att underlätta det dagliga livet. Utökningen i samband med LSS medförde att även personer med fysiska och psykiska funktionshinder fick tillgång till insatsen. Utökningen av tolktjänsten innebar en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl. Det innebar även en utvidgning av begreppet vardagstolkning.

I syfte att skapa ett nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor vid Mo Gård överfördes 2004 fyra miljoner kronor till anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd*.

Regeringens överväganden

En särskild utredare har regeringens uppdrag att förtydliga insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS och analysera vissa frågor på hjälpmedelsområdet. Ett betänkande om hjälpmedel har överlämnats till regeringen i augusti 2004 (SOU 2004:83). Utredningstiden när det gäller insatsen rådgivning och annat personligt stöd har förlängts till i slutet av oktober 2004.

Socialstyrelsens uppföljningar visar att det är tveksamt om statsbidraget går till avsett ändamål. Regeringen anser dock att det finns skäl att avvakta eventuella förändringar av bidraget tills det kommande förslaget om rådgivning och annat personligt stöd remissbehandlats och beretts klart.

Socialstyrelsens kartläggning av verksamheten år 2000 visar på stora variationer mellan landstingen både vad avser tillgången till tolkservice och landstingens egen andel i finansieringen av verksamheten.

I december 2003 fick en särskild utredare regeringens uppdrag att göra en översyn av rätten och möjligheterna att använda teckenspråket. Utredaren skall dessutom pröva frågan om en ny fördelningsmodell för statsbidraget till tolktjänst för döva, dövblinda m.fl. Föreslår utredaren ett fortsatt riktat statsbidrag skall syftet med bidra-

get klargöras. Uppdraget skall redovisas senast den 1 juli 2005.

Tabell 6.9 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	275 000	275 000	275 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	275 000	275 000	275 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 275 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till vardera 275 000 000 kronor.

6.8.3 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tabell 6.10 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

2003	Utfall	160 513	Anslags-sparande	-487
2004	Anslag	168 319 ¹	Utgifts-prognos	164 732
2005	Förslag	171 794		
2006	Beräknat	176 038 ²		
2007	Beräknat	180 336 ³		

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

²Motsvarar 171 794 tkr i 2005 års prisnivå

³Motsvarar 171 794 tkr i 2005 års prisnivå

Statsbidraget skall bl.a. ge studerande med funktionshinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola. Motsvarande gäller för studerande med rörelsehinder vid studier på universitet och högskolor. Bidraget gör det också möjligt för ungdomar, som antagits till riksgymnasium för svårt

rörelsehindrade ungdomar (rh-anpassad gymnasieutbildning), att genomföra studierna. Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) administrerar och fördelar anslaget.

Bidraget vid folkhögskola rymmer såväl praktisk hjälp som socialt stöd. Vid riksgymnasieverksamheterna finansierar bidraget boende vid elevhem och habilitering. Antalet elever som har rätt till bidraget och elevernas individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen är de avgörande faktorer som styr utgifterna. Kostnadsansvaret för verksamheten vid riksgymnasierna delas mellan stat, hemkommun och hemlandsting från juli 2001.

Som en följd av vissa omfördelningar inom utgiftsområdet reducerades anslaget med 8 miljoner kronor från och med 2003.

Ett nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor bildades 2003. Staten har tecknat ett avtal med Resurscenter Mo Gård AB om att driva verksamheten, som organiserats i ett dotterbolag. Centret skall bl.a. utveckla och sprida kunskap samt metoder om funktionshindret dövblindhet framför allt till landstingen men i viss utsträckning också till kommuner och andra aktörer. För fortsatt stöd till uppbyggnad av kunskapscentret omfördelades 6 miljoner kronor inom utgiftsområdet till anslaget 2004. Medlen disponeras av Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus).

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Sisus beslutar årligen om särskilt utbildningsstöd till folkhögskolor. Bidraget beviljas per läsår. Regeringen föreslår att Sisus även under 2005 skall ha möjlighet att kunna göra ekonomiska åtaganden som innebär utgifter om högst 82 miljoner kronor.

Tabell 6.11 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
Utestående åtaganden vid årets början	75 713	80 510	81 000		
Nya åtaganden	80 510	81 000	82 000		
Infriade åtaganden*	-75 713	-80 510	-81 000	-82 000	
Utestående åtaganden vid årets slut	80 510	81 000	82 000		
Erhållet/förslaget bemyndigande	81 000	81 000	82 000		

*Utgiftsutfall till följd av ingångna åtaganden

Regeringens överväganden

De stora barnkullar som förväntats påverka antalet elever som söker och antas till riksgymnasieverksamheten har hittills inte lett till ett ökat elevantal.

För att personer som har en funktionsnedsättning i form av dövblindhet skall få adekvat stöd behöver det finnas en samlad kvalificerad kompetens inom området. Det nationella kunskapscentret fyller denna funktion.

Handisamutredningen – en utredning om handikappolitisk samordning – har i april 2004 lämnat sitt förslag om en samlad statlig organisation inom det handikappolitiska området. Remissbehandling pågår för närvarande. Förslagen berör Sisus verksamhet och kan leda till förändringar inom anslagsområdet.

Tabell 6.12 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	168 319	168 319	168 319
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	3 527	7 772	12 072
Beslut ³	-512	-525	-537
Överföring till/från andra anslag	460	471	483
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	171 794	176 038	180 336

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FIU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2004 års statsbudget.

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

³ Justering av felaktig PLO-uppräknning 2003

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 171 794 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 176 038 000 kronor respektive 180 336 000 kronor.

6.8.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 6.13 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2003	73 655	0	
2004	Anslag	78 394 ¹	76 950
2005	Förslag	82 394	
2006	Beräknat	78 394	
2007	Beräknat	78 394	

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

Statsbidraget skall stimulera organisationers möjligheter att bedriva verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder. Organisationer och verksamheter som under 2005 får del av bidraget är följande:

- Synskadades Riksförbund (SRF) Hantverk AB för sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för inköp och fördelning av ledarhundar för synskadade m.m.

- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionshinder, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) för produktion av informationskällor för dövblinda personer, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolktjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Naturhistoriska riksmuseet/Palynologiska laboratoriet för prognostisering och rapportering av pollenhalter m.m.
- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställning.
- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper vid Ågrenska.
- Stöd till handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.
- Föreningen Nationella hjälplinjen för stöd-samtal och rådgivning till människor i akut psykisk kris och deras närstående.

I syfte att skapa ett nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor överfördes 2 miljoner kronor 2004 till anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd*.

Regeringen fastställer fördelningen av statsbidraget medan Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning.

Regeringens överväganden

Organisationerna svarar genom sina skilda verksamheter för insatser som har betydelse för personer med funktionsnedsättningar. Regeringen anser att det är angeläget att i viss utsträckning även fortsättningsvis stödja sådan verksamhet.

Ågrenska i Göteborg bedriver t.ex. en viktig verksamhet för barn med sällsynta diagnoser. Det stöd som ges där kan vara svårt att få på hemmaplan.

Socialstyrelsen har under första halvåret 2004 haft regeringens uppdrag att bedöma om resurserna används ändamålsenligt utifrån de mål som har utarbetats i samarbete mellan Socialstyrelsen och organisationerna som mottar statsbidrag. I Regeringsrapport om statsbidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder konstaterar Socialstyrelsen bl.a. att de statsbidrag som går till organisationer inom handikappområdet används för att uppfylla de mål som Socialstyrelsen och organisationerna kommit överens om. Kvaliteten på ansökningar och redovisningar har vidare ökat. Förslag till förändringar som redovisas kommer att utgöra grund för fortsatta analyser kring statsbidragets omfattning och fördelning.

Nationella hjälplinjen, vars medlemmar kommer från sju handikapporganisationer, har genom ett treårigt stöd från Allmänna arvsfonden utvecklat en jourtelefon för människor som befinner sig i akut psykisk kris. Ett projekt kan enligt praxis beviljas stöd ur Allmänna arvsfonden under högst tre år. Stöd från arvsfonden bygger således på att verksamheter under projektiden finner egen finansiering. Föreningen Nationella hjälplinjen söker nu finansiärer. Regeringens avsikt är att övergångsvis ge ett tillfälligt statligt stöd under 2005 på 4 miljoner kronor för att hjälplinjen ska finna former för att fortsätta sin verksamhet. Stödet finansieras genom en omfördelning av medel inom utgiftsområdet.

Tabell 6.14 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	78 394	78 394	78 394
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	4 000	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	82 394	78 394	78 394

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 82 394 000 kronor skall anvisas under

anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till vardera 78 394 000 kronor.

6.8.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 6.15 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

År	Utfall	158 748	Anslags-sparande	0
2003	Utfall	158 748		
2004	Anslag	161 748 ¹	Utgifts-prognos	161 748
2005	Förslag	164 648		
2006	Beräknat	164 648		
2007	Beräknat	164 648		

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

Statsbidraget skall stödja handikapporganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionshinder. Ett nytt regelsystem för fördelning av bidraget trädde i kraft den 1 juli 2001. Socialstyrelsen ansvarar för administration och fördelning av bidraget.

Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för personer med funktionsnedsättningar. Organisationerna bidrar också genom sitt arbete med att förverkliga de handikappolitiska målen. Stödet till organisationerna stärktes därför under 2000 och 2001 med sammanlagt 28 miljoner kronor.

Ett nytt statsbidragssystem införs gradvis fram till 2005. En övervägande del av organisationerna anser att det nya regelsystemet är bättre och mer rättvist än det gamla. Det har dock funnits viss kritik från några organisationer vars bidrag skulle komma att minska relativt kraftigt. För att begränsa dessa negativa effekter tillfördes anslaget på tilläggsbudgeten i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition 1,5 miljoner 2003. Mot bakgrund av de effekter som beräknas för 2004 och 2005 höjs anslaget med ytterligare

3 miljoner kronor från och med 2004 och med 2,9 miljoner kronor från och med 2005.

Socialstyrelsen har i uppdrag att kartlägga och redovisa effekterna av det nya systemet. Uppdraget skall redovisas senast den 28 februari 2005.

Tabell 6.16 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	161 748	161 748	161 748
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	2 900	2 900	2 900
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	164 648	164 648	164 648

¹Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 164 648 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till vardera 164 648 000 kronor.

6.8.6 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 6.17 Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

År	Utfall	22 267	Anslags-sparande	0
2003	Utfall	22 267		
2004	Anslag	22 794 ¹	Utgifts-prognos	15 783
2005	Förslag	17 113		
2006	Beräknat	23 651 ²		
2007	Beräknat	24 393 ³		

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

²Motsvarar 22 930 tkr i 2005 års prisnivå

³Motsvarar 22 930 tkr i 2005 års prisnivå

Statsbidraget skall ge personer som är döva, gravt hörselskadade, talskadade eller språkstörda möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Bidraget går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och i de fall utrustningen skall användas av närstående den utrustning som de behöver.

Socialstyrelsen administrerar och meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget. Fördelningen grundar sig på respektive landstings invånarantal och genomsnittlig förbrukning av bidraget de närmaste tre föregående åren.

Antalet personer som har behov av utrustning för elektronisk kommunikation, behovet av utbyte av föråldrad utrustning och prisutveckling på ny teknik är de avgörande faktorerna som styr utgifterna inom anslaget. Landstingen är skyldiga att lämna underlag för granskning till Socialstyrelsen och Riksrevisionen.

Regeringens överväganden

Tekniken och den snabba teknikutvecklingen har stor betydelse för att villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder skall förbättras. Statsbidraget ger unga och vuxna som är döva, dövblinda m.fl. möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Bildtelefoner som kan fungera för teckenspråkskommunikation har utvecklats. Utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text samtidigt ger ytterligare nya möjligheter att tillgodose målgruppens behov.

De åtgärder som vidtagits med höjt anslag från 2001 och ett nytt regelsystem ger landstingen ökade möjligheter för att vidareutveckla verksamheten i takt med den tekniska utvecklingen och utifrån lokala förutsättningar.

Anslagssparandet vid utgången av 2001 och 2002 uppgick till drygt två miljoner kronor. Anslagsnivån 2003 minskades tillfälligt med detta belopp. Anslagsnivån minskas tillfälligt med 6 miljoner kronor under 2005 för finansiering av andra utgifter inom utgiftsområdet, bl.a. den Nationella hjälplinjen. Regelsystemet för bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation är uppbyggt i en treårscykel. Det är först vid anslagsfördelningen år 2005 som treårscykeln fullbordas för första gången. Varefter systemet blir mer känt och verksamheterna blir fullt utbyggda kommer förbrukningen av anslaget sannolikt att öka.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp effekterna av de nya reglerna för ersättning till landstingen. Uppföljningen skall redovisas senast den 20 juni 2005.

Tabell 6.18 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	22 794	22 794	22 794
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	319	1 045	1 793
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	-6 000	-188	-194
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	17 113	23 651	24 393

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade leder i 2004 års statsbudget.

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

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 113 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:6 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 23 651 000 kronor respektive 24 393 000 kronor.

6.8.7 16:7 Bilstöd till handikappade

Tabell 6.19 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2003	Utfall	214 860	Anslags-sparande	-2 068
2004	Anslag	218 000 ¹	Utgifts-prognos	218 000
2005	Förslag	256 000		
2006	Beräknat	256 000		
2007	Beräknat	256 000		

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

Inom ramen för de medel som anslagits för bilstöd till funktionshindrade skall stödet ge bl.a. personer under 65 år som är beroende av motorfordon för förvärvsarbete eller arbetslivsriktad utbildning/rehabilitering, föräldrar till barn med funktionshinder och personer i åldern 18-49 år som varken förvärvsarbetar eller genomgår yrkesutbildning möjlighet att anskaffa, anpassa och ändra motorfordon. Stödet kan även omfatta körkortsutbildning i samband med anskaffning av motorfordon.

Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Nytt bilstöd kan beviljas sju år efter det att senaste beslutet fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag. Beviljat bilstöd måste tas i anspråk inom sex månader. Försäkringskassan ansvarar för bilstödet (t.o.m. 31 december 2004 Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna).

Antalet personer som har rätt till bilstöd, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon och inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Bilstödet är en viktig insats för att uppnå regeringens mål för handikappolitiken. Stödet skall inte enbart ses som ett medel att försörja sig, utan också möjliggöra ett självständigt och oberoende liv med sociala kontakter, offentlig och kommersiell service etc. Riksrevisionsverket som på regeringens uppdrag tidigare sett över stödet menade att det råder stor osäkerhet om stödet när de personer som är berättigade till stödet och vilka effekter stödet har för brukarna.

En särskild utredare har fått regeringens uppdrag att se över stödet och lämna förslag till att effektivisera och förbättra tillämpningen av stödet. En av utredarens uppgifter är att göra en fördjupad studie där kostnader för och nyttan av färdtjänst respektive bilstöd jämförs och analyseras utifrån ett individ- och samhällsperspektiv. Eventuella skillnader mellan kvinnors och mäns förutsättningar eller nyttjande av bilstöd respektive färdtjänst skall genomgående synliggöras och analyseras. Ett nytt bilstöd skall ge goda kontrollmöjligheter och innehålla goda förutsättningar för ansvarig huvudman att styra kostnaderna. Utredaren skall lämna sina förslag till regeringen senast den 31 december 2004.

Behovet av bilstöd är stort och många står i kö för att komma i åtnjutande av bidrag. För att förkorta väntetiderna tillfördes 22 miljoner kronor 2004 på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition. För att bättre täcka behovet av bilstöd ökas anslaget med 60 miljoner kronor från och med 2005.

Tabell 6.20 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	196 000	196 000	196 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	60 000	60 000	60 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volym	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	256 000	256 000	256 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till vardera 256 000 000 kronor.

6.8.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.21 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	8 688 227		Anslags-sparande	-89 227
2004	Anslag	10 056 000 ¹		Utgifts-prognos	10 123 000
2005	Förslag	11 551 000			
2006	Beräknat	12 979 000			
2007	Beräknat	14 506 000			

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

Genom den statliga assistansersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser i form av personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionshinder som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får inte utökas därefter. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt skall ersätta

kostnaderna för de första 20 assistanstimmarna per vecka.

Assistansersättning lämnas inte för tid när personen vårdas på en institution som tillhör eller drivs med bidrag från staten, en kommun eller ett landsting. Detsamma gäller för tid när personen bor i gruppbofastad vistas i eller deltar i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet enligt LSS.

Under 2004 utgår assistansersättning med 205 kronor per beviljad timme. Under 2005 är timbeloppet 212 kronor. Om det finns särskilda skäl kan en högre ersättning utgå. Detta belopp får inte överstiga det fastställda timbeloppet med mer än tolv procent. Anslaget disponeras av Försäkringskassan (t.o.m. 31 december 2004 Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna).

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek.

Regeringens överväganden

Insatsen personlig assistans har gett många personer med omfattande funktionshinder möjlighet till ett bra liv med inflytande över sin vardag. Det har varit en viktig reform. Antalet assistansberättigade har kontinuerligt ökat och beräknas fortsätta öka. Även det genomsnittliga antalet assistanstimmar per person beräknas öka. Det leder till fortsatt stigande kostnader för den statliga assistansersättningen.

Riksrevisionen har granskat hur assistansreformen fungerar (RiR 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade) och funnit att det finns behov av att snarast förbättra administrationen av assistansersättningen och strama upp den ekonomiska kontrollen. Den nuvarande statliga finansieringen, som enbart ges till insatsen personlig assistans, anses vidare motverka utvecklingen av kommuners övriga insatser och kan snedvrída individers val av stöd. Detta bör enligt Riksrevisionen leda till överväganden om det statliga stödet bör ges en annan inriktning.

Regeringen har beslutat att tillsätta en parlamentarisk kommitté (S 2004:06) som skall göra en bred översyn av insatsen personlig assistans. I kommitténs uppdrag ingår att lämna förslag till åtgärder som dämpar och stabiliserar kostnads-

utvecklingen samt förbättrar kostnadskontrollen. Uppdraget skall slutredovisas senast den 31 december 2006. Kommittén skall senast den 31 augusti 2005 i ett särskilt delbetänkande redovisa sina överväganden och förslag avseende lämpliga former för tillsyn av enskild verksamhet med personlig assistans.

Kritik om bristande kontroll av hur assistansersättningen används har lett till att Riksförsäkringsverket den 27 maj 2004 fått regeringens uppdrag att se över regleringen av timbeloppets användning i syfte att förbättra kostnadskontrollen.

Riksdagen beslutade i samband med behandlingen av 2004 års ekonomiska vårproposition att assistansersättning från den 1 juli 2004 inte får lämnas för mer än en månad retroaktivt. Dessförinnan medgavs tre månaders retroaktiv utbetalning. Som ett resultat av denna ändring minskades anslaget med 5 miljoner kronor 2004 och därefter beräknas minskningen till 40 miljoner kronor per år. Reduceringen finansierar en del av höjningen av anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade*.

Tabell 6.22 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	10 061 000	10 061 000	10 061 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-40 000	-40 000	-40 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	366 000	799 000	1 322 000
Volym	1 164 000	2 159 000	3 163 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	11 551 000	12 979 000	14 506 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 551 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 12 979 000 000 kronor respektive 14 506 000 000 kronor.

6.8.9 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tabell 6.23 Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

2003	Utfall	26 587	Anslags- sparande	4 958
2004	Anslag	15 647 ¹	Utgifts- prognos	19 781
2005	Förslag	17 816		
2006	Beräknat	16 094 ²		
2007	Beräknat	16 410 ³		

¹Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

²Motsvarar 15 847 tkr i 2005 års prisnivå

³Motsvarar 15 847 tkr i 2005 års prisnivå

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) bedriver verksamhet för att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder och ansvarar för stödformer inom tre olika utbildningsområden; folkhögskoleområdet, universitet och högskolor samt inom riksgymnasieverksamhet. Sisus skall med god kvalitet och kostnadseffektivitet administrera och utveckla olika stöd som behövs i och omkring studiesituationen.

Genom den nationella handlingsplanen för handikappolitiken utvidgades Sisus uppgifter 2001 till att även omfatta kompetensutvecklande insatser inom offentlig verksamhet när det gäller bemötande av flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Arbetet skall koncentreras till verksamhet vars personal möter funktionshindrade. Under åren 2001 – 2003 har anslaget tillförts 9 miljoner kronor per år för olika projekt för kompetensutveckling inom bemötandeuppdraget. För att implementera det nationella program, som ligger till grund för kompetensutvecklingen, beslöt regeringen under 2003 att högst 2 miljoner kronor av stimulansmedlen fick användas i detta syfte.

Under 2003 samordnade och genomförde Sisus aktiviteter på nationell nivå med anledning av det Europeiska handikappåret. Syftet med året var att öka medvetenheten om rätten till skydd mot diskriminering. Under året avsatte EU och regeringen 6 miljoner kronor för aktiviteter. Sisus har planerat, samordnat och utvärderat insatserna.

Myndigheten fördelar även medel till ett nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor, som bildades 2003. Därutöver är Sisus värdmyndighet för Nämnden för Rh-anpassad utbildning och hanterar bidragen korttidsstudiestöd, internatbidrag och timersättning inom Särsvux. För att fler skulle kunna erbjudas bidrag vid korttidsstudier tillförde regeringen ytterligare 25 miljoner kronor 2003. För att klara hanteringen av dessa ärenden ökade även medlen till administration, 0,6 miljoner kronor 2004 (utgiftsområde 16 anslag 25:78).

Regeringens överväganden

Sisus verksamhet utvecklas enligt verksamhetsmålen. Myndigheten har under året fortsatt att utveckla både administrationen av bidragshandlingen och olika indikatorer för uppföljning. Det pågår också en översyn som skall kunna ge bättre prognoser för statsbidragen som rör riksgymnasieverksamheten. Sisus har vidare tagit initiativ till ett omfattande samarbete med berörda intressenter för att utveckla stödet till den offentliga sektorn i bemötandefrågor.

De totala kostnaderna för myndighetens förvaltning uppgick 2003 till ca 21,3 miljoner kronor. Av kostnaderna finansierades ca 3,3 miljoner kronor av andra intäkter än av anslag. Enligt regeringsbeslut i maj 1998 får Sisus ta ut en avgift av Folkbildningsrådet för att registrera ansökningar och redovisningar samt bereda rådets beslut avseende förstärkningsbidraget till folkhögskolor. Insatsen innebär att Sisus får en helhetsbild av insatserna för personer med funktionshinder på folkhögskolorna. Den bidragsfinansierade verksamheten skall ha som mål full kostnadstäckning. Regeringen bedömer att målen för 2003 i allt väsentligt är uppfyllda.

Anslagsnivån höjs tillfälligt under 2005 med 2 miljoner kronor i syfte att ge Sisus möjligheter att genomföra det nationella programmet om bemötande samt föra ut erfarenheterna från treåriga projektstöd inom ramen för regeringens bemötandeuppdrag. Finansieringen sker genom en omfördelning av medel inom utgiftsområdet.

Tabell 6.24 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	15 647	15 647	15 647
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	169	416	731
Beslut	2 000	31	32
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	17 816	16 094	16 410

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade leder i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 816 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:9 *Statens institut för särskilt utbildningsstöd* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 16 094 000 kronor respektive 16 410 000 kronor.

6.8.10 16:10 Handikappombudsmannen

Tabell 6.25 Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	Utfall	16 680	1 480
2004	Anslag	18 682 ¹	19 818
2005	Förslag	18 421	
2006	Beräknat	18 612 ²	
2007	Beräknat	18 931 ³	

¹ Inklusivt av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

² Motsvarar 18 421 tkr i 2005 års prinsnivå

³ Motsvarar 18 420 tkr i 2005 års prinsnivå

Handikappombudsmannen (HO) skall bevaka frågor som rör rättigheter och intressen för personer med funktionshinder. En central uppgift är att bevaka efterlevnaden av FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för personer med funktionshinder. Handikappombudsmannen har även i uppdrag att följa myndigheternas arbete med att förbättra tillgängligheten för personer med funktionshinder.

HO skall arbeta med uppföljning och utvärdering och ge enskilda stöd att få sina rättigheter och intressen tillgodosedda. Personer med funktionshinder har skydd mot diskriminering i arbetslivet, på högskolan och i kommersiell verksamhet. HO har i uppgift att bevaka diskrimineringsfrågorna inom dessa områden och kan föra talan i domstol för enskilda som anser sig utsatta för diskriminering.

Regeringens överväganden

HO är en central aktör för att motverka diskriminering på grund av funktionshinder. Genom tillgänglighetscentret har HO även en betydelsefull roll för att driva på utvecklingen mot ett tillgängligt samhälle.

Under 2003 har lagstiftningen mot diskriminering på grund av funktionshinder skärpts. Det har lett till en ökad mängd anmälningsärenden. För att möta den ökande ärendemängden förstärktes anslaget permanent fr.o.m. 2003 med 1 miljon kronor samt engångsvis 2004 med 0,5 miljoner kronor. HO har valt att prioritera de ärenden som rör diskrimineringslagarna i sitt arbete. Även antalet remisser har ökat vilket till stor del beror på tillgänglighetscentrets verksamhet.

Under 2003 har arbetet inom tillgänglighetscentret fortsatt att prioritera två områden, dels uppgiften att göra statsförvaltningen tillgänglig, dels arbetet med att samordna och stödja det handikappolitiska arbetet hos de myndigheter som har ett särskilt sektorsansvar för handikappolitiken. HO har följt upp de riktlinjer för en tillgänglig statsförvaltning som myndigheten färdigställde under våren 2003. Stödet och samordningen av sektorsmyndigheternas arbete har till stor del handlat om att utgöra en länk mellan regeringen och myndigheterna.

Under 2003 har HO arbetat med frågor som rör barns bästa – hur man tar in och beaktar synpunkter från barn och ungdomar med funktionshinder. HO har beslutat att inrätta ett råd med barn som har funktionshinder. Barnrådet har börjat arbeta under 2004. Det kan ge nya perspektiv på verksamheten eftersom barn och unga i liten utsträckning tidigare hört av sig direkt till HO.

Regeringen bedömer att verksamhetsmålen för 2003 i allt väsentligt är uppfyllda.

Tabell 6.26 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	18 682	18 682	18 682
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	251	447	776
<i>Beslut</i>			
Överföring till/från andra anslag	-512	-517	-526
<i>Övrigt</i>			
Förslag/beräknat anslag	18 421	18 612	18 931

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003, (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade leder i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 421 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:10 *Handikappombudsmannen* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 18 612 000 kronor respektive 18 931 000 kronor.

7 Politikområde Äldrepolitik

7.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att ge äldre personer förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Många av dessa insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas inom andra politikområden än äldrepolitiken. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommuner ansvarar för inom ramen för äldre- och handikappomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och kommunal hälso- och sjuk-

vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till kommunernas verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Inom politikområdet redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa pensionärsorganisationer.

7.2 Utgiftsutveckling

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	35,9	29,9	36,3	51,4	51,4	51,4
Totalt för politikområde Äldrepolitik	35,9	29,9	36,3	51,4	51,4	51,4

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

7.3 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 en god vård och omsorg.

7.4 Politikens inriktning

Bl.a. den demografiska utvecklingen och kommunernas och landstingens begränsade ekonomiska förutsättningar ställer äldrepolitiken inför en rad utmaningar. På kort sikt måste arbetet inriktas mot 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 betydelse är också att arbetsplatser inom vård och omsorg kan göras attraktiva så att befintlig personal stannar kvar i verksamheten och att människor utanför vården och omsorgen, i alla generationer, 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 ökade behoven hos en åldrande befolkning kan tillgodoses. Det är även angeläget att uppmärksamma hur äldrepolitiken påverkar jämställdheten.

Regeringen tog våren 2003 initiativ till ett utökat samarbete mellan staten och företrädare för kommunsektorn kring vissa centrala frågeställningar inom vården och omsorgen om äldre personer. Samarbetet omfattar bl.a. frågor om äldreomsorgens finansiering, samhällets ansvar samt frågor om hur kompetensförsörjningen framöver skall kunna tryggas. I den senare frågan har regeringen också uppdragit åt tio myndigheter att i samverkan utarbeta en gemensam handlingsplan. Planen redovisades för regeringen i juni 2004.

Förbättrade förutsättningar för kompetensförsörjningen är avgörande för en god vård och omsorg om äldre, såväl på kort som på lång sikt. Kompetensförsörjningen framöver präglas bland annat av den generationsväxling som innebär att många anställda går i pension. Genom en kreditering av berörda kommuners skattekonton i samband med särskilda kompetensutvecklings-satsningar kommer regeringen att möjliggöra en treårig satsning på kompetensutveckling inom vården och äldreomsorgen. Under 2005 till 2007 beräknar regeringen tillföra sammanlagt 1 050 miljoner kronor för att ge anställda inom vård och äldreomsorg möjligheter till kompetensutveckling.

I april 2003 tillkallade regeringen en särskild utredare för att göra en översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen (S 2003:04). Den främsta målgruppen för utredningen är äldre personer med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. I fokus för uppdraget står samverkan mellan kommunernas omsorg och hälso- och sjukvård och landstingens hälso- och sjukvård. Utredningen redovisade sitt uppdrag till regeringen den 24 juni 2004.

Regeringens särskilda s.k. Demensarbetsgrupp har i oktober 2003 lämnat sin slutrapport På väg mot en god demensvård (Ds 2003:47).

I oktober 2003 överlämnade den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005 sitt slutbetänkande till regeringen. Betänkandet innehåller 100 förslag till en äldrepolitik för framtiden. Förslagen handlar både om hur resurser skall kunna skapas och fördelas och hur behov av vård och omsorg skall kunna förebyggas och tillgodoses. Många förslag syftar till att göra insatser för äldre till en naturlig del av politiken inom alla politikområden.

Regeringen har påbörjat arbetet med att förankra dessa förslag och andra initiativ som tagits på äldreområdet under senare tid. Arbetet är brett upplagt och involverar ett flertal olika aktiviteter och flera olika aktörer. Av särskilt stor betydelse är att huvudmännen inom vård och omsorg ges insyn i och möjligheter att påverka innehållet i arbetet. Målsättningen är att de olika processerna sammantaget skall resultera i en ny plattform för framtidens äldrepolitik.

7.5 Insatser

7.5.1 Insatser inom politikområdet

Avgifter

Regeringen har i juni 2004 överlämnat skrivelsen Jämkningsavgift för färdiglagad mat m.m. inom äldre- och handikappomsorgen till riksdagen (skr. 2003/04:172). Skrivelsen innehåller en redovisning av Socialstyrelsens delrapport om avgiftsreformen inom äldre- och handikappomsorgen. Vidare redovisas vad som framkommit av bl.a. förarbeten till socialtjänstlagen beträffande hur tjänster som har med kost att göra (inköp, distribution, tillredning m.m.) samt hur kostnaderna för dessa skall hanteras inom äldre- och handikappomsorgen. En redogörelse sker även av vad lagrådet har anfört i ett tidigare lagstiftningsärende beträffande kommunernas möjlighet att jämka avgifter för färdiglagad mat. I skrivelsen aviseras slutligen att en utredare bör få i uppdrag att lämna förslag på hur avgifter för färdiglagad mat skall kunna hanteras på ett enklare och mer enhetligt sätt inom kommunernas äldre- och handikappomsorg. Bakgrunden till skrivelsen är uppgifter om att omsorgstagare med låga inkomster i vissa fall hamnat i ekonomiska svårigheter när kommuner som tidigare jämkat avgifter för färdiglagad mat upphört med detta.

Demensfrågor

Som ovan nämnts har regeringens särskilda arbetsgrupp för demensfrågor i oktober 2003 lämnat sin slutrapport På väg mot en god demensvård (Ds 2003:47). I rapporten redovisas dels en kartläggning av demensvården i Sverige, dels identifieras ett antal utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in. Det handlar bl.a. om utveckling av handledning och stöd till personal, införande av särskilda demensteam, upprättande av vårdplaner, utveckling av riktlinjer och kvalitetsindikatorer för demensvården, klarläggande av lagstiftningen kring tvångsåtgärder, genomförande av informationssatsningar samt utökning av stödet till forskningen på området.

Internationellt arbete

Vid ett möte med premiärministrarna från Japan och de nordiska länderna som hölls i Bergen 1997 i samband med det årliga mötet för de nordiska premiärministrarna, beslutades att ett nordiskt – japanskt samarbete skulle inledas. Bak-

grunden till initiativet var en likartad utveckling i nord och Japan med en allt högre andel äldre i befolkningen. Genom ett närmare samarbete bedömdes kunskaper kunna spridas om hur respektive land på bästa sätt kan möta denna utveckling. Hittills har fem möten ägt rum. Vid det senaste mötet som ägde rum i Sverige i april 2004 var temat för seminarierna finansiering och kvalitet i äldreomsorgen. En av slutsatserna från mötet var att de medverkande länderna, tack vare samarbetet, får möjlighet att lära av varandra både om utvecklingen inom äldreomsorgen i de olika länderna och om de analyser som ligger bakom utvecklingen på kort och lång sikt. Vid seminariets avslutande inbjöd Japan till fortsatta diskussioner hösten 2005.

Forskning och utveckling

I samband med riksdagens behandling av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken beslutades att bidrag skulle utgå för utveckling av longitudinella områdesdatabaser. Det är en långsiktig satsning som syftar till att beskriva och över tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg. Fyra huvudmän har beviljats medel för uppbyggnad av dessa databaser. Under 2004 minskades bidraget tillfälligt.

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken beslutade regeringen också att anslå medel till regionala FoU-centra, för att stärka den regionala och praktisknära forskningen inom äldreområdet. Medel har fördelats till sammanlagt 20 FoU-centra under perioden 1999–2004. Regeringen anser att det är angeläget att huvudmännen gör fortsatta satsningar på de FoU-centra som har byggts upp när det tidsbegränsade statliga stödet upphör. Regeringen avser att ta ställning till ett eventuellt fortsatt statligt stöd för denna FoU-verksamhet när Socialstyrelsens slutliga utvärdering av satsningarna redovisats under 2005.

7.6 Resultatbedömning

Målet för 2004 är att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till en god vård och omsorg.

7.6.1 Resultat

Kompetensförsörjning

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att – i samverkan med nio andra myndigheter – utarbeta en plan för kompetensförsörjning inom äldre- och handikappomsorgen. En delrapport har redovisats hösten 2003 och den slutliga planen överlämnades till regeringen i juni 2004. Myndigheterna föreslår insatser inom tio olika områden. Det handlar bl.a. om insatser för att utveckla ledarstödet och anställdas utvecklingsmöjligheter, förbättra innehållet i de statliga och kommunala utbildningarna för vård- och omsorg, utöka omfattningen av studier i yrkesämnen på gymnasienivå, utveckla och systematisera arbetsmiljöarbetet, bredda rekryteringsvägarna till yrken inom vård och omsorg samt öka anställningstryggheten och möjligheterna till heltidssysselsättning inom sektorn. Samtal har påbörjats mellan Socialdepartementet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet om insatser för att förbättra tillgänglighet och kvalitet inom omsorgerna om äldre.

Avgifter

Socialstyrelsen har i juni 2004 lämnat den första större redovisningen inom ramen för sitt femåriga uppdrag att följa upp och utvärdera konsekvenser och effekter av de nya bestämmelserna i socialtjänstlagen om avgifter inom äldre- och handikappomsorg. Socialstyrelsen konstaterar att reformen i huvudsak har utfallit väl. Kommunerna har anpassat sina taxesytem efter lagens krav. Det innebär bl.a. att skyddet för enskilda mot höga avgifter har förbättrats, rättssäkerheten ökat och funktionshinder situation förbättrats. Myndigheten konstaterar dock att matavgiften fortfarande utgör ett problem för vissa omsorgstagare i kommuner där jämkning av avgiften inte medges.

Tillsyn

Riksdagen beslutade 2002 om förstärkt tillsyn inom äldre- och handikappomsorgen. Beslutet innebar att 50 miljoner kronor avsattes fr.o.m. 2003, bl.a. för att skapa nya tjänster vid länsstyrelserna, s.k. äldreskyddsombud. Även Socialstyrelsen tilldelades medel för att förstärka sin tillsyn, bl.a. vid de regionala tillsynsenheterna (RT-enheterna). Socialstyrelsen, som har haft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera resursförstärkningen, har i juni 2004 redovisat

utfallet för 2003. Myndigheten redovisar att länsstyrelserna inledningsvis har lagt ner relativt stora resurser på att marknadsföra sina äldreskyddsombud. Trots att de flesta äldreskyddsombuden inte har varit i tjänst i mer än fyra till sex månader under 2003 har ombudens verksamhet bidragit till en kraftig ökning av antalet tillsynsinsatser. År 2003 avslutades 785 verksamhetstillsyner, vilket är 60 procent fler än 2002. Individtillsynen uppgick till 543 ärenden 2003, en ökning med 75 procent jämfört med 2002. Även vid RT-enheterna har antalet avslutade tillsynsärenden ökat. Utöver den utökade tillsynsverksamheten har äldreskyddsombuden genomfört olika former av kartläggningar i länen. Satsningen på utökad tillsyn har också medfört att ett redan bra samarbete mellan länsstyrelserna och RT-enheterna har blivit ännu bättre. Det har bl.a. tagit sig uttryck i en ökning av antalet gemensamma planeringsaktiviteter men också i ett ökat antal gemensamma verksamhetstillsyner.

Konkurrensutsättning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag studerat omfattningen av konkurrensutsättningen inom äldreomsorgen och därvid bl.a. undersökt skillnader i kvalitet och kostnader mellan vård och omsorg som utförs av kommuner respektive av privata utförare. Särskild uppmärksamhet har riktats mot brukarnas upplevelse av kvalitet. I uppdraget ingick också att identifiera och redovisa kunskapsluckor när det gäller konkurrensutsättning inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen konstaterar bl.a. att det inte går att finna några entydiga svar när det gäller förekomsten av skillnader mellan privat och offentligt bedriven äldreomsorg. Det går till exempel inte att leda i bevis att kvaliteten eller kostnaderna är högre eller lägre i någon av driftsformerna. Samtidigt kan Socialstyrelsen visa att i de kommuner som har lagt ut en större del av sin verksamhet på entreprenad så har de totala kostnaderna stigit något snabbare än i kommuner som inte har lagt ut någon verksamhet.

FoU-centra

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken 1999–2001 och enligt den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården 2002–2004, beviljades stimulansbidrag för uppbyggnad och utveckling av regionala FoU-centra. Socialstyrelsen har därefter på regering-

ens uppdrag fördelat drygt 58 miljoner kronor för att stimulera etablerandet av sådana centra. Myndigheten har i en delrapport som lämnades till regeringen i juni 2004, redovisat hur arbetet med forskningssatsningen fortskrider. Samtliga 18 FoU-centra har idag en etablerad verksamhet. Verksamheten bedrivs i ökande omfattning med främst tre inriktningar. Den första är utvecklingsarbeten med lokal och regional förankring, bl.a. uppdrag av olika slag, utvärderingsinsatser, personalutveckling m.m. Den andra inriktningen är forskningsprojekt som med vetenskaplig ansats belyser fenomen och problem i vården och omsorgen om de äldre, deras närstående och personal. Den tredje inriktningen utgörs av FoU-centrens basverksamhet som bl.a. innebär att bistå äldreomsorgen med handledning, metodstöd, fortbildning, erfarenhetsutbyten samt sprida och medverka vid implementeringen av FoU-resultat. Effekter av verksamheterna har kunnat börja utläsas. En sådan effekt är att samarbetet mellan huvudmännen ökar och att kollegiala nätverk för kompetensutveckling mellan huvudmännen etableras.

Icke verkställda beslut och domar

Länsstyrelserna och Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av omfattningen av beslut och domar enligt lagen om service och stöd till vissa funktionshindrade (LSS) samt socialtjänstlagen (SoL) som ej har verkställts av kommunerna. Redovisningen är den tredje som gjorts på området och avser förhållanden för 2003. När det gäller beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL har antalet ej verkställda beslut och ej verkställda domar samt avslag trots bedömt behov totalt sett minskat med cirka 16 procent, från nästan 5 000 till drygt 4 200 mellan 2001 och 2003. Av dessa ej tillgodosedda biståndsinsatser utgör antalet avslag trots bedömt behov respektive antalet ej verkställda beslut cirka 2 100 vardera. År 2001 uppgick motsvarande antal till knappt 2 500, vilket innebär en minskning med cirka 15 procent. Antalet avslag enligt 4 kap. 1 § SoL trots bedömt behov har minskat något mer än de ej verkställda besluten. Antalet ej verkställda domar har dock ökat något, från 61 domar 2001 till 67 domar 2003.

Jämställdhet

Socialstyrelsen har i rapporten Jämställd socialtjänst? redovisat regeringens uppdrag att följa

upp, analysera och redovisa könsskillnader inom socialtjänstens verksamhetsområde.

Majoriteten av de äldre brukarna, personalen samt de informella omsorgsgivarna är kvinnor. Av rapporten framgår det att kvinnor oftare än män är missnöjda med den äldreomsorg de får och att de ofta vill ha mer hjälp. Detta kan tyda på att insatserna är dåligt anpassade efter kvinnors behov. Samtidigt framhåller rapporten att det är viktigt att uppmärksamma männens situation, både i rollen som brukare och som personal i en verksamhet med så tydliga kvinnliga förtecken.

Socialstyrelsen framhåller vidare att äldreomsorgens utveckling under den senaste tjugårsperioden har inneburit en förskjutning från offentliga till informella insatser. Det betyder att framförallt äldre makar och döttrar belastas och riskerar att stå ensamma med ett omfattande omsorgsansvar. Socialstyrelsen konstaterar även att kunskapen om äldreomsorgen utifrån ett könsperspektiv är eftersatt och behöver ägnas mer uppmärksamhet.

7.6.2 Analys och slutsatser

Den demografiska utvecklingen

År 2003 är ungefär 1,5 miljoner personer 65 år eller äldre. Gruppen ålderspensionärer som andel av befolkningen kommer att successivt öka från dagens 17 procent till cirka 19 procent 2010 och 23 procent 2030. Omfattningen av och takten i dessa befolkningsförändringar styrs påtagligt av att det stora antalet 40-talister åldras. Cirka 476 000 personer är idag 80 år eller äldre varav 171 000 är män och 305 000 är kvinnor. Fram till och med 2015 förväntas inte antalet personer i denna åldersgrupp förändras nämnvärt, medan antalet personer i åldern 90 år och äldre förväntas öka med cirka 26 procent. Åren 2015–2030 förväntas däremot antalet personer i åldersgruppen 80–89 år öka med hela 65 procent medan ökningen av de allra äldsta mattas av något. Det ökande antalet äldre i befolkningen är framför allt en följd av minskad dödlighet i hög ålder.

Äldreomsorgens omfattning

Knappt 240 000 ålderspensionärer bodde permanent i särskilda boendeformer eller var beviljade hemtjänst i ordinärt boende den 1 oktober 2003. Av dessa var knappt 179 000 personer – eller cirka 75 procent – 80 år och äldre, vilket motsva-

rar cirka 38 procent av samtliga personer 80 år och äldre i befolkningen. För hela gruppen ålderspensionärer (65 år och äldre) var andelen 15,5 procent, vilket är nästan samma andel som 2002. Även sett över en något längre tidsperiod har andelen äldre med biståndsinsatser legat tämligen konstant kring 16 procent. Knappt 15 000 personer som var 65 år och äldre hade kommunal hemsjukvård men ingen hemtjänst och drygt 32 000 hade både hemtjänst och kommunal hemsjukvård. Jämfört med 2002 är det en minskning med drygt två procent respektive en ökning med hela 20 procent. Ungefär 9 000 personer hade insatsen korttidsvård vilket i stort sett var lika många som 2002. Cirka 52 procent av ålderspensionärerna som fick biståndsinsatser den 1 oktober 2003 bodde i ordinärt boende och knappt 48 procent bodde i särskilda boendeformer. Jämfört med både 2002 och 2001 innebär detta att förskjutningen mot insatser i det ordinära boendet fortsätter.

Kommunerna har under de senaste åren prioriterat personer med behov av omsorg/omvårdnad före dem som behöver service. Någon tydlig tendens till fortsatt omstrukturering enligt detta mönster kan inte spåras i senare års statistik. Däremot har stora förändringar inträffat under en ganska kort tid mellan omfattningen på den offentliga omsorgen och den informella.

Närstående, framförallt make/maka och/eller barn, har fått ta ett ökat ansvar för vården och omsorgen om den anhörige. Den offentliga hemhjälpen har begränsats och inriktats framförallt på ensamboende äldre. Kommunerna är, enligt Socialstyrelsen, mer restriktiva med att ge hjälp med serviceinsatser och kommunerna prövar i allt större omfattning om det finns närstående som har möjlighet att göra insatserna. Nästan alla landets kommuner tar med i bedömningen den sammanboendes möjlighet att utföra insatser och i en fjärdedel av fallen tar man även med närstående utanför hushållet i bedömningen, ofta den äldres barn. Konsekvenserna är framförallt att de äldre gifta kvinnorna är ensamma med ett omfattande omsorgsansvar (Socialstyrelsens rapport Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg).

Utvecklingen av antalet platser i särskilt boende för äldre pekar enligt Socialstyrelse på att fram till utgången av 2005 kommer antalet platser att minska med cirka 13 500. Det finns flera förklaringar till denna utveckling, däribland personalbesparingar, omoderna bostäder som

inte är funktionella samt att behovet av särskilt boende har minskat. Det är svårt att på kort sikt överblicka konsekvenserna av denna utveckling, d.v.s. om resurser omfördelas och återinvesteras i vård och omsorg i det ordinära boendet för att öka de äldres möjligheter att bo kvar i det ordinära hemmet.

Den snabba ökningen av den äldre befolkningen kommer att medföra ett successivt ökat vård- och omsorgsbehov. De förväntningar som finns om ett fortsatt förbättrat hälsotillstånd bland de äldre kommer emellertid delvis att kunna bromsa denna utveckling.

Den ekonomiska utvecklingen i kommunerna

Kommunernas samlade kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2003 till 78,2 miljarder kronor. Det är 2,2 miljarder kronor mer än föregående år. Exakta uppgifter om den kommunala sjukvårdens andel av kommunernas totala kostnader för vård och omsorg saknas. Skattningar pekar mot att cirka 15 procent av de kommunala kostnaderna för vård och omsorg om äldre går till sjukvård för äldre. Kostnaderna för vård och omsorg varierar kraftigt mellan olika kommuner. Skillnaden i kronor per invånare var cirka 2,5 gånger större i den kommun där äldreomsorgen kostade mest jämfört med den kommun där den kostade minst. För att förbättra kommuners och landstings möjligheter att bibehålla och utveckla tillgängligheten och kvaliteten inom vissa kommunala verksamheter, bl.a. vård och omsorg, har staten mellan åren 1996 och 2002 tillfört kommun- och landstingssektorn cirka 24 miljarder kronor i generella statsbidrag. Häruöver har det generella statsbidraget ökats med två miljarder kronor fr.o.m. 2003 inom ramen för den särskilda satsning som gjorts på vård och omsorg. I samma syfte det generella statsbidraget ökats med ytterligare en miljard kronor fr.o.m. 2004.

Kvalitet och tillgänglighet i äldreomsorgen

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har till regeringen inrapporterat sina iakttagelser, analyser och slutsatser från den uppföljning av verksamheter samt tillsyn inom äldreomsorgen som de bedrivit under 2003. Socialstyrelsens uppföljningar visar bl.a. att 2003 har präglats av en fortlöpande och omfattande minskning av antalet bostäder inom de särskilda boendeformerna för äldre. Ett viktigt skäl till denna utveckling är kommunernas och landstingens problem med

att finansiera vård och omsorg. Enligt Socialstyrelsens bedömning speglar utvecklingen också en mer restriktiv tolkning hos kommunerna av det offentliga ansvarets innehåll. Socialstyrelsens uppföljningar visar vidare att problemen med att rekrytera utbildad personal fortfarande är stora i många kommuner. Ett annat problem är att sjukfrånvaron alltså ligger kvar på en hög nivå, även om den har minskat något under det senaste året.

Länsstyrelserna har under 2003 registrerat knappt 800 tillsynsärenden för olika verksamheter inom äldreomsorgen. I cirka hälften av dessa verksamheter konstaterades brister av något slag. Dessutom registrerades cirka 570 tillsynsärenden som berörde enskilda brukare. I knappt 15 procent av dessa ärenden påvisades brister. Länsstyrelserna konstaterar i likhet med Socialstyrelsen att allt fler särskilda boenden avvecklas eller görs om till ordinära bostäder för äldre personer. Länsstyrelsernas redovisning visar också att många kommuner fortfarande har svårt att snabbt kunna verkställa beslut och domar om insatser av olika slag. Ett annat problem är att det i många kommuner saknas ett fungerande och heltäckande systematiskt kvalitetsarbete i organisationen vilket också innebär rättsosäkerhet för äldre med behov av stöd och hjälpinsatser. Kvalitetsbrister inom vård och omsorg finns också i många län. Flera länsstyrelser har bl.a. uppmärksammat brister i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Länsstyrelserna har emellertid också uppmärksammat flera positiva utvecklingstendenser hos kommunerna. Många kommuner har börjat arbeta mer aktivt med att t.ex. försöka skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjningen, utveckla system för kvalitetssäkring och effektivisera arbetsorganisationen.

Anhörigvård

Behov av att utveckla stöd till anhöriga som hjälper och vårdar en närstående har uppmärksamats under lång tid, bl.a. i regeringens proposition Äldreomsorg inför 1990-talet (1987/88:176). En ny bestämmelse infördes i socialtjänstlagen fr.o.m. 1998 (nuvarande 5 kap. 10 § SoL) vilken anger att socialtjänsten genom stöd och avlösning bör underlätta för den som vårdar närstående. Bestämmelsen innehåller dock inte några närmare föreskrifter om hur stödet till anhöriga bör utformas.

Regeringen anser det angeläget att anhörigas situation uppmärksammas och deras insatser värdesätts. Särskilda stimulansbidrag för utveckling av stödformer för anhörigvårdare har utgått under 1997 med 7,5 miljoner kronor samt perioden 1999–2001 med 100 miljoner kronor årligen (Anhörig 300). I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002–2004 (prop. 1999/2000:149) anges att stödet till anhöriga bör fortsätta och utgå inom ramen för satsningarna inom handlingsplanen.

Socialutskottet har behandlat frågan om stöd till anhöriga i betänkandena 2001/01:SoU18, 2001/02:SoU11, 2002/03:SoU9 samt 2003/04:SoU4. I ett antal motioner har yrkats att ordet bör i 5 kap. 10 § SoL skall ersättas med ordet skall. I det första betänkandet delade utskottet regeringens bedömning att det var för tidigt att vid den tidpunkten dra några slutsatser beträffande effekterna av bestämmelsen om anhörigstöd i dåvarande 5 § andra stycket, SoL. Utskottet tillstyrkte därför att någon ändring av bestämmelsen inte gjordes i det förslag till ny socialtjänstlag som riksdagen då hade att ta ställning till.

I det senare betänkandet 2001/02:SoU11 har socialutskottet föreslagit att riksdagen till regeringen tillkännager att det vore önskvärt om det i socialtjänstlagen infördes en särskild reglerad skyldighet för socialnämnden att stödja dem som vårdar närstående. Vidare ansåg utskottet att regeringen snarast borde göra en analys av de ekonomiska konsekvenserna av en sådan lagändring samt redovisa för riksdagen olika alternativa lagregleringar i avsikt att ytterligare stödja anhöriga. I betänkandet 2003/04:SoU4 föreslog socialutskottet även att riksdagen skulle ge regeringen tillkänna att lämna förslag på insatser för att ytterligare säkerställa och stärka stödet till anhöriga. Riksdagen har bifallit socialutskottets förslag.

Regeringen har analyserat frågan om en eventuell lagreglering av stöd till anhöriga och vilka konsekvenser ett sådant förslag skulle få. (PM Stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående – alternativa lagändringar samt analys av de ekonomiska konsekvenserna. Dnr S2004/6120/ST). Det konstateras att det inte kan vara en skyldighet för en anhörig att bistå en närstående med stöd utan hjälpen måste alltid betraktas som ett frivilligt åtagande från den anhöriges sida. Om den anhörige inte förmår eller av annan orsak inte tillgodoser sin närståen-

des hela omvårdnadsbehov är kommunen skyldig att bistå med hemtjänstinsatser i tillräcklig omfattning. Enligt svensk lagstiftning finns det inte någon skyldighet för makar eller registrerade partners att hjälpa och vårda den part som är i behov av vård och omsorg.

Inte heller finns det någon skyldighet för barn att ta hand om sina föräldrar. En konsekvens av att anhörigvård alltid måste betraktas som ett frivilligt åtagande är att kommunen, som grund för att avslå en ansökan om hemtjänst, aldrig kan hänvisa till att den anhörige kan tillgodose ett omvårdnadsbehov.

Flertalet anhörigvårdare är själv äldre, oftast är det maken som vårdar sin make/sambo. Det är också vanligt att dotter eller svärdotter är anhörigvårdare. Det finns också yngre anhörigvårdare som hjälper och vårdar en anhörig i yrkesverksam ålder. Det kan exempelvis vara personer som drabbats av en demenssjukdom eller som har psykiska och/eller fysiska funktionshinder. De yngre anhörigvårdarna har utgjort en relativt okänd grupp och har därför inte uppmärksamats i någon större utsträckning. Genom de särskilda stimulansmedlen Anhörig 300, har dock dessa grupper fått ökad uppmärksamhet. Det är angeläget att kommuner och landsting aktivt söker upp och informerar nya anhörigvårdare om tillgängliga stödformer.

Att skärpa regleringen i 5 kap. 10 § SoL genom att införa ”skall” förtydligar visserligen socialtjänstens ansvar men den enskildes rätt till stöd förstärks inte i sak då den regleringen ligger utanför biståndsparagrafen. En mer tvingande reglering kan få som effekt att kommunerna pga. resursbrist begränsar insatserna till endast ett fåtal och att utvecklingen av mer individuellt anpassade stödinsatser hämmas. Det kan även medföra att stödinsatser till äldre dras ned ytterligare där det finns en anhörig, vilket ökar belastningen på dessa. Därtill medför ett sådant förtydligande ett statligt finansiellt åtagande i enlighet med finansieringsprincipen och en förändring skulle därför medföra avsevärda kostnader.

I 4 kap. 1 § SoL regleras rätten till bistånd för enskild. Om anhörigas behov skulle biståndsbedömas inom ramen för denna bestämmelse skulle även dessa få rätt till vissa insatser. Bistånd ges till den som inte själv kan tillgodose sina behov. Om det handlar om service- eller omvårdnadsbehov har den enskilde rätt till bistånd i form av t.ex. hemtjänst. Hemtjänst är

alltså en insats som vänder sig till den hjälpbehövande. Anhörigstöd är däremot en insats som ges till den anhörige. Anhörigstödet bör därför betraktas som en ”egen” specifik form av stöd till enskild genom socialtjänstlagen.

Regeringen, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har under 2004 påbörjat diskussioner bl.a. om hur stödet till anhöriga skall fortsätta att vidareutvecklas i kommuner och landsting. Målsättningen är att åstadkomma ett långsiktigt utvecklingsarbete som löpande följs upp och utvärderas.

Regeringen bedömer att det för närvarande inte bör genomföras en lagändring. Det saknas även ekonomiskt utrymme för ett statligt ekonomiskt åtagande utan att samtidigt göra avsevärda omfördelningar inom andra delar av det sociala välfärdssystemet. Regeringen vill dock betona behovet att vidareutveckla stödet till närstående inom ramen för det pågående samarbetet med de båda förbunden. Under åren 2005-2007 avsätts 25 miljoner kronor per år för fortsatt utveckling av stödformer för anhöriga.

Regeringens bedömning

Några betydande trendbrott i utvecklingen inom äldreomsorgen har inte skett under det senaste året. Det betyder att det fortfarande finns generella brister och problem som behöver åtgärdas samtidigt som det lokalt finns gott om exempel på verksamheter som utvecklats i positiv riktning. Problem finns bl.a. när det gäller kompetensförsörjningen, kvaliteten inom demensvården, rehabilitering och hjälpmedel, samverkan mellan kommuner och landsting samt rättssäkerheten för personer med behov av vård och omsorg. Ett annat generellt problem är tillgängligheten. Utvecklingen går mot att allt färre personer med olika slags hjälpbehov får del av äldreomsorgens insatser och att den enskilde måste ha ett betydligt större samlat vård- och omsorgsbehov än tidigare för att få tillgång till särskilt boende. Detta kan innebära att anhöriga får ta ett ökat ansvar. Samtidigt är det ett faktum, vilket dokumenterats av flera länsstyrelser, att det finns både kunnig och engagerad personal i kommunerna och att många kommuner bedriver ett aktivt utvecklingsarbete i olika frågor. I många kommuner pågår bl.a. ett systematiskt arbete för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning och skapa ökad kva-

litet i verksamheten. Vidare sker en successiv förbättring av bostadsstandarden i många särskilda boenden och antalet beslut om särskilt boende som inte verkställs minskar. Ett område som utvecklats starkt över hela landet under de senaste åren är stödet till anhöriga.

Som tidigare redovisats ställer den demografiska utvecklingen framöver, med ett ökat antal äldre i befolkningen i kombination med ett mer bekymmersamt ekonomisk klimat i kommuner och landsting, successivt ökade krav på vården och omsorgen om äldre. Utmaningen omfattar således inte bara uppgiften att komma tillrätta med bristerna i dagens äldreomsorg, utan den handlar lika mycket om att skapa förutsättningar för en äldreomsorg som förmår tillgodose behoven hos en alltmer åldrande befolkning. För att klara dessa utmaningar bedömer regeringen att det krävs insatser av flera olika slag. Först och främst krävs insatser för att åstadkomma en långsiktig hållbar ekonomisk tillväxt och en hållbar utveckling så att mer resurser kan styras över till vård och omsorg. Detta är nödvändigt inte minst för att skapa möjligheter för kommuner och landsting att nyanställa och fortbilda personal. För att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen i vården och äldreomsorgen kommer regeringen att under 2005 till 2007 genomföra en satsning på kompetensutveckling för anställda med sammanlagt 1 050 miljoner kronor. Det kan också i vissa avseenden komma att krävas förändringar när det gäller hur arbetet inom vården och omsorgen om äldre organiseras hos huvudmännen samt förändringar vad gäller innehållet i de insatser som erbjuds äldre. Vidare kan ansvarsgränser mellan huvudmän komma att behöva ses över och förändras för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen som ökad kontinuitet för den enskilde med hjälpbehov av olika slag. Ett annat område som behöver prioriteras är det förebyggande arbetet för att förbättra hälsa och välbefinnande hos äldre och därmed också minska eller senarelägga behoven av vård och omsorg.

Förutsättningarna för att kunna åstadkomma dessa och andra angelägna insatser är ett ökat samarbete mellan berörda aktörer, främst kommuner och landsting men även staten som genom sina myndigheter, regelverk och finansi-

ella stödssystem direkt och indirekt påverkar verksamheten i kommuner och landsting. Som tidigare nämnts har också ett sådant samarbete inletts under 2004. En av regeringens målsättningar med samarbetet är att åstadkomma beskrivningar, problemanalyser och åtgärdsförslag som samtliga berörda aktörer kan ställa sig bakom. Avsikten är sedan att detta underlag skall beredas vidare i Regeringskansliet tillsammans med annat tillgängligt underlag, främst förslag som lämnats från nyligen avslutade utredningar och uppdrag (se avsnitt 8.4).

7.7 Budgetförslag

7.7.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 7.2 Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

2003	Utfall	35 876	Anslags-sparande	10 261
2004	Anslag	29 946 ¹	Utgifts-prognos	36 273
2005	Förslag	51 446		
2006	Beräknat	51 446		
2007	Beräknat	51 446		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Anslaget omfattar vissa insatser inom äldreområdet i enlighet med riksdagens beslut med anledning av regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98SoU24 rskr. 1997/98:307). Fr.o.m. 2001 omfattar anslaget även bidrag till pensionärsorganisationer.

Den övervägande delen av anslaget har förbrukats. Det anslagssparande som finns avser främst verksamheten med uppbyggnad av regionala forsknings- och utvecklingscentra i enlighet med riksdagens beslut. Etableringen av verksamheterna har tagit något längre tid än beräknat. Socialstyrelsen, som administrerar bidraget, bedömer att anslagssparandet kommer att förbrukas under innevarande budgetår.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Tabell 7.3 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007–
Utestående åtaganden vid årets början		22 800	0		
Nya åtaganden		0	30 000		
Infriade åtaganden		-22 800	-10 000	-10 000	-10 000
Utestående åtaganden vid årets slut		0	20 000		
Erhållet/förslaget bemyndigande		10 000	20 000		

Regeringens överväganden

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken som genomfördes under perioden 1999–2001, beviljades stimulansbidrag bl.a. för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala forsknings- och utvecklingscentra. Därefter har ytterligare tre FoU-centra etablerats. Fortsatt stöd utgår till verksamheten fr.o.m. 2002–2004 med 20 miljoner kronor per år och fr.o.m. 2005 med 10 miljoner kronor. (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53).

I samband med riksdagens behandling av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken beslutades att bidrag skulle utgå för utveckling av longitudinella områdesdatabaser. Detta är en långsiktig satsning som syftar till att beskriva och över tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg. Fyra huvudmän har beviljats medel för uppbyggnad av longitudinella databaser. Under 2004 begränsades verksamheten till den mest nödvändiga uppgiftsinsamlingen beroende på att medlen till de fyra huvudmännen tillfälligtvis minskades till 3,5 miljoner kronor. Fr.o.m. 2005 avsätts 10 miljoner kronor per år för verksamheten.

De särskilda stimulansbidragen för utveckling av stöd till anhöriga som hjälper och vårdar en närstående, Anhörig 300, som utgick i samband med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, har inneburit att ett omfattande utvecklingsarbete påbörjats. I samband med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002–2004 angavs att en

fortsatt utveckling av stödformer bör ske inom ramen för handlingsplanen. Under perioden 2005–2007 avsätts därför 25 miljoner kronor per år för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Pensionärsorganisationer kan erhålla statsbidrag i enlighet med förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Under 2004 har fem rikstäckande pensionärsorganisationer erhållit bidrag. Från anslaget fördelar regeringen också bidrag till vissa andra organisationer som företräder äldres intressen.

Tabell 7.4 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	29 946	29 946	29 946
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	21 500	21 500	21 500
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	51 446	51 446	51 446

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 51 446 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till vardera 51 446 000 kronor.

8 Politikområde Socialtjänstpolitik

8.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser inom verksamhetsområdena Individ- och familjeomsorg samt Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård. Det är fråga om insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället t.ex. kvinnor och män med behov av ekonomiskt bistånd, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, personer med missbruksproblem, prostituerade och kvinnor som utsätts för hot och våld. Ansvar för att kvinnor och män, flickor och pojkar i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) på kommunen. Det rör sig bl.a. om bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga, vård av

personer med missbruksproblem samt åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Statens insatser inom politikområdet består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, vissa stimulansbidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård (LSU). Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. År 2005 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till ca 982 miljoner kronor.

8.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2004 till 2005 beräknas utgifter för politikområdet öka med ca 360 miljoner kronor, främst till följd av ökade insatser för missbrukarvården.

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2003	Budget 2004 ¹	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	84,3	72,4	85,0	216,9	264,9	414,9
18:2 Statens institutionsstyrelse	753,5	743,5	733,3	754,7	749,2	758,3
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	11,0	10,0	9,9	10,0	10,0	10,0
Totalt för politikområde Socialtjänstpolitik	848,8	825,9	828,2	981,6	1024,1	1 183,2

¹ Inklusiv tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

8.3 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer
- att stärka skyddet för utsatta barn.

8.4 Inriktning

Socialtjänsten spelar en viktig roll i välfärdspolitiken genom att utgöra ett komplement till de generella ekonomiska stödsystemen för barn, kvinnor och män som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänstens strategiska betydelse för välfärdspolitiken underströks i den handlingsplan mot fattigdom och social utestängning 2003–2005, som Sverige har utarbetat inom ramen för EU-samarbetet på det sociala området. Handlingsplanens mål är att antalet personer som riskerar social och ekonomisk utsatthet skall minska väsentligt till 2010, bland annat genom att minska andelen kvinnor och män, oberoende av etnisk bakgrund, med en inkomst under socialbidragsnormen. Socialtjänsten har utöver sin servicefunktion och sitt ansvar för behovsprövade stöd- och hjälpåtgärder också befogenheter till myndighetsutövning som ingen annan instans har, t.ex. när det gäller att ingripa till skydd för flickor och pojkar i utsatta situationer. Grundläggande för socialtjänsten är principerna om helhetssyn och frivillighet, ett förebyggande perspektiv samt att den enskildes egna resurser skall tas tillvara. Barnets bästa och barnets rätt att komma till tals skall vara självklara utgångspunkter när barn är berörda. Brukarna är de kvinnor och män, flickor och pojkar som socialtjänsten riktar sina insatser till. Det sociala arbetet skall genomsyras av ett brukarperspektiv och utgå ifrån brukarens egna erfarenheter. Ambitionen är att brukarperspektivet lika självklart skall genomsyra alla beslut och alla insatser som rör enskilda människor som att ett barnperspektiv skall präglade alla insatser som på något sätt rör barn och unga. Socialtjänstens insatser skall ge de människor som av olika anledningar utsätts för ekonomiska och sociala påfrestningar möjlighet att leva ett värdigt och självständigt liv varvid eget arbete och självförsörjning är främsta målet. Avstämningen av målet att halvera antalet

socialbidragsberoende mellan 1999 och 2004 presenteras i Bilaga 3.

Socialförsäkringarna bygger till stor del på rättigheter som intjänas genom arbete. Det innebär att inkomst av eget arbete är grunden för att kunna leva ett självständigt liv, både när det gäller de inkomster ett arbete genererar samt det skydd för inkomstbortfall som en anställning ger. Det är därför viktigt att personer som ännu inte etablerat sig på arbetsmarknaden får det stöd som behövs för att så snabbt som möjligt komma in på arbetsmarknaden. Det är inte minst viktigt utifrån att socialtjänstens försörjningsstöd utgör samhällets yttersta skyddsnät. Regeringen avser därför att göra en översyn i syfte att stärka arbetslinjen och att underlätta för människor att gå från ekonomiskt bistånd till arbete och att kunna leva ett självständigt liv.

Social och ekonomisk utsatthet har många och komplexa dimensioner, bl.a. beroende på svårigheter för unga människor och nyanlända invandrare att etablera sig på arbetsmarknaden samt på ojämställdhet mellan könen, vilket leder till insatser inom en rad politikområden. För att åstadkomma ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete mot ekonomisk och social utsatthet krävs ett starkt samarbete mellan olika aktörer på olika nivåer i samhället. Det är därför angeläget att hitta former för att stödja tillskapandet av lokala processer som syftar till social delaktighet, i partnerskap mellan kommuner, myndigheter, organisationer och berörda individer. Det långsiktiga utvecklingsarbetet bör även beakta eventuella konsekvenser av den nyligen genomförda EU-utvidgningen.

Det finns samtidigt grupper av människor med så omfattande och komplexa sociala problem att de har behov av särskilda insatser i form av omhändertagande, rehabilitering och psykosocialt stöd innan de har möjlighet att delta på arbetsmarknaden. Deras levnadsvillkor präglas av bristen på resurser inom så gott som samtliga välfärdsområden – arbete, social trygghet, ordnat boende, hälsa – och mycket pekar på att de inte får den vård, omsorg eller stöd de behöver för att kunna leva ett drägligt liv. Insatser inom missbrukarvården och för att motverka hemlöshet är av strategisk betydelse för dessa grupper. För att stimulera kommuner och andra aktörer att utveckla och stärka missbrukarvården påbörjas 2005 en satsning i form av ett riktat statsbidrag under namnet ”Ett kontrakt för livet”. Regeringens satsning mot hemlöshet fortsätter.

8.5 Insatser

8.5.1 Insatser inom politikområdet

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialtjänstens insatser bör i betydligt högre utsträckning än i dag vara baserade på kunskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har därför haft regeringens uppdrag att ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten vilket redovisats under året. Regeringen har med anledning av detta gett Socialstyrelsen 7 miljoner kronor för att genom sitt nybildade institut för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS, ge fortsatt nationellt stöd till kunskapsutvecklingen. Försöksverksamheterna med systematisk koppling mellan socialtjänst, högre utbildning och forskning pågår t.o.m. halvårsskiftet år 2005.

Socialtjänsten spelar en viktig roll för att möjliggöra jämställdhet i samhället. Jämställdhetsperspektivet är också viktigt för att utveckla socialtjänstens arbete. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp, analysera och redovisa könsskillnader inom socialtjänstens verksamhetsområde.

Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt för att stimulera och stödja socialtjänstens arbete. En utgångspunkt för Socialstyrelsens insatser är resultatet av länsstyrelsernas tillsyn. Tillsynen skall bidra till att lagar inom socialtjänstens område och intentionerna i dessa efterlevs av kommuner, entreprenörer och enskilda som driver tillståndspliktig verksamhet. Tillsynen skall även stimulera planering samt vidare- och metodutveckling inom socialtjänsten. Under 2003 har länsstyrelserna genomfört granskningar av omkring 2 300 verksamheter i samtliga kommuner. Länsstyrelserna har också granskat och bedömt klagomål från enskilda individer i omkring 2 600 fall. Ansvaret för förbättringar av socialtjänstens verksamhet vilar främst på kommunerna. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har emellertid också ett ansvar för att bidra till att kvaliteten förbättras. För att avhjälpa iakttagna brister har olika åtgärder vidtagits. Dessa gäller såväl normering som kunskapsutveckling och andra myndighetsuppgifter. Lokala och regionala FoU-enheter spelar en viktig roll i många kvalitetsutvecklingsprojekt.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kartlagt i vilka situationer och i vilka ärenden en

persons sexuella läggning kan ha betydelse för bemötandet inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att redovisa på vilket sätt myndigheten har vidareutvecklat sitt arbete med att beakta barnperspektivet såväl internt som externt.

Länsstyrelserna förfogar sedan början av 1990-talet över medel för stöd till kommunernas arbete med att utveckla öppenvård för ungdomar som riskerar att utveckla eller redan har utvecklat ett missbruk och för vuxna personer med missbruksproblem. Under året har 126 projekt fått ekonomiskt stöd. Av dessa avsåg 64 ungdomsvård, 41 missbrukarvård, 8 personalutbildning och samt 13 dokumentation och utvärdering. Sammanlagt fördelades under 2003 omkring 15 miljoner kronor.

Från och med den 1 maj 2004 utvidgades EU med ytterligare 10 medlemsstater. Med anledning av utvidgningen har regeringen bedömt att det finns behov av att se över konsekvenserna för socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). En särskild utredare har tillkallats för att undersöka möjligheterna att begränsa rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen för medborgare från ett annat EU-land som kommer till Sverige för att söka arbete (dir. 2004:61). I uppdraget ingår även att utreda möjligheten att ha en kvalificeringsregel som innebär att endast den som vistats i Sverige under en viss tid kan vara berättigad till bistånd enligt socialtjänstlagen. Utredaren skall också utreda behovet av och möjligheten till kvalificeringsregel när det gäller insatser enligt LSS. Uppdraget skall redovisas i sin helhet senast den 1 maj 2005.

Insatser för personer i socialt utsatta situationer

Socialstyrelsen fullföljer sitt arbete med att ta fram nationella riktlinjer för missbrukarvården. Riktlinjerna, som baseras på breda kunskaps- sammanställningar som görs av ett antal expertgrupper, rör behandling av narkotika- respektive alkoholmissbruk, uppsökande och förebyggande insatser, markörer och diagnostiska system samt behandling av gravida kvinnor med missbruksproblem. Med stöd av en översikt över den samlade kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid heroinmissbruk har Socialstyrelsen under 2004 utarbetat föreskrifter och allmänna råd för sådan behandling. Föreskrifterna, som träder i kraft den 1 januari 2005, innebär bl.a. att läkemedel för behandling av opiatberoende en-

dast kan förskrivas av läkare med specialistkompetens och vid sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendesjukvård. Parallellt med det s.k. riktlinjeprojektet fortgår utvecklingen av en modell för att följa, stödja och utveckla kvaliteten i den svenska missbrukarvården utifrån ett antal kvalitetsindikatorer. Dessutom pågår ett arbete med att utveckla statistiken inom missbruksområdet. För att bland annat svara mot åtaganden gentemot EU fortsätter Socialstyrelsen arbetet med att utveckla det nationella informationssystemet KIM (Klienter i missbruksbehandling) med basuppgifter om personer som påbörjar behandling för missbruksproblem. Som en uppföljning av den studie som Socialstyrelsen genomförde 2003 om narkomanvårdens organisation, resurser och insatser (ORION) har Socialstyrelsen på uppdrag av Mobilisering mot narkotika undersökt vilka förhållanden som har betydelse för val av insats för personer som missbrukar narkotika. Mobilisering mot narkotika genomför tillsammans med fyra s.k. modellkommuner ett projekt där metoder för att utveckla narkomanvården prövas och utvärderas. Syftet är att ta fram generaliserbara metoder och behandlingsprogram. I Stockholm, Göteborg och Malmö genomförs dessutom ett brett upplagt program som bland annat innefattar utveckling av vård och behandlingsinsatser för personer som missbrukar narkotika. Regeringen har under året utarbetat förslag till lagreglering av sprutbytesverksamhet till injektionsmissbrukare. Förslaget har varit föremål för en bred remissbehandling under våren 2004.

Socialstyrelsen har sedan 2002 lett ett treårigt arbete med att utveckla metoder som motverkar hemlöshet. Totalt 30 miljoner kronor har fördelats till ett 20-tal lokala utvecklingsprojekt för att förebygga hemlöshet och förhindra vräkning. Som en del av uppdraget har en standardiserad modell för lokala hemlöshetsinventeringar utvecklats. Enhetliga definitioner samt befintlig kunskap inom området har sammanställts i en handbok, som kan användas av kommuner och andra berörda. Socialstyrelsen skall slutrapportera uppdraget våren 2005 och samtidigt redovisa hur erfarenheterna från utvecklingsarbetet kan tas tillvara.

Staten stöder kvinnojourer och andra organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor, främst kvinnojourernas två riksorganisationer. År 2004 fördelades 15 miljoner kronor till dessa. Vid utgången av 2002 fördelade

dessutom Socialstyrelsen sju miljoner kronor till sammanlagt 14 kvinnojourer för projekt för kvinnor med invandrarbakgrund, kvinnor med missbruk samt kvinnor med funktionshinder. Samtliga projekt har kommit igång under 2003.

Regeringen har sedan tillkomsten av Rikskvinnocentrum lämnat stöd till verksamheten. En särskild utredare har i uppdrag att senast den 30 november 2004 presentera ett förslag till formerna för en sådan ombildning samt till finansieringen av institutet. Från och med 2004 finns 9,2 miljoner kronor avsatta för Rikskvinnocentrums verksamhet. Utredaren kommer även att se över förutsättningarna för att inrätta en nationell kristelefon för kvinnor som utsatts för mäns våld.

Socialstyrelsen har under 2004 presenterat en kartläggning av prostitutionens omfattning och utveckling i Sverige. Rapporten är en uppföljning av den kartläggning Socialstyrelsen presenterade 2000, ett år efter införandet av lagen om förbud mot köp av sexuella tjänster. Rapporten skall också kunna användas som kunskapsunderlag för personer inom framför allt socialtjänsten som möter kvinnor och män med erfarenhet av prostitution. Syftet är att socialtjänsten skall få större kunskap och därmed en bra beredskap för att kunna bemöta och stötta personer med sådana erfarenheter. Socialstyrelsen avser dessutom att under 2004 ge socialtjänsten vägledning rörande omhändertagande av offer för människohandel.

Stärkt skydd för barn i utsatta situationer

Socialstyrelsen har, efter de ändringar i SoL och LVU som infördes den 1 juli 2003 för att stärka skyddet för flickor och pojkar i utsatta situationer, tagit fram handboken Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn och allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SOSFS 2003:16). Handboken skall bidra till att sprida kunskap om anmälningsskyldigheten och ge vägledning till dem som är skyldiga att anmäla.

Socialstyrelsen har utarbetat föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (HVB) (SOSFS 2003:20). Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag lämnat förslag till vilken kunskap och information som behövs för att kunna följa utvecklingen av vården vid hem för vård eller boende. Förslaget bereds i Regeringskansliet.

Inom ramen för programmet Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten har Socialstyrelsen tagit fram ett underlag till kompetensbeskrivning för socialtjänstens arbete med barn och ungdomar i utsatta situationer och med deras familjer.

Socialstyrelsen har tagit fram en kunskapsöversikt Samtal med barn i socialtjänsten (2004-110-8) som tar upp olika syften med samtal med flickor och pojkar, förutsättningar och eventuella konsekvenser av sådana samtal.

En särskilt utredare har redovisat uppdraget att samla kunskap om sexuell exploatering av barn i Sverige (SOU 2004:71). Utredningen har gjort en kunskapssammanställning som bl.a. beskriver riskgrupper, visar på områden där ytterligare åtgärder behöver övervägas, pekar på att bristen på kunskap om sexuell exploatering av barn är stor i många berörda yrkesgrupper samt att den kunskap som nu ställts samman av utredningen måste spridas till relevanta yrkesgrupper. Antalet barn som exploateras sexuellt i Sverige går enligt utredningen inte att fastställa men bedöms vara betydande. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

Omkring 50 000 barn berörs årligen av att deras föräldrar separerar. I cirka en tiondel av separationerna avgörs frågor om vårdnad, boende och umgänge i domstol. Till hjälp för det familjerättsliga arbetet inom socialtjänsten har Socialstyrelsen tagit fram handboken Vårdnad, boende och umgänge samt allmänna råd om socialnämndens handläggning av vissa frågor om vårdnad, boende och umgänge (SOSFS 2003:14).

Regeringen har avsatt 35 miljoner kronor 2003 för att stimulera inrättande av skyddat boende m.m. för flickor som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld. Andra åtgärder syftar till att höja kunskapen och medvetenheten kring problemet på statlig, regional och kommunal nivå. Också pojkars och unga mäns situation skall uppmärksammas.

Regeringen har gett Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS, i uppdrag att analysera svensk forskning som handlar om flickor och pojkar i utsatta situationer. Såväl forskning om förekomst och orsaker till utsatthet som forskning om åtgärder och metoder för att hjälpa skall analyseras. Uppdraget skall redovisas senast den 1 september 2005.

Insatser för personer i ekonomiskt utsatta situationer

Under 2003 publicerade Socialstyrelsen nya allmänna råd om ekonomiskt bistånd (SOSFS 2003:5) och stöd för rättstillämpning och handläggning av ärenden i den kommunala socialtjänsten.

Inom ramen för arbetet att stödja socialtjänstens arbete med att stärka möjligheterna för långvarigt socialbidragsberoende människor att leva ett självständigt liv, har Socialstyrelsen särskilt uppmärksammat de bidragstagare som är sjuka men som inte får ersättning från sjukförsäkringen. I samarbete med Riksförsäkringsverket och Svenska Kommunförbundet har en kartläggning av denna grupp långvariga biståndstagare gjorts.

Sedan 2000 pågår studien Betydelsen av socialtjänstens insatser/arbetssätt för bidragstagarnas försörjningssituation där syftet är att undersöka vilka arbetsmetoder som tillämpas i arbetet med långvariga mottagare av ekonomiskt bistånd.

Regeringen tillsatte i juni 2003 en arbetsgrupp med uppgift att belysa levnadsförhållandena för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer. Arbetsgruppen har gjort en samlad analys av situationen för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer och har även identifierat de samhällsområden som är viktiga för regeringens fortsatta arbete med att minska andelen barn som lever i familjer med svag ekonomi. Arbetsgruppen överlämnade sin rapport till regeringen den 20 augusti 2004.

I en rapport gjord av Socialdepartementet (Rätt nivå på socialbidraget, Ds 2004:5) jämförs den ekonomiska standard socialbidragstagare haft med den standard hushåll i låglönearbeten haft vid olika tidpunkter mellan 1991 och 2003. Resultatet visar att de reala disponibla inkomsterna för låglönegrupperna har stigit och att socialbidragstagarnas reala konsumtionsmöjligheter inte följt med under denna period. Under några år vid mitten av 1990-talet lönade det sig sämre att gå från ekonomiskt bistånd till arbete, bland annat till följd av ökade boendekostnader och en olycklig koppling av socialbidragsnormen till dessa. I stora drag har relationen mellan socialbidragstagares konsumtionsmöjligheter och låglönegruppers disponibla inkomster nu återställts till de nivåer som gällde 1991, och slutsatsen i rapporten är att idag är inkomst av arbete gynnsammare än ekonomiskt bistånd.

För att skapa bättre framförhållning för kommunerna har regeringen beslutat att tidigarelägga den tidpunkt då Konsumentverket skall inkomma med underlag för beräkning av riksnormen. Regeringen avser att på grundval av underlag från Konsumentverket inom kort fastställa riksnormen för 2005. Avstämningen av målet om en halvering av antalet socialbidragsberoende mellan åren 1999–2004 görs i Bilaga 3.

Stärkt brukarperspektiv

Regeringen har 2003 inrättat en delegation för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor, för att stärka brukarinflytandet i genomförandet av den nationella handlingsplanen mot fattigdom och social utestängning 2003–2005 som har utarbetats inom ramen för EU-samarbetet. Delegationen, som leds av folkhälso- och socialtjänstministern, består av elva representanter för brukarna och deras organisationer, en representant från Socialstyrelsen och en representant från Svenska Kommunförbundet. Delegationen utgör ett samrådsorgan mellan den offentliga sektorn och frivillig- och brukarorganisationerna i syfte att mobilisera samtliga aktörer i arbetet mot ekonomisk och social utsatthet. Delegationen fungerar som ett forum för samråd och informationsutbyte i samband med genomförandet av den nationella handlingsplanen. Dessutom skall delegationen stå modell för, och ge legitimitet till, samrådsformer på lokal och regional nivå. Mellan mötestillfällena fungerar delegationen som ett nätverk. Delegationen har antagit ett strategidokument som ledning för sitt fortsatta arbete. Brukarperspektivet och brukarinflytande är också en viktig utgångspunkt i Socialstyrelsens arbete med att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Ungdomsvård

Under år 2003 hade Statens institutionsstyrelse (SiS) 35 särskilda ungdomshem i drift. Antalet fastställda platser avsedda för ungdomsvård var 636 den 31 december 2003, jämfört med 635 platser den 31 december 2002. Det totala antalet enskilda ungdomar som togs in under år 2003 var 997, varav 650 pojkar och 347 flickor. År 2002 tog SiS in 1 016 ungdomar. Det genom-

snittliga antalet intagna 2003 var 548, vilket är en minskning från 2002 då antalet var 562.

Sluten ungdomsvård

Antalet fastställda platser för sluten ungdomsvård den 31 december 2003 var 75, jämfört med 74 platser den 31 december 2002. Totalt 97 ungdomar togs in för verkställighet av sluten ungdomsvård, jämfört med 86 intagningar 2002.

Missbrukarvård

Antalet fastställda platser vid LVM-hemmen var 346 den 31 december 2003, vilket är en minskning från den 31 december 2002 då antalet var 349. Det totala antalet enskilda klienter som togs in under året var 1 028, varav 761 män och 267 kvinnor. År 2002 var antalet 1 113.

Det genomsnittliga antalet intagna var 275, en minskning från 2002 då antalet var 300.

Av intagningarna enligt LVM var 81 procent omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM, att jämföra med föregående år då andelen var 78 procent.

Under året har regeringen givit SiS i uppdrag att prova en försöksverksamhet inom missbrukarvården i syfte att förbättra vårdkedjan och kvaliteten på den vård som ges både före och efter LVM-vården. För detta ändamål disponerar SiS totalt 21 miljoner kronor under åren 2004–2006.

8.5.2 Insatser utanför politikområdet

Insatser inom andra politikområden påverkar i hög grad välfärdsutvecklingen för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, eftersom socialtjänsten utgör samhällets yttersta skydds nät. Här kan särskilt nämnas arbetsmarknadspolitiken, folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, integrationspolitiken, den ekonomiska familjepolitiken, barnpolitiken, utbildningspolitiken, bostadspolitiken samt storstadspolitiken. Insatser inom dessa politikområden är viktiga också för att förebygga social utsatthet.

EU:s sysselsättningsstrategi, som syftar till att skapa full sysselsättning, förbättra kvaliteten i arbetet och produktiviteten samt öka den sociala sammanhållningen, är en viktig del i regeringens arbete för att öka sysselsättningen och skapa förutsättningar för en hållbar ekonomisk tillväxt. Rekommendationerna till Sverige för 2004–2005

med direkt bäring på socialtjänstpolitiken innebär bland annat att undanröja arbetslöshetsfallor och bättre integrera invandrare i arbetskraften.

En interdepartemental arbetsgrupp har i uppdrag att bearbeta de förslag som Socialstyrelsen och Migrationsverket lämnade med anledning av ett regeringsuppdrag om ett förbättrat mottagande av ensamkommande flyktingbarn som redovisades i juni 2002. Syftet är att skapa en tydlig ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och Migrationsverket.

Inom Justitiedepartementet pågår arbete med en promemoria med förslag på flera åtgärder som syftar till att stärka rättigheterna för och stödet till barn som bevittnar våld och på annat sätt drabbas av brott av och mot närstående personer. Promemorian kommer även att innehålla förslag på åtgärder för barn som själva drabbas av brott samt för att förebygga att barn dras in i kriminalitet.

Den 1 januari 2004 trädde lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting i kraft. Målgruppen för samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärsarbete.

Åtgärder för att förbättra och utveckla introduktionen av nyanlända invandrare pågår löpande. Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket, Migrationsverket, Myndigheten för skolutveckling, Skolverket och Svenska Kommunförbundet har i en gemensamt upprättad överenskommelse bildat en plattform för ett samordnat förändringsarbete. Förändringsarbetet syftar till att stärka samverkan mellan berörda myndigheter så att nyanlända invandrare bättre skall kunna tillvarata och utveckla sina resurser. Beredning av en proposition om invandranes etablering pågår inom Regeringskansliet.

En särskild utredare har tillsatts för att följa upp och utvärdera de myndighetsgemensamma uppdrag och de uppdrag till enskilda myndigheter som gavs i samband med Kvinnofridsreformen 1998. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag den 30 november 2004. Socialstyrelsen är en av de myndigheter som gavs olika uppdrag i samband med Kvinnofridsreformen och har inom ramen för sina uppdrag publicerat åtta olika rapporter, bland annat innehållande redo-

visningar av metodutvecklingsprojekt. Resultaten från projekten genomförs gradvis.

Regeringen tillsätter 2004 en interdepartemental arbetsgrupp med uppdrag att utarbeta ett förslag till en nationell handlingsplan för arbetet med att bekämpa människohandel och prostitution. Uppdraget skall vara genomfört senast den 31 maj 2005.

Försöksverksamhet med arbetsplatsintroduktion för vissa invandrare bedrivs fr.o.m. den 1 september 2003 till och med den 31 december 2005 vid arbetsförmedlingen. Specialutbildade arbetsförmedlare skall med hjälp av särskild arbetsmetodik förmedla kontakt med lämplig arbetsgivare och ansvara för bl.a. introduktion och uppföljning på arbetsplatsen. Sammanlagt beräknas kostnaden för denna försöksverksamhet uppgå till 300 miljoner kronor.

Skyddet mot diskriminering har stärkts genom en ny lag, lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering, som gäller från och med den 1 juli 2003. I lagen anges ett förbud mot diskriminering som har samband med etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning i fråga om bl.a. insatser inom socialtjänsten. Ett motsvarande förbud mot diskriminering som har samband med en persons sexuella läggning har föreslagits i en departementspromemoria, Ds 2004:20. Promemorian bereds inom Regeringskansliet.

Utvecklingsarbetet inom storstadspolitiken har nu gått in i sin andra fas som innebär att framgångsrika insatser skall inordnas i ordinarie strukturer. Det gäller för såväl kommuner som statliga myndigheter och andra involverade aktörer. När det gäller socialbidragsutvecklingen visar de stadsdelar som omfattas av de lokala utvecklingsavtalen en mer positiv utveckling än andra stadsdelar med liknade befolkningsstruktur.

8.6 Resultatbedömning

8.6.1 Resultat

Målet för socialtjänstpolitiken är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialstyrelsens uppdrag att informera om och förankra det nationella programmet till stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten redovisades under året. Arbetet har bedrivits i bred samverkan med olika aktörer inom området. Regeringens bedömning är att detta arbete har bedrivits på ett mycket tillfredsställande sätt och möjliggjort en bred förankring och samsyn inom socialtjänstens verksamhetsområde.

Socialstyrelsen har i rapporten Jämställd socialtjänst? redovisat regeringens uppdrag att följa upp, analysera och redovisa könsskillnader inom socialtjänstens verksamhetsområde. Rapporten visar bl.a. att den sociala barnvården speglar traditionella föreställningar om kön och familj, framför allt i agerandet gentemot föräldrarna. Fäderna är ofta frånvarande inte bara i barnens liv utan också i den sociala barnvårdens utredningar och bedömningar. Missbrukarvården bygger främst på erfarenheten av arbete med manliga missbrukare. Vidare har frågan om jämställdhet ur ett brukarperspektiv fått mycket liten uppmärksamhet inom socialtjänsten. En enkät till landets kommuner visar att över hälften aldrig gjorde någon analys av vilka effekter olika beslut har för män och kvinnor. Dock hade 60 procent arbetat med att få en jämnare könsfördelning bland personalen. Socialstyrelsen drar bl.a. slutsatsen att i de fall kvinnor och män har olika behov blir insatser som tar hänsyn till detta mer effektiva.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en kartläggning av i vilken mån en persons sexuella läggning kan ha betydelse för bemötandet inom socialtjänsten. Kartläggningen visar att det största problemet är att socialtjänsten i de flesta kontakter utgår från att alla lever ett heterosexuellt liv. Socialstyrelsen planerar att informera samtliga socialnämnder om betydelsen av att uppmärksamma hur homo- och bisexuella personer bemöts inom socialtjänsten.

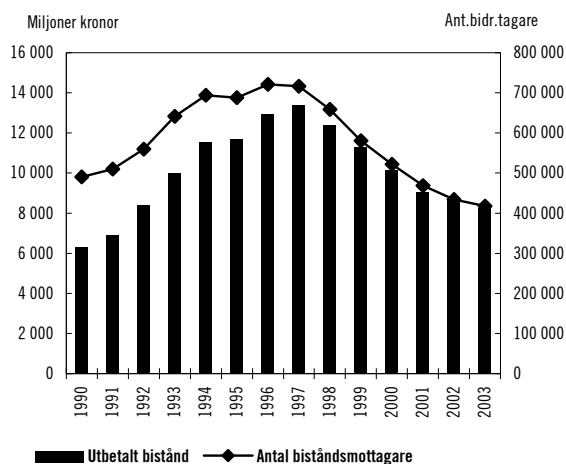
I den kartläggning som Socialstyrelsen gjort tillsammans med Riksförsäkringsverket och Svenska Kommunförbundet av de bidragstagare som är sjuka men som inte får ersättning från sjukförsäkringen, konstateras att andelen hushåll där målgruppen ingår ligger på mellan 15 och 20 procent i riket samt att ungefär en fjärdedel av dessa hushåll får del av rehabiliteringsinsatser.

Under en följd av år har många kommuner med hjälp av statliga projektbidrag utvecklat

öppna vård- och behandlingsformer för ungdomar och personer med missbruksproblem. Medlen har fördelats av länsstyrelserna och följts upp av Socialstyrelsen. Ett omfattande utvecklingsarbete, riktat mot de avsedda målgrupperna, har bedrivits i kommunerna med stöd av utvecklingsmedlen. Olika öppenvårdsmodeller har utvecklats och nyskapande och kvalitetshöjande projekt har prioriterats i bidragsgivningen, men hänsyn har även tagits till behovet av insatser för särskilt utsatta eller underförsörjda målgrupper. Regionala FoU-enheter och högskolor har i ökande utsträckning medverkat i projektverksamheten och länsstyrelserna har genomfört utvärderingar för att mäta effekterna av den bedrivna projektverksamheten.

Utveckling av behovet av ekonomiskt bistånd

Diagram 8.1 Socialbidragsutveckling



Socialtjänstens arbetssätt har stor betydelse för arbetet med ekonomiskt bistånd. En positiv tendens är enligt Socialstyrelsen, att socialtjänsten håller på att utveckla olika insatser för att bryta behovet av ekonomiskt bistånd. Arbetet är mer målgruppsinriktat och stöden utformas utifrån målgruppernas och individernas behov. Samarbete sker med andra aktörer. Ett exempel är det samarbete som pågår på stadsdelsnivå inom ramen för storstadspolitiken.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har i rapporten Social tillsyn 2003 pekat på vissa brister i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Schablonmässiga bedömningar vid handläggningen av ekonomiskt bistånd kan i vissa fall leda till att människor inte alltid får den individuella bedömning som socialtjänstlagen föreskriver. I rapporten påtalas även att barnfamiljer med

mångårigt bidragsberoende och personer med sammansatta psykosociala problem får svårare att få stöd och service.

Under 2003 utbetalades knappt 8,3 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd, inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utländska medborgare. Det är en minskning med cirka fem procent jämfört med 2002 och med drygt en tredjedel uttryckt i fasta priser jämfört med 1997, då kostnaderna var som högst. De minskade kostnaderna kan åtminstone delvis förklaras av införandet av äldreförsörjningsstödet från den 1 januari 2003.

Kostnaderna för 2003, uttryckt i fasta priser, var de lägsta sedan 1991. De län som stod för minskningen var länen i södra Sverige och mest minskade det i Skåne. Länen i norra Sverige (Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten) ökade däremot sina utbetalningar av ekonomiskt bistånd under 2003. Norrbotten stod för den största ökningen.

Totalt fick ca 418 000 personer ekonomiskt bistånd under 2003, vilket utgör 4,7 procent av befolkningen. Mellan 2002 och 2003 minskade antalet med drygt fyra procent.

Ensamstående kvinnor med barn är fortfarande den vanligaste hushållstypen bland biståndshushållen i förhållande till totalbefolkningen. Ungefär 22 procent av alla ensamstående kvinnor med barn fick ekonomiskt bistånd under 2003. Jämfört med 2002 har denna grupp dock minskat med tre procent, vilket är en något större minskning än genomsnittligt för alla hushållstyper.

Drygt 27 procent av biståndsmottagarna som var 18 år eller äldre fick ekonomiskt bistånd under minst tio månader av året och definieras därmed som långvariga biståndsmottagare. Andelen ligger något lägre än 2002. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män.

Antalet barn som levde i ett biståndshushåll 2003 varierar väsentligt inom landet. Ungefär vart fjärde barn i Malmö, drygt vart femte barn i Landskrona och vart sjätte barn i Dorotea levde i ett biståndshushåll 2003. I riket som helhet var motsvarande andel ett av tretton barn. I kommunerna Danderyd, Säter och Vellinge levde färre än en procent av barnen i hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd. Den allra senaste utvecklingen visar emellertid på ett trendbrott i minskningen av kostnaderna för ekonomiskt bistånd. Totalt betalades det ut 4,4 miljarder

kronor under det första halvåret 2004, vilket är en ökning med fem procent jämfört med första halvåret 2003.

I vilken utsträckning flickors och pojkars behov och särskilda situation beaktas i handläggning av ekonomiskt bistånd skiljer sig åt mellan kommunerna. I samband med utredningar om ekonomiskt bistånd har barnperspektivet inte alltid fått genomslag i besluten. Generellt sett kan dock en positiv utveckling skönjas då kommunerna kontinuerligt utvecklar skriftliga riktlinjer för att bättre beakta barnperspektivet vid handläggning av ekonomiskt bistånd.

Den av regeringen tillsatta arbetsgruppen med uppgift att belysa levnadsförhållanden för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer redovisade sitt arbete den 20 augusti. I rapporten Ekonomiskt utsatta barn framgår att det finns en rad olika metodproblem förknippade med att fastställa hur många barn som egentligen är ekonomiskt utsatta, men att svenska barns ekonomiska situation generellt sett är god vid en internationell jämförelse. Barn och ungdomar i ekonomiskt utsatta hushåll har dock en lägre levnadsnivå än andra barn, vilket visar sig både rent materiellt samt i sämre hälsa. Det är framför allt bland ensamstående kvinnor med barn och bland invandrare som andelen ekonomiskt utsatta barn överstiger genomsnittet. Arbetslöshet utan arbetslöshetsersättning är en viktig orsak till barnfamiljernas försörjningsproblem, enligt rapporten. Rapporten visar även att uppskattningsvis mellan 1 500–2 000 barn årligen påverkas av en vräkning.

Barn i utsatta situationer

Socialtjänsten skall utreda och vid behov besluta om och genomföra olika öppenvårdsinsatser och i vissa fall placering utanför det egna hemmet för flickor och pojkar som genom anmälan eller ansökan kommer till socialtjänstens kännedom. Den 1 november 2003 hade ungefär 28 000 barn och unga beslut om minst en behovsprövad öppenvårdsinsats. Av dessa var cirka 55 procent pojkar och 45 procent flickor, en fördelning som inte ändrats under perioden 2000 till 2003. Andelen barn och unga i befolkningen som har öppenvårdsinsats var 13 per 1 000 i befolkningen och har legat på i stort sett samma nivå under perioden 2000 till 2003. Det är vanligast att ha öppenvårdsinsats i åldersgruppen 13–17 år. Under 2003 hade knappt 23 000 barn och unga insatsen kontaktperson/familj någon gång under

året, ungefär 20 000 hade behovsprövat personligt stöd och cirka 5 700 var föremål för strukturerade öppenvårdsprogram. Bland de yngre barnen var kontaktperson/familj den vanligaste öppenvårdsinsatsen medan personligt stöd är vanligast för de äldre ungdomarna, 18–20 år. Av de barn och ungdomar som någon gång under året fått insatser av typen strukturerade öppenvårdsprogram är ungefär 60 procent pojkar och 40 procent flickor, medan skillnaden mellan könen är mindre när det gäller personligt stöd och kontaktperson/familj, där könsfördelningen är cirka 55 procent pojkar och 45 procent flickor.

Den 1 november 2003 var knappt 15 000 barn och unga placerade i heldygnsvård. Under perioden 1994–2003 har ökningen av andelen barn och unga med vård den 1 november varit likartad för såväl SoL-vård som LVU-vård med ett par procents ökning per år. Av dem som berördes av heldygnsvård den 1 november hade 70 procent vård enligt SoL och 30 procent enligt LVU. Ungefär lika många pojkar som flickor hade heldygnsvård.

Den uppåtgående trenden har varit långsam och stabil de senaste tio åren vad gäller andelen barn och unga i befolkningen som hade pågående placering enligt SoL eller LVU per den 1 november. Kommunerna har, enligt Socialstyrelsen, tydligt prioriterat barn- och ungdomsvård i sina ekonomiska satsningar. Utbudet av öppna insatser, såväl behovsprövade öppenvårdsprogram som fritt tillgängliga alternativ, har förstärkts för att möta behov bland barn och unga och deras familjer.

Länsstyrelserna påpekar att det fortfarande är svårt att rekrytera personal till den sociala barn- och ungdomsvården i vissa delar av landet. Många anmälningar leder inte till utredning. Antalet kontakter som tas vid förhandsbedömningen av anmälningar har ökat, vilket ofta leder till att barnets behov inte utreds samtidigt som det finns svårigheter att hålla utredningstiden om fyra månader. Barn som lever i komplicerade vårdnadstvister får inte tillräckligt stöd och socialtjänsten har svårt att skilja på socialtjänstutredning och familjerättsutredning när dessa handläggs parallellt. Positiva tendenser är att flera länsstyrelser uppger att medvetenheten om barnperspektivet har ökat och att det fått en mer framträdande roll i utredningarna. Barn till missbrukare synliggörs i allt högre grad i samband med att föräldrars missbruk utreds.

Våldsutsatta kvinnor

Socialstyrelsen rapporterar att det finns flera indikatorer på att kommunernas arbete kring problematiken mäns våld mot kvinnor utvecklas i positiv riktning. Länsstyrelsernas uppfattning är att det sker en positiv utveckling av kommunernas stöd till kvinnor som utsatts för våld. Det pågår utbildningar och kompetensutveckling för att ge personalen bättre kunskap. I över en tredjedel av länen finns länsövergripande samverkansgrupper, i flera kommuner finns lokala samverkansgrupper och många kommuner har tagit fram strategier och/eller handlingsplaner. Socialstyrelsens uppföljning av det stora fortbildningsuppdraget visar att ett stort antal personer inom socialtjänsten har utbildats och att utbildningen har lett till en ökad kunskap och till konkreta åtgärder. Stödinsatserna varierar dock fortfarande mellan olika kommuner i landet.

Den kartläggning av prostitution som Socialstyrelsen har presenterat 2004 visar bland annat att gatuprostitutionen är mindre omfattande nu än innan sexköpslagstiftningen infördes. Jämfört med Socialstyrelsens förra kartläggning har inga större förändringar skett sedan 1999. Det är betydligt svårare att få en bild av den mer dolda inomhusprostitutionen. Det finns dock uppgifter om olika sammanhang och platser där prostitution förekommer. Internet har de senaste åren blivit en arena för att knyta prostitutionskontakter. Ibland påstås den svenska sexköpslagstiftningen ha lett till att mer av prostitutionen förmedlas via Internet. Socialstyrelsen konstaterar dock att situationen är likadan i andra länder och att den snarare har med den nya informationstekniken i sig att göra.

Insatser för personer med missbruksproblem samt insatser mot hemlöshet

Antalet personer som får någon form av insats för missbruk har under senare år varit relativt konstant, med undantag för en nedgång 2002. Trots en uttalad ambition att erbjuda vård i öppna former på hemmaplan som alternativ till den dyrare institutionsvården har antalet personer som fått vård på institution inte minskat sedan slutet av 1990-talet. Den 1 november 2003 hade omkring 21 000 personer någon form av insats för missbruksproblem, vilket var en ökning med omkring 1 000 personer jämfört med året innan. Drygt 11 000 av dessa fick individuellt behovsprövad öppenvård och omkring 6 200 boende som bistånd. Drygt 3 600 personer

hade insats inom heldygnsvården (institutionsvård eller familjehemsvård), varav nästan 94 procent avsåg frivillig vård och resterande 6 procent tvångsvård. Ökningen avsåg individuellt behovsprövad öppenvård, boende som bistånd samt frivillig institutionsvård, medan däremot tvångsvården minskade med drygt en femtedel. Också familjehemsvården minskade något. Andelen kvinnor och män i missbrukarvården bedöms motsvara andelen kvinnor och män bland missbrukarna.

Mellan 1995 och 2002 minskade kommunerna sina kostnader för missbrukarvården med omkring 20 procent eller drygt en miljard kronor, samtidigt som det tunga missbruket ökade. Läget i vården är dock svårbedömt. En tillfällig nedgång i antalet personer med någon form av behovsprövad insats för sitt missbruk 2002 vändes i en uppgång 2003, vilket innebär att antalet personer med missbruksproblem som får någon form av vårdinsats har varit i stort sett konstant sedan slutet av 1990-talet. Andra uppgifter tyder på att det finns problem som är kopplade till bedömning av insats samt till vårdens innehåll och resultat. Nedgången i LVM-vården under 1990-talet har främst berört personer med ett långvarigt alkoholmissbruk, medan andelen personer med narkotikamissbruk i LVM-vården har ökat.

Socialstyrelsen konstaterade i sin granskning av missbrukarvårdens organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård 2003 (ORION) stora brister i resurser för avgiftning i många kommuner, att uppsökande verksamhet saknades på många håll, att många verksamheter hade höga trösklar vilket försvårade för de mest utsatta att få vård samt att det fanns brister i eftervården. Dessa iakttagelser bekräftas i allt väsentligt av länsstyrelserna, där en majoritet anser att det pågår en negativ utveckling av missbrukarvården. Personer med missbruksproblem hänvisas till öppenvård, oberoende av problem samt att problemen för personer med dubbel diagnos att få vård kvarstår. Länsstyrelserna konstaterar också att brist på bostäder leder till hemlöshet för personer med missbruksproblem. Andra länsstyrelser ser samtidigt en positiv utveckling. Ett område som lyfts fram är en ökad användning av systematiska utrednings- och värderingsinstrument och ett annat är en utveckling av öppenvården, t.ex. lokala beroendemottagningar i samverkan mellan landsting och kommun.

Kommuner, landsting och organisationer har visat stort intresse för att delta i det utvecklingsarbete mot hemlöshet som Socialstyrelsen bedriver under 2002–2004. Inriktningen på de omkring 20 projekt som fått del av det statliga stöd som Socialstyrelsen har fördelat speglar i stort situationen i landet. Målgrupperna omfattar bl.a. stora barnfamiljer med invandrarbakgrund, vräkningshotade hyresgäster och psykiskt sjuka personer med missbruksproblem. Socialtjänststatistiken upptar, förutom insatser för vuxna personer med missbruksproblem, också insatser för övriga vuxna som inte är relaterade till missbruk. Den 1 november 2003 hade drygt 7 000 personer sådant bistånd i form av boende, vilket var en liten ökning jämfört med året innan.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Vård vid särskilda ungdomshem

Väntetiderna för de ungdomar som togs in med stöd av LVU minskade avsevärt under året. Nästan tre fjärdedelar av ungdomarna placerades omgående jämfört med 60 procent föregående år. År 2003 placerades 92 procent inom en vecka, jämfört med 80 procent 2002. Platstillgången var bättre för pojkarna än för flickorna, som i större omfattning fick vänta på plats. 76 procent av pojkarna kunde placeras omgående jämfört med 63 procent 2002. Motsvarande andel för flickorna var 66 procent jämfört med 54 procent 2002.

Det totala antalet platser inom ungdomsvården var relativt oförändrat. Om man ser över året anser SiS att det rådde en god balans mellan utbud och efterfrågan på vård. Beläggningen fluktuerade emellertid kraftigt och i början av året fick ungdomar i större omfattning vänta på plats, medan det under sommaren och större delen av hösten fanns så många lediga platser att så gott som samtliga ungdomar placerades omgående. Närhetsprincipen tillgodosågs i ungefär lika stor omfattning som året dessförinnan. Pojkarna placerades i enlighet med närhetsprincipen i något större omfattning än flickorna.

Den genomsnittliga strafftiden för de intagna med stöd av LSU var 9,7 månader 2003, en ökning från föregående år då den genomsnittliga strafftiden var 9,1 månader. Ett arbete för att utveckla vårdinnehållet för de korttidsdömda pågick under året vid samtliga institutioner med

särskilda platser för sluten ungdomsvård. SiS har utfört en särskild undersökning för att bedöma vilka insatser som LSU-dömda erhållit under verkställigheten. Undersökningen visar att socialtjänsten allt för sällan deltar i den initiala planeringen av vården utan först vid planeringen av utslussningen eller inför frigivningen.

Vård vid LVM-hem

Totalt 56 procent av klienterna placerades för vård i annan form inom tre månader under år 2003, jämfört med 58 procent 2002. Det finns en strävan hos LVM-hemmen att i samarbete med socialtjänsten hitta en lämplig frivillig placering där klienten kan tillgodogöra sig vården. För att uppnå detta krävs ofta att klienten får pröva olika placeringar. Insatserna vid LVM-hemmen består i stor omfattning av enskilda motivations-samtal och planering inför placeringen enligt 27 §.

LVM-hemmen för kvinnor är differentierade sinsemellan och tar emot olika målgrupper. Gemensamt för institutionerna är att de har ett kvinnoperspektiv i behandlingen. Detta innebär bl.a. att vården förutom missbruk inriktas på problem som är specifika för kvinnor som t.ex. ätstörningar, självskadande beteende och somatiska problem.

Andelen klienter med missbruk i kombination med allvarliga psykiska störningar är hög. Diagnostiseringen av klienten när han eller hon är fri från droger är viktig för planeringen av den fortsatta vården. Många klienter har haft tidigare kontakter med psykiatri och SiS strävar efter att koppla in psykiatri på klientens hemort. Vissa institutioner har specialiserat sig på klienter med missbruk och allvarliga psykiska störningar i kombination med utåtagerande beteende. Fyra institutioner tar emot särskilt vårdkrävande män med missbruk och psykiska funktionshinder. Tre institutioner vårdar kvinnor med missbruk och psykiska funktionshinder. På en av dessa institutioner finns en avdelning för kvinnor som bedömts som särskilt vårdkrävande. De psykiskt funktionshindrade missbrukarna är en klientgrupp med mycket svåra problem som lätt faller mellan SiS och landstingens verksamhet. Genom att ha personal med sjukvårdskompetens med psykiatrisk inriktning strävar SiS efter att tillgodose klienternas psykiatriska vårdbehov.

8.6.2 Analys och slutsatser

Stärkt brukarperspektiv

Brukarperspektivet behöver fortsätta att lyftas fram och stärkas. Det är viktigt att stärka brukarperspektivet och brukarinflytandet för att de mest utsatta i samhället skall kunna få ökat inflytande över de sociala tjänster som de är i behov av. Delegationen för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor kommer därför att fortsätta sitt arbete med att stärka brukarinflytandet i genomförandet av den nationella handlingsplanen mot fattigdom och social utestängning. Delegationen avser också att fortsätta uppmuntra och stödja tillskapandet av lokala processer som syftar till social delaktighet, i partnerskap mellan kommuner, myndigheter och organisationer.

Det behövs kunskap om i vilken grad olika samhällsförhållanden bidrar till att öka eller minska behovet av socialtjänstens insatser för kvinnor och män. Det är viktigt även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det handlar också om att aktivt undersöka förekomsten av behov hos flickor och pojkar, kvinnor och män. Socialstyrelsens rapport *Jämställd socialtjänst?* utgör ett värdefullt underlag i arbetet med jämställdhetsintegrering på området, bl.a. inom tillsyn och kunskapsutveckling.

Fortsatt utveckling av den sociala barnvården

Regeringen tillsatte i juni 2003 en parlamentarisk kommitté (dir. 2003:76) om en nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Bakgrunden till utredningen är återkommande rapporter om brister och utvecklingsbehov inom området som lyfts fram under senare år. Kommittén skall genomföra en samlad analys av mål, innehåll, resultat och organisation av den sociala barn- och ungdomsvården och föreslå eventuella förändringar inom dessa områden samt ange hur kompetens och kvalitet skall bibehållas och utvecklas. Uppdraget skall redovisas den 1 juli 2005 och kommer att utgöra ett underlag för en kommande handlingsplan.

För att ytterligare stärka skyddet av flickor och pojkar som vårdas i hem för vård eller boende (HVB) beslutade regeringen den 17 juni 2004 att tillkalla en särskild utredare (dir. 2004:83) med uppdrag att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om obligatorisk registerkontroll av den som man avser an-

ställa vid HVB som tar emot barn eller unga. Uppdraget skall redovisas den 30 juni 2005.

Åtgärder för att minska behovet av ekonomiskt bistånd

Det krävs insatser inom flera områden för att komma tillrätta med de långvariga behoven av ekonomiskt bistånd. Det handlar t.ex. om insatser för förbättrad rehabilitering, för mottagande, introduktion och integration av invandrare och flyktingar samt förbättrade arbetsformer och arbetsmetoder inom såväl arbetsförmedlingen som socialtjänsten för att öka sysselsättningen. Även om en stor del av kostnadsskillnaden för biståndstagandet kan förklaras av strukturella skillnader (t.ex. andel ensamstående kvinnor med barn, andel arbetslösa utan ersättning) har arbetsförmedlingens och socialtjänstens arbets sätt och bedömningar också betydelse. Under 1990-talet utvecklades allt fler aktiveringsprogram på kommunal nivå i syfte att underlätta för socialbidragstagare att få arbete. I dag finns ungefär 800 aktiveringsprogram i Sverige. Det saknas dock systematisk kunskap om i vilken mån dessa program förbättrar deltagarnas chanser till självförsörjning. Regeringen avser att närmare analysera hur samhällets samlade insatser kan utformas och organiseras för att underlätta för personer som får försörjningsstöd att kunna leva ett självständigt liv, varvid eget arbete och självförsörjning är främsta målet.

Det finns även skäl att närmare analysera betydelsen av utestängande mekanismer för personer som får försörjningsstöd, med avseende på deras möjligheter att komma in på arbetsmarknaden. Under 1990-talet har många utrikes födda inte kommit in på arbetsmarknaden vilket ledde till ett ökat behov av ekonomiskt bistånd. En tredjedel av biståndsmottagarna 18–64 år var arbetslösa utan arbetslöshetsersättning någon gång under 2003.

Arbetslöshet utan arbetslöshetsersättning är även en viktig orsak till barnfamiljernas försörjningsproblem. Enligt Integrationsverket kan skillnaderna på arbetsmarknaden till stor del bero på olika former av strukturell diskriminering som ofta är ett resultat av normer, regler, strukturer och förhållningssätt som stänger ute. De utestängande tendenserna gäller både arbetsgivare och olika samhällsinstitutioner.

Mot bakgrund av de brister i handläggningen av ekonomiskt bistånd som framförts av Socialstyrelsen och länsstyrelserna avser regeringen att

noga följa utvecklingen och effekterna av Socialstyrelsens nya allmänna råd rörande ekonomiskt bistånd. Regeringen avser även att se över problematiken som är förknippad med att kommuner gör olika bedömningar när det gäller hur stora inkomster från eget arbete ett barn tillåts ha utan att detta påverkar föräldrarnas rätt till ekonomiskt bistånd för barnet.

I den kartläggning som Socialstyrelsen gjort tillsammans med Riksförsäkringsverket och Svenska Kommunförbundet framgår att andelen bidragshushåll med minst en vuxen person som både är sjuk, arbetslös och saknar ersättning från sjukförsäkringen i genomsnitt uppgår till 15 procent av samtliga bidragshushåll i landet (drygt 35 000 hushåll) samt att individerna i dessa hushåll inte får rehabiliteringsinsatser i tillräcklig utsträckning. Regeringen kommer att noga följa utvecklingen av effekterna av lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting, som trädde i kraft den 1 januari 2004.

Regeringen avser att göra en översyn i syfte att stärka arbetslinjen och underlätta för människor att gå från ekonomiskt bistånd till arbete och att kunna leva ett självständigt liv.

Regeringen avser att se över socialtjänstens möjligheter att förebygga och förhindra vräkningar av barnfamiljer samt se över hur socialtjänsten kan utveckla metoder för att stödja och hjälpa de familjer som ändå utsätts för en vräkning.

Personal- och kompetensförsörjning

Under senare år har individ- och familjeomsorgen haft problem när det gäller att rekrytera och behålla kompetent personal, vilket bland annat framkommit i Socialstyrelsens lägesrapport Individ- och familjeomsorg, 2003. Högskoleverkets översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet. Flera delprojekt som Socialstyrelsen bedrivit inom ramen för uppdraget om nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten syftar också till att utveckla bl.a. kompetensbeskrivningar, organisation och ledarskap inom socialtjänsten, vilket på sikt bör medverka till att möjligheterna att rekrytera kompetent personal stärks. Också insatser för att höja kvaliteten i vården och att utarbeta nationella riktlinjer, så som sker inom bland annat missbruksområdet,

kommer enligt regeringens bedömning ha positiv inverkan på arbetsmiljön och personalför-sörjningen i socialtjänsten. Det är därför viktigt att utvecklingsarbetet fortsätter.

Fortsatta insatser mot prostitution och mäns våld mot kvinnor

Insatser för att bekämpa hot och våld mot kvinnor måste kontinuerligt utvecklas och förstärkas. Den webbplats som har utvecklats inom ramen för myndighetssamverkan för kvinnofrid har en viktig funktion att fylla vad gäller det fortsatta samarbetet och spridning av goda exempel. Enligt regeringens bedömning behövs ytterligare fokus på, och insatser för, kvinnor som är dubbelt utsatta, till exempel kvinnor med missbruksproblem och kvinnor med funktionshinder. Den utvärdering som görs 2004 av de myndighetsuppdrag som gavs i samband med Kvinnofridsreformen kommer enligt regeringens bedömning utgöra ett viktigt underlag för fortsatta överväganden om åtgärder för att ytterligare stärka insatserna för utsatta kvinnor. Det gäller bland annat frågan hur kommunernas arbete mot mäns våld mot kvinnor kan stimuleras och intensifieras. Regeringen ser det som angeläget att säkerställa att våldsutsatta kvinnor får det stöd som de behöver. En utredning kommer att föreslå hur en ombildning av Rikskvinnocentrum till ett nationellt institut skall ske. Utredningens resultat kommer också att ligga till grund för beslut om hur en nationell kristelefon för utsatta kvinnor kan organiseras och finansieras.

Behov av fortsatta insatser mot missbruk och hemlöshet

I stort sett samstämmiga uppgifter pekar på svårigheter för människor med omfattande sociala problem att få den vård, omsorg eller stöd de behöver för att kunna leva ett drägligt liv. Under en rad av år har det kommit uppgifter om brister i missbrukarvårdens dimensionering. Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport 2003 att gapet mellan behov och resurser växer. I studien Narkomanvård på lika villkor? konstaterade Socialstyrelsen att det förekommer stora lokala variationer vid bedömningen av val av insats och att det är svårt att förutse vilka insatser som ges. LVM-utredningen konstaterade i sitt slutbetänkande Tvång och förändring (SOU 2004:3) att analyser av samhällets samlade insatser mot missbruk måste utgå ifrån en helhetsbild

som innefattar socialtjänstens, SiS, kriminalvårdens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på området, eftersom det i hög grad är samma klienter som rör sig mellan missbrukarvårdens olika huvudmän och kriminalvården. LVM-utredningen konstaterade också att ekonomiska överväganden har betydelse för valet av vårdform, men att förväntningar på vad vården ska ge också spelar en viktig roll. Utredningen pekade på vikten av ökad samverkan mellan socialtjänsten och SiS, samt på betydelsen av en sammanhållen vårdkedja och eftervårdsinsatser.

Socialstyrelsen och Mobilisering mot narkotika har mot den bakgrunden en fortsatt viktig uppgift att i samarbete med kommuner och organisationer arbeta för att få till stånd en utveckling av insatser anpassade för olika personers skilda behov, och en förbättrad tillgänglighet, effektivitet och kvalitet i vården. Också Socialstyrelsens utvecklingsarbete mot hemlöshet är väsentligt i det sammanhanget, eftersom problem med hemlöshet och missbruk ofta har täta samband. I en nationell kartläggning av personer som genomgår behandling den 1 april 2003 rapporterades drygt 11 procent som hemlösa. Personer med missbruksproblem och deras familjer har inte sällan stora svårigheter att få en bostad efter behandling, vilket i många fall kan försvåra den pågående rehabiliteringen. Hyresvärdar ställer generellt allt högre krav på tilltänkta hyresgäster, och det finns fastighetsägare som inte godkänner ekonomiskt bistånd som inkomst. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2003 har en tredjedel av kommunerna svårigheter att få fram bostäder till bostadslösa. Det är angeläget att utveckla samverkansformer mellan olika huvudmän för att hitta nya och effektiva behandlings- och stödformer för personer med omfattande och sammansatta sociala problem. Möjligheten till samverkan i gemensam nämnd bör enligt regeringens bedömning kunna få betydligt större tillämpning än vad den har i dag.

Ett kontrakt för livet

Enligt regeringens bedömning är missbrukarvården, utöver de utvecklingsinsatser som här har redovisats, i behov av ett medelstillskott för att komma tillrätta med sektorns problem. Satsningen "Ett kontrakt för livet" syftar till att förstärka missbrukarvården och skapa bättre förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. Ett särskilt statsbidrag inrättas där-

för för att stimulera en utbyggnad av missbrukarvården och därmed möjliggöra för flera missbrukare att genom kvalificerade vårdinsatser få sina ökade men hittills eftersatta vårdbehov tillgodosedda. En del av bidraget skall i enlighet med förslag från LVM-utredningen användas för att stimulera samarbetet mellan SiS och hemkommunen i form av bostad, sysselsättning och psykosocialt stöd. ”Ett kontrakt för livet” innefattar också ett riktat bidrag till kommunerna samt en narkotikasatsning inom kriminalvården. Satsningen skall utformas så att det förstärker vårdkedjans alla delar, från uppsökande verksamhet, avgiftning och institutionsvård till boende, stöd i boende och en meningsfull sysselsättning. Hemlöshet rymmer många och komplicerade dimensioner. Det är därför angeläget att fortsätta det utvecklingsarbetet som Socialstyrelsen har bedrivit på regeringens uppdrag.

Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård

Utvecklingen inom den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården är svårbedömd. Det är angeläget med fortsatta insatser för att höja kvaliteten i vården och samverkan mellan huvudmännen.

SiS skall snabbt kunna erbjuda individuellt anpassad vård av hög kvalitet. För att ytterligare kunna höja kvaliteten på den vård som SiS erbjuder och därmed förbättra resultatet av denna vård krävs bl.a. att vårdkedjan både inom och utanför SiS effektiviseras. Särskilt gäller detta inom missbrukarvården.

Den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården skall i ökad utsträckning utgå från kunskap och beprövad erfarenhet. Det ställer krav på bl.a. SiS styrning av verksamheten, på kompetens- och metodutveckling samt på utveckling av mått för mål- och resultatbedömning inom vården. Hit hör även det forsknings- och utvecklingsarbete som SiS bedriver.

8.7 Revisionens iakttagelser

Riksdagens revisorers granskning (2002/03:RR9) av SiS har behandlats av Socialutskottet (2002/03:SoU13). Frågorna om att SiS övergripande ansvar för behandlingen vid institutionerna bör förtydligas, SiS möjligheter att inhämta personuppgifter från andra myndigheter i uppföljningssyfte samt hur tillsynen av SiS kan

göras organisatoriskt och ekonomiskt oberoende av SiS kvarstår och bereds i Regeringskansliet. Detsamma gäller vissa frågor om tillsyn av hem för vård eller boende från Riksrevisionsverkets granskning (RRV 2002:6).

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för 2003 avseende SiS verksamhet.

8.8 Budgetförslag

8.8.1 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 8.2 Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

År	Slags	Belopp	Slags	Belopp
2003	Utfall	84 284	Anslags-sparande	14 046
2004	Anslag	72 378 ¹	Utgifts-prognos	85 017
2005	Förslag	216 878		
2006	Beräknat	264 878		
2007	Beräknat	414 878		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

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. Från och med 2004 tillfördes anslaget 9 miljoner kronor för ytterligare stöd till kvinno- och mansjourer. Anslaget omfattade t.o.m. 2004 även medel för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter 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.

Regeringens överväganden

Under ett antal år har länsstyrelserna fördelat medel till kommunerna för att utveckla ung-

doms- och missbrukarvården i syfte att åstadkomma balans mellan öppenvård och institutionsvård i kommunerna. År 2004 fördelades 15 miljoner kronor. Socialstyrelsen följer i nära samarbete med länsstyrelserna upp hur medlen fördelas och regeringen anser att medlen bidragit till positiv utveckling och samverkan inom området. För 2005 avsätts 15 miljoner kronor för detta ändamål.

Därutöver har Socialstyrelsen ett särskilt regeringsuppdrag för att genom Institutet för metodutveckling i socialt arbete, IMS ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. Vidare har SiS regeringens uppdrag att pröva en förstärkt vårdkedja inom missbrukarvården. För denna verksamhet har tillförts 7 miljoner kronor under 2004.

För att finansiera missbrukarvårdssatsningen "Ett kontrakt för livet" föreslås anslaget ökas med 150 miljoner kronor för 2005. Under 2006 och 2007 tillförs anslaget 200 miljoner kronor respektive 350 miljoner kronor.

Dessutom avsetts medel för en narkotikasatsning inom kriminalvården 2005–2007. På anslag 6:4 *Kriminalvården* avsätts 30 miljoner kronor 2005. Under 2006 och 2007 avsätts 40 miljoner kronor respektive 50 miljoner kronor.

Socialstyrelsen följer upp stödet till organisationer inom det sociala området och lämnar årligen en samlad redovisning till regeringen om statsbidragets användning i förhållande till bidragets syfte och de mål som angivits i myndighetens regleringsbrev. Socialstyrelsen konstaterar att statsbidraget i huvudsak har använts enligt intentionerna att förstärka och komplettera de samhällseliga insatserna.

Under 2005 tillförs anslaget 2 miljoner kronor engångsvis för kunskapsutveckling om internationella adoptioner (prop. 2003/04:131).

De anslagsposter som avser medel för att motverka sexuell exploatering av barn och insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter disponeras i huvudsak inom politikområde 15 Barnpolitik. Därför överförs 7 500 000 kronor till anslaget 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige*.

Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	72 378	72 378	72 378
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	152 000	200 000	350 000
Överföring till/från andra anslag	-7 500	-7 500	-7 500
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	216 878	264 878	414 878

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 216 878 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 264 878 000 kronor respektive 414 878 000 kronor.

8.8.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tabell 8.4 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	753 468		Anslags-sparande	-26 434
2004	Anslag	743 479 ¹		Utgifts-prognos	733 305
2005	Förslag	754 724			
2006	Beräknat	749 199 ²			
2007	Beräknat	758 342 ³			

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

² Motsvarar 754 724 tkr i 2005 års prisnivå.

³ Motsvarar 754 724 tkr i 2005 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 999 miljoner kronor för 2004 och 1 025 miljoner kronor för 2005.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att SiS under 2005 skall ha möjlighet att kunna göra ekonomiska åtaganden om högst 18 miljoner kronor.

Tabell 8.5 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
Utestående åtaganden vid årets början	250	512	1 212		
Nya åtaganden	512	3 500	4 000		
Infriade åtaganden	-250	-2 800	-3 000	-3 000	-4 000
Utestående åtaganden vid årets slut	512	1 212	2 212	-1 000	-1 212
Erhållet/föreslaget bemyndigande	18 000	18 000	18 000	18 000	18 000

Regeringens överväganden

Under sommaren och hösten 2003 upplevde SiS för första gången en vikande efterfrågan på platser inom ungdomsvården samtidigt som placeringarna fortsatte att minska inom missbrukarvården. Resultatet blev ett oväntat intäktsbortfall. För att återställa den ekonomiska balansen inleddes ett omfattande besparingsprogram vilket kommer att fortsätta under 2004. SiS anslagsutfall var ca 753 miljoner kronor under 2003 att jämföra med ca 679 miljoner kronor 2002. Detta innebar en ökning med 11 procent. Den relativt kraftiga ökningen berodde på en kombination av ökade utgifter och en minskad volym vård dygn. Utgifterna ökade med sex procent och vårdinkomsterna bara med tre procent. Antalet fakturerade vård dygn minskade med 5 procent. Anslagsutfallet på 753 miljoner kronor innebar att SiS var tvungen att utnyttja 26 miljoner kronor av anslagskrediten, vilken höjdes under året till 30 miljoner kronor.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS, har på regeringens uppdrag låtit utvärdera den forskning om vård av unga och vård av missbrukare som finansierats av SiS under perioden 1994–2002. När det gäller inriktningen av forskningen pekar utvärderarna på några teman som inte tillräckligt belysts inom den SiS-stödda forskningen, bl.a. forskning om SiS-institutionerna som organisationer, där institutionernas uppgifter och arbetssätt belyses och undersökningar av effekterna av de insatser som gjorts i förhållande till målgrupperna. Den forskning som SiS-stödet har resulterat i är av växlande kvalitet. Utvärderarna reser frågan om kvalitetssäkring, antingen från SiS sida eller inom de miljöer där forskningen producerats. Utvärderarna menar också att en större del av forskningen borde publiceras på engelska. Regeringen bedömer att utvärderingen lägger god grund för en fortsatt hantering och utveckling av SiS forskning.

SiS finansieras dels med ett anslag på statsbudgeten och dels med intäkter av vårdavgifter. Sluten ungdomsvård finansieras helt med anslag. Efterfrågan på den vård som erbjuds av SiS har visat sig mycket svårbedömd. Under det senaste året har efterfrågan på ungdomsvård fluktuerat medan efterfrågan på sluten ungdomsvård ökat och efterfrågan på missbrukarvård fortsatt att minska. För att göra det möjligt för SiS att använda sina resurser effektivt anser regeringen

att myndigheten måste ha möjlighet att styra om resurser mellan de olika verksamhetsgrenarna under olika tidsperioder. Vid SiS bildande diskuterades principer (prop. 1992/93:61) för fastställande av vårdavgifter inom de olika verksamhetsgrenarna. Enligt regeringen bör SiS fortsättningsvis ta ett finansiellt helhetsansvar när det gäller relationen mellan anslag och avgifter.

När den straffrättsliga påföljden sluten ungdomsvård trädde i kraft den 1 januari 1999 inrättades tio vårdplatser. Påföljden har emellertid fått betydligt större tillämpning än vad som förutsågs då lagen trädde i kraft. SiS bedömer fr.o.m. 2005 ett behov av 100 årsplatser i sluten ungdomsvård.

Tabell 8.6 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	743 479	743 479	743 479
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	9 245	3 734	12 853
Beslut	2 000	1 985	2 010
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	754 724	749 199	758 342

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 754 724 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 749 199 000 kronor respektive 758 342 000 kronor.

8.8.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tabell 8.7 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	11 028	Anslags-sparande	39
2004	Anslag	10 000 ¹	Utgifts-prognos	9 855
2005	Förslag	10 000		
2006	Beräknat	10 000		
2007	Beräknat	10 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag bedrivit ett utvecklingsarbete mot hemlöshet 2002-2004. För ändamålet har Socialstyrelsen disponerat sammanlagt 30 miljoner kronor. Uppdraget skall slutredovisas under 2005.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har med sitt uppdrag fullföljt och vidareutvecklat det utvecklingsarbete som Hemlöshetskommittén initierade 1998-2001. Kommuner, landsting och organisationer har visat stort intresse att medverka i arbetet. Ett 20-tal projekt med skilda inriktningar och

målgrupper har initierats under projektiden. Regeringen bedömer att utvecklingsmedlen har haft stor betydelse för att lyfta fram de problem som är förenade med hemlöshet, både för individen och för samhället, och för att pröva nya metoder för att på sikt komma tillrätta med hemlösheten. Regeringen föreslår därför att 30 miljoner kronor satsas på fortsatta utvecklingsinsatser under 2005-2007.

Tabell 8.8 Härledning av anslagsnivån 2005-2007, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

	2005	2006	2007
Anvisat 2004¹	10 000	10 000	10 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	10 000	10 000	10 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa*. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 10 000 000 kronor respektive år.

9 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

9.1 Budgetförslag⁶

9.1.1 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 9.1 Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2003	Utfall	22 228	Anslags-sparande	221
2004	Anslag	22 851 ¹	Utgifts-prognos	22 651
2005	Förslag	23 150		
2006	Beräknat	23 381 ²		
2007	Beräknat	23 781 ³		

¹ Inklusive av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

² Motsvarar 23 150 tkr i 2005 års prisnivå

³ Motsvarar 23 150 tkr i 2005 års prisnivå

Ändamålet med anslaget är att finansiera administrationen för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Tyngdpunkten i kansliets arbete ligger på förberedelser och organisation av bedömning och urval av forskningsansökningar, forskningsinformation samt strategi och analys.

Regeringens överväganden

År 2003 var rådets tredje verksamhetsår efter myndighetens bildande år 2001. Regeringen bedömer att fusionen av de två tidigare myndigheterna Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) och Rådet för arbetslivsforskning (RALF) har genomförts på ett bra sätt och rådets kansli och administrativa verksamhet bedöms fungera väl. Under 2003 användes rådet för första gången ett elektroniskt ansökningsystem. Under ansökningsperioderna kan forskarsamhället skicka in projektskisser och projektansökningar via Internet när som helst under dygnets 24 timmar. Rådet planerar att tillföra systemet nya funktioner och uppgifter successivt.

Tabell 9.2 Härledning av anslagsnivån 2005-2007, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	22 851	22 851	22 851
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- & löneomräkning ²	299	530	930
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 150	23 381	23 781

¹ Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

⁶ Verksamhetsdel med resultatbedömning m.m. återfinns under utgiftsområde 16 Forskningspolitik.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 150 000 kronor anvisas år 2005 under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2006 och 2007 beräknas anslaget till 23 381 000 kronor respektive 23 781 000 kronor.

9.1.2 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 9.3 Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusentals kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	Utfall	277 539	8 343	
2004	Anslag	288 376 ¹		291 407
2005	Förslag	291 231		
2006	Beräknat	294 156 ²		
2007	Beräknat	299 210 ³		

¹ Inklusivt av riksdagen beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2005

² Motsvarar 291 231 tkr i 2005 års prisnivå

³ Motsvarar 291 231 tkr i 2005 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.

I syftet att förbättra kunskapsläget vad gäller vilka åtgärder som kan minska sjukfrånvaron i arbetslivet disponerar FAS under år 2004 10 miljoner kronor från anslag 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.*

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansierar strävar framförallt efter resultat på lång sikt och stöd ges därför oftast i form av fleråriga projekt. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande för 2005 om 633 000 000 kr.

Tabell 9.4 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007–
Utestående förpliktelser	545 000	492 000	565 000		
Nya förpliktelser	225 000	346 000	353 000		
Infriade förpliktelser*	278 000	273 000	285 000	300 000	333 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	492 000	565 000	633 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	600 000	640 000	633 000		

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

FAS är ett sektorsforskningsråd som tillkommit för att möta de särskilda kunskapsbehov som finns inom välfärds- och arbetslivsområdena. Rådet skall fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet, men man skall även ta egna strategiska initiativ inom områden där särskilda behov föreligger. Under 2004 har styrelsen beslutat om strategiska programsatsningar inom områdena interventionsforskning, arbetsutbud och arbetskraftsförsörjning, barns levnadsvillkor, samt arbetsorganisation. Regeringen menar att rådets strategiska satsningar är av stor vikt eftersom rådet därigenom kan stödja områden som är underutvecklade eller underfinansierade.

Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2005-2007, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

	2005	2006	2007
Anvisat 2004 ¹	288 376	288 376	288 376
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris & löneomräkning ²	2 855	5 780	10 834
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	291 231	294 156	299 210

¹ Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2004 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 291 231 000 kronor anvisas år 2005 under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För åren 2006 och 2007 beräknas anslaget till 294 156 000 kronor respektive 299 210 000 kronor.