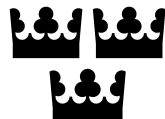


# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statsbudget för 2001

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	9
2	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	11
2.1	Omfattning.....	11
2.2	Utgiftsutveckling .....	11
3	Politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik.....	13
3.1	Omfattning.....	13
3.2	Utgiftsutveckling .....	13
3.3	Mål.....	13
3.4	Politikens inriktning .....	14
3.5	Resultatbedömning .....	15
3.5.1	Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras och patientens ställning stärkas .....	15
3.5.2	Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv	19
3.5.3	En god tandhälsa skall upprätthållas .....	26
3.5.4	Vården och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras.....	29
3.6	Budgetförslag.....	32
3.6.1	13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.....	32
3.6.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen .....	33
3.6.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	35
3.6.4	13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.....	36
3.6.5	13:5 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	37
3.6.6	13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall.....	38
3.6.7	13:7 Socialstyrelsen .....	39
3.7	Övrig verksamhet .....	42
3.7.1	Läkemedelsverket .....	42
3.7.2	Apoteket AB.....	43
4	Politikområde Folkhälsopolitik .....	45
4.1	Omfattning.....	45
4.2	Utgiftsutveckling .....	46
4.3	Mål.....	47
4.4	Politikens inriktning .....	47
4.5	Insatser.....	48
4.5.1	Statliga insatser inom politikområdet .....	48

4.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	51
4.6	Resultatbedömning.....	51
4.6.1	Resultat.....	52
4.6.2	Analys och slutsatser.....	53
4.7	Budgetförslag.....	55
4.7.1	14:1 Insatser mot aids.....	55
4.7.2	14:2 Bidrag till WHO.....	56
4.7.3	14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan.....	56
4.7.4	14:4 Folkhälsoinstitutet.....	57
4.7.5	14:5 Smittskyddsinstitutet.....	58
4.8	14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	60
4.8.1	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	61
4.8.2	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	61
4.8.3	14:9 Alkoholinspektionen.....	62
4.8.4	14:10 Alkoholsortimentsnämnden.....	63
4.9	Övrig statlig verksamhet.....	63
5	Politikområde Barnpolitik.....	65
5.1	Omfattning.....	65
5.2	Utgiftsutveckling.....	65
5.3	Mål.....	66
5.4	Politikens inriktning.....	66
5.5	Insatser.....	66
5.5.1	Statliga insatser inom politikområdet.....	66
5.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	67
5.6	Resultatbedömning.....	67
5.6.1	Resultat.....	68
5.6.2	Analys och slutsatser.....	68
5.7	Budgetförslag.....	69
5.7.1	15:1 Barnombudsmannen.....	69
5.7.2	15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.....	69
6	Politikområde Handikappolitik.....	71
6.1	Omfattning.....	71
6.2	Utgiftsutveckling.....	72
6.3	Mål.....	72
6.4	Politikens inriktning.....	72
6.5	Insatser.....	73
6.5.1	Statliga insatser inom politikområdet.....	74
6.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	76
6.6	Resultatbedömning.....	76
6.6.1	Resultat.....	76
6.6.2	Analys och slutsatser.....	78
6.7	Budgetförslag.....	79
6.7.1	16:1 Personligt ombud.....	79
6.7.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	80
6.7.3	16:3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.....	80
6.7.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	82
6.7.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	83
6.7.6	16:6 Alternativ telefoni.....	83
6.7.7	16:7 Bilstöd till handikappade.....	84

6.7.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning .....	84
6.7.9	16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd .....	85
6.7.10	16:10 Handikappombudsmannen .....	86
7	Politikområde Äldrepolitik .....	87
7.1	Omfattning .....	87
7.2	Utgiftsutveckling .....	87
7.3	Mål .....	88
7.4	Politikens inriktning .....	88
7.5	Insatser .....	88
7.5.1	Statliga insatser inom politikområdet .....	88
7.5.2	Insatser utanför politikområdet .....	88
7.6	Resultatbedömning .....	89
7.7	Resultat .....	89
7.7.1	Analys och slutsatser .....	91
7.8	Budgetförslag .....	92
7.8.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	92
8	Politikområde Socialtjänstpolitik .....	95
8.1	Omfattning .....	95
8.2	Utgiftsutveckling .....	95
8.3	Mål .....	96
8.4	Politikens inriktning .....	96
8.5	Insatser .....	96
8.5.1	Statliga insatser inom politikområdet .....	96
8.5.2	Insatser utanför politikområdet .....	98
8.6	Resultatbedömning .....	98
8.6.1	Resultat .....	98
8.6.2	Analys och slutsatser .....	99
8.7	Budgetförslag .....	102
8.7.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	102
8.7.2	18:2 Statens institutionsstyrelse .....	103
8.7.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa .....	104
9	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning .....	105
9.1	Budgetförslag .....	105
9.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning .....	105
9.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning .....	105

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	10
2.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet.....	11
3.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet .....	13
3.2 Kostnaderna för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, miljoner kronor.....	21
3.3 Läkemedelskostnad (per invånare och könsuppdelat) per landsting 1999.....	22
3.4 Läkemedelskostnaden i öppen vård fördelad på läkemedelsförmån resp. egenavgift 1998 och 1999, miljarder kronor.....	23
3.5 Vårdtillfällen och antal inskrivna i psykiatrisk tvångsvård 1993–1998.....	30
3.6 Anslagsutveckling 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.....	32
3.7 Beräknad fördelning på anslagposter .....	32
3.8 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen .....	33
3.9 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård .....	35
3.10 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.....	36
3.11 Beräkning av anslaget för 2001.....	36
3.12 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	37
3.13 Beräkning av anslaget för 2001.....	37
3.14 Anslagsutveckling 13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall.....	38
3.15 Anslagsutveckling 13:7 Socialstyrelsen.....	39
3.16 Offentligrättslig verksamhet .....	39
3.17 Uppdragsverksamhet .....	39
3.18 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser.....	40
3.19 Beräkning av anslaget för 2001.....	42
3.20 Offentligrättslig verksamhet .....	43
3.21 Uppdragsverksamhet .....	43
3.22 Ekonomisk översikt .....	44
4.1 Utgiftsutvecklingen inom politikområdet .....	46
4:2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids.....	55
4.3 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO.....	56
4.4 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan.....	56
4.5 Anslagsutveckling 14:4 Folkhälsoinstitutet .....	57
4.6 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser.....	58
4.7 Beräkning av anslaget för 2001.....	58
4.8 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet .....	58
4.9 Uppdragsverksamhet .....	59
4.10 Beräkning av anslaget för 2001.....	60
4.11 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin .....	60
4.12 Beräkning av anslaget för 2001.....	60
4.13 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	61
4.14 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder .....	61
4.15 Anslagsutveckling 14:9 Alkoholinspektionen.....	62

4.16	Beräkning av anslaget för 2001 .....	63
4.17	Anslagsutveckling 14:10 Alkoholsortimentsnämnden .....	63
4.18	Ekonomisk översikt för de fem senaste åren.....	64
5.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	65
5.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen.....	69
5.3	Beräkning av anslaget för 2001 .....	69
5.4	Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor....	69
5.5	Beräkning av anslaget för 2001 .....	70
6.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	72
6.2	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	79
6.3	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	80
6.5	Anslagsutveckling 16:4 Statsbidrag till vårdtjänst m.m. ....	80
6.6	Beräkning av anslaget för 2001 .....	81
6.5	Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser .....	81
6.7	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder .....	82
6.8	Beräkning av anslaget för 2001 .....	82
6.9	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer .....	83
6.10	Anslagsutveckling 16:6 Alternativ telefoni.....	83
6.11	Beräkning av anslaget för 2001 .....	84
6.12	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade.....	84
6.13	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	84
6.14	Beräkning av anslaget för 2001 .....	85
6.15	Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	85
6.16	Beräkning av anslaget för 2001 .....	86
6.17	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen.....	86
6.18	Beräkning av anslaget för 2001 .....	86
7.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	87
7.2	Antalet äldre totalt som erhållit hjälp av kommunens äldreomsorg under åren 1994–1999 .....	89
7.3	Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	92
8.1	Utgiftsutvecklingen inom politikområdet.....	95
8.2	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	102
8.3	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	103
8.4	Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser .....	103
8.5	Beräkning av anslaget för 2001 .....	104
8.6	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	104
9.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	105
9.2	Beräkning av anslaget för 2001 .....	105
9.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning .....	105
9.4	Beräkning av anslaget för 2001 .....	106
9.5	Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser .....	106

## Diagramförteckning

---

3.1	Effekter av höjning av högkostandsskyddet på läkemedelskonsumtionen i olika ålderskategorier .....	23
3.2	Andel frikort i olika åldersgrupper och könsuppdelat .....	23
3.3	Frikort fördelade med avseende på giltighetsstid .....	24
3.4	Månadsvis försäljning av Viagra och Xenical under perioden januari 1999 – juli 2000, .....	24
3.5	Andelen kariesfria barn.....	28



# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. godkänner de föreslagna målen för *Hälso- och sjukvårdspolitiken* (avsnitt 3.3), *Folkhälsopolitiken* (avsnitt 4.3), *Barnpolitiken* (avsnitt 5.3), *Handikappolitiken* (avsnitt 6.3), *Äldrepolitiken* (avsnitt 7.3) och *Socialtjänstpolitiken* (avsnitt 8.3) samt att följande mål för utgiftsområdet upphör att gälla: Att trygga en god hälsa och goda levnadsvillkor och se till att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodose den enskilde individens behov av vård, omsorg, stöd och service.
2. bemyndigar regeringen att under 2001, i fråga om ramanslaget 13:7 *Socialstyrelsen*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 20 000 000 kronor efter 2001,
3. bemyndigar regeringen att under 2001, i fråga om ramanslaget 14:4 *Folkhälsoinstitutet*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 50 000 000 miljoner kronor efter 2001,
4. bemyndigar regeringen att under 2001, i fråga om ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till vårdartjänst m.m.*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 60 000 000 kronor efter 2001,
5. bemyndigar regeringen att under 2001, i fråga om ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 18 000 000 kronor efter 2001,
6. bemyndigar regeringen att under 2001, i fråga om ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden innebär utgifter på högst 460 000 000 kronor efter 2001,
7. för budgetåret 2001 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.	ramanslag	2 242 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen	ramanslag	16 137 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	962 087
13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	ramanslag	36 165
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	23 407
13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall	ramanslag	78 000
13:7 Socialstyrelsen	ramanslag	476 577
14:1 Insatser mot aids	ramanslag	65 622
14:2 Bidrag till WHO	ramanslag	8 000
14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	ramanslag	16 896
14:4 Folkhälsoinstitutet	ramanslag	120 275
14:5 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	152 869
14:6 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	13 249
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	ramanslag	53 554
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	77 500
14:9 Alkoholinspektionen	ramanslag	7 650
14:10 Alkoholsortimentsnämnden	ramanslag	401
15:1 Barnombudsmannen	ramanslag	8 565
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	6 980
16:1 Personligt ombud	ramanslag	60 000
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	reservationsanslag	277 000
16:3 Statsbidrag till vårdtjänst m.m.	ramanslag	172 470
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	anslag	79 394
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	anslag	157 248
16:6 Alternativ telefoni	ramanslag	21 476
16:7 Bilstöd till handikappade	ramanslag	227 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	ramanslag	6 640 000
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	ramanslag	20 781
16:10 Handikappombudsmannen	ramanslag	15 247
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	251 946
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	ramanslag	88 378
18:2 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	604 233
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	reservationsanslag	10 000
26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	ramanslag	24 212
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	ramanslag	237 443
<b>Summa</b>		<b>29 373 625</b>

## 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** Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet

*Miljoner kronor*

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
Hälsa- och sjukvårdspolitik	17 665,4	19 792,2	20 389,3	<b>19 955,2</b>	20 023,5	20 379,3
Folkhälsopolitik	475,8	481,5	472,3	<b>516,0</b>	566,2	608,4
Barnpolitik	13,7	15,1	16,0	<b>15,5</b>	15,9	16,2
Handikappolitik	5 398,6	6 096,3	6 322,9	<b>7 670,6</b>	8 594,4	9 752,9
Äldrepolitik	208,9	259,0	280,1	<b>251,9</b>	112,9	112,9
Socialtjänstpolitik	551,7	728,2	650,1	<b>702,6</b>	715,5	729,3
Bostadspolitik <sup>2</sup>	102,4	0,0	230,0			
Forskningspolitik <sup>3</sup>	101,4	115,9	127,8	<b>261,7</b>	280,7	296,8
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>24 518,0</b>	<b>27 488,2</b>	<b>28 488,4</b>	<b>29 373,6</b>	<b>30 309,2</b>	<b>31 895,9</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

<sup>2</sup> Politikområdet ligger under utgiftsområde 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande.

<sup>3</sup> Politikområdet ligger under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.



## 3 Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik

### 3.1 Omfattning

Politikområdet 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 omfattar tandvårdsstödet, ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, läkemedelsförmånen, bidrag till hälso- och sjukvård, ersättning till steriliserade i vissa fall samt myndigheterna Hälso och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Socialstyrelsen och Läkemedelverket samt det statligt ägda bolaget Apoteket AB.

### 3.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 3.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

*Milljoner kronor*

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
13:1 Sjukvårdsförmåner	1 909,4	1 998,0	2 098,0	<b>2 242,0</b>	2 384,0	2 728,0
13:2 Bidrag till läkemedelsförmånen	14 212,0	16 137,0	16 603,0	<b>16 137,0</b>	16 137,0	16 137,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	987,3	980,2	983,0	<b>962,1</b>	982,1	982,1
13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	33,0	35,7	36,5	<b>36,2</b>	36,9	37,7
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	22,5	19,1	23,5	<b>23,4</b>	23,9	24,4
13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall	57,4	191,5	208,9	<b>78,0</b>	–	–
13:7 Socialstyrelsen	430,7	429,1	427,9	<b>476,6</b>	459,6	470,0
Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar	1,6	1,6	1,6			
Bidrag till psykiatriområdet	11,4	–	6,8			
<b>Totalt för Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>17 665,4</b>	<b>19 792,2</b>	<b>20 389,3</b>	<b>19 955,2</b>	<b>20 023,5</b>	<b>20 379,3</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

### 3.3 Mål

**Regeringens förslag:** Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Målen för hälso- och sjukvårdspolitikerna som angavs i budgetpropositionen för 2000 var:

- Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras.
- Patientens ställning skall stärkas.
- Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv.
- En god tandhälsa skall upprätthållas.
- Vården av och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras.

### 3.4 Politikens inriktning

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

Samtidigt finns stora utmaningar, både finansiella och strukturella, för hälso- och sjukvården. Det finns ett behov av att ytterligare öka tillgängligheten och kvaliteten i vården samt att minska trycket på vårdpersonalen. Dessutom ställer den snabba medicinska och medicinsktekniska utvecklingen, i kombination med medborgarnas krav på bästa möjliga vård, krav på att hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning utvecklas och att nya arbetssätt med en mångfald av vårdgivare och driftsformer uppmuntras.

Regeringen föreslår att målet för politikområdet hälso- och sjukvård skall vara att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. I arbetet med att uppnå detta mål är det viktigt att de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård upprätthålls. Hälso- och sjukvården skall även i framtiden ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Dessutom skall människor ha möjlighet att påverka och vara delaktiga i vården. Mot bakgrund av den ökande etniska och kulturella mångfalden i samhället krävs vidare att hälso- och sjukvården beaktar ett integrationsperspektiv.

Regeringen avser att förstärka hälso- och sjukvårdens resurser med sammanlagt 9 miljarder kronor under åren 2001–2004. Regeringen har träffat avtal med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen.

Arbetet med att följa upp effekterna av resurstillskottet kommer att vara en viktig uppgift under de kommande åren. Under 2001 kommer den första miljarden att utbetalas till kommuner och landsting.

Samhällets kostnader för läkemedelsförmånen har under åren 1998 och 1999 samt hittills under 2000 fortsatt att öka i en relativt hög takt. Regeringen har därför för avsikt att under 2001 till riksdagen lämna förslag till förändringar i läkemedelsförmånen bl.a. i syfte begränsa öknings-takten för läkemedelskostnaderna och nå ökad effektivitet i förmånssystemet. Utgångspunkten för dessa förslag kommer bl.a. att utgöras av de förslag som skall lämnas av den särskilde utredare som har i uppgift att göra en översyn av läkemedelsförmånen (Dir. 1999:35) och som skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 september 2000.

En annan viktig åtgärd för att öka kostnads-kontrollen och effektiviteten i förmånssystemet är att införa en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader. Förhandlingar pågår för närvarande mellan staten och Landstingsförbundet om hur en sådan modell skall utformas och när den skall införas.

Det reformerade tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 januari 1999. Intentionerna med reformen förefaller att till stora delar ha infriats. Några frågor har dock uppmärksammats i samband med den uppföljning som gjorts av reformen. En sådan fråga är skyddet vid höga behandlingskostnader för de grupper av äldre som inte omfattas av det särskilda stödet till personer i särskilda boendeformer m.m. En annan fråga är konsekvenserna av att den statliga tandvårdstaxan avskaffats och prissättningen på tandvård blivit fri. De prishöjningar som skett sedan den 1 januari 1999 har varit större än väntat. I 2000 års ekonomiska vårproposition aviserades att regeringen avser att tillföra tandvården 200 miljoner kronor 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor 2003. Regeringen föreslår nu att det resurstillskott som aviserades för 2002 delvis tidigareläggs och att 100 miljoner kronor tillförs tandvården redan under 2001. Regeringen har vidare för avsikt att under hösten 2000 besluta om direktiv till en utredning med uppdrag att dels behandla frågor med direkt anknytning till tandvårdsstödet, dels frågor som rör arbetsformer och kompetens m.m. för de yrkesgrupper som arbetar inom tandvården. En av huvud-

uppgifterna för utredningen blir att lämna förslag till hur skyddet vid höga behandlingskostnader kan förbättras med hjälp av de extra medel som, enligt ovan, tillförs tandvården.

Den mycket snabba utvecklingen inom den biomedicinska forskningen öppnar oanade möjligheter att diagnostisera och behandla sjukdomar. Inom exempelvis gentekniken sker en utveckling som vi tidigare inte kunnat föreställa oss. Utvecklingen väcker stora förväntningar samtidigt som svåra etiska frågor väcks. De fördelar i form av prevention, bättre hälsa och livskvalitet som kan uppnås genom en ansvarsfull användning av forskningsresultaten bör självfallet tas tillvara. Politikens inriktning är därför att ha en beredskap för att stimulera och reglera utvecklingen inom området mot bakgrund av en fördjupad etisk diskussion om teknikens tillämpning och gränser.

### 3.5 Resultatbedömning

Resultatbedömningen baseras på de mål för hälso- och sjukvårdspolitiken som angavs i budgetpropositionen för år 2000.

#### 3.5.1 Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras och patientens ställning stärkas

##### Statliga insatser inom politikområdet

I syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården ändrades hälso- och sjukvårdslagstiftningen fr.o.m. den 1 januari 1999 (prop. 1997/98:189, prop. 1998/99:4, bet. 1998/99SoU3, rskr. 1998/99:54). Ändringarna innebär bl.a. att patientens rätt till information preciseras och lyfts fram i lagstiftningen. Patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns så att patienten i största möjliga utsträckning kan ta tillvara sina intressen. Lämnad information skall också dokumenteras i journalen.

Patienten har vidare fått ökat inflytande över sin egen behandling. Patientens val skall vara avgörande när det finns flera medicinskt motiverade behandlingsalternativ. Alternativen måste dock stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten kan normalt inte

heller kräva att få tillgång till behandling på annat håll om landstinget kan erbjuda ett eller flera behandlingsalternativ. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste vara rimliga när det finns flera alternativ.

Patienter som står inför svåra medicinska ställningstaganden kan i vissa situationer få en lagstadgad rätt till en förnyad medicinsk bedömning (s.k. second opinion) var som helst i landet. Denna rätt gäller när det är fråga om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada och patienten står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar eller om valet har stor betydelse för framtida livskvalitet. Ytterligare en förutsättning är att det saknas entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

I de s.k. Dagmaröverenskommelserna för åren 1999 och 2000 enades staten och landstingen via Landstingsförbundet om en långsiktig satsning att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården, bl.a. genom att öka patienternas inflytande och delaktighet samt att öka vårdens tillgänglighet.

Det är enligt regeringen angeläget med en bred uppföljning av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det gäller att kunna redovisa hur tillgängligheten i form av köer och väntetider utvecklas både i den planerade och i den akuta vården. Det är därför en allvarlig brist att det hittills har saknats tillförlitliga system för att följa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden enades parterna i överenskommelsen för 1999 om att utveckla system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt kunna redovisa hur antalet besök och behandlingar utvecklas, liksom köer och faktiska väntetider för besök och behandling. Särskilda medel avsattes till projektet – Väntetider i vården. I överenskommelsen för 2000 enades parterna om att projektet skall fortgå också under 2000. Under våren 2000 har en nationell databas för information om aktuella förväntade väntetider presenterats där alla landsting på Internet redovisar förväntade väntetider för besök vid olika kliniker vid sjukhus och för olika behandlingar. Databasen och informationen skall efterhand kompletteras med uppgifter om faktiska väntetider och med uppgifter om väntetider i primärvården. Målet är att samtliga landsting vid årsskiftet 2000/2001 skall ingå i ett gemensamt system för redovisning av väntetider.

För att öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården är det också viktigt att öka patienternas valmöjligheter, så att de kan söka vård där väntetiderna är kortare. Mot denna bakgrund understök parterna i Dagmaröverenskommelsen för 2000 vikten av att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom hälso- och sjukvården, i första hand om möjligheterna att välja vårdgivare i annat landsting. Regeringen har erfarit att Landstingsförbundet arbetar med att utforma en heltäckande landsövergripande rekommendation om valmöjligheter i vården som ersätter de många olika rekommendationer som finns i dag. Enligt planerna bör Landstingsförbundets styrelse kunna ta ställning till en ny rekommendation under hösten 2000.

Regeringen har vidare i Dagmaröverenskommelserna för åren 1999 och 2000 kommit överens med Landstingsförbundet om åtgärder för att förbättra möjligheterna för patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador att få vård utanför det egna landstinget. Som en följd av överenskommelsen har Landstingsförbundet tillsammans med landstingen och Socialstyrelsen initierat insatser i landstingen för att underlätta för dessa patienter att få sådan vård. Landstingen har, för att underlätta för berörda patienter att få utomlänsvård, arbetat med olika informationsinsatser till bl.a. klinik- och verksamhetschefer och sektionsansvariga överläkare.

Socialstyrelsen har successivt byggt ut sin Vårdkatalog – Högspecialiserad vård av riks-karakter, bl.a. med utgångspunkt i arbetet med små och mindre kända handikappgrupper. En uppdaterad Vårdkatalog presenterades i juni 2000. Socialstyrelsen kommer som ett andra led att följa hur vårdbehoven tillgodoses för patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador.

Socialstyrelsen har i enlighet med Dagmaröverenskommelsen även påbörjat ett arbete med att ta fram beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård av patienter med svåra kroniska sjukdomar. Viktiga inslag är att förbättra metoderna för att gradera det vetenskapliga kunskapsläget och utforma rekommendationerna med dessa som grund. De nationella riktlinjerna för kranskärllssjukvård, som planeras att publiceras under hösten 2000, blir de första riktlinjer som avses innehålla beslutsstöd för prioriteringar. Avsikten är att därefter samtliga nationella riktlinjer successivt skall kompletteras med kunskapsunderlag som kan

ligga till grund för ställningstaganden om prioriteringar. Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (dir. 1997:135) har under året bedrivit en omfattande utåtriktad verksamhet bl.a. i syfte att sprida information och kunskap om de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen ställt sig bakom. Delegationen avslutar sitt arbete i början av 2001.

Olika uppföljningsrapporter har visat att den successiva ökningen av vårddyngden som ägt rum under 1990-talet i den kommunala hälso- och sjukvården i särskilt boende och i hemsjukvård, inte har mötts av ett tillräckligt uppgraderat medicinskt omhändertagande. Brister när det gäller läkarmedverkan i denna vård lyfts särskilt fram. I Dagmaröverenskommelserna för åren 1999 och 2000 har parterna därför kommit överens om en utökad satsning från landstingen för att komma till rätta med bristerna i läkarinsatserna i särskilt boende och i hemsjukvård. Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet bedriver ett gemensamt projekt som syftar till förbättrad läkarmedverkan. Förbättringarna avser både läkarinsatser i direkt patientarbete och i läkemedelshandling samt i indirekt arbete med bl.a. vårdplanering och kompetensutveckling.

Sedan 1994 gäller en generell förskrivningsrätt av vissa läkemedel för distriktssköterskor inom öppen hälso- och sjukvård. Detta har medfört ett mervärde för patienten genom att den ökar tillgängligheten till läkemedel som behandlingsalternativ samt underlättar för äldre, funktionshindrade och andra som har svårigheter att ta sig till vårdcentral. Mot denna bakgrund samt den pågående utvecklingen mot allt mer öppen vård, framför allt i kommunal regi, föreslog regeringen i propositionen Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor (prop. 1999/2000:56) att förskrivningsrätten skall utvidgas till att gälla även sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård för äldre och funktionshindrade samt inom hemsjukvården, under förutsättning att dessa uppfyller vissa krav. Riksdagen har beslutat i enlighet med regeringens förslag (bet. 1999/2000:SoU11, rskr. 1999/2000:195).

Den mycket snabba utvecklingen inom den biomedicinska forskningen öppnar nya möjligheter att diagnosticera och behandla sjukdomar. Regeringen följer med intresse utvecklingen på området och har beredskap att vid behov vidta åtgärder för att styra och stimulera utvecklingen. Mot denna bakgrund har Xenotransplantationskommittén haft i uppdrag att bedöma medi-



cinska, etiska, rättsliga och djurskyddsmässiga aspekter av överföring av organ, vävnad eller celler från djur till människa betänkande. Kommitténs betänkande (SOU 1999: 120) Från en art till en annan – transplantation från djur till människa har remissbehandlats och en proposition i frågan är nu under utarbetande. Vidare har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag gjort en översyn av olika frågor som rör de s.k. biobankerna i hälso- och sjukvården. I förslaget betonas att människors integritet måste garanteras och att allmänheten måste få insyn i biobankernas verksamhet. Samtidigt är det viktigt att materialet i biobankerna kan vara tillgängligt för samhällsnyttig forskning, vård och behandling. Ett förslag till särskild lagstiftning om biobanker remissbehandlas för närvarande. I det avtal som tecknats mellan staten och Sveriges Försäkringsförbund (Skr. 1998/99:136) konstateras att utvecklingen inom medicinsk och klinisk genetik fortlöpande bör följas och belysas allsidigt. Detta får anses vara en uppgift som ingår i Statens medicinsk-etiska råds roll.

### Insatser utanför politikområdet

Landstingsförbundet har i en rapport år 1999 redovisat det arbete som pågår i landstingen – bl.a. som en följd av Dagmaröverenskommelsen – för att stärka patientens ställning. Av rapporten framgår att arbetet i allmänhet ingår som en integrerad del i landstingens ordinarie verksamhet. I flera landsting bedrivs även särskilda projekt som syftar till att stärka patientens inflytande och ställning i vården. Ett exempel är det delprojekt i Värmland som syftar till att öka patientens delaktighet i behandlingen – med aktivt deltagande av olika personalkategorier. I Region Skåne har ett arbete under samlingsrubriken "Patientens ställning i vården" påbörjats. Projektet är uppdelat i tre delprojekt; Information till befolkningen, Utvecklingsprogram för bemötande och förhållningssätt – kundorientering samt Förbättrad information om köer och väntetider till planerad vård.

För att ge möjlighet till erfarenhetsutbyte och stimulera utvecklingsarbete kring patientens delaktighet i vården och brukarinflytande genomförde Landstingsförbundet tillsammans med Handikappförbundens samarbetsorgan en regional konferens under hösten 1999. Inom ramen för Landstingsförbundets arbete med framtidsvisioner bedrivs också ett delprojekt kallat "De nya

patienterna". Utgångspunkten är föreställningen att patienter och anhöriga i allt större utsträckning ser tillgången till hälso- och sjukvård som en rättighet och därmed ställer större krav på hälso- och sjukvården. Även den höjda kunskapsnivån resulterar i förändrade krav på delaktighet och inflytande.

Arbetet med att förbättra vårdens tillgänglighet handlar om utvecklingsarbete för att minska väntetiderna genom att systematiskt minska onödiga insatser i vårdprocessen och pröva värdet av olika åtgärder och system. Sådant arbete bedrivs bl.a. inom primärvården i flera landsting, med stöd från Landstingsförbundet genom projektet Vårdstöd 2005. Syftet är att samtidigt både skapa förbättrad tillgänglighet och större lyhördhet till patienternas önskemål om tidpunkt för besök. På olika håll i landet, bl.a. vid Anderstorps vårdcentral i Skellefteå, har i ett första steg skapats mottagningsverksamhet inom primärvården som förmår att ge varje patient som så önskar tid för besök samma dag som kontakt tas.

### Resultat

Det är ännu för tidigt att dra långtgående slutsatser om effekterna av de ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som trädde i kraft den 1 januari 1999. Att öka patienternas delaktighet och inflytande kräver långsiktigt utvecklingsarbete som innefattar förändringar i attityder, arbetssätt och organisation. Det finns fortfarande ett betydande glapp mellan ambitioner och verklighet. Ett fortsatt långsiktigt utvecklingsarbete på lokal nivå är avgörande för att åstadkomma de önskvärda förändringarna.

Regeringen uppdrog i december 1998 åt Socialstyrelsen att redovisa hur den ändrade lagstiftningen har fungerat avseende dels patienternas möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ, dels möjligheten för patienter att få en förnyad medicinsk bedömning.

Socialstyrelsen har under hösten 1999 genomfört en enkätstudie om hur lagändringarna har tillämpats. Svaren visar att ett fyrtiotal olika patientgrupper inom de verksamheter som tillfrågades aktualiserar möjligheten att välja behandlingsalternativ. Mest frekvent nämns patienter med tumörsjukdomar, neurologiska och neuromuskulära sjukdomar, ortopediska sjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det är enligt studien främst välinformerade respektive oroliga patienter, ofta i yrkesverksam ålder, som

efterfrågar alternativ, vanligen p.g.a. långa väntetider. Ungefär två tredjedelar av svaren visar att information regelmässigt ges till patienten om möjligheten att välja mellan olika behandlingsalternativ. De flesta ger informationen muntligen, ett fåtal både muntligen och skriftligen. Hälften av dem som besvarat frågan om verksamheten har påverkats ekonomiskt av att patienten väljer en alternativ behandlingsmetod svarar att den inte gjort det. Slutligen tycks inte verksamhetens organisation ha påverkats i någon större utsträckning.

När det gäller den utvidgade möjligheten för patienten att under vissa förutsättningar få en förnyad medicinsk bedömning var som helst i landet konstaterar Socialstyrelsen bl.a. att:

- lagändringen inte ännu är helt känd av alla inom hälso- och sjukvården eller av patienterna.
- sjukvården har haft som praxis att ge patienterna en förnyad medicinsk bedömning redan innan lagens tillkomst.
- sjukvården har haft som praxis att ge patienterna en förnyad medicinsk bedömning redan innan lagens tillkomst.
- det råder osäkerhet om vilka patientgrupper som omfattas av lagen. Enligt enkätsvaren bedöms ett brett spektrum av diagnoser och diagnosgrupper omfattas av bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning. Det handlar främst om hjärt/kärlsjukdomar, cancersjukdomar, neurologiska och neuromuskulära sjukdomar, sjukdomar och skador i rörelseorganen och olika slag av smärtsyndrom.
- avsaknaden av ärenden hos Socialstyrelsens tillsynsavdelning talar för att patienterna är tillfreds med den tillämpning av möjligheterna till förnyad medicinsk bedömning som råder i vården.

Socialstyrelsen redovisar också att man planerar en treårig uppföljning av effekterna av lagstiftningen om patientens stärkta ställning i hälso- och sjukvården. I detta sammanhang är det, enligt regeringen, angeläget att man tydligare redovisar den lagstadgade rätten till förnyad medicinsk bedömning. Som regeringen konstaterar i propositionen Stärkt patientinflytande (prop. 1998/99:4) lagreglerades inte rätten till förnyad medicinsk bedömning inom det egna landstinget, eftersom denna normalt bör kunna

tillgodoses utan problem. Lagändringen innebär att patienten under vissa förutsättningar och utan extra kostnader för resor o.dyl. skall kunna få en förnyad medicinsk bedömning var som helst i landet. I den uppföljning som Socialstyrelsen har redovisat framstår det i bland som oklart vilken form av förnyad medicinsk bedömning som avses.

Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården har på flera områden förbättrats på så sätt att allt fler erhåller vård. Det gäller i särskilt hög grad insatser som främst riktas mot äldre patienter, som gråstaroperationer och knäledsoperationer. Samtidigt har dock behoven av och efterfrågan på insatser från hälso- och sjukvården ökat på ett sätt som inte kunnat kompenseras genom resursförstärkningar och effektiviseringar. Konsekvensen har blivit försämrad tillgänglighet, bl.a. i form av längre köer och ökade väntetider i den planerade vården. Socialstyrelsens samlade bedömning är att tillgängligheten mätt på detta sätt blivit sämre under senare år samt att de mest omfattande köproblemen finns på de områden där insatserna ökar mest.

Landstingsförbundet har till regeringen redovisat en uppföljning av insatserna för patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd, skador och funktionshinder. Av uppföljningen framgår att en majoritet av landstingen, 12 av de 20 svarande, inte har identifierat några speciella hinder för dessa patienter att erhålla vård i annat landsting. Till de hinder som övriga landsting har pekat på hör bl.a. kvarvarande svårigheter med att identifiera berörd patientgrupp. Till hindren hör också att det inte handlar om specifika enstaka vårdinsatser utan om bl.a. långvariga rehabiliteringsinsatser med inriktning på specialiserad konsultation vad gäller utredning, diagnostisering och behandlingsplanering.

I Sverige och internationellt pågår en dynamisk utveckling av angreppssätt, metoder och modeller för att säkerställa att kvaliteten i hälso- och sjukvården utvecklas fortlöpande och systematiskt på alla nivåer. De nationella medicinska kvalitetsregistren utgör en viktig del i denna kvalitetsutveckling. För närvarande finns ett fyrtiotal register. Bl.a. kan följande kvalitetsförbättringar i vården konstateras i registren.

Av kvalitetsregistret Riks-Stroke framgår att andelen datortomograferade (alla åldrar) har ökat från 90 till 95 procent från 1995 till 1998 och till nära 98 procent för patienter under 75 år. Dator-tomografi är en nödvändig undersökning för att diagnosticera huvudtyp av slaganfall.

Av det nationella registret för hjärtintensivvård framgår att andelen återinfarkter har minskat under senare år och varierar mellan en till tolv procent mellan olika kliniker.

Nationalregistret för höftledsplastiker visar att allvarliga komplikationer som uppträder efter total höftplastik successivt minskat under de senaste 20 åren.

Av det nationella registret för bräckkirurgi framgår att en påtaglig kvalitetsförbättring av bräckkirurgin har skett under åren 1992–1997. Risken för omoperation inom 24 månader efter en ljumskbräcksoperation utförd 1996–1997 var signifikant lägre än efter en operation utförd 1992–1995.

## Analys och slutsatser

Socialstyrelsen har inom ramen för sitt tillsynsarbete visat hur tillgänglighetsproblemen inom olika delar av hälso- och sjukvården hänger ihop. Av styrelsens tillsynsverksamhet framkommer att tillgängligheten inom primärvården i vissa fall är dålig, med t.ex. påtagliga svårigheter att komma fram per telefon. Vidare rapporteras om svårigheter att vid behov få läkare från primärvården till patienter som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvård. Detta påverkar i sin tur tillgängligheten i den slutna hälso- och sjukvården som får ta emot patienter som med adekvata insatser i särskilt boende eller i hemsjukvård inte skulle behövt sjukhusets resurser. Samtidigt rapporteras att medicinskt färdigbehandlade patienter blir kvar på sjukhus, också det bl.a. beroende på för få platser i särskilt boende. Sammantaget leder detta till försämrad tillgänglighet inom den slutna hälso- och sjukvården, dels med ökade överbeläggningar, dels med störningar för den planerade verksamheten med bl.a. förlängda operationsköer som följd.

Även Socialstyrelsens rapport ”En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser” analyserar orsaken till den bristande tillgängligheten. Analysen visar att bristerna inte generellt sett beror på för få vårdplatser vid sjukhusen utan på att primärvården i landsting och kommuner inte i tillräcklig grad förmår möta patienternas vårdbehov. Även i denna rapport lyfts särskilt fram problemet med inläggningar vid sjukhus som skulle kunna undvikas med adekvata medicinska insatser i särskilt boende och i hemsjukvården, liksom att patienter inte kan skrivas ut från sjukhus därför att

fortsatt adekvat vård inte finns tillgänglig utanför sjukhusen.

Det framgår således av Socialstyrelsens analyser att problemen med tillgänglighet inte nödvändigtvis orsakas av otillräcklig kapacitet där de uppstår. Eftersom vården i stor utsträckning ges som en serie insatser från olika vårdgivare fortplantas brister på ett håll till andra delar av vården. Det grundläggande problemet finns i landstingens och kommunernas primärvård med sin otillräckliga kapacitet i förhållande till sitt under 1990-talet vidgade ansvar för allt mer vårdbehövande patienter.

Mot denna bakgrund avser regeringen att i budgetpropositionerna för åren 2001–2004 föreslå en förstärkning av resurserna till hälso- och sjukvården med sammanlagt nio miljarder kronor. Syftet är att resurstillskottet skall förbättra tillgängligheten och kvaliteten i hela vården. Inriktningen är att resurstillskottet skall användas för att stärka primärvård, psykiatri, vård och omsorg. Resurstillskottet kommer att inordnas i det generella statsbidraget till kommuner och landsting och skall fördelas med 70% till landstingssektorn och 30% till kommunsektorn. Med detta resurstillskott menar regeringen att en stabil grund lagts för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

### 3.5.2 Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv

Läkemedel förebygger, lindrar och botar sjukdom och används som en av flera viktiga behandlingsstrategier inom hälso- och sjukvården. Användningen av läkemedel har under senare år alltmer integrerats i den gängse hälso- och sjukvården och inriktningen är att landstingen, i enlighet med 1997 års läkemedelsreform, skall ta över det fulla kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård, den s.k. läkemedelsförmånen. Landstingen har sedan tidigare kostnadsansvaret för läkemedel i slutna vård. En av de viktigaste utgångspunkterna för läkemedelsreformen är att läkemedel är en del av hälso- och sjukvården och att de resurser som läkemedel tar i anspråk skall ingå i de samlade resurserna för hälso- och sjukvård och finnas med i landstingens samlade prioriteringar inom området. Detta är viktigt både ur ett patientperspektiv och ur kostnadssynpunkt. En annan utgångspunkt är att förskrivning av läkemedel och det finansiella ansvaret för detta ska kopplas samman hos en huvudman och att det i

sin tur kommer att skapa förutsättningar till ökad effektivitet och rationalitet inom området.

I formell mening övergick kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen till landstingen redan den 1 januari 1998. Samtidigt infördes emellertid också ett särskilt statsbidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen. Genom att ett vinst-/förlustdelningssystem tillämpas riskerar landstingen att få stå för en mindre del av de totala årliga kostnaderna för läkemedelsförmånen (se anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånen*).

### Statliga insatser inom politikområdet

En rad åtgärder har vidtagits på läkemedelsområdet under 1999 och hittills under 2000. Det främsta syftet med dessa har varit att dämpa kostnadsutvecklingen och öka effektiviteten för läkemedelsförmånen. Den 1 juni 1999 trädde vissa ändringar i lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m i kraft (prop. 1998/99:106, bet. 1998/99:SoU14, rskr. 1998/99:209). Härigenom infördes bl.a. nya regler om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel som innebär att det högsta belopp en patient kan få betala för läkemedel under en tolv månadersperiod höjdes från 1 300 kronor till 1 800 kronor.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa och utvärdera läkemedelsanvändningen i befolkningen. Socialstyrelsen genomförde och rapporterade under 1999 ett antal uppföljningar, analyser och utvärderingar. I rapporten *Läkemedel på sjukhem – en uppföljning av kvaliteten* beskrivs vad som hänt med läkemedelsanvändningen på sjukhem sedan 1995 och i rapporten *Diagnoser och förskrivning av läkemedel – en nationell kartläggning av läkemedel hos äldre* har läkemedelsförskrivningen inom primärvården till äldre kartlagts. Fr.o.m. 2000 redovisar Socialstyrelsen till regeringen kvartalsvis uppgifter om utvecklingen i läkemedelsanvändningen samt kommenterar viktiga förändringar i denna genom rapportserien *Läkemedel i användning – förändringar och tendenser* (Kvartalsrapport nr 1 resp. 2/2000). Häri redovisar Socialstyrelsen även statistik avseende försäljningen av läkemedel totalt och för vissa enskilda läkemedel och grupper av läkemedel.

### Insatser utanför politikområdet

Landstingen arbetar i dag aktivt för att öka kontrollen över kostnaderna för läkemedelsförmånen. Detta har i vissa landsting inneburit decentralisering av budgetansvaret till vårdenhetsnivå samt koncentration inom ett landsting av förskrivning av vissa läkemedel till specialistklinik eller motsvarande. Ett mycket viktigt arbete för att öka kontrollen över läkemedelskostnaderna görs också av landstingens läkemedelskommittéer. Enligt lagen om läkemedelskommittéer (SFS 1996:1157) skall det i varje landsting finnas en eller flera läkemedelskommittéer. Dessa verkar för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget genom att till hälso- och sjukvårdspersonalen ge rekommendationer (s.k. rekommendationslistor) som skall vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Kommittéerna verkar bl.a. för användningen av billigare synonyma preparat när sådana finns att tillgå. Kommittéerna följer vidare läkemedelsförskrivningen inom sitt geografiska område och skall, om den finner att det förekommer brister i läkemedelshantering och/eller användning, göra de påpekanden som behövs samt vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att höja kvaliteten i läkemedelsarbetet.

Läkemedelskommittéerna har sedan 1997 fått ökade resurser och budgetarna varierar nu, enligt en enkätstudie som genomfördes av Landstingsförbundet i december 1998, mellan 0,9 miljoner kronor (0,4% av läkemedelsförsäljningen) i Jämtland och 41 miljoner kronor (1,2% av läkemedelsförsäljningen) i Stockholms län.

Landstingsförbundet beviljar sedan 1998 bidrag till landstingsdrivna utvecklingsprojekt som syftar till att åstadkomma en rationellare läkemedelsanvändning. De sammanlagda projektmedlen uppgår till 5 miljoner kronor per år och fram till och med juni 2000 har ett fyrtiotal olika utvecklingsprojekt beviljats medel.

### Resultat

Som tidigare nämnts används läkemedel som en av flera viktiga behandlingsstrategier inom hälso- och sjukvården. När man redovisar och analyserar resultat av läkemedelsanvändning är det därför viktigt att ställa läkemedel i relation till andra insatser inom hälso- och sjukvården. Detta gäller oavsett om man diskuterar läkemedel ur ett medicinskt eller ur ett kostnadsmässigt perspektiv.

Ett sätt att jämföra kostnadsutvecklingen för läkemedel över tiden är att ställa kostnaderna för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården.

Det bör i detta sammanhang noteras att det är problematiskt att redovisa kostnadsjämförelser av denna typ, framförallt eftersom definitionen av hälso- och sjukvårdskostnaden inte är entydig. Uppgifterna i tabell 3.2 har hämtats från nationalräkenskaperna.

Färdigställandet av nationalräkenskaperna tar emellertid lång tid. Det senaste året för vilket uppgifter finns tillgängliga är 1998. Som framgår av tabellen har läkemedelskostnadernas andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården enligt nationalräkenskaperna inte förändrats i någon större utsträckning under perioden 1993–98.

**Tabell 3.2 Kostnaderna för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, miljoner kronor**

	Totalt	därav läkemedel	andel
1993	118 994	13 852	11,6 %
1994	120 550	15 486	12,8 %
1995	128 092	17 293	13,5 %
1996	135 921	20 200	15,0 %
1997	136 275	20 183	14,8 %
1998	138 766	18 638	13,4 %

Källa: SCB, Nationalräkenskaperna

Kostnaderna för läkemedelsförmånen har stadigt ökat under hela 1990-talet. I fasta priser har kostnaderna för läkemedelsförmånen fördubblats under decenniet, och uppgick 1999 till 14,9 miljarder kronor. Den kraftiga ökningen av kostnaderna har flera olika orsaker. De viktigaste

förklaringarna är att inkomstutvecklingen har ett starkt positivt samband med utvecklingen av läkemedelskostnaderna, den demografiska utvecklingen som innebär att läkemedelsbehoven ökar i takt med att antalet äldre i befolkningen ökar, strukturförändringarna inom vården som har lett till att en allt större andel av läkemedlen skrivs ut i öppenvård samt introduktionen av nya och dyrare läkemedel. Vad gäller nya läkemedel är det viktigt att påpeka att samtidigt som antalet nya läkemedel ökar med tiden, finns det emellertid inga tydliga samband mellan ett läkemedels medicinska och samhällsekonomiska nytta och försäljningsutvecklingen för läkemedlet.

Mellan åren 1998 och 1999 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånen med knappt 10,9 procent, från drygt 13,4 miljarder kronor till 14,9 miljarder kronor. Denna ökning kan sannolikt förklaras av ett antal olika faktorer, däribland introduktionen av flera nya och dyra läkemedel samt den hamstring som föregick den höjning av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet vid köp av läkemedel som trädde i kraft den 1 juni 1999. Kostnaderna för läkemedelsförmånen under de sju första månaderna 2000 uppgår till drygt 9,2 miljarder kronor. Detta är en ökning jämfört med motsvarande period 1999 med 4,8 procent (kostnaden januari–juli 1999 uppgick till knappt 8,8 miljarder kronor).

Det är värt att notera att det finns betydande skillnader mellan landstingen vad gäller läkemedelskostnaderna. I tabell 3.3 redovisas kostnaderna för receptbelagda läkemedel per person och könsuppdelat i respektive landsting under 1999. Index 100 i tabellen motsvarar riksgenomsnittet.

**Tabell 3.3 Läkemedelskostnad (per invånare och könsuppdelat) per landsting 1999<sup>1</sup>**

	Kvinnor			Män					
	Totalt	Egenavgift	Förmån	Totalt	Egenavgift	Förmån			
Stockholm	98	97	98	98	98	98	97	95	97
Uppsala	98	98	98	100	99	100	96	97	96
Södermanland	99	102	98	101	102	100	97	97	96
Östergötland	98	99	98	98	101	98	98	101	96
Jönköping	99	98	100	98	98	98	101	98	98
Kronoberg	106	102	107	107	102	109	105	99	102
Kalmar	97	101	96	96	100	95	98	102	97
Gotland	91	95	90	90	95	89	93	95	92
Blekinge	94	100	92	95	100	93	93	100	91
Skåne	104	103	104	102	102	102	106	104	106
Halland	93	98	91	92	98	91	93	100	91
Västra Götaland	104	100	105	105	100	107	103	100	104
Värmland	105	104	105	101	103	100	110	106	111
Örebro	94	99	92	94	99	92	93	99	91
Västmanland	94	103	91	95	103	92	92	103	90
Dalarna	98	99	97	98	98	98	97	101	96
Gävleborg	102	101	103	103	101	104	102	101	102
Västernorrland	101	104	100	101	104	100	102	104	101
Jämtland	93	101	91	95	101	93	92	101	89
Västerbotten	100	98	100	99	98	100	100	100	101
Norrbottnen	105	103	106	104	103	105	106	105	107
<b>Riksgenomsnitt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Kronor</b>	<b>2 179</b>	<b>505</b>	<b>1 674</b>	<b>2 363</b>	<b>599</b>	<b>1 764</b>	<b>1 990</b>	<b>408</b>	<b>1 582</b>

<sup>1</sup> De redovisade kostnaderna är exklusive den s.k. riksslasken, dvs. recept utan personnummer.

Källa: Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens läkemedelsregister

Som framgår av tabellen hade Kronoberg högst läkemedelskostnad per person under 1999. Kostnaden per person i Kronoberg (2 310 kr) var ca 16 procent högre än motsvarande kostnad i Gotland (1 988 kr), som hade lägst kostnad i landet. Orsakerna till kostnadsskillnader mellan landstingen kan vara flera: skillnader i befolknings- och åldersstruktur, skillnader i infrastruktur och hur hälso- och sjukvården organiserats, skillnader i hur olika läkemedelskommittéer arbetar och vilket genomslag exempelvis deras rekommendationslistor fått, skillnader som består i att vissa landsting decentraliserat budgetansvaret för läkemedel till vårdenhetsnivå samt skillnader vad gäller i vad mån landstingen koncentrerat förskrivning av vissa läkemedel inom ett landsting till specialistkliniker eller motsvarande.

Som tidigare nämnts höjdes beloppsgränsen för högkostnadsskyddet vid köp av läkemedel

den 1 juni 1999 från 1 300 kronor till 1 800 kronor. Syftet med höjningen var främst att dämpa kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen. Utvecklingen sedan den 1 juni 1999 tyder på att höjningen haft avsedd effekt i så måtto att kostnadsutvecklingstakten bringats ned. En effekt av höjningen är att den genomsnittliga andelen av den totala kostnaden för ett läkemedel som patienten svarar för (den s.k. egenavgiften) har ökat. Som framgår av tabell 3.4 uppgick egenavgiftens andel under 1998 till drygt 21 procent. I maj 1999, dvs. månaden före höjningen, var andelen 19,0 procent. Under senare delen av 1999 ökade andelen och uppgick på årsbasis till knappt 23 procent. Utvecklingen hittills under 2000 tyder på att ökningen i egenavgiftens andel kvarstår och andelen uppgick under perioden januari–juni 2000 till 23,1 procent.

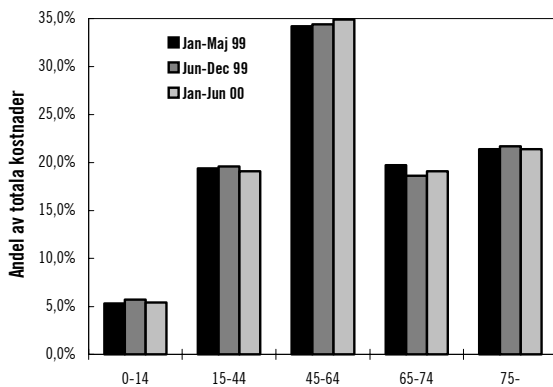
**Tabell 3.4 Läkemedelskostnaden i öppen vård fördelad på läkemedelsförmån resp. egenavgift 1998 och 1999, miljarder kronor**

Miljarder kronor

	Läkemedelsförmån	Egenavgift	Total kostnad	Andel egenavgift
1998	13,5	3,7	17,2	21,4 %
1999	14,9	4,4	19,3	22,8 %

Källa: Apoteket AB

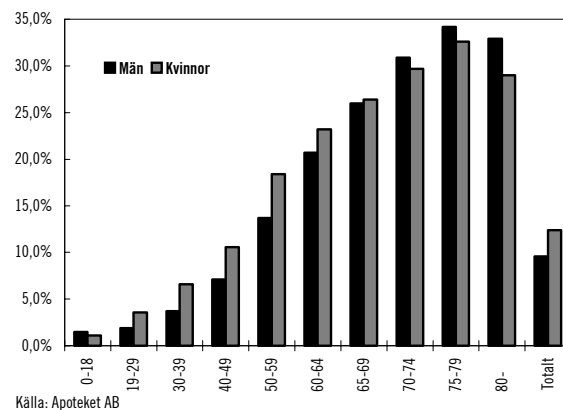
Det är svårt att utifrån tillgängliga uppgifter dra långtgående slutsatser vad gäller fördelningspolitiska effekter av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet fr.o.m den 1 juni 1999. Ett sätt att försöka få en indikation på eventuella fördelningspolitiska effekter av höjningen presenteras i diagram 3.1 nedan. Diagrammet visar hur de totala kostnaderna för läkemedelsförmånen fördelat sig mellan olika ålderskategorier under tre olika perioder. Som framgår verkar konsumtionsmönstret inte ha förändrats nämnvärt i olika ålderskategorier som en följd av höjningen. Utifrån dessa uppgifter kan man således inte finna stöd för att höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet skall ha haft några tydliga fördelningspolitiska effekter.

**Diagram 3.1 Effekter av höjning av högkostnadsskyddet på läkemedelskonsumtionen i olika ålderskategorier**

Källa: Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens läkemedelsregister

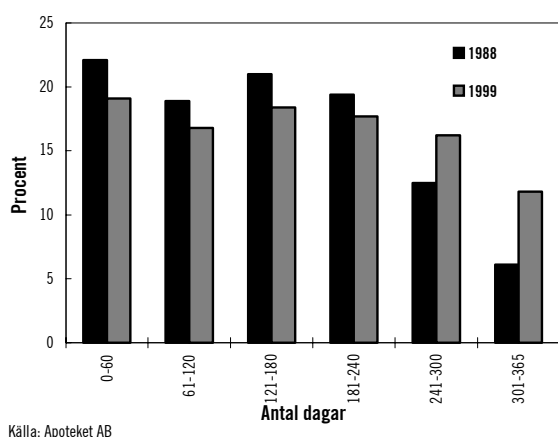
En faktor som kan antas starkt påverka kostnaderna för läkemedelsförmånen är antalet frikort vid en viss tidpunkt samt giltighetstiderna för dessa frikort. Fr.o.m. den 1 januari 1999 erhåller en person ett frikort när hon eller han betalat en sammanlagd egenavgift på 1 800 kronor under en 12-månadersperiod räknat från tidpunkten för det första förmånsgrundade läkemedelsköpet.

För att få en uppfattning om effekterna av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet kan det således vara intressant att studera såväl antalet och giltighetstiden för frikort före och efter höjningen som hur stor andel av befolkningen som erhållit frikort fördelat på vissa specifika grupper. Antalet frikort uppgick under år 1999 till 975 000, under 1998 till 940 000 och under 1997 till 635 000. I diagram 3.2 redovisas hur antalet frikort har fördelats med avseende på ålder och kön under 1999.

**Diagram 3.2 Andel frikort i olika åldersgrupper och könsuppdelat**

Källa: Apoteket AB

Av diagrammet framgår att ca 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen erhöll frikort under 1999. I åldrarna 75-79 år var andelen med frikort störst, ca 34 procent, men i samtliga åldersgrupper över 65 år var andelen med frikort under 1999 mer än 25 procent. Värt att notera är också att i princip samtliga åldersgrupper upp till 69 år var andelen kvinnor med frikort större än andelen män med frikort. I åldergrupperna 70 år och däröver var däremot förhållandet mellan könen det motsatta. När det gäller giltighetstiderna för frikort, framträder ett intressant mönster. I diagram 3.3 redovisas giltighetstiderna för frikort i olika intervall för 1998 och 1999. Under 1999 minskade andelen frikort med giltighetstid i intervallen upp t.o.m. 240 dagar jämfört med 1998. Däremot ökade andelen frikort med giltighetstid i intervallen över 240 dagar under 1999 jämfört med 1998.

**Diagram 3.3 Frikort fördelade med avseende på giltighetsstid**

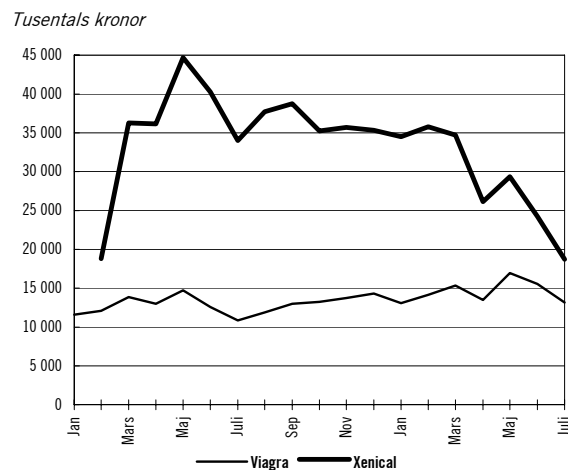
Dessa siffror bör tolkas med försiktighet, men en effekt av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet synes alltså vara att andelen frikort med giltighetstid om 8 månader eller mer har ökat. Detta kan bl.a. vara en följd av de allt dyrare nya läkemedlen. Om så är fallet skulle detta delvis kunna förklara att kostnaderna för läkemedelsförmånen alltjämt fortsatt att öka.

Utvecklingen av nya läkemedel har bidragit till att allt fler sjukdomar kan botas eller behandlas med förlängd livslängd och förbättrad livskvalitet för patienterna som följd. Läkemedlen har också medfört att en allt större andel av sjukvården har kunnat bedrivas i öppen vård, vilket inneburit att antalet vårdplatser och antalet kirurgiska ingrepp har kunnat reduceras.

En livlig debatt har under senare år förts kring samhällets subventionering av läkemedel som har karaktären att de mer syftar till att höja patientens livskvalitet än är avsedda att direkt lindra eller bota sjukdom, s.k. livskvalitetsläkemedel. Regeringen uppdrog därför i januari 1999 åt Läkemedelsverket att tillsammans med Socialstyrelsen kartlägga vilka sådana livskvalitetsläkemedel som kan förväntas bli godkända för försäljning i Europa under den närmaste femårsperioden samt att analysera bl.a. de ekonomiska konsekvenserna av introduktionen av dessa läkemedel. Resultatet av arbetet med uppdraget redovisades i september 1999 i rapporten Läkemedel, livskvalitet och ekonomiska konsekvenser. Regeringen har överlämnat rapporten till utredningen om översyn av läkemedelsförmånen för beaktande i deras arbete. Av rapporten framgår att antalet läkemedel under utveckling är stort, samtidigt som antalet läkemedel som används enbart i syfte att förbättra livskvaliteten

är mycket begränsat och därför inte kan förväntas ge mer än marginella ekonomiska konsekvenser. I rapporten framhålls emellertid att det redan i dag finns godkända läkemedel som delvis används vid tillstånd där arten och svårighetsgraden gör att subventionerad läkemedelsbehandling kan ifrågasättas.

De främsta orsakerna till de senaste årens kostnadsökningar för läkemedelsförmånen är en allmän volymökning och en förskjutning mot användning av nya och vanligtvis dyrare läkemedel. Dessa nya läkemedel, däribland de s.k. livskvalitetsläkemedlen, är ofta avsedda för behandling av tillstånd där behandlingsmöjligheter med läkemedel tidigare saknats eller varit små och introduktionen av dem har därför lett till kostnader som det tidigare i princip inte funnits någon motsvarighet till. Två av de mest omtalade nya läkemedlen under senare år är Viagra och Xenical, som båda introducerades under 1999. Den månadsvisa försäljningen av dessa båda läkemedel framgår av diagram 3.4 nedan.

**Diagram 3.4 Månadsvis försäljning av Viagra och Xenical under perioden januari 1999 – juli 2000,**

Under 1999 såldes Viagra och Xenical för knappt 155 miljoner respektive knappt 393 miljoner kronor. Detta motsvarar en genomsnittlig försäljning om knappt 12,5 miljoner kronor per månad för Viagra och ca 35,7 miljoner kronor per månad för Xenical (introducerades först i februari 1999). Som framgår av tabellen har försäljningen av Viagra varit relativt stabil sedan januari 1999 medan försäljningen av Xenical halverats från en toppnivå i maj 1999 (ca 45 miljoner kronor) till en lägsta nivå i juli 2000 (ca 18,7 miljoner kronor).



I detta sammanhang är det värt att poängtera att flera studier pekat på att introduktionen av nya och, åtminstone i vissa fall, bättre läkemedel inte påverkar marknadsandelen för befintliga läkemedel i någon större utsträckning. En effekt av introduktion och förskrivning av nya läkemedel torde således vara att detta generellt medför kostnadsökningar, eftersom förskrivningen av alternativa, redan befintliga, läkemedel inte minskar i samma utsträckning som de nya läkemedlen förskrivs.

Det kan konstateras att endast en mindre del av ökningen av läkemedelskostnaderna under senare år beror på prishöjningar i det befintliga sortimentet. Riksförsäkringsverket (RFV) har under 1999 gjort en uppföljning för att se hur de svenska läkemedelspriserna ligger i jämförelse med andra europeiska länder (EU, Norge och Schweiz). Uppföljningen visar att Sverige har genomsnittliga priser i jämförelse med dessa länder och låga priser i jämförelse med de nordiska länderna. Under 1999 och 2000 har RFV dessutom utrett prissättningen av parallellimporterade läkemedel. Trots kravet på lägre priser för parallellimporterade läkemedel och trots att parallellimportörerna relativt nyligen etablerat verksamhet i Sverige ligger parallellimporten i nivå med de länder som har den största andelen parallellimport och där sådan funnits under lång tid.

## Analys och slutsatser

Ett av målen för 1997 års läkemedelsreform var att bromsa den snabba kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen. Samhällets kostnader för läkemedelsförmånen har under 1998 och 1999 samt hittills under 2000 emellertid fortsatt att öka i en relativt hög takt. Läkemedelsreformen har således i detta avseende inte fått avsedd effekt. Åtgärder har därför vidtagits, och planeras att vidtas, för att initiera och genomföra förändringar i syfte att begränsa ökningstakten för läkemedelskostnaderna och nå ökad effektivitet i förmånssystemet.

Genom höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet fr.o.m. den 1 juni 1999 har ett första steg tagits för att begränsa ökningstakten i läkemedelskostnaderna och öka effektiviteten i förmånssystemet.

En viktig åtgärd för att öka kostnadskontrollen och effektiviteten i förmånssystemet är att införa en ny modell för statens ersättning till

landstingen för läkemedelsförmånens kostnader. Inriktningen har tidigare varit att landstingen fr.o.m. den 1 januari 2001 skall ha ett i princip fullständigt kostnadsansvar för läkemedel och att en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader då skall införas. För närvarande pågår förhandlingar mellan staten och Landstingsförbundet om statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader såväl för 2000 som för tiden därefter. Parterna har i dessa förhandlingar konstaterat att det pågår arbete inom en rad områden som sammantaget syftar till öka kostnadskontrollen för och förbättra möjligheterna till uppföljning av läkemedelsanvändningen. Mot bakgrund av detta finns det ej förutsättningar för att fr.o.m. 2001 införa en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader. Inriktningen är nu därför att en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader i stället skall införas fr.o.m. 2002. Det är mot denna bakgrund ej möjligt att nu redogöra för hur en sådan ny modell kommer att utformas och regeringen har därför för avsikt att återkomma i 2001 års ekonomiska vårproposition med en sådan redogörelse.

Regeringens uppfattning är emellertid att det är av största vikt att en sådan modell ger starkare incitament för ökad kostnadseffektivitet i förmånssystemet än den modell som tillämpats sedan 1998. Vidare anser regeringen att det framförallt är viktigt att statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader i framtiden fördelas mellan landstingen utifrån det medicinskt betingade behovet av läkemedel i respektive landsting och inte på respektive landstings faktiska förbrukning, vilket är fallet i det nuvarande statsbidragssystemet. Därutöver är det viktigt att landstingen ges ett tydligare ekonomiskt ansvar för läkemedelsförmånen och därigenom starkare ekonomiska incitament för att aktivt arbeta med frågor med koppling till läkemedelsförmånen.

Regeringens avsikt är också att ta andra viktiga steg mot ökad kostnadskontroll och effektivitet i förmånssystemet genom att ta fram förslag om ett förändrat system för prissättning av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen och om förbättrade system för ekonomisk och medicinsk uppföljning av förskrivning och konsumtion av läkemedel. Vidare beslutade regeringen i juni 1999 om direktiv till en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av läkemedels-

förmånen (dir. 1999:35). Syftet med översynen är främst att komma till rätta med brister i det nuvarande förmånssystemet och att få kontroll över kostnadsutvecklingen. Utredningen om översyn av läkemedelsförmånen (S 1999:06) skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 september 2000. Regeringen har för avsikt att, på grundval av utredningens förslag, under våren 2001 till riksdagen lämna förslag till en ny eller ändrad läkemedelsförmån.

Ett särskilt statsbidrag har sedan 1978 utbetalats till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar. Efter regeringens bemyndigande tillsatte chefen för Socialdepartementet i januari 1999 en särskild utredare med uppdrag att förutsättningslöst se över de organisatoriska aspekterna av verksamheten vid WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar. Översynen skulle särskilt inriktas på frågor som hänger samman med avtalet mellan svenska staten och WHO och svenska statens finansiella stöd till verksamheten. Utredaren har redovisat sina slutsatser i betänkandet Översyn av stiftelsen för internationell rapportering av läkemedelsbiverkningar (SOU 1999:99) i augusti 1999. Utredaren har bl.a. gjort bedömningen att det är både möjligt och lämpligt att helt finansiera verksamheten med försäljningsintäkter och att det inte längre finns något behov av ett särskilt statsbidrag. Förslag till ändringar i avtalet mellan regeringen och WHO bereds inom regeringskansliet. Mot bakgrund av ovanstående gör regeringen bedömningen att några medel ej behöver anvisas över statsbudgeten för detta ändamål fr.o.m. 2001.

### 3.5.3 En god tandhälsa skall upprätthållas

#### Insatser

Den 1 januari 1999 trädde ett reformerat tandvårdsstöd i kraft. Det är främst avsett att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den s.k. bastandvården. Stödet är också speciellt riktat till vissa äldre och funktionshindrade i främst särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt till personer som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Denna del av stödet administreras av landstingen. Tandvårdsstödet innefattar även ett särskilt högkostnadsskydd för mer kostnads-

krävande protetiska behandlingar, inklusive implantat, samt tandregleringar.

Riksförsäkringsverket har, på regeringens uppdrag, följt och analyserat effekterna av det reformerade tandvårdsstödet. Uppdraget redovisades till regeringen i mars 2000 i en rapport: Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet – 1999, det första året. Av redovisningen framgick bl.a. hur den utbetalda ersättningen fördelade sig på bastandvård, särskilt högkostnadsskydd samt på tandvårdsinsatser vid långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder.

Under 1999 träffades en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om att fr.o.m. 2000 utvidga landstingens åtagande till att omfatta även patienter med Sjögrens syndrom och patienter med nedsatt salivproduktion till följd av strålbehandling. Dessa patientgrupper omfattades tidigare av reglerna om avgiftsfri tandvård.

I budgetpropositionen för 2000 avsattes sammanlagt 13 miljoner kronor för ekonomiskt stöd till olika kompetenscentrum på tandvårdsområdet. För kompetenscentrum för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd avsattes 8 miljoner kronor. De kompetenscentrum som erhöll detta stöd var Mun-H-Center i Bohuslandstinget, som är ett kunskapscentrum för odontologiska problem hos små och mindre kända grupper med funktionshinder (huvudsakligen barn och ungdomar) och Odontologiska Institutionen i Jönköping, som är ett kompetenscentrum för sällsynta odontologiska tillstånd. För 2000 avsattes 1 miljon kronor till en utvärdering av verksamheten vid Metallbiologiskt centrum i Uppsala.

Utöver ekonomiskt stöd till befintliga kompetenscentrum avsattes medel för att tillskapa ett kunskapscentrum för dentala material inom Socialstyrelsen. Centrumet har inom Socialstyrelsen knutits till enheten för medicinsk praxis och en referensgrupp har bildats med representanter för tandläkare, tandtekniker, landstingen och Tandvårdsskadeförbundet. Sammanfattningar i form av kliniska riktlinjer skall tas fram efter förslag från referensgruppen. Inledningsvis har materialavdelningarna vid landets fyra odontologiska institutioner kontaktats för diskussioner om vilka bidrag de kan lämna. Sådana diskussioner har även förts med Nordiskt Institut för Odontologisk Materialprovning (NIOM) liksom med biverkningsregistret i Bergen och Umeå. Ett antal uppdrag har lagts ut

till olika författare att bidra med kunskapssammanställningar för olika ämnen. De första kunskapssammanfattningarna beräknas bli publicerade i slutet av 2000.

Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet bl.a. granskat barn- och ungdomsvården, kvaliteten i vården av tandlossningssjukdom samt tandvården för funktionshindrade och äldre i vissa landsting eller sjukvårdsregioner. Under 1999 har Socialstyrelsen också berett frågan om kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården mot bakgrund av bl.a. uppgifter om en ökande brist på tandläkare samtidigt som tandhygienister inte används i den utsträckning som är möjlig. I en rapport från denna beredning har Socialstyrelsen sammanställt fakta och synpunkter samt beskrivit en tänkbar utveckling under de närmaste 20 åren. Som ett led i uppföljningen av tandvårdsreformen har Socialstyrelsen utarbetat en rapport baserad på en intervjuundersökning avseende tandvården i fyra län.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 1999 (prop. 1998/99:1) sin avsikt att vidta nödvändiga åtgärder för att kunna införa ett förbud mot användningen av amalgam. Detta beräknades kunna ske senast fr.o.m. 2001. Regeringen bedömde att ett förbud mot amalgam skulle kunna införas mot bakgrund av ett förslaget tillägg till EU-direktivet om medicintekniska produkter (93/42/EEG). Det har dock visat sig att tillägget slutligen fått en sådan utformning att det troligen inte blir möjligt att införa ett förbud med stöd härav. Dessutom har EU på senare tid ingått avtal med andra länder, s.k. tredjelandsavtal, om medicintekniska produkter och sådana avtals betydelse måste utredas. Regeringen undersöker nu möjligheterna att förbjuda amalgam av miljöskäl.

## Resultat

En första mera ingående utvärdering av effekterna av det reformerade tandvårdsstödet har under våren redovisats till regeringen av Riksför-säkringsverket (RFV). Utvärderingen pekar på behovet av en fortsatt analys av prissättningen, särskilt vad gäller landstingens prissättning. Vidare framhålls att förutsättningarna att följa upp, utvärdera och analysera tandvårdsstödet i vissa avseenden inte varit de bästa. Därför föreslår RFV att verket skall ges möjlighet att ålägga försäkringsanslutna vårdgivare att redovisa upp-

gifter som gör detta arbete möjligt. Härmed avses främst vårdgivarnas priser, vilken tandvård som utförs och omfattningen på vårdgivarens verksamhet, t.ex. i form av årsarbetskrafter. RFV menar vidare att ingen myndighet i dag har ett helhetsperspektiv på tandvården och tandhälsan hos befolkningen, vilket försvårar arbetet med att verka för uppfyllandet av målet med tandvårdsstödet samt uppföljningen av detsamma.

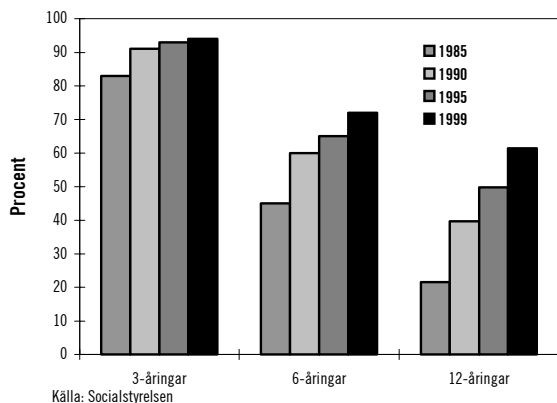
Utvecklingen inom vuxentandvården karaktäriserades under 1998 av betydande osäkerhet både bland vårdgivare och patienter inför den slutgiltiga utformningen av det framtida reformerade stödet för vuxentandvård. Denna osäkerhet ledde till en betydande ökad efterfrågan på framförallt kostsamma behandlingar under året. Någon stor förändring skedde dock inte 1999 utan efterfrågan låg i stort sett kvar på samma nivå som under 1998. Utgifterna under 1999 blev dock något lägre än förväntat. Till stor del berodde det på att många patienter lät utföra kostsamma behandlingar redan under 1998 men också på att genomförandet av delar av stödet inte fått full effekt. Kostnaderna förväntas därför bli högre under kommande år.

Hushållens ekonomiska situation har fortsatt att förbättras under 1998 och 1999. Erfarenhetsmässigt vet man att efterfrågan på tandvård stiger när hushållens ekonomiska situation förbättras. Denna gång har sannolikt den ökade efterfrågan till följd av det förbättrade ekonomiska läget dämpats av den tidigareläggning av tandvård som skedde främst under 1998. Utformningen av det nya tandvårdsstödet, med fri prissättning som ett inslag, kan också ha haft en dämpande effekt. Avregleringen vad gäller prissättning ledde till att priserna mellan 1998 och 1999 i genomsnitt höjdes med 18 procent, vilket var mer än förväntat. Variationerna i priser mellan olika delar av landet och mellan olika vårdgivare är också stora.

Det är svårt att bedöma om det skett några märkbara förändringar i tandhälsotillståndet hos befolkningen under 1999, eftersom sådana förändringar måste ses i ett längre tidsperspektiv. Utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar följs kontinuerligt genom att Socialstyrelsen sammanställer uppgifter från tandvårdshuvudmännen. Sammanställningarna visar att tandhälsan hos barn och ungdomar förbättrats betydligt mellan 1985 och 1999. Ett exempel på det är utvecklingen när det gäller andelen barn som är kariesfria i olika åldrar (se diagram 3.5 nedan). I fråga om den vuxna befolkningen

saknas rikstäckande statistik av liknande slag över tandhälsan. Man vet dock att utvecklingen under 1980- och 1990-talen gått mot att allt fler äldre har sina egna tänder i behåll.

**Diagram 3.5 Andelen kariesfria barn**



Landstingsförbundet har under våren 2000 lämnat en redogörelse för hur de till landstingen överlämnade medlen för vissa särskilda patientgrupper utnyttjades under 1999. I denna första rapport redovisas endast behandlingsomgångar som har avslutats och där vårdgivarna har fakturerat landstingen för behandlingen, varför en stor oredovisad balans finns. Landstingsförbundet bedömer att antalet personer som är berättigade till uppsökande verksamhet enligt bestämmelserna därom uppgår till 195 000. Av dessa blev närmare 33 000 personer uppsökta under 1999. Andelen av berättigade som uppsökts varierar dock starkt mellan de olika landstingen. Landstingen har fakturerats för ca 56 000 personer som fått s.k. nödvändig tandvård på grund av att de tillhör de grupper som är berättigad till uppsökande verksamhet. Närmare 15 000 personer redovisas ha fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

Det råder ingen tvekan om att det reformerade tandvårdsstödet har inneburit en förbättring för många människor som blivit uppsökta och fått möjlighet till nödvändig tandvård enligt reglerna om stöd till vissa patientgrupper. Samtidigt har det i vissa landsting tagit lång tid att komma i gång med verksamheten. Landstingsförbundets redovisningar för 2000 och 2001 kommer att utgöra en bättre och mer detaljerad information för att kunna bedöma reformens effekter då landstingen till dess hunnit att bygga upp nödvändiga ADB-baserade redovisningssystem. Det är angeläget att redovisningen i fortsättningen görs mer detaljerad med avseende på olika förmånsgrupper, åldersgrupper och kön.

Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet undersökt barn- och ungdomstandvården i södra sjukvårdsregionen och funnit att den generellt sett fungerar bra, även om vissa förbättringar behövdes på några kliniker. Under 1999 sammanställde Socialstyrelsen också iakttagelser hos tandläkare i Västsverige vid en granskning av vården vid tandlossningssjukdom, vilket lett till att dessa påbörjat kvalitetsutveckling och system för avvikelsehantering och ökad kvalitet i journalhanteringen. Diskussioner har förts med tandvårdsledningarna i de fyra nordligaste landstingen om barntandvårdens organisation och kvalitet. Motsvarande diskussion har också initierats beträffande tandvården för funktionshindrade och äldre. En inventering som gjorts av tandvården för äldre i kommunalt boende i Norrbotten och Västernorrland visar att det behövs stora insatser för att få äldretandvården att fungera väl.

### Analys och slutsatser

Regeringens samlade bedömning är att syftet med tandvårdsreformen till väsentliga delar är på väg att uppnås, men att vissa problem också har kunnat iakttas vid tillämpningen av det nya stödet. Landstingens ansvar för uppsökande verksamhet bland vissa patientgrupper har medfört att många människor med stora och eftersatta behov av tandvård har kunnat få hjälp. Inom tandvårdsförsäkringen har en förskjutning skett mot bastandvården, medan protetik och tandreglering svarar för en minskad andel av utgifterna. Det är dock ännu för tidigt att dra några slutsatser när det gäller generella effekter av tandvårdsreformen på tandhälsoutvecklingen.

Till de problem som regeringen uppmärksammat hör att skyddet mot höga behandlingstkostnader i många fall är otillräckligt. Detta gäller i synnerhet de stora grupper av äldre som inte omfattas av det särskilda stödet till personer i särskilda boendeformer. Prisutvecklingen på tandvård sedan den statligt fastställda taxan avskaffades ger vidare anledning till oro. Regeringen har också erfarit att avgränsningen av de grupper som skall omfattas av rätten till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård kan vålla problem i vissa fall.

Utgifterna för tandvårdsstödet torde komma att öka under 2000 och 2001 i förhållande till 1999. Under 2000 och 2001 kan landstingens uppsökande verksamhet förväntas komma i gång

i full skala, med ökande kostnader som följd. Den statliga ersättningen till landstingen är fastställd till 405 miljoner kronor per år för åren 1999–2001, vilket innebär att det är först därefter som kostnaderna för denna del av stödet kan medföra någon förändring av statens utgifter.

Regeringen anser att åtgärder redan nu bör vidtas för att utreda och söka komma till rätta med de problem som har kunnat iakttas och för att åstadkomma ett effektivare utnyttjande av de resurser som tillförs tandvården genom tandvårdsförsäkringen och ersättningen till landstingen för vissa patientgrupper. Regeringen avser därför att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utvärdera hur syftet med det reformerade tandvårdsstödet har uppnåtts och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och möjligheterna att uppnå tandvårdsreformens syften förbättras. Det finns även frågor om kompetensfördelning och arbetsformer inom tandvården som behöver belysas närmare. Insatser bör också göras för att förbättra möjligheterna att följa upp, utvärdera och analysera tandvårdsstödet. Härvid kommer synpunkter från berörda myndigheter att utgöra ett viktigt underlag. I 2000 års ekonomiska vårproposition aviserades att regeringen avser att tillföra tandvården 200 miljoner kronor 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor 2003. Regeringen föreslår nu att det resurstillskott som aviserades för 2002 delvis tidigareläggs och att 100 miljoner kronor tillförs anslaget *13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.* redan under 2001. Inriktningen är att det samlade resurstillskottet skall användas för att förbättra skyddet mot höga behandlingkostnader, varvid de äldre bör prioriteras. Hur detta närmare skall ske avser regeringen att återkomma till.

### 3.5.4 Vården och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras

#### Insatser och resultat

Regeringen tar kontinuerligt del av de uppföljningar som görs av 1995 års psykiatrireform. Utvärderingar av psykiatrireformen visar att utvecklingen allmänt sett varit god. Stimulansmedel som anslagits från staten i samband med reformen har haft positiv effekt och medfört att ett stort antal nya projekt startats, bl.a. beträffande daglig sysselsättning och nya former för boendestöd. Samtidigt kan ett antal brister kon-

stateras. Bl.a. har samordningsproblem mellan landstingens och kommunernas vård och omsorg gett upphov till svårigheter vid förverkligandet av psykiatrireformen.

Behovet av samverkan mellan huvudmännen har bl.a. uppmärksammats när det gäller missbrukare med psykiska problem, där insatser från såväl socialtjänsten som den psykiatriska vården behövs. Samordningsproblem mellan psykiatrins och primärvårdens insatser och sociala insatser har även uppmärksammats vid utskrivning av patienter från psykiatrisk slutenvård. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen föregås inte in- och utskrivningar av den planering och samverkan som förutsätts enligt gällande föreskrifter och allmänna råd.

Tillämpningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad inom psykiatrisk heldygnsvård har för en del patienter medfört att de vid utskrivningen fortfarande har omfattande och kvarstående symptom och behov av kvalificerad uppföljning eller fortsatta behandlingsinsatser.

Den minskade användningen av slutenvård har medfört ökade krav på landstingen och kommunerna att samordna sina vård- och rehabiliteringsinsatser. Hälsotillståndet för gruppen schizofrena har under de senaste 20 åren inte förbättrats i samma takt som för befolkningen i övrigt. I en forskarrapport som presenterade i augusti 2000 uppges att dödligheten bland schizofrena i Sverige ökat under perioden 1976–2000 i förhållande till befolkningen i övrigt. En förklaring till utvecklingen kan, enligt forskarrapporten, vara att antalet slutenvårdsplatser inom psykiatri minskat under samma period. Det är känt att personer med allvarliga psykiska störningar ofta har en mindre hälsosam livsstil och att en överdödlighet i bl.a. somatiska sjukdomar föreligger. Rapporten kan vara en av många indikationer på de problem och svårigheter övertagandet av psykiatrireformen är förenat med.

Samverkansproblematiken har uppmärksammats av regeringen bl.a. genom att en särskild utredare (S 1999:05), med uppgift att beskriva och analysera de problem som finns i dag för samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg, har tillsatts. Nämnas i sammanhanget kan också att Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har bildat samverkansgrupper där bl.a. samverkan mellan huvudmännen inom psykiatri behandlas.

Verksamheten inom psykiatrin kommer under de närmaste åren bl.a. att stimuleras genom att det ekonomiska resursutrymmet för vården och omsorgen kommer att öka. Regeringen har aviserat ett resurstillskott om nio miljarder kronor till vården och omsorgen under perioden 2001–2004. Psykiatrin är ett av fyra områden som särskilt kommer att prioriteras.

En viktigt syfte med resurstillskottet är att landstingens stöd till barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem skall förbättras. För barn och ungdomar som både har psykiska problem och problem med missbruk, skall innehållet i vården utvecklas. Ungdomar i åldersgruppen 16–25 hamnar ofta i kläm inom den psykiatriska vården. Samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin skall därför utvecklas vidare. Landstingen skall även svara för att psykiskt funktionshindrade särskilt uppmärksammas så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatrin och socialtjänsten. Äldre personer med psykiatriska vårdbehov skall identifieras och erbjudas behandling.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har varit föremål för ett antal lagändringar, som trädde i kraft den 1 juli 2000 (prop. 1999/2000:44). Vid utformningen av lagändringarna har patientens, men också vårdpersonalens rättssäkerhet varit av grundläggande betydelse. Lagändringarna har bl.a. inneburit tydligare riktlinjer i lagarna i vilka fall tvångsåtgärder får komma ifråga vid behandlingen. Med dessa nya riktlinjer är förhoppningen att användningen av tvångsåtgärder skall minska och att patientens och vårdpersonalens rättstrygghet skall öka. Ändringarna i LPT och LRV har inte inneburit att en annan bedömning skall göras av när förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Genom lagändringarna skapas dock ökade möjligheter att beakta en patients tidigare agerande när beslut om tvångsvård skall fattas.

Regeringens bedömning är att patienternas rättssäkerhet kommer att öka genom lagändringarna vad avser de s.k. konverteringsfallen enligt LPT, dvs. när frivillig psykiatrisk vård övergår till tvångsvård. Efter lagändringarna i LPT krävs numera att två läkare involveras i konverteringsbeslutet i stället för som tidigare endast en läkare. Med ändringarna i LRV och LPT har patienterna fått en utökad rätt till stödperson efter det att tvångsvården har upphört. Möjligheterna

till permission till vårdtidens slut har avskaffats både vad avser LPT och LRV, vilket, när det gäller LPT, tydligare markerar lagens karaktär av akutlag samt vidare att permissioner inte skall användas som en form av försöksutskrivning där behovet av tvångsvård kan ifrågasättas.

Medicinskt sakkunniga kommer i en större utsträckning att användas vid länsrättens prövning av utskrivningar, fortsatt vård, permissioner m.m. än vad som varit fallet före det att lagändringarna i LRV och LPT trädde i kraft. Tidigare har det funnits stora variationer beträffande länsrätternas användning av medicinskt sakkunniga. Närvaron av medicinskt sakkunniga vid domstolsförhandlingarna bör medföra möjligheter till en mer allsidig domstolsprövning. Den ökade användningen av medicinskt sakkunniga kan dock komma att tydliggöra den brist på specialister som finns inom psykiatrin.

Ett av de ursprungliga målen när LPT och LRV trädde i kraft 1992 var att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder skulle minska. Under 1990-talets första år skedde också en tydlig minskning av antalet inneliggande patienter som var föremål för tvångsvård samt även av antalet vårdtillfällen. Antalet vårdtillfällen med stöd av LPT och LRV har dock långsamt ökat under den senare delen av 1990-talet. Vårdtiderna har, beträffande vård med stöd av LPT, generellt blivit kortare, vilket måste beaktas vid en bedömning av den psykiatriska tvångsvårdens omfattning. Även om ett av målen med nu aktuella lagändringar i LPT och LRV är att minska användningen av tvångsvård, måste omfattningen av tvångsvården alltid bedömas utifrån en avvägning mellan en patients vårdbehov och hans eller hennes krav på självbestämmande och integritet.

**Tabell 3.5 Vårdtillfällen och antal inskrivna i psykiatrisk tvångsvård 1993–1998**

År	Antal vårdtillfällen		Därav vårdtid mindre än 4 veckor		Inskrivna den 31 december	
	LPT	LRV	LPT	LRV	LPT	LRV
1993	7 730	596	5 736	119	1 327	846
1994	8 012	543	5 916	132	1 389	929
1995	8 426	577	6 287	162	1 268	951
1996	8 757	651	–	–	1 340	952
1997	8 467	667	5 650	–	1 365	1 031
1998	9 294	810	6 359	–	1 359	1 006

Källa: Registret över psykiatrisk tvångsvård. Socialstyrelsen.

En viktig fråga inom den psykiatriska vården är de vårdbehövandes möjligheter att påverka och

utforma vårdinsatserna. Nämnas i detta sammanhang kan att Socialstyrelsen inlett ett nära samarbete med brukarorganisationer i syfte att förbättra och kvalitetssäkra sina egna insatser inom området. Konferenser har anordnats för att föra ut resultatet av utvärderingen av psykiatireformen samt föra dialog med företrädare för olika verksamheter för att diskutera den fortsatta utvecklingen inom psykiatrin.

Frågor om psykisk ohälsa har fått en ökad uppmärksamhet i media under det gångna året. Under 1999 och 2000 har exempelvis den s.k. Psyke-kampanjen bedrivits. Kampanjen initierades av Handikappombudsmannen i samarbete med RSMH och Riks-IFS. Målet för kampanjen har varit att öka kunskapen och förståelsen kring människor med psykiska problem. Den uppmärksamhet som kampanjen har väckt bland allmänheten och media ger en god bild av det stora intresse som finns kring frågor om psykisk ohälsa samt vikten av en diskussion kring dessa frågor.

## Analys och slutsatser

De samhällsekonomiska konsekvenserna av psykisk sjukdom och funktionshinder hos befolkningen är betydande. Socialstyrelsen har uppskattat att de totala kostnaderna ökat från 43 miljarder kronor 1990 till drygt 50 miljarder kronor 1997. En tredjedel av detta belopp utgörs av olika typer av direkta sjukvårdskostnader.

Upprepade epidemiologiska studier under 1990-talet har vidare påvisat en viss ökning av olika former av psykisk ohälsa i Sverige. Främst handlar det om förekomsten av känslor som nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro och ångest. Den sammantagna bilden av omfattningen av den psykiska ohälsan är dock svår att tolka. Barn- och ungdomspsykiatrin har redovisat ett ökat antal besök. Det går emellertid inte entydigt att utläsa att barns och ungdomars hälsa försämrats. Studier finns som pekar mot att det snarare är fler ungdomar i dag än tidigare, som är beredda att söka hjälp. Denna utveckling kan vara ett tecken på en ökad medvetenhet och öppenhet kring frågor som rör psykisk ohälsa. Förutsättningarna att ge dessa människor adekvat stöd och medicinering ökar därmed. Det ökade trycket på de psykiatriska mottagningarna kan emellertid även vara ett tecken på att den förebyggande verksamheten kring psykisk ohälsa inte är tillräckligt väl utbyggd.

Regeringens bedömning är att vården och omsorgen om psykiskt störda kommer att förbättras genom de satsningar inom psykiatrin som har redogjorts för ovan. För att uppnå goda resultat i arbetet med att förbättra vården och omsorgen om psykiskt störda är det även viktigt att den psykiska ohälsan hos befolkningen bildar utgångspunkt för ett förebyggande arbete och då särskilt hos barn och ungdomar. Om inte insatser sätts in tidigt, riskerar de psykiska problemen att fördjupas, vilket i sin tur ytterligare belastar psykiatrins resurser.

## Stöd till personer som hamnat i psykiska kristillstånd på grund av utträde ur nyandliga rörelser

Regeringen beslutade den 19 december 1996 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att undersöka hur samhället, med bevarad respekt för de grundläggande fri- och rättigheterna, på ett bättre sätt än i dag kan stödja människor som av särskilda skäl befinner sig i psykiska kristillstånd. Utredaren överlämnade den 1 oktober 1998 betänkandet I God Tro – samhället och nyandligheten (SOU 1998:113). Betänkandet har därefter remissbehandlats på sedvanligt sätt.

Genom utredningen har en samlad kartläggning och beskrivning av frågor kring nyandliga rörelser och samhället, såväl nationellt som internationellt, åstadkommit. I betänkandet har vidare ett antal bedömningar gjorts och på några punkter har konkreta förslag på åtgärder lagts fram. Det gäller bl.a. ett förslag om inrättande av ett kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor där staten skall agera som huvudman. Kunskapscentrumet föreslås bl.a. arbeta med fördjupning av kunskap samt utvecklande av metoder för att ge adekvat hjälp till vårdsökande vid kris i samband med uttryde ur nyandliga rörelser. Vidare föreslår utredaren att en översyn görs av det regelverk som reglerar fristående skolor och kommunernas och skolverkets översyn av dessa. I betänkandet föreslås slutligen att en ny bestämmelse i brottsbalken införs som straffbelägger otillbörlig påverkan, något som företrädare för olika nyandliga rörelser i vissa fall kan anses göra sig skyldiga till enligt utredaren.

Efter en sammantagen bedömning av betänkandet samt remissutfallet finner regeringen att ett behov av kunskap om nyandliga rörelser finns hos myndigheter och institutioner men att arbete med forskning och kompetenshöjning

inom det aktuella området kan ske inom ramen för existerande verksamheter. Behov av att inrätta ett särskilt kunskapscentrum föreligger därför inte.

Förslaget om införande av en ny straffbestämmelse om otillbörlig påverkan avvisas av ett antal remissinstanser, bl.a. av Göta hovrätt, Justitiekanslern och Riksåklagaren. Remissinstanserna har bl.a. anfört att en straffbestämmelse enligt förslaget skulle innebära svåra avvägningar mellan grundlagsfästa friheter och den föreslagna bestämmelsens skyddsändamål. Hän-syn till yttrandefriheten och andra intressen anses medföra att ett straffstadgande om otillbörlig påverkan skulle behöva avgränsas så snävt att det sällan eller aldrig kan tillämpas. Vidare har anförts att utredningen inte ger något underlag för att skyddet för den personliga integriteten kräver en ny straffbestämmelse i brottsbalken. Regeringen delar remissinstansernas bedömning och kommer därför inte att vidtaga några åtgärder med anledning av förslaget.

De delar som avser översyn rörande regleringen av fristående skolor har överlämnats till Utbildningsdepartementet för fortsatta överväganden. Utbildningsdepartementet avser att behandla de aktuella förslagen i en departementspromemoria rörande friskolor.

### 3.6 Budgetförslag

#### 3.6.1 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.

**Tabell 3.6 Anslagsutveckling 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.**

<i>Tusental kronor</i>				
1999	Utfall	1 909 426	Anslags-sparande	102 000
2000	Anslag	1 998 000	Utgifts-prognos	2 098 000
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 242 000</b>		
2002	Beräknat	2 384 000		
2003	Beräknat	2 728 000		

Anslaget finansierade under 2000 vuxentandvård (tandvårdsstödet) och ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för tandvård för vissa patientgrupper samt för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden till bl.a. sjukvårdshuvudmännen. Den beräknade fördelningen i miljoner kronor för dessa båda anslagsposter för åren 2000–2003 framgår av tabell 3.7.

**Tabell 3.7 Beräknad fördelning på anslagsposter**

<i>Miljoner kronor</i>				
<i>Anslagsposter år</i>	2000	2001	2002	2003
Ersättning till sjukvårdshuvudmännen m.m..	530	540	552	562
Tandvårdsersättning	1 568	1 702	1 832	2 166
<b>Totalt</b>	<b>2 098</b>	<b>2 242</b>	<b>2 384</b>	<b>2 728</b>

Utgifterna för tandvårdsersättningen för 1999 blev något lägre än förväntat, sannolikt beroende på att många patienter, med anledning den förestående reformen, lät utföra mer kostsamma behandlingar redan under 1998, men också beroende på att genomförandet av delar av den reformerade stödet sannolikt ännu inte fått full effekt under 1999. Detta medverkade till ett underskridande för hela anslaget Sjukvårdsförmåner på ca 125 miljoner kronor, varav ca 83 miljoner avsåg tandvårdsersättning.

Utgiftsutvecklingen för 2000 är fortfarande mycket svårbedömd. Det finns skäl som talar för att utgifterna för tandvårdsersättning kan komma att bli högre än de 1 468 miljoner kronor som beräknades i budgetpropositionen för 2000. Riksförsäkringsverket (RFV) beräknar med ledning av utvecklingen under första halvåret att hela anslaget kommer att överskridas med 170 miljoner kronor, varav merparten avser tandvårdsersättning.

#### Regeringens överväganden

##### Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Sveriges medlemskap i EU och EES-avtalet medför både kostnader och intäkter för sjukvårdsförmåner gentemot annat land. Utländska medborgare har i enlighet med medlemskapet och andra avtal vid behov rätt till sjukvårdsförmåner under vistelse i Sverige. Landstingen erhåller ersättning för sådana utförda vårdinsatser. På motsvarande sätt riktar andra medlemsstater i EU krav på Sverige för sådana vårdförmåner som svenska medborgare varit berättigade till vid vistelse i dessa länder.

Eftersom kostnader och intäkter i internationella förhållanden ofta regleras flera år efter att de uppkommit, är det svårt att med större exakt-het beräkna den årliga nettokostnaden för försäkringen.



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

Som ett led i tandvårdsreformen övertog landstingen det administrativa ansvaret för tandvården för vissa särskilda patientgrupper. För detta åtagande erhåller landstingen för 1999–2001, enligt träffad överenskommelse med staten, ett årligt fast ersättningsbelopp på 405 miljoner kronor. I budgetpropositionen för 2003 skall en ekonomisk slutreglering av landstingens åtagande ske. I samband därmed skall landstingen även kompenseras för utökningen av deras åtagande till att omfatta även patienter med Sjögrens syndrom och patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling. Avsikten är att ersättningen till landstingen för de särskilda patientgrupperna fr.o.m. 2002 skall lämnas genom det generella statsbidraget. Enligt Landstingsförbundets redogörelse för hur de till landstingen överlämnade medlen för tandvårdsreformen utnyttjats uppgick de totalt redovisade kostnaderna inom landstingen för tandvårdsreformen under 1999 till 193 miljoner kronor. Landstingsförbundets rapport speglar dock inte kostnaderna för verksamheten under ett normalår med systemet i full funktion. Kostnaderna under kommande år är svåra att bedöma, men kan, i och med att systemet kommer att vara helt i funktion, antas komma att bli högre än under 1999.

### Tandvårdsersättning

Ett reformerat tandvårdsstöd infördes fr.o.m. den 1 januari 1999. De hittillsvarande erfarenheterna av denna reform har redogjorts för under avsnitt 3.5.3 ovan. Det reformerade tandvårdsstödet innebar bl.a., som redovisats ovan, att landstingen övertog det administrativa ansvaret för tandvården för vissa särskilda patientgrupper. All övrig vuxentandvård administreras liksom tidigare av Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna.

Som aviserats i avsnitt 3.5.3 avser regeringen att tillsätta en särskild utredare som bl.a. skall få i uppdrag att lämna förslag till hur högkostnads-skyddet skall förbättras. I 2000 års ekonomiska vårproposition aviserar att regeringen avser att

tillföra tandvården 200 miljoner kronor 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor 2003. Regeringen föreslår nu att 100 miljoner av det tillskott som aviserats för 2002 skall tillföras redan under 2001. Regeringen avser att återkomma under 2001 med hur dessa medel skall användas.

Utgiftsutvecklingen för 2000 är ännu svår att förutse. Vid beräkningen av anslaget för 2001 har utgångspunkten varit att det prognosticerade utfallet för tandvårdsersättningen för 2000 och den förväntade prisutvecklingen.

För 2001 skall sammanlagt 13 miljoner kronor anvisas för ekonomiskt stöd till olika kompetenscentrum för tandvårdsrelaterade frågor. Av dessa medel, som disponeras av Socialstyrelsen, skall 8 miljoner kronor utbetalas till Mun-H-Center i Bohuslandstinget och Odontologiska Institutionen i Jönköpings läns landsting. Av resterande medel skall 4 miljoner kronor avsättas för driften av det kunskapscentrum för dentala material som inrättats inom Socialstyrelsen. Från och med 2002 skall Socialstyrelsen disponera 5 miljoner kronor för detta ändamål. För 2001 skall 1 miljon kronor avsättas till en utvärdering av verksamheten vid Metallbiologiskt centrum i Uppsala.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 242 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 2 384 000 000 kronor respektive 2 728 000 000 kronor.

### 3.6.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen

**Tabell 3.8 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen**

Tusental kronor				
1999	Utfall	14 211 985	Anslags-sparande	-828 352
2000	Anslag	16 137 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	16 603 000
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>16 137 000</b>		
2002	Beräknat	16 137 000		
2003	Beräknat	16 137 000		

<sup>1</sup> Varav 2 000 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till landstingen kostnaderna för läkemedel i öppen vård, den s.k. läkemedelsförmånen. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel skall kunna förskrivras till en

rimlig kostnad för den enskilde. Under 2001 utbetalas från anslaget ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen under dels månaderna november och december 2000, dels månaderna januari t.o.m. oktober 2001.

### Regeringens överväganden

Statens ekonomiska ersättning till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånen regleras årligen i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. För 2000 har parterna ännu inte träffat någon överenskommelse varför staten månatligen, med två månaders eftersläpning, tills vidare ersätter landstingen för deras faktiska kostnader för läkemedelsförmånen. Förhandlingar mellan parterna avseende ersättningen för såväl 2000 som 2001 pågår för närvarande och inriktningen är att en överenskommelse skall kunna träffas inom kort.

Ett system för vinst- och förlustdelning mellan parterna tillämpas för läkemedelsförmånens kostnader. För 2000 innebär vinst- och förlustdelningssystemet att det belopp varmed den faktiska kostnaden för läkemedelsförmånen under året underskrider den överenskomna ersättningen delas mellan staten och landstingen i proportionerna 40 procent till staten och 60 procent till landstingen. På motsvarande sätt delas ett eventuellt överskridande så att staten svarar för 70 procent och landstingen för 30 procent av överskridandet. Landstingens ekonomiska åtagande är dock begränsat till att omfatta högst 150 miljoner kronor. Ett underrespektive överskridande av den överenskomna ersättningen får betydelse för utgifterna under detta anslag för 2001 eftersom vinst- eller förlustdelningen för 2000 regleras mot detta anslag och skall vara genomförd senast den 31 mars 2001.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen har stadigt ökat under hela 1990-talet. Mellan åren 1990 och 1999 har kostnaderna för läkemedelsförmånen ökat från knappt 6,9 miljarder kronor till drygt 14,9 miljarder kronor. Den kraftiga ökningen av kostnaderna för läkemedel i öppen vård har flera olika orsaker; den demografiska utvecklingen som innebär att läkemedelsbehoven

ökar i takt med att antalet äldre i befolkningen ökar, strukturförändringarna inom vården som lett till att en allt större andel av läkemedlen skrivs ut i öppen vård, introduktionen av nya och dyrare läkemedel samt inkomstutvecklingen som har ett starkt positivt samband med utvecklingen av läkemedelskostnaderna.

Mellan åren 1998 och 1999 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånen med knappt 10,9 procent, från drygt 13,4 miljarder kronor till 14,9 miljarder kronor. Denna ökning kan sannolikt förklaras av ett antal olika faktorer, däribland introduktionen av flera nya och dyra läkemedel samt den hamstring som föregick den höjning av beloppsgränsen för högkostnads-skyddet vid köp av läkemedel som trädde i kraft den 1 juni 1999. Som en effekt av höjningen av beloppsgränsen för högkostnads-skyddet ökade emellertid den andel av de totala läkemedelskostnaderna som patienterna betalar från 21 procent 1998 till 23 procent 1999. Under de första sju månaderna 2000 har kostnaderna för läkemedelsförmånen ökat med 4,8 procent jämfört med motsvarande månader 1999 samtidigt som den andel av de totala läkemedelskostnaderna som patienterna betalar fortfarande uppgår till ca 23 procent.

Utgifterna under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånen* för 1999 ökade med 3,2 procent jämfört med utgiften för 1998 (14 212 miljoner kronor 1999 jämfört med 13 765 miljoner kronor 1998). Skillnaderna mellan kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen och utgiftsutvecklingen under anslaget beror dels på eftersläpningen i utbetalningen av ersättningen till landstingen, dels på att regleringen för vinst/förlustdelningssystemet sker i efterskott i mars följande år. Den relativt kraftiga kostnadsutvecklingen under 1999 belastar således huvudsakligen anslaget för 2000. I samband med 2000 års ekonomiska vårproposition tillskötts anslaget därför 2 miljarder kronor på tilläggsbudget för 2000. Dessa medel skall förutom att täcka utbetalningen till landstingen av förlustdelningen avseende 1999 (knappt 1 215 miljoner kronor) även täcka det ackumulerade underskott som finns på anslaget och som vid början av 2000 uppgick till drygt 828 miljoner kronor.

I avvaktan på utfallet av förhandlingarna mellan staten och landstingen om ersättningen för kostnaderna för läkemedelsförmånen åren 2000 och 2001 föreslår regeringen att 16 137 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånen* för 2001. För

åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 16 137 000 000 kronor vardera året.

### 3.6.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

**Tabell 3.9 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård**

Tusental kronor

1999	Utfall	987 324	Anslags-sparande	9 739
2000	Anslag	980 225	Utgifts-prognos	983 000
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>962 087</b>		
2002	Beräknat	982 087		
2003	Beräknat	982 087		

Från anslaget utbetalas statsbidrag till landstingen (och motsvarande) i enlighet med de årliga överenskommelser som träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar. Bidragets användningsområden m.m. finns angivna i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. Under 1999 har medlen enligt överenskommelsen mellan staten och landstingen (prop. 1997/98:189) använts primärt för att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Från och med budgetåret 1999 har även det statliga bidraget till Hjälpmedelsinstitutet ingått som en del av denna överenskommelse.

Vidare betalas från anslaget ersättningar för vissa kostnader och förluster som uppkommit på grund av myndighetsingripanden för att förhindra smittsam sjukdom. Vissa kostnader enligt smittskyddsförordningen (1989:301) betalas också från detta anslag, liksom även kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar. Även den statliga ersättningen till den ideella föreningen Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) har ingått i anslaget budgetåren 1999 och 2000.

Ramen för det totala belopp som omfattades av överenskommelsen uppgick 1999 till 1 182 miljoner kronor varav 947 miljoner kronor utgick från detta anslag och 235 miljoner kronor från anslag 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* Detta motsvarar en minskning med 35 miljoner kronor jämfört med 1998. Anledningen till minskningen är att vissa ersättningar som tidigare lämnats till vissa mer permanenta verksamheter utförda av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik,

(SBU) och Socialstyrelsen sedan 1999 är överförda till respektive myndighets ramanslag. En jämförelse mellan anslag och utfall för 1999 visar ett överskott för anslaget om drygt 9,7 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Regeringen har i resultatredovisningen på politikområdesnivå i tillämpliga delar redovisat de insatser som gjorts för att kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras och patientens ställning skall stärkas som är en följd av anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård.*

Den 30 september 1999 godkände regeringen överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården år 2000 som tidigare hade träffats mellan företrädare för staten och landstingen (skr. 1999/2000:21). Överenskommelsen innebar att inriktningen med en långsiktig satsning på att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården ligger fast. Därvidlag betonades både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet.

Vid beräkningen av anslaget för 2001 har hänsyn tagits till att anslagsramen jämfört med 2000 minskats med 14 miljoner kronor till följd av avvecklingen av Spri:s verksamhet. I och med att Spri:s verksamhet har upphört per den 31 december 1999 finns ett fortsatt behov av stöd till visst nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Av föreslagen anslagsram beräknas att 5 794 000 kronor kommer att vara tillgängliga för detta ändamål fr.o.m. 2001. Regeringens avsikt är att årligen under 2001 och 2002 utbetala 900 000 kronor av dessa medel som bidrag till Dopingjouren vid Huddinge sjukhus.

Regeringen föreslår vidare att 3 miljoner kronor från anslaget fr.o.m. budgetåret 2001 flyttas till anslaget 13:7 *Socialstyrelsen* för arbete med ekonomisk analys samt att 206 000 kronor överförs till för standardiseringsarbete inom hälso- och sjukvården. Vid beräkningen av anslaget har hänsyn tagits till att 1 miljon kronor förts över till anslaget 4:5 *Domstolsväsendet m.m.* för finansieringsåtaganden till följd av ändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) som trädde i kraft den 1 juli 2000 (prop. 1999/2000:44).

Ett syfte med resurstillskottet till hälso- och sjukvården är att förstärka primärvården så att

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

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att kompensera för ändring i sättet att beräkna premier för de statliga avtalsförsäkringarna. Anslaget har för detta ändamål tillförts 68 000 kronor.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 962 087 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för år 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 982 087 000 kronor vardera året.

### 3.6.4 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

**Tabell 3.10 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik**

Tusental kronor

1999	Utfall	33 027	Anslags-sparande	869
2000	Anslag	35 662	Utgifts-prognos	36 531
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>36 165</b>		
2002	Beräknat	36 902 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	37 700 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 36 165 tkr i 2001 års prisnivå.

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

Utgifterna under anslaget under 1999 uppgick till drygt 33 miljoner kronor och myndigheten hade därför vid årets slut ett anslagssparande om 869 000 kronor. Utgiftsprognosen i halvårsrapporten för år 2000 talar för att hela anslagssparandet kommer att förbrukas under innevarande år.

### Regeringens överväganden

Genom kritisk granskning av existerande praxis och metoder bidrar SBU till att öka patient-säkerheten samt kvaliteten och kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Myndigheten har under 1999 bedrivit 24 projekt, varav nio stycken avslutats. Dessutom har två tandvårdsprojekt startats. Inom ramarna för SBU-Alert, som bedrivs i samarbete med Socialstyrelsen, landstingen och Läke-medelsverket, har 45 olika nya medicinska metoder bedömts på tidigt stadium under 1999. Av dessa är 16 färdigställda och publicerade i Alert-databasen på Internet.

Under verksamhetsåret har SBU publicerat en rad utredningar. Dessutom har resultaten av rapporter och konferenser nått ut till allmänheten via massmedia, SBU:s nätverk av informatörer samt tidningen *Vetenskap & Praxis* som samdistriberas med bl.a. *Läkartidningen*, *Landstingsvärlden* och *Läkemedelsvärlden*.

SBU har under 1999 deltagit i ett antal projekt inom Europa och har även fortsatt sitt internationella arbete som sekretariat för nätverket INAHTA. Vikten av att vidareutveckla det internationella samarbetet och att fortsätta att utveckla metoderna och kanalerna för informations-spridningen understryks i SBU:s kunskapsstrategi.

Regeringen anser att myndigheten på ett tillfredsställande sätt arbetat mot de mål som angivits i regleringsbrevet för 1999. SBU skriver i sitt budgetunderlag för 2001 att behovet av att genomföra utvärderingar förvisso är mycket stort men att det trots detta finns skäl att bibehålla verksamheten på nuvarande nivå på grund av att sjukvårdens möjlighet att ta emot ny information och omsätta den i praktiken är begränsad.

Regeringens bedömning är att de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende SBU:s verksamhet ligger fast även 2001.

**Tabell 3.11 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	35 662
Pris- och löneomräkning	503
<b>Förslag 2001</b>	<b>36 165</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 36 165 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 *Statens beredning för utvärdering av*

medicinsk metodik för år 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 36 902 000 kronor respektive 37 700 000 kronor.

### 3.6.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

**Tabell 3.12 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

*Tusental kronor*

1999	Utfall	22 483	Anslags-sparande	4 964
2000	Anslag	19 086	Utgifts-prognos	23 500
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>23 407</b>		
2002	Beräknat	23 905 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	24 435 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 23 407 tkr i 2001 års prisnivå.

Uppdraget för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är att aktivt medverka till att stärka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården.

HSAN skall pröva anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal och fatta beslut om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt. HSAN skall återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt information till sjukvårdhuvudmännen, patientnämnderna och professionerna.

Under 1999 anvisades 22 421 000 kronor och myndigheten hade vid årets slut ett anslags-sparande om 4 964 000 kronor. En jämförelse mellan anslag och utfall för året visar att det ackumulerade anslagssparandet minskade med 5 000 000 i förhållande till 1998. Detta förklaras av att motsvarande belopp fördes över från HSAN till Smittskyddsinstitutet på tilläggsbudget för 1999. För 2000 minskades dessutom myndighetens anslag engångsvis med 4 000 000 kronor. Dessa medel överfördes till Rättsmedicinalverket. Som kompensation för det under 2000 minskade anslaget fick myndigheten disponera sitt ingående anslagssparande. Utgifts-prognosen för 2000 visar på att detta anslagssparande kommer att vara förbrukat vid årets slut.

### Regeringens överväganden

Myndigheten har genom sina insatser bidragit till målen att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet samt till att stärka patientens ställning.

HSAN:s årsredovisning för verksamhetsåret 1999 visar att antalet ärenden som inkommit har varit färre under 1999 än året tidigare. Skillnaden antas delvis och bero på förstärkningen av landstingens patientnämnder. Antalet behandlade och avgjorda ärenden har överstigit antalet inkomna ärenden för året. Antalet avgjorda ärenden har dessutom ökat i jämförelse med 1998.

I årsredovisningen för 1999 redogör nämnden för könsfördelningen hos anmälade patienter och anmäld sjukvårdspersonal. Ansvarsnämnden redovisar även hur stor andel av män respektive kvinnor som under 1999 fick bifall till sitt yrkande gentemot någon anmäld. Regeringen anser att analys av verksamheten ur båda könsens perspektiv är viktig även för det kommande året.

Regeringens samlade bedömning är att myndigheten på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten.

**Tabell 3.13 Beräkning av anslaget för 2001**

*Tusental kronor*

Anslag 2000	19 086
Pris- och löneomräkning	321
Överföring till anslaget <sup>1</sup>	4 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>23 407</b>

<sup>1</sup> Återfört efter engångsvis neddragning under 2000.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 407 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 23 905 000 kronor respektive 24 435 000 kronor.

### 3.6.6 13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall

**Tabell 3.14 Anslagsutveckling 13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall**

Tusental kronor

1999	Utfall	57 428	Anslags-sparande	17 572
2000	Anslag	191 530 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	208 936
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>78 000</b>		
2002	Beräknat	0		
2003	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Varav 101 530 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

Lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall trädde i kraft den 1 juli 1999. Genom lagen ges vissa personer som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ rätt att ansöka om ersättning av staten. Möjlighet att erhålla ersättning har personer som kan visa att de steriliserats enligt den lagstiftning som gällde före 1976 eller som steriliserats före 1976 utan lagstöd.

I samband med att lagen trädde i kraft tillskapades en särskild myndighet, Steriliseringsersättningsnämnden. Steriliseringsersättningsnämnden har till uppgift att handlägga och pröva de ansökningar som inkommer från enskilda personer om rätt till ersättning. Den som är berättigad till ersättning skall få ett belopp om 175 000 kronor. Ansökningstiden för ersättningsanspråk löper ut den 30 juni 2001. Nämndens verksamhet beräknas pågå fram till årsskiftet 2001–2002.

För 1999 tilldelades nämnden ett anslag om 75 000 000 kronor som till största delen skulle användas till ersättning till personer som ansökt om ersättning. Under året inkom 1 621 ansökningar om ersättning varav 424 avgjordes. Vid årets slut uppgick ärendebalansen till 1 197 ärenden. Utgifterna för ersättningar uppgick under 1999 till 55 541 000 kronor och anslagssparandet uppgick vid årets slut till 17 000 000 kronor. Anslaget för ersättningar under 1999 utnyttjades inte fullt ut då handläggningstiden till en början var relativt lång och färre ärenden avgjordes än vad som antogs. Handläggningstiden är nu betydligt kortare.

### Regeringens överväganden

Arbetet inom Steriliseringsersättningsnämnden bedöms under 1999 och 2000 ha fungerat mycket bra. Ärenden avgörs i den takt som förväntats och handläggningen håller hög kvalitet. Ansökningarna om steriliseringsersättning utreds och föredras av personal från Personskadereglering AB (PSR). PSR tillhandahåller lokaler och kontorsmaterial för nämndens räkning.

Tidigare anvisade och beräknade medel för perioden 1999–2001 byggde på uppskattningen att 1 000 personer skulle komma att erhålla ersättning från Steriliseringsersättningsnämnden. Ärendetillströmningen och bifallsfrekvensen har dock kraftigt överstigit prognoserna varför ytterligare medel har behövt tillskjutas för såväl 2000 som 2001 i samband med 2000 års ekonomiska vårproposition.

I augusti 2000 hade drygt 1 800 ansökningar inkommit till nämnden. Den fortsatta ärendetillströmningen fram till det att ansökningstiden går ut den 30 juni 2001, beräknas till ca 35 ärenden i månaden. Bifallsfrekvensen har uppgått till ca 85 procent och beräknas även fortsättningsvis ligga på den nivån. Steriliseringsersättningsnämndens arbete med att pröva ansökningar om ersättning bedöms vara fullgjord vid utgången av 2001.

De administrativa kostnaderna för nämndens handläggning av ärenden kommer att öka genom att ett nytt avtal angående ersättning från nämnden till PSR började gälla den 1 juli 2000. Ersättning till PSR utgår enligt det nya avtalet med 2 000 kronor per ärende mot tidigare 1 250 kronor. Bakgrunden till att högre ersättning utgår till PSR är att handläggningstiden per ärende är dubbelt så lång som den ursprungliga beräkningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 78 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 *Ersättning till steriliserade i vissa fall* för 2001. Eftersom nämndens arbete förväntas vara slutfört vid utgången av 2001 anges anslaget för 2002 till 0 kronor.

### 3.6.7 13:7 Socialstyrelsen

**Tabell 3.15 Anslagsutveckling 13:7 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
1999	Utfall	430 718	1999	Anslags-sparande	-1 201
2000	Anslag	429 102	2000	Utgifts-prognos	427 901
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>476 577</b>			
2002	Beräknat	459 589 <sup>1</sup>			
2003	Beräknat	470 037 <sup>1</sup>			

<sup>1</sup> Motsvarar 449 577 tkr i 2001 års prisnivå.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst, tandvård, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. Det övergripande ändamålet med anslaget är att säkerställa och främja god hälsa, social välfärd, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen har vidare ett övergripande ansvar för beredskapsfunktionen inom sitt bevakningsområde, vilket finns närmare redogjort för under utgiftsområde 6 Totalförsvaret, politikområde Försvarspolitik.

Utgifterna under anslaget uppgick under 1999 till drygt 430 miljoner kronor. Det innebar att det för året anvisade anslaget överskreds med drygt 23 miljoner kronor. Överskridandet finansierades genom att det tidigare anslagssparandet togs i anspråk och genom att 1,2 miljoner kronor av anslagskrediterna utnyttjades. Kostnadsökningen under året berodde främst på att antalet anställda ökade. Under första halvåret 2000 har myndigheten genomfört ett åtgärdsprogram syftande till att anpassa kostnadsnivån till givna resursramar.

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 3.16 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

År	Slagslag	Intäkter till inkomstitel (Som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 1999		13 000	0	17 000	-4 000
Prognos 2000		6 400	0	14 000	-7 600
Budget 2001		6 400	0	14 000	-7 600

Intäkterna avser avgifter från utfärdandet av legitimationer som sker inom Socialstyrelsens arbete med behörighetsfrågor. Att intäkter och kostnader under 1999 varit betydligt högre än

1998 beror på att fyra nya yrkesgrupper; apotekare, arbetsterapeuter, receptarier samt sjukhusfysiker, enligt riksdagens beslut börjat att legitimeras under året. Socialstyrelsen disponerar inte någon del av intäkterna från legitimationshanteringen utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida.

**Tabell 3.17 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

År	Slagslag	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 1999		9 090	29 043	-19 953
(varav tjänsteexport)		0	0	0
Prognos 2000		8 615	29 000	-20 385
(varav tjänsteexport)		0	0	0
Budget 2001		4 915	24 800	-19 885
(varav tjänsteexport)		0	0	0

Intäkterna består av avgifter för kontroll av medicintekniska produkter, för material från EPC, för data och statistikproduktion samt från försäljning av rapporter, skrifter m.m. Socialstyrelsen disponerar avgifterna i sin helhet. Under 2001 avser regeringen att föra över ansvaret för marknadsövervakningen av medicintekniska produkter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. Bakgrunden till denna förändring redogörs för under rubriken Regeringens överväganden under detta anslag. Förändringen innebär också att rätten att ta ut avgifter enligt förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter kommer att föras över till Läkemedelsverket.

#### Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Som en anslagspost under anslaget disponerar Socialstyrelsen 42 miljoner kronor per år för att stimulera en önskvärd utveckling inom den kommunala socialtjänsten. En betydande del av dessa medel används till fleråriga utvecklingsprojekt i någon eller några kommuner. Därmed uppstår ett behov för Socialstyrelsen att ta på sig ekonomiska förpliktelser som sträcker sig över flera budgetår. Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att för anslaget 13:7 Socialstyrelsen ikläda sig sådana förpliktelser. Den föreslagna bemyndiganderamen under perioden 2001–2004 framgår av tabell nedan.

**Tabell 3.18 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser**

Miljoner kronor

	1999 utfall	2000 prognos	2001 beräknat	2002 beräknat	2003 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	0	11 000	14 000		
Nya förpliktelser	11 000	12 000	12 000		
Infriade förpliktelser*	0	9 000	11 000	12 000	3 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	11 000	14 000	15 000		
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>20 000</b>	<b>20 000</b>	<b>20 000</b>		

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

## Regeringens överväganden

Regeringen har på politikområdesnivån i tillämpliga delar redovisat Socialstyrelsens insatser och uppnådda resultat i förhållande till de mål som riksdagen fastställt för verksamhetsområdena Hälsovård och sjukvård, respektive Social omsorg i budgetpropositionen för 2000. Utöver det som omnämns i redovisningen på politikområdesnivå vill regeringen lyfta fram följande:

- Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 1999 en ny mål- och målgruppsbaserad indelning av verksamheten. Socialstyrelsen har i årsredovisningen för 1999 redovisat verksamheten i enlighet med denna. Regeringen anser att den nya indelningen i princip fallit väl ut. Resultatinformationen som återfinns i årsredovisningen är relevant och ger i de flesta fall en god bild av utvecklingen inom området samt Socialstyrelsens verksamhet. Den nya indelningen har också medfört att effekter av verksamheten i ökad utsträckning uppmärksammas. I syfte att ytterligare förbättra möjligheterna för styrning av verksamheten samt resultatinformationens kvalitet kommer regeringen inför regleringsbrevet 2001 att bedriva ett utvecklingsarbete tillsammans med myndigheten.
- Även om resursfördelningen mellan de olika verksamhetsområdena Tillsyn, Nationell uppföljning och utvärdering, Utbildning och utveckling samt Övriga huvuduppgifter varit relativt stabil under senare år har verksamheten i vissa avseenden skiftat karaktär och inriktning. Som exempel på detta interna förändrings- och utvecklingsarbete kan nämnas att tillsynen ändrat karaktär från ärendehantering till en mera aktiv, egeninitierad verksamhetstill-syn. Likaså har Socialstyrelsen under det

senaste året förstärkt sin kapacitet inom exempelvis läkemedelsområdet och vad gäller ekonomisk analys.

- Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag under 1999 och de inledande månaderna 2000 följt hälso- och sjukvårdens anpassningsarbete inför övergången till 2000 i syfte att säkerställa patientsäkerheten. Trots att Socialstyrelsen inför millennieskiftet kunde konstatera att huvudmännen i det stora skött anpassningsarbetet på ett tillfredsställande sätt, höll myndigheten en god beredskap vid årsskiftet. Millennieskiftet avlöpte dock utan nämnvärda problem inom hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat en kunskapsstrategi för sitt arbete med att tillgodose behoven av utbildning, information forskning och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Arbetet med omvärldsanalysdelen har gjorts i samarbete med Riksförsäkringsverket och Folkhälsoinstitutet. Strategin ger en god grund för Socialstyrelsens fortsatta arbete.
- Regeringens samlade bedömning är att Socialstyrelsen under 1999 genomfört sin verksamhet så att de fastställda målen uppfyllts på ett tillfredsställande sätt.

För 2001 ligger de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende Socialstyrelsens verksamhet i huvudsak fast. I samband med att vården och omsorgen kommer att tillföras 9 miljarder kronor under åren 2001–2004 kommer myndigheten dock att behöva intensifiera sitt arbete på vissa områden. För att finansiera dessa centrala insatser sammanhängande med resurstillskottet till vården och omsorgen har medel



överförts från anslaget 91:1 *Generellt statsbidrag till kommuner och landsting*.

Regeringen gör bl.a. bedömningen att informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården bör stärkas för att medborgarna skall få god information om vården och för att främja en effektiv hälso- och sjukvård. Regeringen anser därför att sammanlagt 52 miljoner kronor under perioden 2001–2004 bör avsättas för att Socialstyrelsen, i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, skall förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning. Regeringen föreslår att anslaget Socialstyrelsen engångsvis tillförs 43 miljoner kronor för detta ändamål under 2001, och att 3 miljoner kronor per år tillförs för åren 2002–2004.

Regeringen gör vidare bedömningen att effekterna av resurstillskottet till vården årligen bör följas upp. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att svara för en nationell uppföljning och utvärdering. Vidare finns behov av centrala insatser som stöd till landstingens och kommunernas utvecklingsarbete. Regeringen gör bedömningen att sammanlagt 49 miljoner kronor bör avsättas för dessa båda ändamål under perioden 2001–2004. Regeringen föreslår därför att anslaget 13:7 *Socialstyrelsen* tillförs 7 miljoner kronor under 2001 och 14 miljoner kronor per år under perioden 2002–2004.

Läkemedelsdistributionsutredningen argumenterade i sitt betänkande Läkemedel i öppen handel (SOU 1998:28) för att marknadskontroll och tillsyn av medicintekniska produkter skulle föras över från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. Samtidigt framhölls att ett antal överväganden behövde göras innan frågan var redo för beslut. Resonemanget mynnade därför ut i förslaget att lämplig myndighetshemvist för marknadskontrollen och tillsynen av medicintekniska produkter borde utredas ytterligare.

Mot bakgrund av Läkemedelsdistributionsutredningens förslag tillsatte de två berörda myndigheterna en gemensam utredning som skulle redovisa överväganden och förslag om den framtida nationella myndighetsstrukturen för marknadsovervakningen av medicintekniska produkter, tillverkare och distributörer i Sverige. Utredningen begränsades till att behandla enbart tillsynen i form av marknadsovervakning enligt EU:s regelverk.

De båda myndigheternas utredning kom fram till att kraven på marknadsovervakningen av medicintekniska produkter; pådrivet av den medicintekniska utvecklingen, omvandlingen inom hälso- och sjukvården samt förändringar inom regelverket, sannolikt kommer att öka framöver. Enligt utredningen kommer dessa ökade krav att påverka uppgifternas karaktär, innehåll, arbetssätt och kontaktmönster. Samtidigt som de regelstyrda tillsynsuppgifterna kommer att kvarstå och intensifieras kommer nya policyinriktade och proaktiva funktioner att tillkomma.

Utredningen mynnade ut i slutsatsen att anpassningen till de nya och ökande kraven kan underlättas av en förändrad myndighetsstruktur. Framför allt görs bedömningen att en uppdelning och renodling av uppgifterna mellan Socialstyrelsen och Läkemedelsverket skulle underlätta ledningen av verksamheten. Det framhålls även att gränsdragningsfrågor kan tydliggöras samt att det på vissa områden finns samordningsvinster att hämta av en förändrad fördelning av uppgifter.

Utredningens förslag innebär att ansvaret för marknadsovervakningen av medicintekniska produkter förs över från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket, medan tillsynen av vårdgivarnas och sjukvårdspersonalens användning av medicintekniska produkter förblir Socialstyrelsens ansvar.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har i en gemensam skrivelse till regeringen ställt sig bakom utredningens förslag och begärt att regeringen skall vidta nödvändiga åtgärder för att genomföra detta. Regeringen har begärt in remissyttranden på utredningen och dess förslag. Många remissinstanser framhåller fördelarna med ett fortsatt sammanhållet tillsynsansvar för medicintekniska produkter inom Socialstyrelsen och pekar på riskerna med att skilja produkttillsyn från verksamhetstillsyn.

De två närmast berörda myndigheternas bedömning måste dock tillmätas stor betydelse. Vad gäller samverkan poängterar myndigheterna att de redan i dag har en fungerande samverkan på alla nivåer. De har också till regeringen i en skrivelse redovisat en gemensam plan för hur man avser att hantera de olika konkreta samverkansbehov som kommer att uppstå i samband med överförandet.

Regeringens samlade bedömning är att övervägande skäl talar för en förändring av myndighetsuppgifterna på det medicintekniska området

i enlighet med Socialstyrelsens och Läke-medelsverkets förslag och begäran. Detta är en anpassning till den uppdelning av myndighets-uppgifter som sedan 1990 gällt på läkemedelsom-rådet och som fungerat mycket bra.

Enligt lagen (1993:584) om medicintekniska produkter har den eller de myndigheter som regeringen beslutar tillsynen över efterlevnaden av denna lag samt de föreskrifter som meddelats med stöd av lagen. Regeringen avser därför att genom ändring av förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter överföra ansvaret för marknadsbevakning av medicintekniska produk-ter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket.

Verksamheten finansieras i dag via avgifter och Socialstyrelsens ramanslag. Regeringens uppfattning är att förändringen skall vara stats-finansiellt neutral men att medel för verksam-hetens bedrivande kommer att behöva överföras från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. Läkemedelsverkets verksamhet är i dag helt av-giftsfinansierad. Övervägande skäl talar också för att ett anslag inte bör inrättas hos Läke-medelsverket för detta ändamål. Detta främst för att undvika en för myndighetens ur styrsyn-punkt komplicerad finansieringssituation. I stället avser regeringen att genom beslut i Social-styrelsens regleringsbrev avseende anslag 13:7 *Socialstyrelsen* överföra medel för verksamheten till Läkemedelsverket. Det kommer att åligga de två myndigheterna att inför varje verksamhetsår sluta en överenskommelse om överföringsbe-loppets storlek. Inför 2001 har de två myndigheterna slutit en preliminär överens-kommelse att från Socialstyrelsen överföra 11 500 000 kronor för verksamhetens bedrivande vid Läkemedelsverket.

Utöver denna överföring av anslagsmedel av-ser regeringen att i förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter göra sådana änd-ringar att Läkemedelsverket kan ta ut de avgifter som Socialstyrelsen enligt förordningen i dag tar ut. Socialstyrelsen har i en separat skrivelse be-gärt att regeringen skall fatta beslut om höjda nivåer för de avgifter som tas ut i enlighet med nämnd förordning. Vidare begär Socialstyrelsen att nödvändiga åtgärder vidtas för att myndig-heten skall få ta ut avgift för utfärdande av s.k. free-sale certificate. I och med att ansvaret för de uppgifter till vilka avgifterna är kopplade förs över till Läkemedelsverket finner regeringen att Socialstyrelsens begäran i dessa avseenden för-lorat sin aktualitet.

Vid beräkning av anslaget för 2001 har hänsyn tagits till att 3 miljoner kronor från anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*, som Socialstyre-lsen sedan 1999 disponerat för terminologiarbete samt för ekonomisk analys, nu föreslås tillföras anslaget 13:7 *Socialstyrelsen*. Vidare föreslås att 206 000 kronor överförs från anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* till anslaget 13:7 *Socialstyrelsen* för standardiseringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Vidare har anslaget fr.o.m. 2001 minskats med 5 000 000 kronor på grund av finansiering av åtgärder på handikappområdet. För att stärka det tobakspreventiva arbetet föreslår regeringen att 6 000 000 kronor engångsvis under 2001 över-förs till anslaget 14:4 *Folkhälsoinstitutet*. Medel för en central stödresurs inom det civila försvaret i samband med avvecklingen av civilbefälhavar-organisationen ingår i medelsberäkningen för an-slaget 6:9 *Funktionen Hälso- och sjukvård m.m.*, som disponeras av Socialstyrelsen.

**Tabell 3.19 Beräkning av anslaget för 2001**

*Tusental kronor*

Anslag 2000	429 102
Pris- och löneomräkning	5 269
Omprioriteringar inom utgiftsområdet	-5 000
Engångsvis överföring till anslaget 14:4 Folkhälso-institutet	-6 000
Överföring från anslaget 91:1 Generellt statsbidrag till kommuner och landsting	50 000
Överföring från anslaget 13:3 Bidrag till hälso-ochsjukvård	3 206
<b>Förslag 2001</b>	<b>476 577</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår rege-ringen att 476 577 000 kronor anvisas under an-slaget 13:7 *Socialstyrelsen* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 459 589 000 kronor respektive 470 037 000 kronor.

### 3.7 Övrig verksamhet

#### 3.7.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket skall bidra till att uppfylla målet för politikområdet genom att tillse att läkemedel är säkra, effektiva och av god kvalitet samt verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

Läkemedelsverket skall främja säkerheten och kvaliteten för läkemedelsnära produkter.

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

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

Läkemedelsverket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 1999 redovisat ett rörelseunderskott på 24 812 000 kronor. Detta medförde att Läkemedelsverket vid början av 2000 hade ett ingående myndighetskapital på minus 2 627 281 kronor.

Verket gör bedömningen att verksamheten kommer att gå med underskott under hela 2000 med anledning av kraftigt höjda pensionsutgifter.

### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Inom ramen för offentligrättslig verksamhet redovisas fr.o.m. 2000 uppdrag från Landstingsförbundet som avser producentobunden läkemedelsinformation. Medel finns beviljade för 2000 med 6 miljoner kronor och budget för 2001 baseras på en oförändrad nivå. .

**Tabell 3.20 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomstitel (Som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 1999		180 380	-205 420	-25 040
Prognos 2000		233 180	-227 700	5 480
Budget 2001		235 680	-237 000	-1 320

Ett nytt avgiftssystem för den statliga läkemedelskontrollen infördes den 1 januari 2000. Det nya avgiftssystemet bygger på principen att storleken på de olika avgifterna bättre skall svara mot de faktiska kostnaderna för Läkemedelsverkets prestationer. Verket har på regeringens uppdrag inkommit med en uppföljning och redovisning av kostnader och intäkter mot bakgrund av det nya avgiftssystemet och konstaterar därvid att utfallet för det första halvåret 2000 ligger i nivå med budget.

Som redogjorts för under anslag 13:7 *Socialstyrelsen* har regeringen för avsikt att fr.o.m. 2001 överföra ansvaret för marknadsövervakningen av medicintekniska produkter från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. För att finansiera

verksamheten har regeringen för avsikt att göra sådana ändringar i förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter att Läkemedelsverket kan ta ut de avgifter som Socialstyrelsen enligt förordningen i dag har rätt att ta ut. Intäkterna från dessa avgifter samt kostnaderna för verksamheten redovisas i tabell 3.20 ovan och beräknas för 2001 uppgå till 2 500 000 kronor.

Verksamheten kommer därutöver att finansieras genom att Socialstyrelsen till Läkemedelsverket årligen utbetalar ett överenskommet belopp. Inför 2001 har myndigheterna slutit en preliminär överenskommelse att Socialstyrelsen skall utbetala 11 500 000 kronor för ändamålet. Dessa intäkter, och motsvarande kostnader, är inkluderade i tabell 3.21 nedan.

**Tabell 3.21 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 1999 (varav tjänsteexport)	13 790	-13 562	228
Prognos 2000 (varav tjänsteexport)	2 500	-2 500	0
Budget 2001 (varav tjänsteexport)	14 000	-14 000	0

### Regeringens överväganden

Regeringen anser att Läkemedelsverket genomfört sitt arbete så att de fastlagda målen i huvudsak har uppfyllts. Regeringen anser mot bakgrund av bl.a. vad Läkemedelsverket redovisat i kunskapsstrategi, årsredovisning och i budgetunderlag, att den nuvarande inriktningen av Läkemedelsverkets verksamhet bör kvarstå.

#### 3.7.2 Apoteket AB

Apoteket AB är helägt av staten. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns därför i regeringens skrivelse (1999/2000:120) 2000 års redogörelse för företag med statligt ägande. Vid utgången av 1999 bestod koncernen av moderbolaget Apoteket AB, de rörelsedrivande dotterbolagen, Kemi och Miljökonstulterna AB, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi AB (IHE) samt intressebolagen Oy Tamro Abp och Kårhuset Pharmen AB.

Läkemedelsdistributionen sker genom ca 900 apotek. Den slutna vårdens behov av läkemedel tillgodoses av Apoteket AB via ettåriga entreprenadavtal med sjukvårdshuvudmännen genom ca 100 särskilda sjukhusapotek, ofta kombinerade sjukhus- och expeditorsapotek med försäljning också till allmänheten. I Apoteket AB:s distributionsservice ingår förutom apoteken även ca 1000 apoteksombud. Dessa är enskilda näringsidkare som mot provision förmedlar receptbelagda läkemedel eller säljer vissa receptfria läkemedel från ett lager som ägs av Apoteket AB. Ombudens huvuduppgift är att tillgodose behovet av distribution av läkemedel företrädesvis i glesbygd.

Apoteket omsatte under 1999 26,1 miljarder kronor, en ökning med 11,6 procent jämfört med föregående år. Försäljningen av läkemedel mot recept ökade med 11,9 procent till 18,5 miljarder kronor.

Från 1980-talet fram till och med 1996 har försäljningen ökat konstant. Den minskade försäljningen 1997 var en effekt av det nya systemet med läkemedelsförmånen som trädde i kraft den 1 januari 1997. Ändringen i läkemedelsförmånen ledde bl.a. till en hamstring av läkemedel under senare delen av 1996 vilket medförde en minskad försäljning under första halvåret 1997. Under 1999 har försäljningen åter ökat.

Den största delen av kostnaderna för läkemedel på recept inom ramen för läkemedelsförmånen betalas av landstingen. För detta får de ett bidrag från staten.

Vinstutdelningen till bolagets ägare var 100 miljoner kronor för verksamhetsåret 1999. Staten har vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 22 maj 2000 uttalat att vinstutdelning till bolagets ägare avseende verksamhetsåret 2000 bör, under förutsättning att aktiebolagslagens vinstutdelningsregler medger detta, uppgå till omkring 100 miljoner kronor.

**Tabell 3.22 Ekonomisk översikt**

*Miljoner kronor*

	1995	1996	1997	1998	1999
Omsättning	20 584	23 541	21 624	23 420	26 130
Resultat efter finansiella poster	576	1 175	1 126	341	400
Eget kapital	1 042	2 600	3 076	1 873	2 032
Utdelning	101	300	1 500	100	100
Räntabilitet på eget kapital, %	22,3	5,5	-11,7	13,6	14,1
<b>Antal anställda</b>	<b>9 590</b>	<b>9 550</b>	<b>9 447</b>	<b>9 147</b>	<b>9 395</b>

## 4 Politikområde Folkhälsopolitik

### 4.1 Omfattning

Genom att skapa ett politikområde för folkhälsa får regeringen bättre möjligheter att samlat agera inom folkhälsoområdet både på nationell och internationell nivå.

Den verksamhet som ingår i politikområdet folkhälsa har en preventiv inriktning för att tydliggöra avgränsningen mot vård och rehabilitering. Inom politikområdet ingår följande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet:

- Alkohol, narkotika och tobak
- Smittskydd och hälsoskydd
- Förebyggande av hiv/aids/STD (sexuellt överförbara sjukdomar)
- Mental hälsa
- Skador och allergier
- Mat och fysisk aktivitet
- Dopning
- Spelberoende
- Hälsoövervakning

Folkhälsoarbete kan betecknas som både tvärsektorielt och tvärvetenskapligt och spänner därmed över ett flertal utgiftsområden, politikområden och anslag. Politikområdet folkhälsa innehåller samordning av insatser för en bättre folkhälsa och vissa specifika åtgärder inom riskprevention, hälsofrämjande, smittskydd m.m.

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

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

Folkhälsoarbetet på nationell nivå bedrivs av statliga myndigheter samt privata och frivilliga organisationer. Av dessa kan bl.a. Socialstyrelsen nämnas, som har ett viktigt tillsynsansvar inom folkhälsoområdet, t.ex. genom sitt nationella tillsynsansvar över hälso- och sjukvårdslagen, smittskyddslagen, tobakslagen och miljöbalken. Därutöver har även myndigheter som Arbetslivsinstitutet, Konsumentverket, Naturvårdsverket, Livsmedelsverket m.fl. myndigheter en viktig roll att fylla inom folkhälsoområdet.

Statens stöd inom politikområdet folkhälsa handlar om medel till statliga myndigheter, främst Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet samt bidrag till olika förebyggande insatser inom hiv/aids/STD, folkhälsopolitiska åtgärder bestående av framför allt bidrag till organisationer m.fl. samt medel för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder. Därutöver ges även bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) i form av Sveriges medlemsavgift. Inom området folkhälsa ingår även Nordiska hälsovårdshögskolan, vilken utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. Andra

statliga myndigheter som får anslag från politikområdet är Institutet för psykosocial medicin samt Alkoholinspektionen. Även Alkoholsortimentsnämnden ingår i politikområdet folkhälsa. Nämnden inrättades som ett led i de krav som Europeiska unionen ställde upp i samband med Sveriges inträde.

De dominerande posterna inom politikområdet folkhälsa är anslagen till Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet. Därefter hör bidrag till förebyggande av hiv/aids/STD och bidrag till vissa organisationer m.fl. till de större anslagen.

## 4.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 4.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

*Milljoner kronor*

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgiftsprognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
14:1 Insatser mot aids	56,0	65,6	66,3	<b>65,6</b>	58,1	58,1
14:2 Bidrag till WHO	37,1	34,4	0,0	<b>8,0</b>	34,4	34,4
14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	16,0	16,7	18,4	<b>16,9</b>	17,2	17,6
14:4 Folkhälsoinstitutet	124,0	111,0	112,5	<b>120,3</b>	116,5	119,0
14:5 Smittskyddsinstitutet	119,2	141,2	142,2	<b>152,9</b>	162,2	176,1
14:6 Institutet för psykosocial medicin	11,2	13,0	12,9	<b>13,2</b>	13,5	13,8
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	64,6	64,3	64,3	<b>53,6</b>	53,6	53,6
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	35,7	27,5	43,7	<b>77,5</b>	102,5	127,5
14:9 Alkoholinspektionen	12,0	7,0	11,8	<b>7,7</b>	7,8	8,0
14:10 Alkoholsortimentsnämnden	0,1	0,7	0,1	<b>0,4</b>	0,4	0,4
<b>Totalt för Politikområdet Folkhälsopolitik</b>	<b>475,8</b>	<b>481,5</b>	<b>472,3</b>	<b>516,0</b>	<b>566,2</b>	<b>608,4</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

### 4.3 Mål

**Regeringens förslag:** Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.

Folkhälsan skall förbättras. Genom att minska ohälsan hos de mest utsatta grupperna i samhället kan folkhälsan förbättras i hela befolkningen.

Regeringen avser att i budgetpropositionen för 2002 ange nya mål för folkhälsoområdet samt ett antal resultatindikatorer för att bättre kunna bedöma och mäta måluppfyllelsen. Detta utvecklingsarbete kommer att initieras under hösten 2000 med anledning av Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande. Kommittén kommer att lämna förslag på nationella folkhälsomål och indikatorer för dessa, liksom förslag till strategier för att uppnå målen.

Målen för folkhälsopolitiken som angavs i budgetpropositionen för 2000 var:

- Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
- Tobaksbruket skall minska.
- Den totala alkoholkonsumtionen skall minska för att begränsa alkoholens skadeverkningar.
- Att verka för ett narkotikafritt samhälle genom insatser för att minska tillgången och efterfrågan på narkotika samt genom att få fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk.

Resultatbedömningen i avsnitt 4.6 baseras på dessa mål.

### 4.4 Politikens inriktning

Regeringen har de senaste åren prioriterat arbete med att förbättra folkhälsan hos de grupper i samhället som är mest utsatta ur folkhälsosynpunkt. Denna inriktning på folkhälsopolitiken ligger fast även för de kommande åren.

En stor del av ohälsan förklaras av en negativ livsstil och osunda levnadsvanor och arbetet har tidigare ofta inriktats på att genom attitydpåverkan försöka ändra människors vanor. Numera

präglas arbetet inom folkhälsoområdet alltmer av ett bredare hälsofrämjande synsätt som innebär att man eftersträvar att skapa hälsosamma miljöer för alla samt att försöka undanröja hälsorisker för dem som är mest utsatta för sådana. Folkhälsoarbete handlar således bl.a. om att utifrån ett s.k. målgruppsperspektiv definiera de grupper som särskilt bör uppmärksammas i olika folkhälsosammanhang, t.ex. barn och ungdom, äldre, invandrare m.fl. En annan dimension i folkhälsoarbetet är att arbeta utifrån s.k. arenor, t.ex. arbetsplatser, skolor m.fl.

Regeringen tillsatte 1995 en parlamentarisk kommitté med uppgift att utarbeta nationella mål och strategier för folkhälsoutvecklingen (dir. 1995:158). Det utvecklingsarbete som regeringen avser att vidta med anledning av Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande hösten 2000 kommer att lägga grunden för en ny och tydligare fokusering på folkhälsoområdet.

Även Folkhälsoinstitutets nya roll, som föreslås i utredningen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (SOU 2000:57) kommer att utgöra en viktig grund för detta framtida utvecklingsarbete.

När det gäller alkoholområdet kommer inriktningen även fortsättningsvis att vara att begränsa alkoholens skadeverkningar genom åtgärder mot skadligt dryckesbeteende och genom att minska den totala alkoholkonsumtionen. Detta måste ske genom effektiv tillsyn när det gäller t.ex. åldersgränser och andra regler samt aktiva informationsinsatser och opinionsbildande åtgärder, särskilt mot vissa riskgrupper, risk-situationer och storkonsumenter.

Regeringen planerar att under hösten 2000 överlämna en nationell handlingsplan för alkoholskadeförebyggande insatser till riksdagen. Detta för att motverka de negativa effekter för folkhälsan som kan bli en följd av höjningen av införselnivåerna vid resa från annat EU-land. I handlingsplanen kommer att presenteras ett antal åtgärder för att uppnå målen samt hur arbetet på nationell nivå bör inriktas och samordnas.

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

De narkotikaförebyggande insatserna skall vidare syfta till att stärka individens vilja och

förmåga att avstå ifrån droger, med särskild uppmärksamhet på ungdomar och individer som befinner sig i riskzonen att utveckla ett missbruk. Samverkan mellan tull, polis och andra myndigheter skall utvecklas och fördjupas såväl nationellt och internationellt för att minska tillgången på narkotika. Regeringen har för avsikt att även på narkotikaområdet utarbeta en nationell handlingsplan.

Inför det svenska ordförandeskapet i EU 2001 kommer Sverige att prioritera folkhälsa som en fråga på rådsdagordningen. En av målsättningarna är att stärka arbetet med folkhälsofrågor inom EU. Det svenska ordförandeskapet kommer därför att arbeta för att det antas ett nytt ramprogram om folkhälsa. Sverige kommer även att verka för att en strategi utvecklas som syftar till att minska alkoholens skadeverkningar. När det gäller narkotika kommer Sverige att fortsätta att genomföra EU:s samordnade internationella narkotikastrategi: att minska konsumtion och missbruk, bekämpning av narkotikahandel och påverkan på länder både inom och utanför EU. På tobaksområdet avser Sverige fullfölja arbetet med att minska sjukdomar och ohälsa på grund av tobaksbruk både inom EU och globalt.

## 4.5 Insatser

### 4.5.1 Statliga insatser inom politikområdet

Ett av de hälsoproblem som ökar bland befolkningen är *allergier*, vilka drabbar främst barn och unga. Varannan person under 20 år har någon gång under sin uppväxt haft problem med allergier eller annan överkänslighet. Folkhälsoinstitutet har under 1999 haft i uppdrag av regeringen att utveckla metoder för att bättre nå föräldrar med information i bl.a. allergiförebyggande syfte. Som ett led i detta arbete har institutet bl.a. redovisat en kartläggning av hur allergiprevention bedrivs inom barnhälsovården samt en projektplan för hur fortsatta vetenskapliga konsensusarbeten och metodutvecklingsprojekt kommer att bedrivas.

Behovet av att öka kunskapen och förståelsen om inomhusmiljöns betydelse för en hållbar miljö- och hälsoutveckling, däribland förekomsten av allergier, låg bakom ett tjugotal myndigheters och byggsektorns gemensamma satsning på Innemiljöåret 1999. Inom ramen för inne-

miljöåret har Folkhälsoinstitutet och Boverket haft ett gemensamt uppdrag att tillsammans med andra berörda myndigheter och organisationer initiera aktiviteter med inriktning på inomhusmiljöer där barn och ungdomar vistas.

Med anledning av den oroväckande utvecklingen av *arbetsrelaterad ohälsa* framför allt hos kvinnor har Folkhälsoinstitutet initierat ett samverkansprojekt med fem utvalda län "Hälsa Arbetsliv Kvinnoliv". Projektet initierades 1997 och avrapportering kommer att ske under 2001.

Institutet för psykosocial medicin har även drivit ett antal samarbetsprojekt under de senaste åren som bl.a. berör arbetslöshet, arbetslivsforskning, strukturuomvandling, stressforskning och utbrändhet. Flera studier har visat att en förändring av arbetsorganisationen ökar möjligheten att påverka arbetssituationen för den enskilde individen. Institutet har också under lång tid arbetat med sömnforskning i ett s.k. sömnlaboratorium.

Bra matvanor och tillgång till säker och näringsriktig mat är viktiga förutsättningar för en god hälsa. Med utgångspunkt i den nationella handlingsplan för nutrition som fastställdes av regeringen 1995 har Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet i samråd med berörda myndigheter och organisationer tagit fram ett dokument, Nationella mål och strategier för *nutrition* 1999–2004. Dokumentet anger inriktning och ansvar för nutritionsarbetet i Sverige och syftar till att fungera som en vägledning för alla aktörer i det regionala och lokala arbetet med kost och hälsa. Dessutom har Livsmedelsverket arbetat fram en ny rekommendation gällande intag av frukt och grönsaker och Folkhälsoinstitutet arbetar med att ta fram strategier för att öka konsumtionen av frukt och grönt.

Tillförlitliga och representativa data om *kost och fysisk aktivitet* i befolkningen saknas idag. Folkhälsoinstitutet har tillsammans med Epidemiologiskt Centrum och Livsmedelsverket inlett ett arbete med att utveckla enkätfrågor om levnadsvanor inom området.

År 1998 tog Folkhälsoinstitutet på regeringens uppdrag fram ett underlag angående fysisk aktivitet. Slutsatserna presenterades i rapporten *Fysisk aktivitet – för nytta och nöje*. Som ett led i denna satsning har Folkhälsoinstitutet planerat att genomföra ett fysiskt aktivitetsår 2001. Projektet har fått namnet "Sätt Sverige i rörelse 2001".

Ett annat folkhälsoproblem är *skador* av olika slag, t.ex. skador i hemmet, i trafiken etc. Folk-



hälsoinstitutets skadeförebyggande program har under de senaste åren visat på metoder för att minska skadorna genom åtgärder på kommunal nivå.

På *smittskyddsområdet* har under året Socialstyrelsen inkommit med en skrivelse med förslag till lagbestämmelser i syfte att komma till rätta med problemen med vårdrelaterade infektioner. Förslagen utgår från den rapport om vårdrelaterade infektioner som Socialstyrelsen tog fram 1998 och där det konstaterades att det för närvarande finns brister i hygienområdet i hälso- och sjukvården och att en icke ringa del av vårdrelaterade infektioner har sin grund i dessa brister. Skrivelsen har remissbehandlats.

Läget i Sverige beträffande *antibiotikaresistens* är sannolikt ett av de bästa i Europa. Påtagliga problem finns dock även i vårt land, framför allt på sjukhus, och situationen förvärras snabbt internationellt vilket leder till ökad risk för import av antibiotikaresistenta bakterier. Ett omfattande övervaknings-, registerings- och informationsarbete förekommer därför, t.ex. av RAF (Referensgruppen för antibiotikafrågor) och det nationella nätverket STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Ett förslag till nationell handlingsplan för att bekämpa antibiotikaresistens har dessutom på regeringens uppdrag utarbetats av Socialstyrelsen. Förslaget berör en rad myndigheter och organisationer och kommer därför att under hösten 2000 vara föremål för en bred remissbehandling.

Basen för det *hivpreventiva arbetet* är av långsiktig karaktär. Samarbetet mellan myndigheter och organisationer på nationell, regional och lokal nivå är en viktig del i det fortlöpande preventiva arbetet. Under året har Folkhälsoinstitutet i samråd med Socialstyrelsen kartlagt och analyserat det hivpreventiva arbetet i storstadsregionerna.

Folkhälsoinstitutet har på uppdrag av regeringen arbetat fram en nationell handlingsplan för prevention av hiv/STD vilken överlämnades till regeringen i september 2000. Under hösten 1999 genomförde Folkhälsoinstitutet dessutom en stor nationell konferens om framtidens hiv/STD-prevention. Konferensen riktade sig till myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer som arbetar inom området. Därutöver har en webbplats arbetats fram med information på ett tiotal språk om STD och andra frågor som rör sexualitet och samlevnad.

På *alkoholområdet* är det viktigt att med nya metoder försöka kompensera de förändringar som EU-medlemskapet medfört för den svenska alkoholpolitiken. Det handlar om insatser som direkt kan påverka människors förhållningssätt och vanor och som också ökar det individuella ansvarstagandet. Det handlar vidare om att i ökad utsträckning utveckla hållbara lokala strategier som också innebär ett ökat lokalt ansvarstagande. Detta är en omställningsprocess som kräver insatser under lång tid framöver. Den Nationella ledningsgruppen som inrättades 1997 har tagit initiativ till ett antal nationella projekt i syfte att stimulera en sådan utveckling, t.ex. att pröva nya metoder för att stärka unga människors vilja och förmåga att avstå från narkotika och skjuta upp alkoholdebuten. En annan gemensam utgångspunkt är att aktivt söka engagera ungdomarna själva och utgå ifrån deras egna erfarenheter och uppfattningar. Regeringen disponerar årligen 27,5 miljoner kronor för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder att användas bl.a. i detta arbete.

Regeringen har 1997 tagit ett samarbetsinitiativ genom att tillsätta en kommitté som skall utveckla samarbetet mellan berörda myndigheter, försäkringsbolag och olika branschorganisationer på alkoholområdet. Kommittén kallar sig Oberoende Alkoholsamarbetet (OAS). Utgångspunkten för samarbetet är de prioriteringar som gjorts i den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Branschsamarbetet har inneburet att nya kommunikationskanaler och kontaktytor ställts till förfogande för information i alkoholfrågan. Informationsmaterial har t.ex. kunnat spridas till samtliga livsmedelshandlare, restaurang-, bryggeri-, försäkringsanställda samt anställda vid berörda myndigheter m.fl. Ett prioriterat område där samtliga inblandade har gemensamma intressen är insatser som motverkar den illegala alkoholhanteringen, dvs. illegalt tillverkad eller insmugglad alkohol och langning till ungdomar. Kostnaden för insatsen, som för 1999 uppgick till ca 20 miljoner kronor, finansieras till hälften av staten och till hälften av branschorganisationerna. Kommitténs arbete upphör dock vid årsskiftet.

De statliga insatserna vad gäller *narkotika* har varit inriktade på att hålla tillbaka missbruket samt upprätthålla en negativ attityd till användningen av narkotika. Folkhälsoinstitutet har även ett särskilt ansvar för narkotikaprevention. Institutet följer konsumtions- och skadutveck-

lingen, fördelar stöd till lokalt förebyggande arbete samt stödjer forskning och utvärdering inom området. Institutet har de senaste åren disponerat extra medel för stöd till drogförebyggande verksamhet, utöver de utvecklingsmedel som finns i myndighetens ordinarie budget. Under 1999 hade institutet ett stort antal lokala projekt igång i organisationslivet.

Den 1 april 1999 trädde lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor i kraft. Lagen ger möjlighet till kontroll av varor som, utan att vara narkotika, medför fara för människors liv eller hälsa och som används för att uppnå berusning eller annan påverkan. Narkotikadefinitionen i narkotikastrafflagen (1968:64) ändrades samtidigt bl.a. för att den klart skall täcka alla de varor som idag anses vara narkotika.

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

Genom medlemskapet i EU har Sverige fått tillgång till ett utökat europeiskt samarbete kring narkotikafrågorna. Våren 1999 presenterade Europeiska kommissionen en handlingsplan för narkotikabekämpning 2000–2004. En strategi för narkotikabekämpning inom EU antogs vid Europeiska rådet i Helsingfors 1999. Under våren 2000 har ett arbete pågått med att ta fram en handlingsplan för implementering av EU:s narkotikastrategi. Handlingsplanen antogs vid toppmötet i juni 2000.

Under året har ett flertal insatser inom *tobaksområdet* genomförts. En proposition om förbud av direkt och indirekt tobaksreklam har bl.a. lagts fram till riksdagen (prop. 1999/2000:111).

Inom EU har under hösten 1999 och våren 2000 ett omfattande arbete pågått med att omarbete tre befintliga inre marknadsdirektiv inom området tillverkning, presentation och försäljning av tobaksvaror. Under samma tid har även inletts ett arbete inför WHO:s förhandling med att arbeta fram en ramkonvention mot tobak.

I januari 1999 överlämnade Folkhälsoinstitutet underlag till en nationell handlingsplan mot tobak. Förslaget har överlämnats till Nationella folkhälsokommittén.

Särskilda resurser, 10 miljoner kronor fördelade på tre år ur Allmänna Arvsfonden, har anslagits till frivilliga organisationers arbete mot

rökning bland barn och ungdomar. Under 1999 beviljades stöd till 17 projekt och för 2000 har ytterligare 25 projekt beviljats stöd.

Under året har flera stora satsningar gjorts för att underlätta för människor att sluta röka. Några exempel är Sluta röka-linjen som sedan maj 1998 haft cirka 100 000 hjälpsökande samt ett självhjälp-material för företag. Inom ramen för Inne-miljöårets aktiviteter gjordes bl.a. särskilda insatser för att stimulera till fler rökfria restauranger.

Socialstyrelsen genomförde 1999 en uppföljning av den enkätstudie som gjordes 1997 om det tobakspreventiva arbetet på landets mödra- och barnavårdscentraler. Den nu genomförda studien visar att det skett relativt stora förändringar av det tobaksförebyggande arbetet under det senaste året och då nästan undantagslöst till det bättre. Faktorer som bidragit till de positiva förändringarna har bl.a. varit den utbildning i de båda samtalsmetoderna Rökfri graviditet och Rökfria barn som Folkhälsoinstitutet m.fl. genomfört.

*Det internationella samarbetet i folkhälsofrågor* har successivt utvecklats under 1999 inom såväl EU som Europarådet och WHO. WHO:s regionalkommitté för Europa antog 1998 ett reviderat ramverk med riktlinjer och mål till ledning för medlemsstaternas folkhälsoarbete, "Hälsa-för-alla" HÄLSA 21. Plattformen för de förnyade "Hälsa för alla"-målen är en jämlikare hälsa. Både regeringen och Folkhälsoinstitutet har deltagit i arbetet med den nya "Hälsa för alla"-strategin.

År 1994 blev folkhälsa formellt ett samarbetsområde inom EU genom Maastrichtfördraget. I och med Amsterdamfördraget vidgades gemenskapskompetensen i frågor som rör folkhälsa. I det ramprogram för folkhälsa som löper till och med 2000 ingår följande områden; cancer, aids och andra smittsamma sjukdomar, narkotika, hälsofrämjande insatser, hälsoövervakning, förebyggande av personsador, miljörelaterade sjukdomar samt sällsynta sjukdomar.

I maj 2000 presenterade Kommissionen ett meddelande om den framtida hälsovårdsstrategin inom den Europeiska gemenskapen samt ett förslag till ramprogram för folkhälsa åren 2001–2006. Det nya ramprogrammet för folkhälsa föreslås löpa över sex år och den nuvarande strukturen med flera separata program föreslås ersättas av ett enda sammanhållet program.

I avvaktan på att det nya ramprogrammet skall träda ikraft har Kommissionen presenterat ett förslag till förlängning av de program som löper

ut åren 2000 och 2001. Regeringen deltar aktivt i det europeiska folkhälsoarbetet och i utarbetandet av det nya ramprogrammet.

Inom ramen för det internationella smittskyddsarbetet sker samarbete bl.a. i WHO och EU samt inom Östersjöarbetet. Samarbetet inom EU är inriktat på informations- och utbildningsinsatser samt kompetensuppbyggnad. Inom EU har under året arbetet med att utveckla nätverket för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar fortsatt. Inom Östersjöarbetet hölls i januari 2000 en konferens i Sigtuna om att bekämpa smittsamma sjukdomar i Östersjö- och Barentsregionerna. Vid mötet i Östersjöstaternas råd (CBSS) i Kolding i april 2000 enades statsministrarna om att inrätta en särskild aktionsgrupp för smittsamma sjukdomar i Östersjöregionen.

#### 4.5.2 Insatser utanför politikområdet

En stor del av folkhälsoarbetet utförs av kommuner och landsting samt frivilligorganisationer. Kommuner och landsting har ett lagstadgat ansvar för att förebygga ohälsa genom bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Kommunernas engagemang för folkhälsofrågor har successivt ökat med åren. Lokala folkhälsoråd finns i en majoritet av landets kommuner. Många kommuner har arbetat fram och fattat beslut om folkhälsoprogram för kommunens invånare. Dessutom har flertalet kommuner påbörjat arbetet med hälsokonsekvensbeskrivningar av politiska beslut och med att ta fram s.k. lokala välfärdsboksut.

I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dessa insatser är individ-, befolknings- och samhällsinriktade. De flesta landsting har idag samhällsmedicinska enheter eller motsvarande. De har uppgifter som t.ex. epidemiologisk bevakning, folkhälsoinventering och hälso-politiska program. Inom många landsting har man tagit fram hälsopolitiska mål och program och i några fall har man tillsatt s.k. folkhälso-landstingsråd och politiskt tillsatta folkhälso-utskott. Kommuner och landsting har dessutom ökat det lokala tvärsektorieella samverkansarbetet mellan kommuner, landsting och övriga aktörer.

Det finns en mängd frivilligorganisationer som bedriver ett betydelsefullt arbete inom området med bidrag från antingen stat, kommun, landsting eller privata intressenter. Idrottsrörel-

sen med sina mer än 20 000 föreningar är t.ex. en viktig resurs i samhällets folkhälsoarbete.

Utöver detta finns aktörer som har andra mål för sin verksamhet än att påverka hälsan, och där effekter uppstår som påverkar folkhälsan på ett önskat eller i värsta fall oönskat sätt. Det kan t.ex. handla om livsmedel, trafiksäkerhet, skolan, arbetsplatsen eller kemikaliehantering.

Insatser för en god hälsa bland befolkningen utgör ett centralt inslag i arbetet mot en hållbar samhällsutveckling. Att minska exponeringen för potentiellt hälsofarliga faktorer i miljön och att skydda och tillföra positiva faktorer för hälsa och välbefinnande som t.ex. tillgången till natur och kultur har varit ett av syftena med de förslag som Miljömålskommittén redovisat i sitt slutbetänkande *Framtidens miljö – allas vårt ansvar* (SOU 2000:52). Socialstyrelsen har dessutom gjort betydande insatser för att frågor som rör skydd av människors hälsa skall lyftas fram inom miljö-målsarbetet.

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

#### 4.6 Resultatbedömning

Målen för folkhälsopolitiken som angavs i budgetpropositionen för 2000 var:

- Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälso-synpunkt
- Tobaksbruket skall minska
- Den totala alkoholkonsumtionen skall minska för att begränsa alkoholens skadeverknings
- Att verka för ett narkotikafritt samhälle genom insatser för att minska tillgången och efterfrågan på narkotika samt genom att få fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk.

#### 4.6.1 Resultat

Under det senaste decenniet har antalet döda till följd av *skador* minskat. Minskningen gäller såväl för kvinnor och män som för barn och ungdomar, personer i yrkesaktiv ålder samt för äldre kvinnor. Skador utgör dock fortfarande den vanligaste dödsorsaken för barn, ungdomar och yngre vuxna. Antalet döda i *själv mord* har minskat för både kvinnor och män under de senaste tioårsperioden. Antalet självmordsförsök har också minskat. Kvarstår dock att självmord är en betydande dödsorsak bland barn och ungdomar.

Andelen normalviktiga i befolkningen har minskat under 1990-talet. Den genomsnittliga kroppsvikten ökar i samtliga samhällsklasser, dock mest bland lågutbildade. *Felaktiga matvanor, övervikt och fysisk inaktivitet* bidrar väsentligt till de stora folksjukdomarna hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, rörelseorganens sjukdomar och cancer.

Det epidemiologiska läget i Sverige följs bl.a. genom den rapportering av inträffande sjukdomsfall som görs vid Smittskyddsinstitutet. Enligt denna rapportering har den epidemiologiska situationen avseende *smittsamma sjukdomar* i Sverige inte genomgått några dramatiska förändringar under 1999. Det totala antalet anmälda sjukdomar uppgick till drygt 72 000, vilket är en ökning med 1 500 jämfört med föregående år. Vissa oroande inslag finns i bilden. Antalet inhemska fall av salmonella fördubblades nästan under 1999 jämfört med året innan. Utbrott med calicivirus, ett mycket smittsamt virus som sprids via livsmedel, har blivit vanligare. Antalet rapporterade fall av infektion med campylobacter har ökat. Under året inträffade en för svenska förhållanden ovanligt omfattande mässlings-epidemi med mer än 60 fall.

Sverige har i dag ett gynnsamt läge i Europa beträffande *antibiotikaresistens*. Den svenska modellen för övervakning och strategier för minskad och rationell användning av antibiotika har under året vunnit gehör inom många EU-länder.

I en internationell jämförelse har Sverige haft en mycket gynnsam utveckling när det gäller spridning av *hiv och andra STD*. En varningssignal utgör dock den registrerade ökningen av infektioner föranledda av klamydia och gonorré. Orsaken till den gynnsamma utvecklingen i Sverige är främst tidiga förebyggande insatser, en god hälso- och sjukvård och socialvård samt ett relativt öppet samhälleligt klimat för att dis-

kutera sex och samlevnad. Hittills beräknas närmare 50 miljoner människor ha smittats av hiv sedan epidemins början. I Sverige har endast cirka 5 000 fall av hivinfektion hittills anmälts, varav cirka 3000 finns i livet. Antalet nyanmälningar har varit ganska konstant under flera år med i genomsnitt 5 per vecka. Det är få barn och ungdomar som smittats i Sverige och medelåldern för diagnos ligger på omkring 35 år. De flesta av männen har smittats homosexuellt och kvinnorna heterosexuellt. Cirka en tredjedel av de smittade är kvinnor. Många av dessa kvinnor kommer från andra länder och var smittade redan när de kom till Sverige.

Tack vare den effektiva kombinationsbehandlingen med bromsmediciner har antalet hivinfekterade som utvecklat aids minskat avsevärt. Samtidigt har antalet rapporter om medicinernas svåra biverkningar, bland annat ökad risk för infarkt och slaganfall ökat.

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

Förutom ungdomens spritkonsumtion och speciellt konsumtion av hembränt och smugelsprit inger också deras folköls- och starkölskonsumtion stor oro. Ungefär 35 procent av befolkningens totala spritkonsumtion är illegal. Även Systembolagets försäljning av alkohol drycker har ökat med 10,2 procent sedan 1998. Siffror tyder på att Systembolaget tagit marknadsandelar från svartspritskonsumtionen.

Inrättandet av den Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser och branschsamarbetet i OAS har tillsammans med Folkhälsoinstitutets och Alkoholinspektionens insatser lett till en ökad aktivitet på alkoholområdet liksom länsstyrelsernas insatser när det gäller Operation krogspaning. Erfarenheterna från de projekt på nationell nivå som ledningsgruppen hittills har initierat är mycket goda. Utvärdering av de olika insatserna är inplanerad men det är ännu alltför tidigt att uttala sig om effekterna av de vidtagna åtgärderna.

Från flera länder i Europa kommer rapporter om en positivare inställning till *droger* bland ungdomar och en ökning av missbruket. Samma tendens finns också i Sverige. Enligt Centralför-

bundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, som årligen genomför drogvaneundersökningar, pekar flera indikatorer på att det tunga missbruket har ökat under 1990-talet. Kunskapen om det tunga missbrukets utveckling samt missbruksutvecklingen i marginaliserade grupper är fortfarande bristfällig.

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

Rökningen fortsätter att långsamt minska. Sverige är det första land i Europa som uppnått WHO:s mål på *tobaksområdet* i strategin HFA-2000, dvs. att minst 80 procent av befolkningen skall vara rökfri år 2000. Rökningen är mer utbredd bland kvinnor än bland män. Under 1990-talet har rökningen minskat påtagligt bland gravida kvinnor och bland småbarnföräldrar. Någon tydlig minskning av rökningen bland ungdomar kan dock inte skönjas. Den rökrelaterade sjuklig- och dödligheten har minskat bland män men ökar fortfarande bland kvinnor. Rökningen är fortsatt en orsak till ojämlikhet i hälsa genom att den minskar mest i mer gynnade socioekonomiska grupper men förblir utbredd i mindre gynnade grupper.

#### 4.6.2 Analys och slutsatser

Den generella slutsatsen när det gäller folkhälsan är att den har förbättrats i stort om man mäter i termer av dödlighet, sjuklighet och självrapporterad hälsa. Spädbarnsdödligheten är t.ex. bland de lägsta i världen och vi lever ett allt längre och friskare liv. Främsta skälet till längre livslängd antas vara nedgången i hjärt- och kärlsjukdomar, trots att dessa fortfarande kvarstår som främsta orsak till förtida död. Men det finns dock, liksom tidigare år, fortfarande tecken på ökade ohälsoproblem.

En negativ tendens är att *psykiska och psykosomatiska besvär* ökar, t.ex. nervositet, oro, ångest, sömnbesvär, särskilt hos unga kvinnor med låg utbildning och hos barn och ungdomar. Den mentala ohälsan är ett växande folkhälsoproblem hos framför allt barn och ungdomar, där *självmord* är en betydande dödsorsak. Den

*ohälsorelaterade stressen* framstår även allt tydligare som en av de viktigaste riskfaktorerna för ohälsa, både i allmänhet och i arbetslivet. Ett allvarligt tecken är t.ex. ökningen av stressrelaterade arbetsolyckor för kvinnor i kommunal och landstingskommunal sektor. Det är framöver viktigt att se hur arbetsplatsen som hälsofrämjande arena skall kunna utnyttjas för att på så sätt kunna minska skillnader i ohälsa mellan olika grupper i samhället.

En annan iakttagelse är att sociala skillnader i hälsa mellan sociala klasser inte tycks förändras utan ligger kvar på nivåer som återfinns i många andra europeiska länder.

*Allergier och övervikt* är andra hälsoproblem som ökar i omfattning. Nästan tre miljoner människor i Sverige har eller har haft någon form av allergi eller annan överkänslighet. Det syns ingen sjunkande trend i förekomst av allergi och annan överkänslighet. Detsamma gäller i den övriga västvärlden. För närvarande pågår ett arbete med en nationell handlingsplan mot allergi under ledning av Folkhälsoinstitutet. Arbetet med att förebygga allergi och annan överkänslighet måste intensifieras genom miljöåtgärder och ökad information till bl.a. föräldrar och personal inom verksamheter som vänder sig till barn.

När det gäller kraftig övervikt har den nu blivit så vanlig att man räknar med att ca 10 procent av befolkningen, dvs. en halv miljon vuxna, hör till riskgruppen. Det är särskilt anmärkningsvärt att andelen överviktiga ökar bland barn och ungdomar. Övervikt är dessutom vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Regeringen har för 2000 och 2001 beviljat 25 miljoner kronor till landstingen för insatser mot övervikt.

Under 1980- och 1990-talen har det skett förändringar som påverkat *smittskyddssituationen* i Sverige. Människors alltmer omfattande resande, den ökade invandringen och handeln med livsmedel medför att den epidemiologiska utvecklingen såväl nationellt som i omvärlden måste följas med stor noggrannhet. Infektionssjukdomar som blossar upp i en del av världen har i dag en mycket större spridningspotential än tidigare. I Ryssland och Baltikum finns det för närvarande uppenbara risker med de totalresistenta tuberkulosbakterier som uppträder.

När det gäller *hiv/aids-epidemin* ligger den för Sveriges del på en mycket låg nivå tack vare omfattande förebyggande insatser, medan den fortsätter att expandera globalt, framför allt i Afrika och i Asien.

Det är dock inte enbart hot från omvärlden som gör att en hög beredskap mot infektionssjukdomar måste bibehållas. Inhemsk spridning av tarmbakterier som Campylobakter och tarmpatogena *E. coli* har visat sig vara ett betydande problem och resistensutvecklingen mot antibiotika är ett reellt hot även mot svenska patienter. Vårdrelaterade sjukdomar samt spridningen av starkt smittsamma tarmvirus utgör ett betydande sjukvårdsproblem.

I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet avser regeringen att utarbeta en proposition med ett förslag till ny smittskyddslag. Underlaget för propositionen utgör den utvärdering av det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar som finns i Smittskyddskommitténs slutbetänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51). I smittskyddspropositionen kommer även problemen med vårdrelaterade infektioner att hanteras.

Sveriges inträde i EU har förändrat förutsättningarna för den svenska *alkoholpolitiken*. Målet att minska den totala konsumtionen av alkohol och begränsa alkoholens skadeverkningar ligger fast. EU-medlemskapet gör det dock nödvändigt att söka nya metoder för det förebyggande arbetet för att kunna upprätthålla målet. Situationen på alkoholpolitikens område kräver en hög grad av samordning, effektivitet och en ledningsorganisation med hög beredskap för olika varierande insatser.

Regeringen bedömer att de insatser som hittills genomförts inom den Nationella ledningsgruppen och OAS har fungerat bra och varit nödvändiga för att få igång en aktiv process. Insatserna är dock otillräckliga för att framöver kunna värja sig mot effekterna av ökad införsel och ökad illegal alkoholhantering. Därför kommer regeringen framöver att behöva vidta ytterligare åtgärder. I syfte att understödja ett långsiktigt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete och för att kunna ha en hög handlingsberedskap gentemot de framtida utmaningarna behövs ytterligare medel till regeringens disposition. En nationell handlingsplan för det alkoholskadeförebyggande arbetet under de närmaste fem åren kommer att överlämnas till riksdagen under hösten 2000 och utgör ett viktigt instrument i det alkoholpolitiska arbetet framöver. Förslag kommer att ges på åtgärder på såväl central som regional och lokal nivå för att åstadkomma en kraftsamling och mobilisering på området. Huvudinriktningen för det nationella

arbetet kommer att bestå av dels vissa regel-skärpningar och olika stimulansåtgärder på kommun- och landstingsnivå, dels förstärkt samarbete på EU- och WHO-nivå. Under de närmaste tre åren föreslås att utöver befintliga medel för alkoholpolitiska åtgärder ytterligare 225 miljoner kronor avsätts för implementering av den nationella handlingsplanen för alkoholskadeförebyggande insatser.

Regeringen har vidare för avsikt att under hösten 2000 utarbeta en proposition utifrån Alkoholutredningens två slutbetänkanden (SOU 2000:59 och SOU 2000:60). Syftet med propositionen är att förtydliga och förändra alkohollagen så att tillämpningen kan underlättas och göra den mer anpassad till dagens krav.

Sverige har tillsammans med Finland erhållit medel från Europeiska kommissionen för att genomföra två länderjämförande studier om alkoholproblemens omfattning och dess hälsoeffekter samt om hur alkoholpolitiken ser ut i samtliga EU-länder. Studierna, som slutförs under det svenska ordförandeskapet i EU våren 2001, utgör ett viktigt vetenskapligt underlag för Europeiska kommissionens fortsatta arbete med alkoholfrågan. Som ett led i förberedelserna inför det svenska ordförandeskapet har Sverige också tagit initiativ till gemensamma diskussioner med de närmast kommande ordförandeländerna i EU i syfte att tillsammans utarbeta en EU-strategi på alkoholorrådet.

I februari 2001 hålls vidare en europeisk WHO- och EU-konferens om ungdom och alkohol där bl.a. EU-strategin presenteras och diskuteras. Ett förberedande internationellt ungdomsmöte arrangeras också i Sverige i november 2000.

Genomgripande politiska, tekniska, ekonomiska och sociala förändringar har starkt påverkat eller förändrat tillvaron för stora grupper människor samtidigt som toleransen mot *narkotika* har ökat på många håll i världen. Tillgången till narkotika i samhället är också god och priserna relativt låga. Olika undersökningar pekar även på att fler unga prövar eller vill pröva narkotika och att nyrekryteringen till tungt missbruk tycks ha ökat. Sammantaget innebär utvecklingen att förebyggande insatser samt rehabilitering skall ha fortsatt hög prioritet. Det är både fråga om generella förebyggande insatser för ungdomar för att stärka motståndet mot droger samt riktade insatser och intervention bland ungdomar som löper särskilt stor risk att utveckla missbruk och beroende.

Regeringen har mot bakgrund av ovanstående för avsikt att utarbeta en handlingsplan mot narkotika, delvis med utgångspunkt från Narkotikakommissionens arbete (dir. 1998:18). Kommissionen har till uppgift att utvärdera Sveriges narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet. Vid utgången av 2000 skall kommissionen lägga förslag till effektiviseringar av narkotikapolitiken.

Genom det internationella samarbetet inom både FN och EU har polis och tull förbättrat sina möjligheter att begränsa utbudet av narkotika. Sverige bör även fortsättningsvis ha en framträdande roll i det internationella samarbetet. Detta samarbete är utomordentligt betydelsefullt, inte minst mot bakgrund av den pågående europeiska integrationen och de genomgripande förändringarna i Central- och Östeuropa.

Den Nationella folkhälsokommittén har arbetat i snart fyra år och har tagit fram två delbetänkanden och planerar lägga fram sitt slutbetänkande hösten 2000. Kommitténs förslag till nationella mål och strategier väntas beröra ett antal politikområden varav ett flertal områden ligger utanför politikområdet folkhälsa. Exempel på områden som berörs är arbetsliv och ekonomisk trygghet, sociala miljöer och uppväxtvillkor, inne- och utemiljöer, fysisk aktivitet och matvanor, alkohol, narkotika och tobak, personskador, hälso- och sjukvård och smittskydd. I samband med Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande har regeringen för avsikt att påbörja ett utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet för att på så sätt förbättra förutsättningarna för folkhälsoarbetet i landet.

I detta utvecklingsarbete kommer att ingå att ta ställning till vilka mål och områden som bör prioriteras de kommande åren samt även förbättra regeringens möjligheter att följa upp och utvärdera folkhälsoområdet. Även Folkhälsoinstitutet kommer, efter dess ombildning den 1 juli 2001, att ha en viktig uppgift att fylla i detta utvecklingsarbete. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet (dir. 1999:56) föreslår nämligen i sitt betänkande Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (SOU 2000:57) att institutet bör få i uppgift att ansvara för uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet och lämna förslag till åtgärder för en bättre folkhälsa, t.ex. i en folkhälsopolitisk rapport. Regeringens utvecklingsarbete, med utgångspunkt i Nationella folkhälsokommitténs arbete samt Folkhälsoinstitutets nya roll, bör vara att få ett bättre beslutsunderlag i syfte att förbättra folkhälsan i

landet och särskilt när det gäller hälsan för de grupper i samhället som är mest utsatta ur folkhälsosynpunkt.

## 4.7 Budgetförslag

### 4.7.1 14:1 Insatser mot aids

**Tabell 4:2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids**

<i>Tusental kronor</i>				
1999	Utfall	55 990	Anslags-sparande	1 908
2000	Anslag	65 622	Utgifts-prognos	66 300
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>65 622</b>		
2002	Beräknat	58 122		
2003	Beräknat	58 122		

Anslaget disponeras av Folkhälsoinstitutet (FHI). Medlen skall användas för insatser mot hiv/aids, innefattande information till allmänheten och till särskilda grupper med riskbeteende, samt stöd till psykosocialt arbete och utveckling inom området. FHI skall samverka med andra aktörer och stimulera till regionala och lokala aktiviteter. För 2000 fördelades cirka 25 miljoner kronor av bidraget till kommuner, landsting och organisationer för hiv/aids-preventivt arbete.

Från anslaget 99:2 Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting under utgiftsområde 25 har tidigare fördelats 84 miljoner kronor under åren 1999–2000 för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna.

### Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att, tack vare de omfattande insatser som gjorts inom det hivpreventiva området med de medel som tillförts anslaget, har Sverige lyckats hålla epidemin på en internationellt sett mycket låg nivå. Hiv/aids-epidemin fortsätter dock att expandera globalt, framför allt i Afrika och Asien. Idag lever över 95 procent av de drabbade i utvecklingsländerna.

Utvecklandet av ett säkert och effektivt vaccin mot hiv/aids skulle utgöra ett unikt bidrag till att hejda epidemin. De insatser som görs i Sverige för att förebygga spridningen av hiv/aids måste därför även innefatta en satsning på att bibehålla

den infrastruktur för forskningen som möjliggör fortsatt utvecklingsarbete av ett hiv/aids-vaccin.

Den forskning som bedrivs vid djurhuset inom Smittskyddsinstitutets ram har i detta sammanhang en nyckelfunktion. Som framgår av anslag 14:5 Smittskyddsinstitutet kommer byggnation av ett nytt djurhus att inledas inom kort. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att fr.o.m. 2002 permanent överföra 7,5 miljoner kronor från hiv/aids-anslaget till anslag 14:5 Smittskyddsinstitutet, som delfinansiering av det nya djurhuset.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 65 622 000 kronor anvisas under anslaget 14:1 *Insatser mot aids* för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 58 122 000 kronor vardera året.

#### 4.7.2 14:2 Bidrag till WHO

**Tabell 4.3 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

1999	Utfall	37 099	Anslags-sparande	- 1 759
2000	Anslag	34 371	Utgifts-prognos	0
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>8 000</b>		
2002	Beräknat	34 371		
2003	Beräknat	34 371		

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). WHO har som FN:s fackorgan för hälso- och sjukvårdsfrågor en bred normativ verksamhet. Sverige ingår i WHO:s styrelse under perioden 2000–2003.

Medlemsländernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen, antog i maj 1999 organisationens budget för perioden 2000–2001. Budgeten består av dels den reguljära budgeten, dels frivilliga bidrag. Avgiften för verksamhetsåret baseras på omfattningen av den reguljära budgeten och uppgår för 2001 till 4 315 980 USD. Avgifterna för 2002 och 2003 fastställs först efter det att Världshälsoförsamlingen i maj 2001 har fattat beslut om budgeten för tvåårsperioden.

Enligt WHO:s regler skall medlemsavgiften ha betalats in vid avgiftsårets början. Sverige har tidigare år betalat i slutet av december månad året före avgiftsåret. Skillnaden mellan budget och utfall 1999 berodde huvudsakligen på dollarkursens utveckling.

#### Regeringens överväganden

WHO:s generaldirektör har företagit en genomgripande reformering av WHO:s organisation och verksamhet. Sverige har aktivt stött detta förändringsarbete som är ett exempel på att effektivisering inom FN-systemet går att genomföra när organisationens ledning och medlemsländerna lägger fast tydliga prioriteringar och verksamhetsmål. I den strategiska budget som har godkänts för budgetperioden 2000–2001 ingår verksamhetsmål och aktiviteter, vars genomförande skall redovisas inför nästa budgetperiod. Utveckling av indikatorer för mätning av resultat ingår således i den nya budgetprocessen.

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

Regeringen avser fortsättningsvis att betala medlemsavgiften till WHO i början av januari månad det år avgiften avser. Detta ger en engångsvis periodiseringseffekt, vilket innebär att innevarande års medel på anslaget kvarstår till 2001 och anslaget för 2001 därmed kan reduceras till 8 miljoner kronor.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 000 000 kronor anvisas under anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor vardera året.

#### 4.7.3 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

**Tabell 4.4 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan**

Tusental kronor

1999	Utfall	16 008	Anslags-sparande	2 256
2000	Anslag	16 701	Utgifts-prognos	18 400
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>16 896</b>		
2002	Beräknat	17 206 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	17 559 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 16 896 tkr i 2001 års prismetod.

Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. På



högskolan bedrivs vidare- och efterutbildning av personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssektorer samt närliggande områden.

De utgifter som belastar anslaget är Sveriges andel av kostnaderna för NHV. Nordiska ministerrådet fastställer varje år dels en total ekonomisk ram för högskolans verksamhet, dels en garantinivå för finansieringen. Utgifter för verksamheten inom garantinivån fördelas mellan de nordiska länderna efter samma proportioner som gäller för den ordinarie nordiska budgeten.

År 1999 uppgick det totala anslaget till NHV till 37 805 790 kronor varav Sveriges del av anslaget uppgick till 15 608 000 kronor.

### Regeringens överväganden

NHV spelar en viktig roll för det stora behov av kvalificerad folkhälsovetenskaplig kompetens som finns i de nordiska länderna. Sverige disponerar ca 40 procent av utbildningsplatserna vid NHV. I Sverige är intresset stort för att erhålla utbildning vid skolan och av de svenskar som söker kan årligen en tredjedel beredas plats.

Nordiska ministerrådets budget för 2001 kommer att fastställas först i november 2001. I avvaktan på säkrare information beräknas för 2001 ett totalt anslag till NHV om ca 38,3 miljoner kronor varav Sveriges andel beräknas uppgå till 15,6 miljoner kronor. Dessutom tillkommer en utgift om 3,5 miljoner kronor som avser avräkning för 1999. Medelsbehovet för 2001 beräknas till ca 16,9 miljoner kronor vilket innebär att anslagskredit också kommer att utnyttjas.

Regeringen har genom ett särskilt beslut i mars 1999 tagit i anspråk 400 000 kronor av det ackumulerade anslagssparandet för NHV till annat ändamål. Resterande anslagssparande får tas i anspråk under 2000.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 896 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan* för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 17 206 000 kronor respektive 17 559 000 kronor.

### 4.7.4 14:4 Folkhälsoinstitutet

**Tabell 4.5 Anslagsutveckling 14:4 Folkhälsoinstitutet**

Tusental kronor				
1999	Utfall	123 972	Anslags-sparande	3 907
2000	Anslag	110 999	Utgifts-prognos	112 500
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>120 275</b>		
2002	Beräknat	116 538 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	119 011 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 114 275 tkr i 2001 års prisnivå.

Folkhälsoinstitutet (FHI) skall genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bidra till att folkhälsan förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur folkhälsosynpunkt.

Av FHI:s anslag har ca 55,5 miljoner kronor beviljats till olika projekt i kommun, landsting och organisationer. Därutöver har ca 17,4 miljoner kronor betalats ut i organisationsstöd till olika frivilligorganisationer inom folkhälsoområdet.

FHI har under 1999 aktivt deltagit i det internationella folkhälsoarbetet i både EU och WHO.

FHI har under året utvärderats på regeringens uppdrag av en statlig organisationskommitté. Kommittén överlämnade sitt betänkande till regeringen i maj 2000: Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (SOU 2000:57). Kommittén föreslår att FHI skall ha en ny roll och andra uppgifter än idag. En av FHI:s huvuduppgifter föreslås vara att ansvara för att följa upp och utvärdera folkhälsoinsatser med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen som kommer att föreslås av Nationella folkhälsokommittén. FHI skall dessutom fungera som ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området. Den nya organisationen föreslås träda i kraft 1 juli 2001.

### Bemyndiganden och ekonomiska förpliktelser

FHI finansierar varje år olika forsknings- och samarbetsprojekt. För flera av projekten upprättas fleråriga samarbetsavtal, vilket medför att FHI tar på sig ekonomiska förpliktelser för kommande budgetår. För att möjliggöra för FHI att ikläda sig sådana ekonomiska förpliktelser föreslår regeringen att riksdagen ger regeringen

**Tabell 4.6 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser**

Tusental kronor

	1999 utfall	2000 prognos	2001 beräknat	2002 beräknat	2003 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	23 666	43 341	34 841		
Nya förpliktelser	39 000	10 000	10 000		
Infriade förpliktelser*	19 325	18 500	18 500	13 171	13 170
Utestående förpliktelser vid årets slut	43 341	34 841	26 341		
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>108 000</b>	<b>108 000</b>	<b>50 000</b>		

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

ett för ändamålet anpassat bemyndigande. Det föreslagna bemyndigandet under perioden 2001–2003 framgår av ovanstående tabell.

### Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att FHI under året gjort värdefulla insatser inom viktiga folkhälsoområden. FHI har dessutom bistått ett flertal av Socialdepartementets kommittéer med underlagsmaterial.

För att stärka det tobakspreventiva arbetet i landet föreslår regeringen att 6 miljoner kronor överförs engångsvis för 2001 från anslag 13:7 Socialstyrelsen. För åren 2001 respektive 2002 har anslaget minskats med 2 miljoner kronor på grund av finansiering av åtgärder på handikappområdet. Vidare har 3,8 miljoner kronor återförts till anslaget med anledning av den engångsvisa överföringen år 2000 till Rättsmedicinalverket.

**Tabell 4.7 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	110 999
Pris- och löneomräkning	1 476
Justering för engångsvis överföring	3 800
Omprioriteringar inom utgiftsområdet	4 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>120 275</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 120 275 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 *Folkhälsoinstitutet* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 116 538 000 kronor respektive 119 011 000 kronor.

### 4.7.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

**Tabell 4.8 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet**

Tusental kronor

1999	Utfall	119 164	Anslags- sparande	– 3 089
2000	Anslag	141 224 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	142 224
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>152 869</b>		
2002	Beräknat	162 180 <sup>2</sup>		
2003	Beräknat	176 066 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Varav 10 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.<sup>2</sup> Motsvarar 158 998 tkr i 2001 års prisnivå.<sup>3</sup> Motsvarar 168 998 tkr i 2001 års prisnivå.

Smittskyddsinstitutet (SMI) skall medverka till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthålls och förstärks.

En jämförelse mellan budget och utfall för budgetåret 1999 visar att det ekonomiska läget för Smittskyddsinstitutet försämrades under året. Trots extra resurstillskott om 5 miljoner kronor under året gick verksamheten med 4,5 miljoner kronor i underskott, vilket medförde att myndigheten fick ta drygt 3 miljoner kronor av anslagskrediten i anspråk.

Under året har ett viktigt inslag i verksamheten varit anpassning till de nya lokalerna på Karolinska Institutets område. Flytten har medfört vissa störningar i den operativa verksamheten. Planering och byggande av det nya säkerhetslaboratoriet har fortsatt med engagemang från SMI vid sidan av det arbete som projektledning och byggherre har utfört.

Byggstarten för det nya huset för försöksdjursverksamhet (djurhuset) har försenats. Förseningen beror på att byggprojektet inrymmer svåra avvägningar som skall samrådas med Jordbruksverket. Under året har dock SMI gjort stora insatser för planeringen av det nya djurhuset. Ett begränsat och villkorat förhandsgodkän-

nande för det nya djurhuset har lämnats av Jordbruksverket. Enligt nuvarande planer beräknas det nya djurhuset vara klart för inflyttning under 2002.

I ett samarbete mellan Socialstyrelsen, Försvarets forskningsanstalt (FOA), Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), Försvarmakten och SMI pågår utarbetande av ett program för beredskap mot allvarlig smitta med utgångspunkt i bl.a. de möjligheter som kommer att finnas i det nya säkerhetslaboratoriet att hantera smittämnen som kräver högsta säkerhetsnivå. Verksamheten som hittills varit i en uppbyggnadsfas kommer att startas när det nya säkerhetslaboratoriet har tagits i bruk under hösten 2000. SMI kommer genom det nya säkerhetslaboratoriet att få en komplett diagnostisk beredskap för allvarlig smitta. Under året har SMI i samråd med Socialstyrelsen och FoA på regeringens uppdrag redovisat en plan för utvecklingen av det s.k. BSL4-programmet.

Forskningsinsatser, bl.a. inom områden som hiv, malaria och antibiotikaresistens, har väckt internationell uppmärksamhet under året och forskare vid SMI har nämnts bland de mest framgångsrika i världen. Den största delen av forsknings- och utvecklingsprojekten vid SMI finansieras helt eller delvis med externa anslag.

I SMI:s kunskapsstrategi betonas särskilt behovet av utbildning och kompetensutveckling inom de mikrobiologiska och infektionsepidemiologiska områdena.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.9 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt- kostnad)
Utfall 1999	16 500	19 200	- 2 700
(varav tjänsteexport)	(13 %)		
Prognos 2000	17 800	19 800	- 2 000
(varav tjänsteexport)	(11 %)		
Budget 2001	16 800	18 800	- 2 000
(varav tjänsteexport)	(12 %)		

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom försöksdjursverksamheten och den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken skall finansieras med avgifter som ger full kostnadsäckning. Försöksdjursverksamheten har med-

givits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191). Inkomsterna disponeras av SMI.

Försöksdjursverksamheten redovisade ett underskott på ca 0,5 miljoner kronor för 1999 och prognosen för 2000 pekar på ett underskott om 2 miljoner kronor. Underskotten beror på ökade kostnader för drift och underhåll och inköp av djur samtidigt som intäkterna är låga. I förhållande till föregående år minskade under 1999 underskottet, vilket är en följd av att ett ökat antal djurhållningsdagar lett till ökade intäkter.

Målet full kostnadsäckning har inte kunnat uppfyllas för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken redovisade ett underskott på ca 2,2 miljoner kronor 1999 och prognosen för 2000 visar på ett nollresultat. Underskotten i verksamheten de senaste åren beror bl.a. på ökade kostnader till följd av ackreditering av verksamheten. För att förbättra utfallet för 2000 har en avgiftshöjning med 18 procent genomförts under 2000.

SMI har på regeringens uppdrag inkommit med en översyn av de avgiftsfinansierade verksamheter. I skrivelsen gör SMI en genomgång av de avgiftsfinansierade verksamheterna samt lämnar vissa förslag till hur hanteringen och styrningen bör utformas. Avseende den speciella diagnostiken föreslås bl.a. att kravet på full kostnadsäckning skall upphöra för att bättre kunna anpassa avgiftssättningen till behovet av speciell diagnostik och till syftet med undersökningen. Beträffande försöksdjursverksamheten konstateras bl.a. att inriktning, omfattning och former för verksamheten kommer att preciseras i samband med den fortsatta planeringen och projekteringen av det nya djurhuset. Skrivelsen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

## Regeringens överväganden

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

arbete med smittskyddsläkarna och de mikrobiologiska laboratorerna.

På tilläggsbudgeten för budgetåret 2000 tillfördes SMI 10 miljoner kronor, i första hand för att förbättra den ekonomiadministrativa styrningen av verksamheten. Regeringen har dessutom givit SMI i uppdrag att i samverkan med Ekonomistyrningsverket genomföra ett långsiktigt program för verksamhetsutveckling i linje med det förslag som redovisats till regeringen den 15 maj 2000. Programmet skall leda till att den ekonomiadministrativa styrningen av verksamheten förbättras och att kontrollen över myndighetens ekonomi långsiktigt säkerställs. Vidare har regeringen givit SMI i uppdrag att senast den 15 januari 2001 redovisa ett underlag för fördjupad prövning.

SMI har inkommit med en skrivelse med redovisning av projektet att bygga ett nytt djurhus på Karolinska Institutets område samt hemställt om regeringens medgivande att få teckna ett hyreskontrakt för det nya djurhuset. Skrivelsen bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Regeringen har i tidigare budgetpropositioner angivit att ett nytt djurhus bör byggas. Medel tillförs nu för detta ändamål. Byggstarten har försenats på grund av att byggprojektet inrymmer svåra avvägningar som skall samrådats med bl.a. de myndigheter som utövar djurskyddstillsyn.

SMI flyttar enligt nuvarande planer in i den nya säkerhetslaboratoriebyggnaden hösten 2000 samt i det nya djurhuset under 2002. Med anledning av detta kommer hyreskostnaderna att öka under det kommande året. Regeringen anser att SMI:s anslag bör höjas med 19,2 miljoner kronor till följd av ökade hyreskostnader och kostnader som uppkommer i samband med byggnationen av ett nytt djurhus. En bedömning av myndighetens totala resursbehov bör enligt regeringen göras med utgångspunkt i det underlag för fördjupad prövning som SMI har fått i uppdrag att redovisa till den 15 januari 2001.

**Tabell 4.10 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor	
Anslag 2000	131 224 <sup>1</sup>
Pris- och löneomräkning	3 142
Justering för premie	-668
Ökat resursbehov	19 171
<b>Förslag 2001</b>	<b>152 869</b>

<sup>1</sup> Exklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget för 2000.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 152 869 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 Smittskyddsinstitutet för 2001. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 162 180 000 kronor respektive 176 066 000 kronor.

## 4.8 14:6 Institutet för psykosocial medicin

**Tabell 4.11 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin**

Tusental kronor				
1999	Utfall	11 207	Anslags-sparande	- 47
2000	Anslag	13 059	Utgifts-prognos	12 900
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>13 249</b>		
2002	Beräknat	13 518 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	13 810 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 13 249 tkr i 2001 års prisnivå.

Institutets för psykosocial medicin (IPM) insatser syftar till att bidra till att minska de psykosociala risksituationer i samhället som t.ex. arbetslöshet och omstrukturering på arbetsmarknaden ger upphov till och därmed bidra till att folkhälsan förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur folkhälsosynpunkt.

### Regeringens överväganden

Regeringen gör bedömningen att IPM på ett tillfredsställande sätt uppfyllt sina verksamhetsmål. Särskilt angelägen anses IPM:s arbete med stressforskning.

IPM har genomfört ett arbete som syftar till att stärka ekonomiadministrationen. Regeringen har i samband med detta gjort en översyn av IPM:s regleringsbrev för 2000 i syfte att förbättra kraven på återrapportering i regleringsbrevet.

**Tabell 4.12 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor	
Anslag 2000	13 059
Pris- och löneomräkning	190
<b>Förslag 2001</b>	<b>13 249</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 13 249 000 kronor anvisas under an-

slaget 14:6 *Institutet för psykosocial medicin* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 13 518 000 kronor respektive 13 810 000 kronor.

#### 4.8.1 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

**Tabell 4.13 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder**

Tusental kronor

År	Förslag	Beräknat
2001	53 554	53 554
2002	Beräknat	53 554
2003	Beräknat	53 554

Detta anslag är utbrutet från tidigare anslag B10 som då omfattade bidrag till olika frivilliga organisationer inom det sociala området. Bidrag från detta anslag lämnas till länorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa f.d. missbrukare och som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet. Nykterhetsorganisationer och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) erhåller statsbidrag från detta anslag.

Från anslaget disponerar Folkhälsoinstitutet 4 miljoner kronor årligen för insatser i syfte att öka kunskapen om spelberoende och för att initiera aktiviteter för att förebygga spelberoende. För innevarande år tillfördes i vårens tilläggsbudget 2 miljoner kronor ytterligare för detta ändamål. Folkhälsoinstitutet har under året genomfört en kartläggning av omfattningen av problemet. Man har även öppnat ett 020-nummer dit personer eller anhöriga till personer med spelberoendeproblem kan vända sig för att få hjälp.

#### Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har i en rapport redovisat de första erfarenheterna av det nya systemet för administration av bidragen. Utvecklingen bedöms i denna rapport som positiv. Organisationerna har – inom ramen för det brukarråd som i enlighet med regeringens förslag inrättades i samband med övergången till ett nytt system – aktivt deltagit när det gäller att utforma former och regler för bidragsgivningen. Avsikten är också att i brukarrådet diskutera inriktningen på bidragsgivningen och former för uppföljning och utvärdering. Ett av syftena med detta arbete är

att öka organisationernas kompetens i dessa frågor.

Regeringen bedömer det som angeläget att Socialstyrelsen även i fortsättningen arbetar i nära samarbete med organisationerna och utvecklar brukarrådet till ett forum för samverkan mellan organisationerna och staten. Detta är viktigt bl.a. när det gäller att ge regeringen beslutsunderlag för sin politik inom berörda områden.

Regeringens bedömning är dessutom att Folkhälsoinstitutet även fortsättningsvis skall arbeta för att ta fram underlag i syfte att öka kunskapen om spelberoende och genom riktade insatser förebygga spelberoende.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 53 554 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 53 554 000 kronor vardera året.

#### 4.8.2 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

**Tabell 4.14 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder**

Tusental kronor

År	År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
1999	Utfall	35 719	16 150	
2000	Anslag	27 500		43 650
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>77 500</b>		
2002	Beräknat	102 500		
2003	Beräknat	127 500		

Internationaliseringen och det svenska EU-inträdet har ändrat förutsättningarna att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. Exempel på sådana förändringar är ändrade regler för införsel av alkohol och avskaffandet av monopolen för tillverkning, import och partihandel av alkoholdrycker, ändrade partihandelsregler, utökad service och ändrade öppettider på Systembolaget, försöksverksamhet med lördagsöppet m.m. Den illegala hanteringen av alkohol har också ökat. Ytterligare förändringar av införselreglerna kommer fortlöpande att ske och EU:s införselregler kommer att gälla i Sverige fullt ut från 2004. Detta kommer att öka gränshandeln och också påverka alkoholskatterna i Sverige framöver. Dessa förändringar kan kraftigt påverka alkoholkonsumtionen och alkoholens tillgänglighet i Sverige som måste motverkas på andra

sätt än tidigare. Även det narkotikapolitiska arbetet påverkas av den ökade internationalisering och vårt EU-inträde. I syfte att motverka en konsumtions- och skadeökning till följd av regelförändringarna har detta anslag inrättats för att intensifiera det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet.

### Regeringens överväganden

De förebyggande insatserna blir av avgörande betydelse när det gäller att motverka alkohol- och narkotikamissbrukets utbredning. Information, opinionsbildning och andra alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, framför allt på lokal och regional nivå, får därför en ökad betydelse i ansträngningarna att påverka attityder och beteenden.

Erfarenheterna från de projekt på nationell nivå som den nationella ledningsgruppen för alkoholförebyggande insatser hittills har initierat är mycket goda. Ledningsgruppen kommer därför att fortsätta att utveckla och pröva metoder och modeller för förstärkta förebyggande insatser samt att utvidga ansvaret till att också omfatta frågor som har att göra med vård och behandling på missbruksområdet. En nationell handlingsplan för alkoholskadeförebyggande insatser håller på att utarbetas och en proposition kommer att överlämnas till riksdagen under hösten 2000.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 77 500 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 102 500 000 kronor respektive 127 500 000 kronor.

#### 4.8.3 14:9 Alkoholinspektionen

**Tabell 4.15 Anslagsutveckling 14:9 Alkoholinspektionen**

Tusental kronor

1999	Utfall	12 020	Anslags- sparande	4 866
2000	Anslag	6 984	Utgifts- prognos	11 835
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>7 650</b>		
2002	Beräknat	7 808 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	7 979 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 7 650 tkr i 2001 års prisnivå.

Alkoholinspektionen skall övervaka efterlevnaden av alkohollagen, dvs. tillse att bestämmelser avseende hanteringen av alkoholdrycker efterlevs.

Alkoholinspektionen startade sin verksamhet den 1 januari 1995 med anledning av bl.a. EU-medlemskapet och att riksdagen beslutat att avskaffa de tidigare import, export, tillverknings- och partihandelsmonopolen när det gäller alkoholdrycker. Dessa har ersatts av ett nytt alkoholpolitiskt motiverat tillstånds- och tillsynssystem som hanteras av Alkoholinspektionen. Detta system har dock i vissa delar kritiserats av EG-domstolen och EU-kommissionen. Med anledning av denna kritik har riksdagen beslutat att från den 1 januari 2000 ta bort kravet på partihandelstillstånd och ersatt detta med det godkännande som skattemyndigheten ger för att man som partihandlare skall få importera punkt-skattepliktiga alkoholvaror. Det betyder för Alkoholinspektionens del att deras verksamhet när det gäller tillståndsgivning och tillsyn av partihandeln kraftigt har reducerats sedan årsskiftet. På grund av övergångsregler finns viss tillsyns- och tillståndsverksamhet kvar till och med 2001. Alkoholutredningen har dessutom i sitt betänkande Bestämmelser om teknisk sprit m.m. (SOU 2000:60) föreslagit att även tillverknings-tillstånden avskaffas och tillsynen över alkoholtillverkarna på samma sätt som med partihandeln skall utövas endast av skattemyndigheten. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har i sitt slutbetänkande Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (SOU 2000:57) behandlat konsekvenserna av att Alkoholinspektionens kvarvarande uppgifter övertas av det ombildade Folkhälsoinstitutet.

För 2001 beräknas Alkoholinspektionen få in avgifter motsvarande 4 500 000 kronor som inlevereras på inkomsttitel och således ej får disponeras av myndigheten.

### Regeringens överväganden

Alkoholutredningen har behandlat Alkoholinspektionens framtida uppgifter och därvid föreslagit att vissa uppgifter inte längre skall utföras av inspektionen. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har behandlat frågan om att inspektionens kvarvarande uppgifter överförs till det ombildade Folkhälsoinstitutet från den 1 juli 2001. Dessa betänkanden remissbehandlas för närvarande och slutligt ställningstagande

kommer att ske under våren 2001 då en proposition kommer att överlämnas till riksdagen.

**Tabell 4.16 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	6 984
Pris- och löneomräkning	666
<b>Förslag 2001</b>	<b>7 650</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 650 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 *Alkoholinspektionen* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 7 808 000 kronor respektive 7 979 000 kronor.

#### 4.8.4 14:10 Alkoholsortimentsnämnden

**Tabell 4.17 Anslagsutveckling 14:10 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

1999	Utfall	88	Anslags-sparande	619
2000	Anslag	691	Utgifts-prognos	130
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>401</b>		
2002	Beräknat	409 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	418 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 401 tkr i 2001 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 före försäljning av spritdrycker, vin och starköl. Samtidigt avskaffades övriga monopol inom alkoholområdet.

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

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

#### Regeringens överväganden

I ett inledningsskede har det varit svårbedömt hur många ärenden som nämnden skulle komma att få behandla. Numera bedöms att verksamheten och antalet ärenden har stabiliserats. Därför föreslår regeringen att anslaget dras ned permanent med 0,3 miljoner kronor fr.o.m. år 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 401 000 kronor anvisas under anslaget 14:10 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 409 000 kronor respektive 418 000 kronor.

#### 4.9 Övrig statlig verksamhet

##### Systembolaget

Systembolaget är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget AB också ett helägt dotterbolag, Lagena Distribution AB. Verksamheten omfattar detaljhandel och partihandel med alkoholdrycker. Den totala försäljningen uppgick 1999 till 16 624,9 miljoner kronor (15 494,8 miljoner kronor år 1998), en ökning med 1 130,1 miljoner kronor jämfört med 1998. Totalt såldes under 1999 278,2 miljoner liter alkoholdrycker vilket är en ökning med 10,2 procent sedan 1998. Det är Systembolagets största försäljning någonsin. För både vin och starköl slogs tidigare försäljningsrekord och för spritförsäljningen blev det en liten försäljningsökning jämfört med föregående år. Resultatet efter finansiella intäkter och kostnader uppgick 1999 till 470 miljoner kronor (350,9). Siffror tyder på att Systembolaget tagit marknadsandelar från svartspritskonsumtionen, dvs. från smuggling och hemtillverkning. Dessutom har alkoholkonsumtionen ökat totalt sett i landet sedan 1998.

**Tabell 4.18 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren**

Miljoner kronor

	1995	1996	1997	1998	1999
Omsättning	16 199	16 063	15 837	15 495	16 625
Resultat efter finansiella poster	88	145	239	351	470,0
Justerat eget kapital <sup>1</sup>	897	967	1 046	1 179	1 395
Räntabilitet på JEK, %	18,5	13,6	22,9	29,7	33,7
Antal an- ställda	2 658	2 746	3 386	3 270	3 246

<sup>1</sup> Hänsyn är tagen till Obeskattade reserver och latent skatt.

Bolaget har f.n. drygt 400 butiker runt om i landet. Under 1999 ökade produktiviteten med 6,3 procent och lageromsättningen i butikerna med 12 procent. Under 1999 öppnades sex nya butiker. Under 2000 räknar bolaget med att öppna ytterligare 20 nya butiker.

Systembolaget hade vid årsskiftet 1999/2000 totalt 2 554 märken till försäljning och under 1999 lanserades totalt 938 nya märken.

I slutet av år 1999 fanns det drygt 300 företag med tillstånd för partihandel med Systembolaget, vilket kan jämföras med endast ett bolag fem år tidigare. Det kan nu konstateras att Systembolaget har klarat de stora omställningar som EU-medlemskapet har inneburit.

Eftersom andra alkoholpolitiska instrument har försvagats har Systembolagets roll blivit allt viktigare när det gäller att motverka alkoholskador. Den svenska alkoholmarknaden har genomgått en kraftig förändring sedan Sverige blev medlem i EU och Systembolaget har därigenom fått ökade uppgifter, t.ex. avseende inköp av alkoholdrycker från partihandeln. En central uppgift för Systembolaget kommer dock fortfarande att vara att uppfylla EU:s krav på objektiv behandling av produkter och leverantörer. För ytterligare information om bolagets ekonomi och verksamhet hänvisas till regeringens skrivelse (rskr. 1999/2000:120) 2000 års redogörelse för företag med statligt ägande.



## 5 Politikområde Barnpolitik

### 5.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige. Till politikområdet hör Barnombudsmannen (BO) som har ett särskilt ansvar att bevaka barns och ungdomars rättigheter och intressen, att följa Sveriges åtaganden enligt barnkonventionen och att driva på genomförandet av barnkonventionen på alla nivåer i samhället. Till

politikområdet hör även Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) med ansvar för tillsyn, kontroll och information i frågor rörande internationella adoptioner. Medel för insatser för att förverkliga barnkonventionen redovisas under politikområde Socialtjänstpolitik anslaget 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

### 5.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 5.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

*Miljoner kronor*

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
15:1 Barnombudsmannen	6,9	8,5	8,9	<b>8,6</b>	8,7	8,9
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	6,8	6,7	7,1	<b>7,0</b>	7,1	7,3
<b>Totalt för Politikområde Barnpolitik</b>	<b>13,7</b>	<b>15,1</b>	<b>16,0</b>	<b>15,5</b>	<b>15,9</b>	<b>16,2</b>

<sup>1</sup> Inklusivt beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

### 5.3 Mål

---

**Regeringens förslag:** Barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden.

---

### 5.4 Politikens inriktning

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

Regeringen har nyligen överlämnat en skrivelse till riksdagen om barnpolitiken med utgångspunkt i FN:s barnkonvention (skr. 1999/2000:137). I skrivelsen ges en bred bild av barnens situation i dagens Sverige och hur politiken på barnområdet är utformad. Av skrivelsen framgår att barnfrågorna alltmer kommit i fokus och att regeringen driver en aktiv politik för att samordna och utveckla barnpolitiken. Vidare aviseras i skrivelsen ett antal planerade åtgärder som syftar till att förbättra barnens situation i Sverige.

FN:s konvention om barnets rättigheter är ett viktigt instrument i detta arbete. Den inriktning som där ges överensstämmer i allt väsentligt med de traditionella målen för svensk barnpolitik och kan beskrivas enligt följande:

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

Tyngdpunkten i regeringens barnpolitik under de kommande åren ligger i förbättringar för barnfamiljerna, ökade resurser till skola, vård och omsorg, uppmärksamhet och stöd för utsatta barn, ökade möjligheter för barns och ungdomars inflytande samt fortsatt genomförande och uppföljning av regeringens strategi för arbetet med FN:s barnkonvention.

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

### 5.5 Insatser

#### 5.5.1 Statliga insatser inom politikområdet

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

Barnombudsmannen (BO) har en central roll i den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (jfr prop. 1997/98:182). Inom ramen för sitt breda uppdrag att genomföra utbildningsinsatser och utveckla metoder och verktyg för barnkonventionens genomförande har BO startat ett arbete som innebär att utvärdera och vidareutveckla olika metoder för att tillämpa barnkonventionen i kommuner och landsting. Barnombudsmannen bedriver inom ramen för uppdraget också ett utvecklingsarbete tillsammans med ett antal försöksmyndigheter när det gäller att få fram modeller för hur barnkonsekvensanalyser kan göras. Medel som används för att öka kunskapen om barnkonventionen är bl.a. en informationsskrift samt en särskild hemsida för att sprida goda exempel inom

myndigheter, landsting och kommuner när det gäller att genomföra barnkonventionen. Ett fortbildningsprogram kring barnkonventionen har också tagits fram. Kommuner, landsting och myndigheter deltar aktivt i utvecklingsarbetet genom särskilda referensgrupper till BO. Till detta kommer utbildningsinsatser som BO genomför i första hand till beslutsfattare inom myndigheter, kommuner och landsting. Arbetet bedrivs i dialog med Socialdepartementet och samarbete sker med många andra aktörer som t.ex. frivilligorganisationer och Ekonomistyrningsverket.

Statistiska centralbyrån har under budgetåret 1999 tilldelats särskilda medel för att utveckla basstatistiken om barn och deras familjer. En första rapport med statistik om barn och deras familjer har presenterats under året (Barn och deras familjer 1998, Demografiska rapporter 1999:3). Arbetet med att vidareutveckla och förbättra basstatistiken om barn fortsätter.

Regeringen har för en treårsperiod, med början under 1999, avsatt medel för arbete mot könsstämpning av kvinnor och flickor. Medlen disponeras av Socialstyrelsen för att vidareutveckla och sprida metoder samt initiera förebyggande projekt mot kvinnlig könsstämpning.

Inom ramen för sitt utredningsuppdrag har Kommittén mot barnmisshandel (S 1998:07) under budgetåret 1999 disponerat medel för utåtriktade insatser för att sprida information och öka medvetenheten om barnmisshandel hos allmänheten och personal som arbetar med barn. I början av 2000 har kommittén gett ut Föräldraboken, en skrift som riktar sig till föräldrar. En annonskampanj har också genomförts. Till hösten 2000 planeras aktiviteter riktade till barn och ungdomar, samt en informationsaktivitet till yrkesgrupper som arbetar med barn för att medvetandegöra dem om anmälningsskyldigheten enligt socialtjänstlagen (1980:620).

I syfte att uppmärksamma tioårsdagen av barnkonventionens antagande av FN:s generalförsamling den 20 november 1989 anordnade regeringen i november 1999 en konferens som riktade sig till bl.a. frivilligorganisationer, departement, myndigheter samt barn, ungdomar och parlamentariker.

Socialdepartementet har tilldelats ett samordningsansvar för arbetet med barnkonventionsfrågor inom Regeringkansliet. Samordningsfunktionen skall fungera såväl pådrivande som stödjande gentemot andra departement i deras verksamhet inom området, inte minst när det

gäller att bistå myndigheterna i deras ansträngningar att förverkliga konventionen.

### 5.5.2 Insatser utanför politikområdet

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

En stor del av arbetet med att genomföra barnkonventionen handlar om ökad kunskap och medvetenhet samt attitydförändringar. Här spelar insatser som utförs inom ramen för av Allmänna arvsfonden beviljade projekt, liksom det arbete som frivilligorganisationerna bedriver i form av bl.a. opinionsbildning, en stor roll. Regeringen har beslutat avsätta särskilda medel ur Allmänna arvsfonden till frivilligorganisationerna för att sprida kunskap om barnkonventionen. Totalt har 57 lokala projekt genomförts, i cirka 200 kommuner spridda över hela Sverige. Cirka 1 200 insatser har gjorts i form av utbildningar, seminarier/konferenser, kulturella aktiviteter m.m., vilket har resulterat i att cirka 48 000 personer (politiker, tjänstemän, personal, barn, föräldrar m.fl.) har nåtts av insatserna. Projektet pågick t.o.m. december 1999 och en utvärdering har nyligen överlämnats till regeringen.

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

### 5.6 Resultatbedömning

Målet som angavs i budgetpropositionen för 2000 är att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden.

### 5.6.1 Resultat

I budgetpropositionen för 2000 uttalar regeringen att FN:s konvention om barnets rättigheter är en av grundpelarna för regeringens arbete med barnfrågor. Barnets bästa skall sättas i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn och barnperspektivet skall genomsyra allt beslutsfattande som rör barn. Under de senaste åren har ett ökat engagemang för barnkonventionen noterats i hela samhället. Barnombudsmannens enkätundersökning på kommunnivå (BO 1999, På god väg?) pekar på en positiv utveckling jämfört med tidigare års undersökningar; barnkonventionen behandlas och omsätts i handling i högre utsträckning än tidigare i kommunerna. Fortfarande befinner sig dock många kommuner i ett inledningsskede av barnkonventionsarbetet.

Samtliga landsting har behandlat barnkonventionen på olika sätt (Enkätundersökning, BO 1998). Många landsting har eller planerar för en särskild strategi för barnkonventionens införlivande i sitt arbete.

År 1998 gjorde Barnombudsmannen en undersökning av hur 90 myndigheter, som direkt eller indirekt arbetar med frågor som rör barn, arbetar med barnkonventionen. I denna grupp ingick samtliga länsstyrelser samt överrätterna inom domstolsväsendet. Kartläggningen visar att en klar majoritet av myndigheterna anger att barnkonventionen på något sätt har relevans för myndighetens verksamhet. Nära hälften av de 90 svarande myndigheterna anger också att de i skrivelser, remissyttranden, föreskrifter, policyuttalanden eller beslut refererar till barnkonventionen.

### 5.6.2 Analys och slutsatser

Även om utvecklingen under den senare delen av 1990-talet varit positiv återstår mycket arbete innan barnkonventionen fullt ut praktiseras i kommunerna. Många kommuner befinner sig i ett inledningsskede av detta arbete. De metoder och modeller som hittills arbetats fram är ofta av försökskaraktär, vilket betyder att de ännu inte har utvärderats eller följts upp. Det innebär att effekterna framför allt kan utläsas på policynivå.

Barnkonventionen utgör ännu inte ett dokument som med tyngd påverkar kommunala beslutsprocesser och genomsyrar hela kommunens verksamhet. Fortfarande är det en dryg fjärdedel av kommunerna som inte redovisar några åtgärder alls för att genomföra barnkonventionen i sin kommun.

En slutsats som kan dras av Barnombudsmannens enkätundersökning på kommunnivå 1999 i jämförelse med tidigare års undersökningar (1995 och 1997) är att många kommuner i dag redan har grundläggande kunskaper om barnkonventionen och att behovet för närvarande är störst när det gäller kunskaper om hur den skall omsättas i praktiken.

Inte heller inom landstingen används barnkonventionen som ett systematiskt verktyg i planerings- och beslutsprocesser eller som ett medel för att förverkliga barns och ungdomars möjligheter att påverka landstingens verksamheter.

Många statliga myndigheter är medvetna om barnkonventionens betydelse, men de flesta myndigheter saknar fortfarande ett aktivt förhållningssätt till barnkonventionen och dess intentioner. Det är ett relativt stort antal myndigheter som använder barnkonventionen i olika uttalanden, vilket tyder på en medvetenhet om dess betydelse. Mycket få myndigheter tillämpar emellertid konventionen på ett strategiskt och systematiskt sätt.

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

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

## 5.7 Budgetförslag

### 5.7.1 15:1 Barnombudsmannen

**Tabell 5.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen**

År	Utfall	6 915	Anslags-sparande	604
1999	Utfall	6 915	Anslags-sparande	604
2000	Anslag	8 450	Utgifts-prognos	8 882
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>8 565</b>		
2002	Beräknat	8 739 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	8 928 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 8 565 tkr i 2001 års prisnivå.

Barnombudsmannen (BO) har i uppgift att bevaka frågor som angår barns och ungdomars rättigheter och intressen och skall särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar står i överensstämmelse med Sveriges åtaganden enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnombudsmannens del av målet för barnpolitiken är att barns och ungdomars rättigheter och intressen i ökad utsträckning skall tillgodoses och att FN:s barnkonvention i ökad utsträckning skall efterlevas på alla nivåer i samhället. Barnombudsmannens verksamhet har under budgetåret 1999 och innevarande budgetår till stor del präglats av arbetet med att genomföra centrala delar av strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (jfr regeringsbeslut S1999/3654/ST).

### Regeringens överväganden

Det är viktigt att det arbete som bedrivs av Barnombudsmannen, bland annat när det gäller att påbörja och samordna insatser för att genomföra barnkonventionen i Sverige och för att bevaka barns och ungdomars rättigheter och intressen i olika sammanhang, förstärks och effektiviseras. En särskild utredning har därför haft i uppdrag att lämna förslag till hur Barnombudsmannen skall kunna stärkas. Utredningen har presenterat sina förslag i betänkandet Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar (SOU 1999:65). Betänkandet har remissbehandlats. Regeringen planerar en proposition under hösten 2000.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 565 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 Barnombudsmannen för år 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 8 739 000 kronor respektive 8 928 000 kronor.

**Tabell 5.3 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	8 450
Pris- och löneomräkning	115
<b>Förslag 2001</b>	<b>8 565</b>

### 5.7.2 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

**Tabell 5.4 Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

År	Utfall	6 785	Anslags-sparande	454
1999	Utfall	6 785	Anslags-sparande	454
2000	Anslag	6 658 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	7 112
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>6 980</b>		
2002	Beräknat	7 121 <sup>2</sup>		
2003	Beräknat	7 274 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive en minskning med 250 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

<sup>2</sup> Motsvarar 6 980 tkr i 2001 års prisnivå.

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

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

Nämnden ansvarar för frågor enligt förordningen (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption, samt frågor om auktorisation av organisationer enligt lagen (1997:119) om internationell adoptionsförmedling. NIA beslutar också om fördelning av statsbidrag till sådana organisationer.

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

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

Bidrag till kostnader för internationella adoptioner utgår under utgiftsområde 12 anslaget 21:4 Bidrag till kostnader för internationella adoptioner. Bidraget har varit oförändrat sedan 1991. De senaste åren har kostnaderna för adoptioner stigit. Regeringen föreslår därför att

bidraget höjs fr.o.m. den 1 januari 2001. Det nya bidragsbeloppet föreslås bli 40 000 kronor per adoption.

### Regeringens överväganden

Cirka 800 –1 000 barn adopteras till Sverige årligen. För 2001 görs bedömningen att cirka 1 000 adoptivbarn skall komma till Sverige.

Regeringens bedömning är att myndigheten fungerar väl och att de anslagna resurserna utnyttjas på ett tillfredsställande sätt. Adoptionsverksamheten håller en hög etisk nivå i Sverige. NIA har väsentligt bidragit till detta genom sin aktiva tillsyns- och informationsverksamhet. Enskilda händelser visar dock att man inte kan ta den höga etiska nivån för given. Fortsatta ansträngningar från NIA:s sida är därför nödvändiga.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 980 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 7 121 000 respektive 7 274 000 kronor.

**Tabell 5.5 Beräkning av anslaget för 2001**

*Tusental kronor*

Anslag 2000	6 908 <sup>1</sup>
Pris- och löneomräkning	72
<b>Förslag 2001</b>	<b>6 980</b>

<sup>1</sup> Exklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för 2000.

## 6 Politikområde Handikappolitik

### 6.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att personer med funktionshinder skall nå full delaktighet och jämlikhet i samhället. Flertalet insatser för stöd och för tillgänglighet för funktionshindrade ingår också i andra politik- och utgiftsområden, t.ex. inom utbildnings-, arbetsmarknads- och transportområdet. Insatserna redovisas i detalj inom respektive område. Detta tillvägagångssätt överensstämmer med den s.k. ansvars- och finansieringsprincipen som innebär att varje sektor i samhället skall utforma, bedriva och finansiera sin verksamhet så att den blir tillgänglig för alla medborgare, dvs. även personer med funktionshinder.

Kommunerna och landstingen har huvudansvaret för vård, stöd och service till personer med funktionshinder. Detta ansvar regleras i socialtjänstlagen (1980:620, SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Statens ekonomiska stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Till politikområdet hör Handikappombudsmannen, som har till uppgift att bevaka att funktionshindrade personers rättigheter och intressen beaktas inom alla samhällsområden. I politikområdet ingår även att ekonomiskt stödja handikapporganisationerna i deras arbete för bättre livsvillkor för funktionshindrade.

Inom politikområdet finns även statsbidrag till landstingen för insatsen rådgivning och annat personligt stöd som regleras i LSS och till tolktjänst för barndomsdöva m.fl. enligt HSL. Landstingen får ersättning från staten även för inköp av alternativ telefonutrustning till döva,

gravt hörselskadade, dövblinda, talskadade och deras anhöriga. Utrustningen gör det möjligt för dem att kommunicera via telefonnätet.

Statlig assistansersättning lämnas till funktionshindrade personer som har behov av personlig assistans för att tillgodose sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Den statliga assistansersättningen regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS). De allmänna försäkringskassorna administrerar och beslutar om ersättningen.

Statligt bilstöd lämnas till funktionshindrade personer och föräldrar till funktionshindrade barn för anskaffning och anpassning av motorfordon m.m. Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna ansvarar för bilstödet.

Statsbidraget till vårdartjänst m.m. ger studerande med rörelsehinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola, universitet och högskola. Det gör det också möjligt för ungdomar som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar att genomföra studierna.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus), som administrerar anslaget till vårdartjänst m.m., har till uppgift att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder.

## 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
16:1 Personligt ombud		30,0	30,0	<b>60,0</b>	90,0	90 000
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	279,3	275,0	280,3	<b>277,0</b>	275,0	275,0
16:3 Statsbidrag till vårdtjänst m.m.	174,7	158,6	186,8	<b>172,5</b>	163,8	167,8
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	78,1	79,4	79,4	<b>79,4</b>	79,4	79,4
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	132,2	152,7	152,7	<b>157,2</b>	157,2	157,2
16:6 Alternativ telefoni	17,7	16,3	15,8	<b>21,5</b>	22,2	22,9
16:7 Bilstöd till handikappade	201,5	230,0	209,5	<b>227,0</b>	164,0	164,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	4 498,1	5 136,0	5 350,0	<b>6 640,0</b>	7 606,0	8 759,0
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	9,4	10,2	10,2	<b>20,8</b>	21,2	21,7
16:10 Handikappombudsmannen	7,8	8,2	8,1	<b>15,2</b>	15,6	15,9
<b>Totalt för Politikområdet Handikappolitik</b>	<b>5 398,6</b>	<b>6 096,3</b>	<b>6 322,9</b>	<b>7 670,6</b>	<b>8 594,4</b>	<b>9 752,9</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

## 6.3 Mål

**Regeringens förslag:** Utjämna skillnaderna i levnadsvillkor mellan personer med och utan funktionshinder.

Målet som angavs i budgetpropositionen för 2000 var:

Personer med funktionshinder skall kunna delta i samhällslivet och få tillgång till god omsorg och vård som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.

Resultatbedömningen i avsnitt 6.6 baseras på detta mål.

## 6.4 Politikens inriktning

Grunden för den svenska handikappolitiken är att personer med funktionshinder är medborgare med samma rättigheter och skyldigheter som andra. Handikappolitiken rör hela samhället. För att full delaktighet och jämlikhet skall uppnås för personer med funktionshinder måste alla miljöer bli tillgängliga och all verksamhet i samhället utformas så att var och en kan delta. I ett historiskt perspektiv har människor med funktionshinder allt för ofta varit diskriminerade och

utestängda från stora delar av samhället. Beroendet av andras välvilja har begränsat möjligheterna att utforma ett liv på egna villkor. Institutionstänkande och segregation har ibland syftat till att skydda funktionshindrade från övriga samhället och ibland tvärtom. Alltjämt förhindras människor med funktionshinder att delta i samhällslivet.

För personer med funktionshinder har den sociala och ekonomiska utvecklingen haft stor betydelse. Genom den generella välfärden minskas det utanförskap som ett selektivt system medför – i synnerhet om det är kopplat till arbete och inkomst. Utbyggnaden av den offentliga sektorn har och har haft stor betydelse för människor med funktionshinder. Solidariskt finansierat stöd och service har lett till ökade förutsättningar att utforma det egna livet.

Människor har olika förutsättningar. Att tänka i ett mångfaldsperspektiv är att ta tillvara fördelarna med olikheter och planera utifrån detta faktum. Att inte göra det är att stänga ute stora grupper av befolkningen. Det är också ett slöseri med samhällets resurser. Målet är att samhället värderar och tar tillvara människors olikheter, som t.ex. etnisk tillhörighet, ålder, sexuell läggning och funktionshinder. Mer än var sjätte person i yrkesverksam ålder har något slag av funktionshinder. Människor med funktionshinder finns i alla grupper i samhället och i alla åldrar. I takt med den medicintekniska utvecklingen



överlever allt fler personer svåra olyckor och sjukdomar, ofta med funktionshinder som följd. Även en åldrande befolkning bidrar till att antalet funktionshindrade stiger.

De senaste åren har insikten om mångfaldens betydelse för tillväxten ökat. För att Sverige skall klara sig i den internationella konkurrensen och bibehålla välfärden måste alla resurser i landet tas tillvara. Det är dålig samhällsekonomi att vissa grupper i samhället inte ges tillträde till arbetsmarknaden eller att deras kunskaper och erfarenheter inte kommer till nytta. En prioriterad uppgift för regeringen är att undanröja mekanismer, t.ex. diskriminering, som hindrar människor från att bidra till tillväxt och produktion.

När hinder för tillgänglighet till miljöer och verksamheter rivs får människor med olika bakgrund möjlighet att mötas. Därigenom kan fördomar, negativa attityder och diskriminering undanröjas. Människor med funktionshinder är ofta beroende av olika insatser från samhället. De måste i samband med insatserna bemötas med respekt och ges möjlighet till självbestämmande och kontroll över den egna livssituationen. Via handikapporganisationerna kan personer med funktionshinder kollektivt påverka utformningen av handikappolitiken. Det kan bl.a. ske i regeringens handikappdelegation som är ett forum för överläggningar och ömsesidig information mellan handikapprörelsen och regeringen.

Riksdagen har godkänt inriktningen för handikappolitiken i samband med behandlingen av regeringens proposition Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop.1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240). Denna inriktning är:

- En samhällsgemenskap med mångfald som grund.
- 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.

Under de närmaste åren kommer tre arbetsområden att prioriteras inom handikappolitiken. Det är att se till att handikapperspektivet genomsyrar alla samhällssektorer, att skapa ett tillgängligt samhälle och att förbättra bemötandet.

Det innebär bl.a. att statliga myndigheter får i uppdrag att integrera handikapperspektivet i sin verksamhet, att vissa lagar och föreskrifter ändras i syfte att stärka tillgängligheten och att offentligt anställd personal erbjuds kompetensutveckling i frågor om bemötande.

Handikappolitikens inriktning överensstämmer med FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Standardreglerna antogs av FN:s generalförsamling i december 1993. En viktig markering inom EU är att en ny artikel, artikel 13, har förts in i EG-fördraget. Artikeln innebär att rådet kan vidta lämpliga åtgärder för att bekämpa diskriminering på åtta olika grunder som även omfattar människor med funktionshinder.

Regeringen har tillsatt flera utredningar som syftar till att utveckla frågor om demokrati och medborgarskap där frågor om tillgänglighet och diskriminering ingår. Det gäller bl.a. översyn av vallagen (dir. 2000:10), behov av åtgärder för att stärka den medborgerliga insynen och deltagandet i den kommunala demokratin (dir. 1999:98) och en översyn av lagstiftningen om olaga diskriminering m.m. (dir. 1999:49). Författningsutredningen (dir. 2000:21) har fått i uppdrag att överväga på vilket sätt funktionshindrades och andra utsatta gruppers delaktighet och jämlikhet i samhället skall komma till tydligare uttryck i regeringsformen.

## 6.5 Insatser

Personer med funktionshinder har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt. Det framgår bl.a. av SCB:s levnadsnivåundersökningar. Det finns stora brister i samhällets tillgänglighet på olika områden, vilket bl.a. Handikappombudsmannen rapporterat. Personer med psykiska funktionshinder har särskilt begränsade möjligheter till delaktighet och inflytande i samhället vilket bl.a. Psykiatriutredningen (SOU 1999:273) påtalat.

För att komma till rätta med dessa brister krävs insatser på en rad samhällsområden. I den ovan nämnda nationella handlingsplanen för handikappolitiken redovisas pågående och planerade insatser när det gäller främst tillgänglighet, bemötande, kultur och media, utbildning och arbetsmarknad.

### 6.5.1 Statliga insatser inom politikområdet

Statens insatser inom politikområdet består i huvudsak av lagstiftning, ekonomiska bidrag och myndigheternas uppgifter bl.a. vad gäller tillsyn, stimulansåtgärder, uppföljning och utvärdering.

Varje myndighet har ett grundläggande ansvar för att inom sitt område leva upp till de nationella målen för handikappolitiken och FN:s standardregler. Detta kommer under året att förtydligas i en särskild förordning för statliga myndigheter. Ett antal stora eller besöksviktiga statliga myndigheter skall senast den 31 december 2001 redovisa handlingsplaner för att göra myndigheternas lokaler, information och övrig verksamhet tillgängliga för personer med funktionshinder. Myndigheter med sektorsansvar får i uppdrag att utarbeta förslag till uppföljningsbara etappmål för respektive sektor.

I miljöer för allmänheten, både inomhus och utomhus, finns ofta hinder för personer med funktionshinder. Regeringen avser att under hösten 2000 föreslå en ändring i plan- och bygglagen (1987:10, PBL). Ändringen innebär att enkelt åtgärdade hinder mot *tillgänglighet* och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga skall vara åtgärdade före utgången av 2010 i befintliga lokaler dit allmänheten har tillträde och på befintliga allmänna platser. I PBL finns krav på tillgänglighet i samband med nybyggnad och ändring av allmänna platser. Boverket har fått i uppdrag att förtydliga kraven genom förslag till tillämpningsföreskrifter.

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

Ett nationellt center för tillgänglighet byggs upp hos Handikappombudsmannen fr.o.m. den 1 januari 2001. En viktig uppgift blir att vara ett nationellt rådgivande organ i frågor om tillgänglighet. Arbetet med att driva på utvecklingen att göra samhället tillgängligt koncentreras till kunskapsuppbyggnad, rådgivning, utveckling och samverkan.

Kollektivtrafiken bör vara tillgänglig för funktionshindrade senast 2010. För att påskynda utvecklingen har riksdagen beslutat om ett statsbidrag till åtgärder med syfte att göra

kollektivtrafiken mer tillgänglig för funktionshindrade. Ett villkor är att planerna för färdtjänst och kollektivtrafik samordnas. Gällande föreskrifter om tillgänglighet till olika färdmedel skall ses över och skärpas.

Ett stort problem som uppmärksammas under många år är att huvudmännen, kommuner och landsting, dröjer med att vidta åtgärder enligt domar som ger enskilda personer rätt till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (1980:620, SoL). Fr.o.m. den 1 juli 2000 har dessa lagar ändrats för att komma till rätta med detta s.k. *domstolstrots*. Länsstyrelserna har fått i uppdrag att verka för att kommuner och landsting planerar för att kunna tillgodose framtida behov av stöd, service och bistånd. Om länsstyrelsen finner att en kommun eller ett landsting inte fullgör vad som ålagts kommunen eller landstinget i en lagakraftvunnen dom enligt LSS eller SoL får länsstyrelsen förelägga kommunen eller landstinget att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite.

Huvudmännen har ansvar för att den personal som i sitt arbete möter personer med funktionshinder får möjlighet att utveckla sin kompetens i olika frågor som hänger samman med funktionshindrade personers behov och stöd. Traditionell *kompetensutveckling* i form av kortare kurser, enstaka studiedagar eller liknande är dock inte tillräckligt för att ändra människors attityder och inställning. Ett nationellt program för kompetensutveckling kommer därför att utarbetas av handikapporganisationerna och berörda statliga och kommunala myndigheter tillsammans. Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har fått uppgiften att ta fram det nationella programmet och hålla samman och driva programmet centralt. Sisus har även fått i uppdrag att i samråd med Statens kvalitets- och kompetensråd och andra intressenter förbereda och genomföra en särskild informationsinsats riktad till nyckelpersoner inom statsförvaltningen om myndigheternas ansvar för de handikappolitiska frågorna.

Personer med psykiska funktionshinder har ofta mycket sammansatta behov av service, stöd och vård och behöver därför hjälp från en rad olika håll samtidigt som man kan ha stora svårigheter att ta och upprätthålla sådana kontakter. En försöksverksamhet med *personliga ombud* har gett flera positiva effekter. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att samordna en nationell uppbyggnad och utveckling av verksamheten. De

personliga ombuden skall bl.a. företräda den enskilde i olika situationer, ge råd och stöd samt stärka den enskildes egen initiativförmåga.

Insatsen *personlig assistans* och den ekonomiska ersättningen för denna assistans – assistansersättning – gör det möjligt för personer med omfattande funktionshinder att leva ett självständigt och aktivt liv. Rätten till personlig assistans har nu funnits i drygt sex år. Regeringen föreslår i en särskild proposition (prop. 2000/2001:5) att rätten till personlig assistans utvidgas till att omfatta personer som fyllt 65 år och har haft denna insats tidigare.

Nya regler gäller från den 1 juli 2000 för *bidragen till handikapporganisationerna* enligt förordningen om statsbidrag till handikapporganisationer. Från denna tidpunkt får 48 handikappförbund bidrag till sin verksamhet på riksplanet. Socialstyrelsen beslutar om fördelningen och skall följa upp och utvärdera effekterna av de nya reglerna särskilt vad gäller de mindre organisationerna. Nivån på bidragen till handikapporganisationerna höjdes den 1 juli 2000.

Statens Kulturråd har på regeringens uppdrag kartlagt situationen för funktionshindrade på *kulturområdet*. Uppdraget redovisades i februari 1998. I rapporten lämnar Statens Kulturråd även förslag till ett program för ökad tillgänglighet.

Statens kulturråd har erhållit medel i syfte att öka funktionshindrades deltagande i kulturlivet och föreslås få ytterligare medel fr.o.m. 2001. Även Stiftelsen för lättläst nyhetsinformation och litteratur (LL-stiftelsen) och Tal- och punktskriftsbiblioteket (TPB) föreslås få tillskott för att öka tillgängligheten till litteraturen.

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

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

att avvecklas till förmån för en utökad resurscenterverksamhet för respektive målgrupp.

En treårig satsning på kompetensutveckling har inletts för att stärka förutsättningarna för elever i behov av särskilt stöd för att nå målen i ungdomsskolan. Satsningen inriktas på att öka kompetensen i arbetslagen, i gymnasieskolan också hos vissa nyckelpersoner, för att kunna möta behoven hos elever med varierande förutsättningar och behov.

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

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har sedan några år gjort en kartläggning av tillgängligheten vid universitet och högskolor och utifrån erfarenheterna byggt upp en informationstjänst på internet, det s.k. THUT-projektet.

Stora satsningar görs på olika *arbetsmarknads-politiska* program för att underlätta och stödja funktionshindrades möjligheter att delta i arbetslivet. Det handlar både om olika personliga och tekniska stöd till den enskilde arbetstagaren och stöd till företag som anställer funktionshindrade personer.

Sedan den 1 maj 1999 gäller lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder. Diskrimineringsförbudet skall skydda såväl anställda som arbetssökande. Det gäller hela rekryteringsförfarandet och – ifråga om anställda – arbetsgivarens beslut om befordran, utbildning för befordran, tillämpning av löne- och andra anställningsvillkor, arbetsledningsbeslut och beslut om uppsägning och avsked m.m. Handikappombudsmannen har till uppgift att övervaka att lagen följs.

Regeringen har inrättat ett projekt med uppgift att i ett sammanhang och ur ett tillväxtperspektiv kartlägga och analysera hur kön, klass, etnisk tillhörighet, sexuell läggning och funktionshinder påverkar enskildas möjligheter på arbetsmarknaden och till eget företagande samt lämna förslag till hur mångfald kan ökas och bättre tas tillvara i arbetslivet.

### 6.5.2 Insatser utanför politikområdet

Kommuner och landsting svarar för den övervägande delen av vård, stöd och service till personer med funktionshinder. En redovisning av verksamheten ges i regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr.1999/2000:102).

Det finns handikappråd i 96 procent av kommunerna. I 45 procent av kommunerna finns ett handikappolitiskt program. Hälften av programmen grundar sig på FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för personer med funktionshinder. Detta framgår av en enkätundersökning som Handikappombudsmannen har gjort bland Sveriges kommuner.

Allmänna arvsfondens ändamål är att främja verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionshinder. En rad projekt får idag stöd ur arvsfonden. De gäller bl.a. utvecklingsverksamhet som kan förbättra bemötandet av personer med funktionshinder, stöd för att stärka personer med funktionshinder och deras anhöriga, information och utbildning riktade till allmänheten, personalgrupper och beslutsfattare, talangsatsning inom handikappidrotten, alternativa stöd och boendeformer för personer med psykiska funktionshinder och insatser för att öka IT-kompetensen bland personer med funktionshinder.

Handikapporganisationernas verksamhet kan sammanfattas i intressepolitiskt arbete, service och information till medlemmar och andra samt kamrattstödande verksamhet. De olika verksamheterna kompletterar varandra och är av stor vikt både för hela samhällets utveckling och för enskilda personer med funktionshinder.

## 6.6 Resultatbedömning

I budgetpropositionen för 2000 angavs följande mål för handikappolitiken:

Personer med funktionshinder skall kunna delta i samhällslivet och få tillgång till god omsorg och vård som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.

### 6.6.1 Resultat

Enligt SCB har funktionshindrade personer lägre arbetskräftsdeltagande än befolkningen totalt. Andelen sysselsatta bland personer med funktionshinder var 60 procent 1998. Motsvarande andel för befolkningen i övrigt var drygt 70 procent. Som sysselsatta räknas personer som utför något arbete antingen som avlönade arbetstagare eller egna företagare samt oavlönade medhjälpare i familjeföretag. Andelen funktionshindrade som arbetar eller söker arbete är 65 procent. Motsvarande siffra för den övriga befolkningen är nästan 80 procent. Arbetskräftsdeltagandet för dem med funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga har ökat från 54 procent 1996 till 62 procent 1998 samtidigt som den minskade med drygt 1 procentenhet för hela befolkningen. Arbetslösheten har mellan 1996 och 1998 sjunkit i alla grupper, både för dem med nedsatt arbetsförmåga och för övriga. Arbetslösheten är dock fortfarande högre för personer med funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga än för personer utan funktionshinder. 40 procent av alla anställda med funktionshinder uppger att de inte får de hjälpmedel och anpassningsåtgärder som de behöver.

Personer med förtidspension och sjukbidrag står helt eller delvis utanför arbetslivet. Under 1999 skedde en ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och under december 1999 utbetalades sådana förmåner till närmare 425 000, vilket är ca 3 000 fler än i december 1998.

Tillgång till utbildning och utbildningsnivå är en faktor som starkt påverkar människors levnadsförhållanden såväl på arbetsmarknaden som i samhällslivet i övrigt. Antalet personer med funktionshinder som studerar vid universitet eller högskola har ökat för sjätte året i rad från närmare 500 studerande 1993/94 till drygt 1 600 studerande 1999. Dock är gruppen med funktionshinder fortfarande underrepresenterad. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) har ungefär var sjätte funktionshindrad en eftergymnasial utbildning, medan var fjärde i hela befolkningen har sådan utbildning.

Otillräcklig information om den fysiska tillgängligheten kan utgöra hinder för personer med funktionshinder att bedriva studier. Sisus kartläggning av tillgängligheten visade 1996 att ungefär en tredjedel av utbildningsinstitutionerna vid svenska universitet och högskolor bedrev sin utbildning i lokaler som inte uppfyller tämligen

lågt ställda krav på tillgänglighet för rörelsehindrade. Tillgängligheten har dock de två följande åren blivit bättre, särskilt i Linköping och Lund.

Jämförelser av levnadsförhållanden mellan funktionshindrade personer och hela befolkningen visar att människor med funktionshinder även på andra områden i genomsnitt har sämre levnadsförhållanden än övriga befolkningen. Det gäller ekonomi, sociala kontakter och fritid. Många funktionshindrade är ensamstående och deras boendeförhållanden avviker från boendesituationen för hela befolkningen.

Handikappombudsmannen behandlar i sin sjätte rapport till regeringen i mars 2000 de rättigheter som barn med funktionshinder har enligt Barnkonventionen och FN:s standardregler. Samhällets insatser för barn med funktionshinder präglas av ett snävt omsorgsperspektiv skriver Handikappombudsmannen. Det finns tendenser till att ansökningar om stöd för att tillgodose rättigheter för barn med funktionshinder avslås oavsett barnets behov. Motiveringen är att resurser saknas. Många som vänder sig till Handikappombudsmannen upplever att flera år av offentlig ekonomisk återhållsamhet har försämrat möjligheterna för barn med funktionshinder.

Det är svårt att uppskatta hur många personer som behöver stöd i sin vardag till följd av funktionshinder. Därför är det också svårt att beräkna i vilken mån de samlade insatserna når dem som behöver stöd. Befintlig statistik om omfattningen av insatserna har också begränsningar. Det går därför inte att med någon större precision uttala sig om i vilken utsträckning insatserna täcker de befintliga behoven av stöd, service och omsorg. Detta påtalar Kommittén Valfärdsboks slut i sitt delbetänkande Valfärd vid vägskäl (SOU 2000:3).

Socialstyrelsen genomförde under 1999 en uppföljning av landstingens *tolktjänstverksamhet* för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade år 1998. Uppföljningen visar en förbättring vid de flesta av tolkcentralerna sedan 1996 då den senaste uppföljningen gjordes. Socialstyrelsen anser att förutsättningarna för en god utbyggnad av tolktjänsten har ökat under de sista åren. Enligt Tolk- och översättarinstitutets prognos åren 2000 – 2005 kommer det att tillföras 258 nya tolkar under perioden. Socialstyrelsen konstaterar dock samtidigt att tolktjänsten ännu inte kan anses genomförd på det sätt som avsågs i handikappreformen då landstingen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763,

HSL) gavs en skyldighet att erbjuda tolktjänst för döva m.fl. Ytterligare uppföljningar av tolktjänstverksamheten bör därför göras både av landstingen själva och centralt.

Enligt bl.a. Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen kan det konstateras att assistansreformen inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionshinder.

Både antalet personer som beviljats assistansersättning och antalet assistanstimmar har ökat kraftigt sedan reformen infördes 1994. Utgifterna för den statliga assistansersättningen är i dag betydligt högre än vad som ursprungligen förväntats.

Det är vanligast med assistansersättning bland äldre funktionshindrade, dvs. i åldersgruppen 50 – 64. Det är också inom denna åldersgrupp som antalet personer ökat mest, vilket sannolikt hänger samman med att det är då som många svåra neurologiska sjukdomar inträder med funktionshinder som följd. Antalet barn (upp till 16 år) med assistansersättning har sedan reformen infördes varit relativt konstant, omkring 1 200 – 1 300.

Flest timmar assistansersättning beviljas personer i åldrarna 20 – 39 år. Ökningen av timantalet har varit störst bland personer i 20 – 29 årsåldern. I den åldern är behovet att aktivera sig särskilt stort då man just flyttat hemifrån och har ett stort behov av att umgås med andra. Barn beviljas i genomsnitt mindre antal timmar i veckan än vuxna. Att så är fallet hänger samman med att man vid bedömning av assistansbehovet skall ta hänsyn till det normala föräldraansvaret och det stöd som kommunen har ansvar för i t.ex. daghem och skola.

Män beviljas assistansersättning i något större utsträckning än kvinnor både antalsmässigt men även som andel av befolkningen. Vidare erhåller männen något fler assistanstimmar än kvinnorna, dock är skillnaden relativt liten och konstant över tiden. Kunskaper om vad som ligger bakom dessa skillnader mellan könen saknas. En förklaring kan vara att fler män än kvinnor har svåra funktionshinder och att deras behov av stödinsatser därför är större.

Under 1999 utbetalades 2 097 *bilstöd* totalt varav 1 040 till kvinnor och 1 057 till män. Det är en minskning jämfört med 1997 och 1998. Ett genomsnittligt bidrag var 96 086 kronor 1999 (94 155 kronor för kvinnor och 97 986 för män).

Riksrevisionsverket (RRV) fick 1998 i uppdrag av regeringen att genomföra en översyn av

bilstödet. RRV:s rapport överlämnades 1 maj 1999. Enligt RRV är det osäkert i vilken utsträckning bilstödet når dem som är berättigade till det, dvs. personer som har väsentliga och varaktiga förflyttningssvårigheter och som motsvarar kraven i definitionerna av de olika grupperna i personkretsen. Av de iakttagelser RRV gjort om bilstödets effekter för brukarna är en utbredd uppfattning att tillgång till bil har mycket positiva effekter för personer med funktionshinder och att bilstödet är ett värdefullt bidrag. Jämfört med färdtjänst betyder tillgång till egen bil ofta större frihet och flexibilitet i resandet, kortare restider och sannolikt också bättre försörjningsmöjligheter. Frågan om eventuella regelförändringar bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Antalet studerande vid folkhögskola som har haft stöd via *vårdartjänst* har ökat avsevärt under den senaste treårsperioden. Antalet deltagarveckor har ökat från 11 369 år 1997 till 14 698 år 1999. Det gäller främst långa kurser. 2 575 deltagare erhöll stöd under 1999 jämfört med 2 207 år 1997. Den genomsnittliga kurslängden har också ökat. Antal studenter inom universitet och högskola med vårdartjänst var 64 personer under 1999 (48 studenter 1998 och 34 studenter 1997).

Det utbetalade statsbidraget till riksgymnasieverksamheten för omvårdnadsinsatser ökade med 8 procent mellan budgetåren 1997 och 1998 och med 7,5 procent mellan 1998 och 1999. Antalet elever inom riksgymnasieverksamheten har ökat från 165 elever läsåret 1997/98 till 178 elever läsåret 1999/2000. De fyra befintliga riksgymnasieorterna kan i viss utsträckning expandera sin verksamhet. Skillnaden i kostnader per avtalad elevhemsplats mellan de olika riksgymnasieorterna är relativt stor. Det kan till stor del förklaras med att personaltätheten per plats varierar.

Det finns inget enkelt svar på om insatserna inom vård och omsorg bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande. Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (S 1997:04) beskrev i olika rapporter att funktionshindrade upplever misstro och kontroll från samhällsorganens sida.

Den enskildes möjligheter till inflytande över stödinsatserna är betydligt större om de ges med stöd av LSS än med stöd av SoL. Det gäller särskilt insatsen personlig assistans, men även andra insatser enligt LSS. Under hela 1998 fick 64 500 personer ett eller flera beslut om stöd enligt LSS. De har större möjlighet till delaktighet och självbestämmande inom vården och omsorgen än de 20 400 personer som en viss dag (den

1 november 1998) fick stöd enligt SoL inom ramen för kommunernas äldre- och handikappomsorg.

## 6.6.2 Analys och slutsatser

Bilden av situationen för funktionshindrade personer är i vissa avseenden motsägelsefull. Å ena sidan framgår av statistik att funktionshindrade personer som grupp har sämre levnadsförhållanden än övriga befolkningen. Å andra sidan finns allt fler exempel på att enskilda personer med stora funktionshinder lever under goda villkor med utbildning, arbete och familj, ofta med stöd av personlig assistans eller andra insatser.

Allt fler personer med funktionshinder skaffar sig högre utbildning och allt fler får arbete. Det innebär ökade möjligheter att påverka sitt liv på alla områden. Personlig assistans har medfört att friheten och kontrollen över den egna livssituationen har ökat. Regeringen föreslår i en särskild (prop. 2000/2001:5) proposition att rätten till personlig assistans utvidgas till att omfatta personer som fyllt 65 år och har haft denna insats tidigare. Insatsen personligt ombud kan medföra liknande fördelar för personer med psykiska funktionshinder. Vårdartjänst gör det möjligt för personer med stora funktionshinder att studera på folkhögskola, högskola och universitet. Reglerna för statsbidrag till vårdartjänst för elever inom folkhögskolan skall fr.o.m. 2001 ändras så att samtliga studerande i folkhögskolan kan omfattas av statsbidraget oavsett diagnos. Kommunernas och landstingens insatser för vård, stöd och service är avgörande för att personer med funktionshinder skall kunna fungera i samhället. De ökade statsbidragen till vård, skola och omsorg bidrar till förbättringar på detta område.

Den satsning på åtgärder för tillgänglighet och ökade medel för att bygga upp ett nationellt center för tillgänglighet hos Handikappombudsmannen, som föreslås i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken kommer att öka möjligheterna till delaktighet i samhället. I enlighet med handlingsplanen tillförs medel för alternativ telefoni och kompetensutveckling för personal inom vård- och omsorg. Länsstyrelsernas personal får extra resurser för utbildning med anledning av lagändringar för att förhindra s.k. domstolstrots.

I överensstämmelse med inriktningen i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken

föreslås även ökade resurser till Statens kulturråd för att genomföra och utvidga handlingsprogrammet för ökad tillgänglighet. Stiftelsen för lättläst nyhetsinformation och litteratur (LL-stiftelsen – Centrum för lättläst) och Talboks- och punktskriftsbiblioteket (TPB) föreslås få medel för att öka tillgängligheten till litteraturen. En höjning föreslås av statsbidragen till handikapporganisationerna.

I den nationella handlingsplanen föreslås att en särskild utredare skall tillsättas för att se över och lämna förslag till hur hjälpmedelsförsörjningen skall utformas för alla studeranden med funktionshinder.

Under senare år har den tekniska utvecklingen gått kraftigt framåt och det är vissa grupper av funktionshindrade som av olika skäl inte kunnat tillgodogöra sig de nya rönen och få del av de nya produkter som utvecklats på hjälpmedelsområdet. Regeringen överväger nu att tillsätta en särskild utredning för att på ett bättre sätt tillgodose dessa gruppers behov av hjälpmedel.

Mer forskning behövs för att vi skall få en fördjupad bild av levnadsvillkoren för funktionshindrade. Det saknas tillräcklig kunskap om förhållandet mellan behoven av vård, stöd och service och tillgången på insatser. Vi behöver också veta varför vissa personer med funktionshinder klarar sig bra medan andra inte tycks få det stöd som de behöver. Det behövs även mer kunskap om skillnader mellan situationen för kvinnor med funktionshinder och män med funktionshinder.

Den långsiktiga utformningen och utvecklingen av handikappforskningen skall läggas fast i ett nationellt forskningsprogram som utarbetas av det nya Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. Handikappforskning är ett prioriterat område och den socialvetenskapligt inriktade handikappforskningen föreslås få ytterligare medel i överensstämmelse med inriktningen i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

## 6.7 Budgetförslag

### 6.7.1 16:1 Personligt ombud

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud**

*Tusental kronor*

1999	Utfall		Anslags-sparande	
2000	Anslag	30 000	<sup>1</sup>	Utgifts-prognos
				30 000
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>60 000</b>		
2002	Beräknat	90 000		
2003	Beräknat	90 000		

<sup>1</sup> Inklusivt en minskning med 15 000 tkr kronor på tilläggsbudgetet i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

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

Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna fått regeringens uppdrag att arbeta för att verksamheten blir rikstäckande, definiera vilka arbetsuppgifter som bör innefattas i stödet samt utforma kriterier för vilka personer som bör omfattas av insatsen. Socialstyrelsen skall också utvärdera utvecklingen av verksamheten samt vilka effekter den får såväl för psykiskt funktionshindrade som på utnyttjandet och utformningen av andra näraliggande insatser och verksamhetsområden.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 60 000 000 kronor skall anvisas under anslaget *16:1 Personligt ombud* för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till vardera 90 000 000 kronor.

## 6.7.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

**Tabell 6.3 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet**

Tusental kronor

1999	Utfall	279 270	Utgående reservation	5 333
2000	Anslag	275 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	280 333
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>277 000</b>		
2002	Beräknat	275 000		
2003	Beräknat	275 000		

<sup>1</sup>Inklusive en minskning med 55 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

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

- statsbidrag till råd och stöd (200 miljoner kronor) samt
- statsbidrag till tolktjänst (75 miljoner kronor)

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

### Regeringens överväganden

Socialstyrelsen ansåg i sin slutrapport 1997 angående uppföljningen av handikappreformen att insatsens benämning borde ändras från ”råd och stöd” till ”särskilt expertstöd”. Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder föreslog i sitt slutbetänkande att ett förtydligande bör göras av lagstiftningen. Enligt regeringens bedömning bör ett förtydligande göras avseende syftet med råd och stöd, förutsättningar för att erhålla insatsen och på vilket sätt den kan komplettera andra åtgärder. Regeringen avser därför att tillkalla en särskild utredare för detta ändamål.

I enlighet med regeringens proposition (1999/2000:79, bet. 1999/2000:SOU14, rskr. 1999/2000:240) Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken tillförs anslaget engångsvis 2 miljoner kronor för

att under 2001 tillgodose länsstyrelsernas behov av utbildning med anledning av kommande lagändringar i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 277 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet för år 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till vardera 275 000 000 kronor.

## 6.7.3 16:3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.

**Tabell 6.5 Anslagsutveckling 16:4 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.**

Tusental kronor

1999	Utfall	174 655	Anslags-sparande	28 790
2000	Anslag	158 569 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	186 759
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>172 470</b>		
2002	Beräknat	163 786		
2003	Beräknat	167 820		

<sup>1</sup>Inklusive en minskning med 24 450 tkr i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

Syftet med statsbidraget till vårdartjänst m.m. är dels att ge studerande med rörelsehinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola, universitet och högskola, dels att göra det möjligt för ungdomar som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning, att genomföra studierna.

De utgifter som belastar anslaget är kostnader för vårdartjänst åt studerande med rörelsehinder samt för omvårdnadsinsatser, dvs. habilitering och boende med tillgång till personlig omvårdnad, i anslutning till rh-anpassad gymnasieutbildning. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna på riksgymnasieområdet är dels antalet elever med rörelsehinder vid utbildningsställena, dels dessa elevers individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) administrerar anslaget enligt bestämmelserna i förordningen (1996:1536) med instruktion för Statens institut för särskilt utbildningsstöd.

Regeringen har i prop. 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd, bl.a. föreslagit att kostnadsansvaret för verksamheten skall delas mellan stat, kommun



och landsting. De nya bestämmelserna träder i kraft den 1 juli 2001. Anslaget har reducerats med 12,5 miljoner kronor för 2001 och 25 miljoner kronor fr.o.m. 2002 som en följd av att kostnadsansvaret delas mellan stat, kommuner och landsting.

Antalet folkhögskoleelever har de senaste åren ökat i långsammare takt än beräknat, vilket resulterat i att det årligen uppstått överskott på anslaget. Anslaget sänktes därför tillfälligt för 2000 i samband med 2000 års ekonomiska vårproposition. Sisus räknar med en fortsatt måttlig ökning av riksgymnasieverksamheten och elever vid universitet- och högskolor medan antalet folkhögskoleelever förväntas plana ut.

### Regeringens överväganden

I enlighet med regeringens proposition (1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken

skall anslaget fr.o.m 2001 kunna omfatta assistansinsatser för samtliga studerande inom folkhögskolan, oavsett diagnos.

Mot bakgrund av ovanstående förslår regeringen att 172 470 000 kronor anvisas under anslaget 16:2 Statsbidrag till vårdartjänst m.m. för budgetåret 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 163 786 000 kronor och respektive 167 820 000 kronor

**Tabell 6.6 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	183 019 <sup>1</sup>
Pris- och löneomräkning	1 951
Minskat resursbehov	-12 500
<b>Förslag 2001</b>	<b>172 470</b>

<sup>1</sup> Exklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för 2000.

### Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

**Tabell 6.5 Bemyndigandetabell om ekonomiska förpliktelser**

Tusental kronor

	1999 utfall	2000 prognos	2001 beräknat	2002 beräknat	2003 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	0	60 000	60 000		
Nya förpliktelser	60 000	60 000	50 000		
Infriade förpliktelser*	0	60 000	60 000	50 000	
Utestående förpliktelser vid årets slut	60 000	60 000	50 000		
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>60 000</b>	<b>60 000</b>	<b>60 000</b>		

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

### 6.7.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

**Tabell 6.7 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder**

Tusental kronor

1999	Utfall	78 087		
2000	Anslag	79 394 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	79 394
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>79 394</b>		
2002	Beräknat	79 394		
2003	Beräknat	79 394		

<sup>1</sup> Inklusive en ökning med 1 000 tkr i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

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

- Synskadades Riksförbund (SRF) Hantverk AB för verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för inköp och tilldelning av ledarhundar för synskadade m.m.
- SRF för viss övrig verksamhet, bl a utgivning av ersättningstidningar för synskadade, individinriktad verksamhet för synskadade med ytterligare funktionsnedsättning, stöd till synskadades sysselsättning, punktskriftprojekt och skrivtjänst.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) för utgivning av tidningar (ej medlemstidningar) för dövblinda och för utveckling av databasen Telenuet.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för dess teckenspråksavdelning.
- Stiftelsen Rikstolktjänst för rikstolktjänst.
- Naturhistoriska riksmuseet/palynologiska laboratoriet för bl.a. pollenmätningar och rapportering av pollenhalt i luften.
- Föreningen Rekryteringsgruppen för tränings- och rehabiliteringsverksamhet.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställningen NHR-Center.

- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper vid Mo Gård och Ågrenska.
- Stöd till handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.

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

### Regeringens överväganden

Organisationerna redovisar sin verksamhet och lämnar in sina ansökningar till Socialstyrelsen som följer upp och utvärderar de verksamheter som bedrivs med bidrag från anslaget. Regeringen bedömer att organisationerna genom sina verksamheter svarar för insatser som är av stor betydelse för personer med funktionshinder.

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

Anslaget tillfördes på tilläggsbudget för 2000 ytterligare 1 miljon kronor för att tillgodose utökade behov av rikstolktjänst för handikapporganisationer på riksnivå. Motsvarande ökning föreslås fr.o.m. 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 79 394 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till vardera 79 394 000 kronor.

**Tabell 6.8 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	78 394 <sup>1</sup>
Ökat resursbehov	1 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>79 394</b>

<sup>1</sup> Exklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för 2000.

## 6.7.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

**Tabell 6.9 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

1999	Utfall	132 194		
2000	Anslag	152 694 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	152 694
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>157 248</b>		
2002	Beräknat	157 248		
2003	Beräknat	157 248		

<sup>1</sup> Inklusivt en ökning med 20 500 tkr i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

Statsbidrag lämnas till handikapporganisationer. Bidraget regleras fr.o.m. den 1 juli 2000 enligt förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Enligt den nya förordningen ansvarar Socialstyrelsen fr.o.m. den 1 juli 2000 för såväl beslut om fördelning som administration av bidraget till handikapporganisationerna. Det tidigare anslaget B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer har delats. Bidragen till pensionärsorganisationerna ingår fr.o.m. 2001 i anslaget 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.

### Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för funktionshindrade. Organisationerna bidrar också genom sitt intressepolitiska arbete till att förverkliga de politiska målen för handikappolitiken.

I tilläggsbudgeten i samband med 2000 års ekonomiska vårproposition tillfördes anslaget 14 miljoner kronor att fördelas till handikapporganisationerna under andra halvåret 2000. Därutöver har anslaget den 1 juli 2000 tillförts ett engångsbelopp om 5,5 miljoner kronor för att underlätta övergången till ett nytt bidragssystem.

I enlighet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken tillförs anslaget sammanlagt 28 miljoner kronor fr.o.m. 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 157 248 000 kronor anvisas under anslaget 16:5 Bidrag till handikapporganisationer för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till vardera 157 248 000 kronor.

## 6.7.6 16:6 Alternativ telefoni

**Tabell 6.10 Anslagsutveckling 16:6 Alternativ telefoni**

Tusental kronor

1999	Utfall	17 646	Anslags- sparande	- 459
2000	Anslag	16 285	Utgifts- prognos	15 826
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>21 476</b>		
2002	Beräknat	22 228 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	22 893 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 21 476 tkr i 2001 års prisnivå.

Syftet med ersättningen för alternativ telefoni är att ge personer som är döva, gravt hörselskadade, dövblinda och talskadade möjlighet att kommunicera över telefonnätet. De utgifter som belastar anslaget är ersättning till landstingen för inköp av texttelefoner, bildtelefoner m. m. till dessa personer samt för s.k. anhörigtelefoner. Ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen till landstingen som förskriver sådan utrustning. Verksamheten har hittills reglerats i förordningen (1992:621) om statsbidrag till texttelefoner. De huvudsakliga faktorerna som styr utgifterna under anslaget är antalet personer som har behov av alternativ telefon, utbyte av föråldrad utrustning och prisutvecklingen på framför allt ny teknik. Antalet förskrivna texttelefoner har varierat år från år, varför det är svårt att göra säkra prognoser.

### Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har under åren 1998 och 1999 bedrivit försöksverksamhet med bildtelefoni och dokumenterat erfarenheterna i rapporten Uppföljning av försöksverksamhet med bildtelefoner – erfarenheter av förskrivning. Socialstyrelsen har också gjort en översyn av konstruktionen av statsbidraget till texttelefoner m.m. för att hitta en lämplig och hållbar finansiering. Utredningens resultat presenterades i rapporten Statsbidrag till texttelefoner m.m. – en översyn (augusti 1999). Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att utveckla bidragsregler för en ny anslagskonstruktion i enlighet med förslagen i regeringens proposition (1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Detta medför också en förordningsändring.

I enlighet med förslag i handikapppropositionen tillförs anslaget 5 miljoner kronor fr.o.m. 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 476 000 kronor anvisas under anslaget 16:6 *Alternativ telefoni* för budgetåret 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 22 228 000 kronor respektive 22 893 000 kronor.

**Tabell 6.11 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	16 285
Pris- och löneomräkning	191
Ökat resursbehov	5 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>21 476</b>

### 6.7.7 16:7 Bilstöd till handikappade

**Tabell 6.12 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade**

Tusental kronor

1999	Utfall	201 492	Anslags-sparande	-17 291
2000	Anslag	230 000	Utgifts-prognos	209 500
2001	Förslag	227 000		
2002	Beräknat	164 000		
2003	Beräknat	164 000		

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

Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna ansvarar för bilstödet. Stöd kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Fr.o.m. den 1 juli 1995 kan, under vissa förutsättningar, bidrag också lämnas till körkortsutbildning till den som beviljats bilstöd. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna inom området är personkretsens omfattning, inkomstutvecklingen och prisutvecklingen på fordonsmarknaden. Nytt bilstöd kan beviljas den som tidigare fått sådant om minst sju år förflutit sedan beslut senast fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag.

Den 1 november 1997 ändrades reglerna så att bilstödet måste användas inom sex månader från

det att den som beviljats bilstöd fått besked om att bidraget kan betalas ut.

Genom en förordningsändring under hösten 1997 begränsades utbetalningarna för bilstöd så att de för respektive budgetår ryms inom ramen för de medel som anslås.

### Regeringens överväganden

Under 1999 utbetalades bilstöd till 2 097 personer. Tilldelade medel för budgetåret var förbrukade under november månad. I enlighet med beräkningar i 1999 års ekonomiska vårproposition höjdes anslagsnivån för 2000.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 227 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade* för budgetåret 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 164 000 000 respektive 164 000 000 kronor.

### 6.7.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 6.13 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

1999	Utfall	4 498 075	Anslags-sparande	221 920
2000	Anslag	5 136 000	Utgifts-prognos	5 350 000
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>6 640 000</b>		
2002	Beräknat	7 606 000		
2003	Beräknat	8 759 000		

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

Anslaget disponeras av Riksförsäkringsverket. De allmänna försäkringskassorna administrerar och beslutar om ersättningen. Frågor om assistansersättning regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning och i förordningen (1993:1091) om assistansersättning. Rätten gäller för svårt funktionshindrade personer som inte fyllt 65 år och som bor i eget boende, servicehus eller hos familj eller anhörig. Regeringen föreslår i en särskild proposition (prop. 2000/2001:5) att personer som beviljats assistansersättning före 65 års ålder skall få behålla denna rätt även därefter. Ändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2001.

Assistansersättning utgår under 2000 med 178 kronor per beviljad timme. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan efter ansökan medge att schablonen får överskridas med de godkända faktiska kostnaderna – dock högst 12 procent. Kommunerna finansierar beviljad assistansersättning för de första 20 timmarna per vecka. De faktorer som styr utgifterna på anslaget är personkretsens omfattning, antalet beviljade assistanstimmar per vecka och beviljad assistansersättning per timme.

### Regeringens överväganden

Utgifterna för den statliga assistansersättningen har ökat årligen sedan reformen trädde i kraft 1994. Utgiftsökningen består till största delen av att antalet assistanstimmar per person och vecka ökat väsentligt. I juni 2000 hade 8 765 personer assistansersättning. I genomsnitt uppgick antalet assistanstimmar per vecka till 86. I genomsnitt utbetalades i juni 178,54 kronor per timme i assistansersättning.

Som ett led i uppföljningen av reformen har regeringen givit Riksförsäkringsverket i uppdrag att analysera de bakomliggande orsakerna till de ökade utgifterna för den statliga assistansersättningen. Syftet med uppdraget är bl.a. att förbättra underlaget för regeringens prognoser över utgifterna på anslaget.

Prognoserna för 2001, 2002 och 2003 bygger på antaganden om att den hittillsvarande utgiftsutvecklingen fortsätter i det närmaste oförändrad takt. Dessutom tillkommer kostnader för assistansersättning till personer som fyllt 65 år och som enligt regeringens förslag har rätt att behålla sin assistans och assistansersättning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 640 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 7 606 000 000 kronor respektive 8 759 000 000 kronor.

**Tabell 6.14 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	5 136 000
Makroekonomiska förutsättningar	180 000
Volym	1 324 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>6 640 000</b>

### 6.7.9 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

**Tabell 6.15 Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd**

Tusental kronor

1999	Utfall	9 406	Anslags-sparande	1 106
2000	Anslag	10 163 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	10 219
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>20 781</b>		
2002	Beräknat	<b>21 217<sup>2</sup></b>		
2003	Beräknat	21 684 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Varav 1 500 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2000.

<sup>2</sup> Motsvarar 20 781 tkr i 2001 års prisnivå.

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

Av årsredovisningen för budgetåret 1999 framgår att Sisus anslagssparande när det gäller förvaltningsanslaget vid utgången av budgetåret 1999 uppgick till drygt 1 miljon kronor, bl.a. beroende på lägre personalkostnader än vad som budgeterats.

### Regeringens överväganden

I sin årsredovisning för budgetåret 1999 redovisar Sisus sin verksamhet under verksamhetsgrenarna stöd inom folkhögskoleområdet, stöd inom universitet och högskolor samt stöd inom riksgymnasieverksamheten för svårt rörelsehindrade ungdomar. Sisus får efter regeringsbeslut i maj 1998 ta ut avgift av Folkbildningsrådet för att registrera ansökningar och redovisningar samt bereda rådets beslut avseende förstärkningsbidraget till folkhögskolor. Insatsen innebär att Sisus får en helhetsbild av handikappinsatserna på folkhögskolorna. Den bidragsfinansierade verksamheten skall ha som mål full kostnadstäckning. Sisus fick 60 000 kronor av Folkbildningsrådet under 1999 för att sköta denna administration.

Sisus måluppfyllelse har varit god under 1999. Sisus kunskapsstrategi visar fortsatt behov av systematisering av kunskap av relevans för ansvarsområdet.

Myndigheten kommer att få ökade arbetsuppgifter i enlighet med regeringens proposition (1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240)) Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Anslaget höjdes i tilläggsbudget i samband med 2000 års ekonomiska vårproposition med 1,5 miljoner kronor. Fr.o.m. 2001 tillförs anslaget sammanlagt 12 miljoner kronor för kompetensutvecklingsinsatser i enlighet med inriktningen i handikappositionen, varav 9 miljoner kronor avser stimulansbidrag till särskilda projekt under åren 2001–2003.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 781 000 kronor anvisas under anslaget 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 21 217 000 kronor respektive 21 684 000 kronor.

**Tabell 6.16 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	8 663 <sup>1</sup>
Pris- och löneomräkning	118
Ökat resursbehov	12 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>20 781</b>

<sup>1</sup> Exklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för 2000

## 6.7.10 16:10 Handikappombudsmannen

**Tabell 6.17 Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen**

Tusental kronor

1999	Utfall	7 767	Anslags-sparande	-22
2000	Anslag	8 159	Utgifts-prognos	8 137
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>15 247</b>		
2002	Beräknat	15 553 <sup>1</sup>		
2003	Beräknat	15 887 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> Motsvarar 15 247 tkr i 2001 års prisnivå.

Handikappombudsmannen skall bidra till att uppnå målet för handikappolitiken genom att bevaka frågor som angår funktionshindrade per-

soners rättigheter och intressen samt verka för att personer med funktionshinder uppnår full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkoren. Målen för Handikappombudsmannens verksamhet omfattar således handikappolitik inom alla politikområden och samhällssektorer.

## Regeringens överväganden

I årsredovisningen för budgetåret 1999 redovisar Handikappombudsmannen sin verksamhet under verksamhetsgrenarna ärendehandläggning, uppföljning och analys samt information och kunskapsöverföring. Handikappombudsmannen har utvecklat effektiva och ändamålsenliga handlägningsrutiner. Handikappombudsmannen har i särskild ordning lämnat en rapport till regeringen om sin verksamhet och om utvecklingen inom handikappområdet samt givit förslag till åtgärder. Vidare har man utarbetat en kunskapsstrategi med tonvikt på en omvärldsanalys. Handikappombudsmannens måluppfyllelse har varit god under 1999.

I enlighet med regeringens proposition (1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240)) Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken höjs anslaget med 7 miljoner kronor för inrättande av ett nationellt tillgänglighetscenter.

För att bidra till finansieringen av Nämnden mot diskriminering överförs 25 000 kronor till Utgiftsområde 8 anslaget 10:5 Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO).

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 247 000 kronor anvisas under anslaget 16:10 Handikappombudsmannen för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas anslaget till 15 553 000 kronor respektive 15 887 000 kronor.

**Tabell 6.18 Beräkning av anslaget för 2001**

Tusental kronor

Anslag 2000	8 159
Pris- och löneomräkning	113
Överföring till DO	-25
Ökat resursbehov	7 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>15 247</b>

## 7 Politikområde Äldrepolitik

### 7.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att ge äldre människor förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Det gäller t.ex. insatser som bidrar till att höja kvaliteten inom äldreomsorg och äldreomsorg samt stöd till IT-utbildning för äldre.

Samhällets insatser inom äldrepolitiken ligger inom ett flertal områden, bl.a. inom den generella socialpolitiken i form av pensionsförmåner, hälso- och sjukvård, äldreomsorg (inom socialtjänsten), bostadspolitik, kommunikationer (inkl. färdtjänst), tillgänglighet (såväl fysisk som tillgång till information m.m.), äldre på arbets-

marknaden, demokrati och inflytande samt kultur och fritid.

Ansvar för äldreomsorg och hälso- och sjukvård åvilar i första hand landsting och kommuner. Statens stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Politikområdet omfattar medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.

Pensioner och övriga pensionsförmåner redovisas under politikområdet Ekonomisk äldrepolitik.

### 7.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 7.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

*Milljoner kronor*

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.	208,9	259,0	280,1	<b>252,0</b>	112,9	112,9
<b>Totalt för Politikområdet Äldrepolitik</b>	<b>208,9</b>	<b>259,0</b>	<b>280,1</b>	<b>252,0</b>	<b>112,9</b>	<b>112,9</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

### 7.3 Mål

**Regeringens förslag:** Äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.

### 7.4 Politikens inriktning

Äldrepolitiken står inför en rad utmaningar. Kortsiktigt handlar det om att komma tillrätta med problem och brister inom äldreomsorgen. Långsiktigt är det fråga om att anpassa samhället till en annan befolkningsstruktur med en betydligt större andel av invånarna 65 år och äldre. Det innebär att det finns behov av en ny syn på åldrandet och på äldre människors roll som samhällsmedborgare.

Regeringen har under de senaste åren vidtagit flera åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kommuner och landsting att ytterligare utveckla verksamheten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Regeringen har bl.a. höjt det generella statsbidraget till kommunsektorn. Under det kommande året fortsätter regeringen sitt arbete med att genomföra den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/1998SoU24, rskr. 1997/98:307). År 2001 är det tredje och sista året då särskilda satsningar görs inom vissa prioriterade områden.

Regeringen avser att under våren 2002 lämna en redogörelse till riksdagen avseende genomförandet av handlingsplanen.

Den parlamentariska äldreberedningen, som tillsattes i december 1998, har som uppgift att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Beredningens arbete inriktar sig på tre huvudområden; äldre i arbetslivet, det friska pensionärlivet och äldre inom vård och omsorg. Äldreberedningen kommer att avsluta sitt arbete i maj 2003.

Uppföljningen av genomförandet av handlingsplanen samt den parlamentariska äldreberedningens förslag kommer att vara viktiga underlag när regeringen förbereder insatser för att utveckla äldrepolitikens innehåll. Samhällets insatser inom äldrepolitiken behöver även i fortsättningen inriktas dels på att ge äldre förutsätt-

ningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet, dels att ge äldre med behov service, vård och omsorg av god kvalitet.

Ett område som behöver särskild uppmärksamhet är de äldres situation i IT-samhället. Som exempel kan nämnas äldres möjligheter att få tillgång till information eller att sköta post- och bankärenden.

### 7.5 Insatser

#### 7.5.1 Statliga insatser inom politikområdet

Statens insatser inom äldrepolitiken omfattar främst lagstiftning, tillsyn samt olika åtgärder för att stimulera utvecklingen inom äldreområdet.

Regeringen gav 1996 Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997 till 2000 följa utvecklingen på äldreområdet. Socialstyrelsen lämnade en slutredovisning av uppdraget i juni 2000.

I juni 1998 antog riksdagen regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Riksdagsbeslutet innebar bl.a. nya nationella mål för äldrepolitiken samt vissa ändringar och tillägg i socialtjänstlagen. Riksdagen tog samtidigt ett beslut om att 300 miljoner kronor årligen skall fördelas under perioden 1999–2001 för att stödja och påskynda kvalitetsutvecklingen inom äldreområdet. Bl.a. har Socialstyrelsen och länsstyrelserna fått en resursförstärkning för att kunna bedriva fördjupad tillsyn inom äldreområdet. Forskning och kunskapsutveckling inom äldreområdet, fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda samt utveckling av stödet till anhöriga är exempel på andra insatser som erhåller statligt stöd.

I juli 2000 presenterade regeringens Äldreprojekt en halvtidsuppföljning av genomförandet av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

#### 7.5.2 Insatser utanför politikområdet

Regeringen har under senare år tillfört extra medel till kommuner och landsting bl.a. för att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 1999/2000:102) redogörs



närmare för kommunernas insatser inom äldreomsorgen.

Regeringens proposition Nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) antogs av riksdagen i maj 2000. Målen och de åtgärder som beslutades omfattar personer med funktionshinder i alla åldrar och är också av betydelse för många äldre. Som exempel kan nämnas åtgärder mot domstolstrots samt åtgärder som ökar tillgängligheten i samhället, både vad gäller fysisk tillgänglighet och tillgång till information.

Regeringen anser att det är angeläget att komma tillrätta med de brister som finns i det medicinska omhändertagandet av äldre inom den kommunala vården och omsorgen. Ett mål för resurstillskottet till vården och omsorgen under perioden 2001–2004 är att säkra tillgången till läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och annan rehabiliteringspersonal, liksom tillgång till den samlade sjukvårdens resurser. Genom tillskottet kommer satsningen på stöd till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller människor med funktionshinder att förlängas under åren 2002–2004. Ett annat prioriterat område är att i ökad utsträckning uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre. Dessutom innebär medelstillskottet en fortsatt satsning på FoU-center inom äldreområdet under perioden 2002–2004.

Frågor om färdtjänst och riksfärdtjänst hantearas sedan 1998 inom det trafikpolitiska området under utgiftsområde 22. Inom ramen för en utvärdering av handikappolitiken inom transportområdet, med särskild inriktning på färdtjänst

och kollektivtrafik, har regeringen givit Vägverket i uppdrag att redovisa tillståndet och utvecklingen inom färdtjänsten. Uppdraget skall redovisas under hösten 2000.

## 7.6 Resultatbedömning

Målet som angavs i budgetpropositionen för 2000 är att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.

## 7.7 Resultat

I bl.a. Socialstyrelsens slutrapport från Äldreuppdraget (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4) framgår att andelen personer som får hjälp av den offentliga äldreomsorgen har fortsatt att minska. Enligt Socialstyrelsens rapport fortsätter omstruktureringen inom hemtjänsten, vilket medför att personer med mindre behov ställs utanför det offentliga åtagandet. Äldres behov av service tillgodoses i större omfattning genom anhöriga eller tjänsteköp på den privata marknaden. Det är de äldre kvinnorna samt döttrar och svärdöttrar som i högre utsträckning än de äldre männen och sönerna och svärsönerna kompenserar bortfallet av insatserna för make/maka eller (svär)föräldrar. Socialstyrelsen gör bedömningen att den allt mer restriktiva tilldelningen av hemtjänst drabbar ett stort antal äldre med välfärdsförluster och sänkt livskvalitet som följd.

**Tabell 7.2 Antalet äldre totalt som erhållit hjälp av kommunens äldreomsorg under åren 1994–1999**

	Ordinärt boende	förändring från föregående år	Särskilt boende inkl. landstingens långvård/geriatrik	förändring från föregående år	Service, vård och omsorg, totalt	förändring från föregående år
1994	145 100	-4 600	132 700	3 100	277 800	-1 500
1995	137 600	-7 500	134 000	1 300	271 600	-6 200
1996	133 800	-3 800	133 800	-200	267 600	-4 000
1997	130 100	-3 700	133 500	-4300	263 600	-4 000
1998 <sup>1</sup>	130 000	-100	128 200	-5 300	258 200	-5 400
1999	142 421	12 421	127 040	-1 160	269 461	11 261

Källa: Socialstyrelsen och kompletterande skattningar från Socialstyrelsen och Socialdepartementet

<sup>1</sup> För att kompensera ett stort bortfall avseende år 1998 har mer omfattande skattningar gjorts

Den i tabellen redovisade ökningen under 1999 av antalet personer som erhåller hjälp i ordinärt boende utgörs i första hand av personer som enbart erhåller hemsjukvård, medan personer med hjälp från hemtjänsten ökat i betydligt mindre omfattning. När det gäller särskilt boende har antalet personer i permanent boende minskat medan antalet i korttidsboende har ökat något.

De äldre som erhåller vård och omsorg, i såväl ordinärt som särskilt boende, har betydligt större vårdbehov i dag jämfört med tidigare. Färre personer får hjälp men omfattningen per hjälpt person har ökat. Även innehållet i vård och omsorg har förändrats.

Utvecklingen inom äldreområdet är till största delen beroende av kommunala resurser, prioriteringar och insatser. Riksdagens och regeringens intention med de utökade statsbidragen är att de skall användas för att förbättra förutsättningarna för att bibehålla och utveckla kvaliteten inom skola, vård och omsorg. Statistik från Svenska Kommunförbundet (Kommunal Personal 1999) visar att sysselsättningen inom vård och omsorg har ökat mellan 1998 och 1999.

Länsstyrelsernas förstärkning av tillsynsverksamheten har möjliggjort en fördjupad verksamhetstillsyn i både särskilda boenden och i hemtjänsten. Samarbetet med Socialstyrelsernas regionala tillsynsenheter har utvecklats.

Länsstyrelsernas tillsynsarbete visar att omvårdnaden i både särskilda boenden och i hemtjänsten i huvudsak är av god kvalitet. Många kommuner har börjat utveckla metoder för att följa upp och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen, bl.a. till följd av den nya lagstiftningen inom området. Socialstyrelsen uppger dock i sin årsredovisning för 1999 att i princip ingen kommun ännu har ett fungerande kvalitetssystem, som möjliggör egenkontroll.

Flera länsstyrelser framhåller att de som erhåller äldreomsorg i stort sett är nöjda med bemötande och insatser. De äldre uppger dock i olika undersökningar att personalen ofta är alltför tidspressad, vilket resulterar i att utrymmet för den sociala dimensionen i omvårdnaden begränsas. I Socialstyrelsens slutrapport av Äldreuppdraget framkommer även att det finns brister i individanpassningen av den hjälp äldre får och i brukarinflytandet, både vad gäller de äldres och anhörigas möjligheter till inflytande.

Flera länsstyrelser tar i sina årsredovisningar upp svårigheterna för kommuner och privata vårdgivare att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens. Situationen påverkar möjlighe-

terna att kunna tillgodose äldres behov av vård och omsorg av god kvalitet. Socialstyrelsen uppger att många kommuner och landsting har vidtagit åtgärder för att förbättra personal- och kompetensförsörjning.

I många kommuner råder det brist på platser i särskilda boendeformer. Detta medför att beslut inte alltid verkställs inom rimlig tid eller att den enskilde erhåller ett avslagsbeslut trots bedömt behov. Enligt rapporter från landets länsstyrelser, som inkommit till regeringen 1 juli 2000, fanns cirka 2 500 ej verkställda bifallsbeslut och cirka 1 600 avslagsbeslut trots behov av insatsen.

Av länsstyrelsernas årsredovisningar framgår att boendestandarden i det särskilda boendet har förbättrats. Samtidigt framhåller flera länsstyrelser att det fortfarande finns problem med låg boendestandard och stora sjukhusliknande boendeenheter.

Resultatet av tillsynen visar att det finns kvarvarande brister i handläggning och dokumentation av ärenden inom äldreomsorgen, brister som riskerar att eftersätta enskildas rättssäkerhet.

Enligt länsstyrelsernas årsredovisningar har den nya bestämmelsen i 5 § socialtjänstlagen (1980:620) om kommuners ansvar att underlätta för den som vårdar en närstående långvarigt sjuk, äldre eller funktionshindrad lett till att kommunernas insatser för stöd till anhöriga utvecklats. De vanligaste formerna för anhörigstöd är växelvård, hemtjänst, dagverksamhet och stöd från frivilliga organisationer. Det statliga stimulansbidraget till landets samtliga kommuner har medverkat till denna utveckling.

Flera länsstyrelser har genomfört uppföljningar av tidigare tillsyn och detta visar att synpunkter/kritik tagits emot av kommunerna och aktuella problem har rättats till.

Socialstyrelsen har under de senaste åren påtalat brister i de medicinska insatserna inom den kommunala äldreomsorgen. Situationen har förbättrats något, men det finns fortfarande ett stort behov av utökade läkarinsatser.

Fr.o.m. den 1 januari 1999 har avgiftsbestämmelserna i 35 § socialtjänstlagen avseende äldre- och handikappomsorg förtydligats vad gäller beräkning av omsorgstagares förbehållsbelopp. Även kommunernas jämkningsskyldighet med avseende på make/maka/sambos situation har tydliggjorts. Effekterna av förändringarna har hittills varit begränsade. Problemen med låga förbehållsbelopp, make/maka/sambos ekonomiska situation samt stora olikheter vad gäller nivåer på avgifterna såväl inom som mellan

kommuner kvarstår. Skillnaderna har dessutom ökat mellan 1997 och 1999 (Äldreuppsdraget 2000:1).

Inom ramen för beslutade stimulansbidrag till äldreboendestäder m.m. har Boverket beviljat medel till 168 projekt för nybyggnation av drygt 1 800 lägenheter och ombyggnad av cirka 3 700 lägenheter. Av dessa har ca 3 500 lägenheter färdigställts t.o.m. juni 2000.

Den nya bestämmelsen i 71 a § socialtjänstlagen om anmälningsplikt för personal avseende missförhållanden inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionshinder – Lex Sarah – har upplevts som svårtolkad av dem som skall tillämpa den. Med anledning av detta har Socialstyrelsen meddelat föreskrifter och allmänna råd angående tillämpningen av Lex Sarah, gällande från och med den 1 juli 2000.

Enligt en rapport från Folkhälsoinstitutet har förekomsten av hälsofrämjande arbete bland äldre ökat under senare år. Det är också vanligare att kommuner, landsting och frivilligorganisationer samverkar i detta arbete.

När det gäller handlingsplanens åtgärd fortbildning av arbetsledande personal inom äldreomsorgen visar Socialstyrelsens uppföljning avseende 1999 att endast ett fåtal personer påbörjat utbildning under året. Orsaken är främst att det har tagit tid att planera och upphandla utbildningarna. Uppgifter tyder på att satsningen under 1999 i större utsträckning riktats till arbetsledare än till biståndshandläggare.

Inom ramen för regeringens satsning på forskning om äldre och åldrande har Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) i mars 2000 beslutat att anslå medel för inrättandet av två nationella forskningsinstitut, det ena vid Linköpings universitet och det andra i Stockholm där Stockholms universitet och Karolinska institutet är huvudmän.

Sammanfattningsvis visar halvtidsuppföljningen (dnr S2000/4746/ST) av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken att förstärkningen av det statliga stödet inom ramen för handlingsplanen har bidragit till att man på lokal och regional nivå har börjat arbeta aktivt med de prioriterade insatserna i syfte att förverkliga målen. Många satsningar som gjorts i enlighet med handlingsplanen har kommit igång först under senare delen av 1999 men nästan samtliga aktiviteter var i gång vid årsskiftet 1999–2000. I de flesta fall är det ännu för tidigt att kunna se resultatet av de satsningar som gjorts.

### 7.7.1 Analys och slutsatser

Regeringen konstaterar att det i huvudsak bedrivs bra äldreomsorg i landet och att de flesta äldre som är i behov av vård och omsorg erhåller sådan med god kvalitet. Det finns dock brister. Vissa äldres behov tillgodoses inte på ett tillfredsställande sätt, vilket bl.a. det stora antalet ej verkställda beslut och avslagsbeslut visar. Målet för äldrepolitiken omfattar dessutom fler aspekter på åldrandet än vården och omsorgen. Ännu återstår mycket arbete för att målen för äldrepolitiken skall uppnås.

Antalet platser för permanent särskilt boende har minskat sedan 1996. Rapporter från landets länsstyrelser visar att det i många kommuner råder brist på platser i det särskilda boendet. Regeringen anser det vara oacceptabelt med det stora antalet ej verkställda beslut och avslagsbeslut trots bedömt behov.

Intresset har varit stort för de stimulansbidrag som tilldelats kommuner för ny- och ombyggnad av särskilt boende i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. En stor del av de bidrag som beslutats har använts till standardhöjningar inom befintliga särskilda boenden. I viss utsträckning har bidraget använts för nybyggnad.

Satsningen på att utveckla stödet till anhöriga är betydelsefull eftersom de anhöriga gör stora insatser inom vård och omsorg om äldre. Genom resurstillskottet till vården och omsorgen kommer satsningen att fortsätta under åren 2002–2004. Regeringen anser dock att det är viktigt att de anhörigas insatser även fortsättningsvis är av frivillig karaktär och ett komplement till den offentliga äldreomsorgen.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har efter beslutade resursförstärkningar kunnat intensifiera sina insatser inom tillsynsverksamheten och bidra till kunskapsutvecklingen i kommunerna. Den ökade tillsynen har inneburit att länsstyrelserna fått bättre kunskap om vården av och omsorgen om äldre.

Regeringen konstaterar att kvalitetsfrågor inom äldreomsorgen uppmärksammas i ökad omfattning i kommunerna. Det är positivt att så många av de äldre är nöjda med personalens bemötande.

Regeringen bedömer att det är viktigt att satsningen på fortbildning av arbetsledare även kommer biståndshandläggare till del.

De förtydliganden som gjordes i socialtjänstlagen 1999 angående avgifter inom vården och

omsorgen om de äldre har inte varit tillräckliga för att komma till rätta med de problem som finns inom området.

Det stora intresset för de tidigare redovisade stimulansbidragen tyder på att det i kommuner och landsting finns intresse för utveckling av äldrepolitiken. Den förändrande demografiska strukturen, med en ökande andel äldre i samhället, påverkar sannolikt intresset i kommuner och landsting för att arbeta med äldre frågor utifrån ett bredare perspektiv.

Av rapporter från Socialstyrelsen och länsstyrelserna framgår att de statliga insatserna har bidragit till positiva effekter och att det första intrycket är att stimulansbidragen kommer att innebära en väsentlig kvalitetsutveckling på respektive område inom äldreomsorgen. Merparten av de åtgärder och det utvecklingsarbete som bedrivs i kommunerna ger dock effekter först på längre sikt.

## 7.8 Budgetförslag

### 7.8.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

**Tabell 7.3 Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

1999	Utfall	208 896	Anslags-sparande	21 104
2000	Anslag	259 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	280 104
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>251 946</b>		
2002	Beräknat	112 946		
2003	Beräknat	112 946		

<sup>1</sup> Inklusiv en minskning med 1 000 tkr i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken aviserade regeringen att särskilda medel skulle avsättas för att genomföra prioriterade insatser för att förverkliga målen i handlingsplanen under åren 1999–2001. Fr.o.m. år 2001 omfattar anslaget även bidraget till pensionsorganisationerna som tidigare ingick i anslaget B5 Bidrag till handikapp- och pensionsorganisationer.

Avvikelsen mellan budget och utfall budgetåret 1999 beror på att flertalet satsningar kom igång först under andra halvåret 1999. Vid årsskiftet 1999/2000 var dock flertalet aktiviteter i gång. Samtliga projekt m.m. kommer att ha

startat under 2000. Det finns flera förklaringar till denna fördröjning på såväl nationell som lokal och regional nivå. Efter besluten på nationell nivå har det fordrats ett omfattande lokalt och regionalt förberedelsearbete. Tid för upphandling, personalrekrytering samt i vissa fall kapacitetsbrister har bidragit till att aktiviteterna startat först under andra halvåret 1999.

### Regeringens överväganden

Från anslaget har bidrag lämnats till följande aktiviteter under 1999 och 2000. Dessa satsningar kommer att fortsätta under 2001.

För åren 1999–2001 har sammanlagt 210 miljoner kronor avsatts för *fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda*. Syftet med bidraget är att stödja kommunernas arbete med fortbildning av arbetsledare och biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Då utbildningarna kommit igång först under senare delen av 1999 kommer hela satsningen inte att kunna slutredovisas förrän under första halvåret 2003. Inför 2001 beräknas anslaget för denna åtgärd till 60 miljoner kronor.

Fortbildningen för förtroendevalda kommer att genomföras i form av sex regionala konferenser under hösten 2001. Inbjudna till konferenserna är politiskt förtroendevalda samt förtroendevalda från kommunala och landstingskommunala pensionärsråd.

Under åren 1999–2001 har avsatts sammanlagt 300 miljoner kronor till *stöd till anhöriga*. Målet med arbetet skall vara att åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga. Under 1999 har samtliga kommuner redovisat en treårig handlingsplan för arbetet med att utveckla stödet. Arbetet sker i samverkan med anhörig- och frivilligorganisationer. Drygt hälften av kommunerna har uppgett att man även samarbetar med primärvården. Socialstyrelsens uppföljning av stimulansbidragets första år pekar på tydliga tendenser till utökning av olika former av anhörigstöd. Inför 2001 beräknas anslaget för utveckling av stödet till anhöriga till 100 miljoner kronor. Som tidigare nämnts innebär medelstillskottet till vården och omsorgen en fortsatt satsning på utveckling av anhörigstödet under åren 2002–2004. Stödet under dessa år föreslås inordnas i det generella statsbidraget till kommunerna.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken föreslog regeringen ett tidsbegränsat stimulansbidrag till försöksverksamheter i kom-

muner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter. Under åren 1999–2001 har sammanlagt 229 miljoner avsatts till olika ändamål. Inför 2001 beräknas anslaget för denna åtgärd till 89 miljoner kronor.

Inom ramen för regeringens satsning på *försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom äldreområdet* har regeringen under åren 1999 och första halvåret 2000 beviljat stimulansbidrag till drygt 185 projekt. Brukarinflytande, äldre med psykiskt ohälsa, äldre invandrare och integration, generationsöverskridande verksamhet samt hälsofrämjade insatser är exempel på områden där projekt har initierats. Huvudmän för projekten är kommuner, landsting och föreningar. De flesta projekten är fleråriga.

Samtliga 21 försöksverksamheter som beviljats medel för *uppsökande verksamhet* har kommit i gång.

Regeringen beviljade 1999 stöd till 15 *FoU-center inom äldreområdet*. Först under våren 2000 har samtliga kommit i gång med sin verksamhet. Medelstillskottet till vården och omsorgen innebär ett fortsatt stöd till uppbyggnad av regionala FoU-center inom äldreområdet även under perioden 2002–2004 med sammanlagt 60 miljoner kronor.

Regeringen har beviljat stöd till 4 projekt som skall utveckla s.k. *longitudinella områdesdatabaser*, vilket innebär man under en längre tid samlar in uppgifter som beskriver åldrandet ur medicinsk och social synvinkel samt vilka insatser den enskilde erhåller från äldreomsorg, hälso- och sjukvård, anhöriga m.fl. Syftet är att möjliggöra en bättre uppföljning och analys av gjorda insatser kopplat till de behov som finns. Satsningen är långsiktig och kan behöva ekonomiskt stöd från staten även efter 2001.

Regeringen har beslutat om stöd till cirka 20 projekt som avser *IT-utbildning* för äldre samt till 5 projekt som avser tillämpningen av IT-teknik inom vård och omsorg.

Resultatet av den nationella kartläggningen av telefonupplysning riktad till äldre och deras anhöriga som genomfördes hösten 1999 visar att det inte finns något större intresse för eller behov av den nationella telefonjour som beskrevs i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Det finns däremot behov av lokala och regionala *telefonjourer*. Mot denna bakgrund kommer regeringen att inom kort fatta beslut om insatser för att stödja sådana telefonjourer.

Under 1999 användes cirka tre miljoner kronor för ett tiotal nationella aktiviteter under *FN:s äldreår*. Som exempel kan nämnas Seniorurf dag, Generationskonferens och aktiviteter som rör attityder till äldre och åldrande.

Under anslaget lämnas *statsbidrag till pensionärsorganisationer*. Villkoren för bidraget regleras i förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Under 2000 har fem rikstäckande pensionärsorganisationer erhållit bidrag. Anslaget administreras av Socialstyrelsen. Under senare år har antalet pensionärsorganisationer ökat medan anslagsnivån varit oförändrad. Regeringen gjorde därför i 2000 års ekonomiska vårproposition bedömningen att det behövs ytterligare medel för att kunna lämna bidrag till pensionärsorganisationerna. Anslaget höjdes därför med 1 miljon kronor för 2000. Motsvarande ökning föreslås fr.o.m. 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 251 946 000 kronor anvisas under anslaget *17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 112 946 000 kronor respektive 112 946 000 kronor.



## 8 Politikområde Socialtjänstpolitik

### 8.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förbättra situationen för utsatta grupper, t.ex. personer och familjer med behov av socialbidrag, utsatta barn och familjer, hemlösa, missbrukare, kvinnor och män som prostituerar sig och kvinnor utsatta för våld. Ansvaret för att människor i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (1980:620) på kommunen. Det rör sig bl.a. om bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga, vård

av missbrukare samt åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Statens stöd till detta lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Till politikområdet hör Statens institutionsstyrelse (SiS) som ansvarar för vård som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, vård av unga enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård. Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. samt utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutvecklingen inom politikområdet

*Miljoner kronor*

	Utfall 1999	Anslag 2000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2000	Förslag anslag 2001	Beräknat anslag 2002	Beräknat anslag 2003
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	60,1	65,0	65,0	<b>88,4</b>	98,4	98,4
18:2 Statens institutionsstyrelse	488,0	653,2	573,1	<b>604,2</b>	617,2	630,9
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	3,7	10,0	12,0	<b>10,0</b>		
<b>Totalt för Politikområde Socialtjänstpolitik</b>	<b>551,7</b>	<b>728,2</b>	<b>650,1</b>	<b>702,6</b>	<b>715,5</b>	<b>729,3</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 2000 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

### 8.3 Mål

**Regeringens förslag:** Stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt stärka skyddet för utsatta barn.

Social utsatthet kan ta sig många uttryck. Det kan vara fråga om långvarigt socialbidragsbehov, missbruk, hemlöshet eller prostitution. Barn som växer upp i miljöer där det förekommer våld, kriminalitet, missbruk och psykisk sjukdom eller i familjer med långvarigt socialbidragsbehov löper särskilt stor risk för social utsatthet. Målet följs upp genom att följa tillämpningen av lagstiftning och insatser för utsatta individer, genom Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn av verksamhet och individärenden samt genom uppföljning av stimulansmedel. Uppföljningen av statsbidraget redovisas i regeringens årliga skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn.

Målet för den sociala omsorgen som angavs i budgetpropositionen för 2000 är att den bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodoser den enskilda individens behov av vård, omsorg, stöd och service. Resultatbedömningen i avsnitt 8.6 baseras på detta mål.

### 8.4 Politikens inriktning

Målet för regeringens politik är att säkra alla människors välfärd i Sverige. Välfärd handlar ytterst om individens förfogande över resurser som gör det möjligt att kontrollera och styra sitt liv. De statliga insatserna skall syfta till att minska det långvariga behovet av socialbidrag, att fler missbrukare genom rehabiliteringsinsatser skall bli fria från sitt beroende, att fler hemlösa skall få ett ordnat boende och att de utsatta barnen skall få den vård och det stöd som de behöver.

Regeringen styr genom att formulera och följa upp mål för politikens genomförande, genom lagstiftning och genom tillsyn, uppföljning, utvärdering samt stöd till metod- och kvalitetsutveckling. Syftet är att bidra till att kommunala verksamheter stärks och utvecklas så att de bäst kan svara mot särskilt utsatta grupperns behov. Socialstyrelsen och länsstyrelserna följer på rege-

ringens uppdrag tillämpningen av lagstiftningen inom området samt konsekvenser av ny lagstiftning. Socialstyrelsen följer också utvecklingen vad gäller insatser för utsatta grupper, följer upp och utvärderar det sociala arbetet samt ger stöd till metod- och kvalitetsutveckling i den kommunala verksamheten.

### 8.5 Insatser

#### 8.5.1 Statliga insatser inom politikområdet

Statens insatser inom politikområdet består främst av lagstiftning, tillsyn, myndigheternas utvecklingsarbete samt vissa stimulansbidrag. Tillsyn över socialtjänsten, som bedrivs på både central och regional nivå, omfattar såväl kommunernas socialtjänst som institutioner inom socialtjänsten och enskilda vårdhem. Länsstyrelsernas tillsyn omfattar både hanteringen av enskilda ärenden och uppföljning av verksamheter. Regeringen stödjer genom Socialstyrelsen ett utvecklingsarbete som syftar till att höja kvaliteten och utveckla kunskapen om det sociala arbetet och dess effekter. Det sker bl.a. genom forskning, uppföljning och utvärdering samt genom stöd till metod-, kunskaps- och kvalitetsutveckling. Länsstyrelsernas och Socialstyrelsens samlade bedömning av utvecklingstendenser och brister i det sociala arbetet som sker inom ramen för den sociala tillsynen är i det sammanhanget av stor betydelse. Statens institutionsstyrelse, (SiS), bedriver omfattande forsknings- och utvecklingsarbete inom sitt område.

Regeringens direkta stöd till utvecklingen av olika verksamheter har karaktären av stimulansmedel. Sedan 1995 förfogar länsstyrelserna över medel för att stimulera utvecklingen av öppenvårdsinsatser inom ungdoms- och missbrukarvården i kommunerna. Medlen har också kunnat användas för att utveckla metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser för ungdomar och missbrukare. Socialstyrelsen disponerar därutöver sedan mitten av 1980-talet medel för utveckling av missbrukarvården samt medel för bidrag till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn.



## Hemlösa och missbrukare

För att stimulera utvecklingen av nya metoder för att avhjälpa hemlösheten har regeringen under en treårsperiod, med början 1999, avsatt totalt 30 miljoner kronor. Medlen skall användas till nyskapande projekt som syftar till att skapa en bättre situation för hemlösa och förhindra att hemlöshet uppstår.

Staten är genom Statens institutionsstyrelse (SiS) huvudman för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem), och lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Vård av vuxna missbrukare bedrivs vid 15 institutioner med sammanlagt 349 vårdplatser. Under 2000 kommer platsantalet att utökas till 363. SiS bedriver ett kontinuerligt utvecklingsarbete för att höja kvaliteten på vården, bland annat genom kompetenshöjande insatser för personalen och en ökad differentiering av vården. SiS utvecklar också samarbetet med kommunerna i syfte att åstadkomma fungerande vårdkedjor och bättre eftervård. Under 1999 har SiS presenterat flera nya studier om LVM-vården, som sammantaget inneburit att kunskapen om vården och de tvångsvårdade klienterna förbättrats och som ligger till grund för den fortlöpande förändringen av verksamheten. SiS arbetar för att utveckla behandlingen av missbrukare även inom ungdomsvården.

Som ett led i uppföljningen av utvecklingen inom missbrukarvården har Socialstyrelsen gjort en studie av insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården avseende 1999. I studien kartläggs bl.a. behandlingsenheternas karaktär och insatsutbud, aktuella klienter i behandling samt behandlingsenheter och klienter per län. Kartläggningen, som kompletterar den årliga statistiken över insatser, ger en fördjupad kunskap om den samlade missbrukarvården.

## Utsatta barn och unga

Socialstyrelsens arbete med att utveckla och förbättra kommunernas kunskaper och metoder i det sociala barnavårdsarbetet omfattar olika områden. En plan för arbete med utsatta barn och ungdomar utvecklas. Denna skall omfatta insatser från hälso- och sjukvård, habilitering och socialtjänst. För socialtjänstens del ligger fokus för

närvarande på barnperspektivet i familjerätt samt på insatser för att förbättra kvaliteten på utredningar, bedömningar och uppföljningar inom socialtjänsten. Ett exempel på sådant arbete är det s.k. Dartingtonprojektet som syftar till att utveckla praktiska verktyg som kan hjälpa socialarbetare att bedöma och följa upp insatser för barn och unga i samhällsvård. Som en fortsättning på Dartingtonprojektet pågår under åren 1999–2001 projektet Barns Behov i Centrum. I detta utvecklingsarbete skall ett tvärprofessionellt system för utredning, bedömning och uppföljning inom den sociala barnavården prövas i ett antal kommuner/kommundelar. Försöksverksamheten syftar till att stärka barnets rättigheter i enlighet med socialtjänstlagen och FN:s barnkonvention.

Under ett antal år har Socialstyrelsen inom projektet Social Kunskapsbas (KUB-projektet) haft sexuella övergrepp mot barn som ett temaområde. Styrelsen har lagt ut uppdrag till experter inom olika kunskapsområden för att samla in aktuell kunskap och erfarenhet vad gäller bland annat orsaker, förekomst, bemötande och olika typer av insatser när det gäller barn och ungdomar som blivit utsatta för sexuella övergrepp, samt fakta kring vissa angränsande områden.

SiS ansvarar för vården vid de särskilda ungdomshemmen, de s.k. § 12-hemmen. Antalet platser var 622 under större delen av 1999, men ökades under året till 634. Under 2000 ökar platserna för ungdomsvården till 651 samt ytterligare 13 platser för slutna ungdomsvård. SiS bedriver såväl forskning som metodutvecklingsarbete och klientdokumentation inom sitt verksamhetsområde. Genom dokumentationssystem genomförs en noggrann kartläggning av ungdomar som placeras på särskilda ungdomshem. Resultaten visar omfattande multiproblem och stora behandlingsbehov hos de unga.

## Utsatta kvinnor

Socialstyrelsen och länsstyrelserna leder på uppdrag av regeringen ett utvecklingsarbete i frågor om våld mot kvinnor. Kvinnojourer samt andra organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor får ett årligt stöd för sin verksamhet.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att samla kunskap om prostitutionens omfattning och utveckling, sammanställa och sprida kunskap om

de sociala insatserna som bedrivs på lokal nivå samt ge stöd till utveckling och förbättring av insatserna.

### 8.5.2 Insatser utanför politikområdet

Ansvar för att utsatta grupper får stöd och hjälp vilar på kommuner och landsting. Det kan röra sig om socialbidrag eller annat bistånd i form av t.ex. vård av barn och unga, vård av missbrukare samt stöd till andra utsatta grupper. Insatser som sker inom andra politikområden är mycket viktiga för välfärdsutvecklingen för individer som är socialt utsatta eller riskerar att bli det. Här kan särskilt nämnas folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitik, familjepolitiken, skolpolitiken, bostadspolitik, arbetsmarknadspolitik, insatser inom kriminalvården och rättsväsendet samt storstadspolitik. Insatser inom bl.a. dessa politikområden är också viktiga för att förebygga social utsatthet.

Ett exempel på sådana insatser är den aktivitetsgaranti som infördes den 1 augusti 2000 i hela landet. Syftet med aktivitetsgarantin är att ge arbetslösa som är eller löper risk att bli långtidsarbetslösa bättre förutsättningar att få arbete, hävda arbetslinjen och bryta rundgången mellan åtgärder och öppen arbetslöshet. Aktivitetsgarantin skall omfatta såväl personer som uppbär socialbidrag och står till arbetsmarknadens förfogande som arbetslösa som uppbär arbetslöshetsersättning.

Ett annat exempel är det arbete som pågår i många kommuner för att socialbidragstagare skall komma ur sitt socialbidragsberoende. Arbetet bedrivs i många fall i samverkan med andra myndigheter såsom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Samverkan syftar till att använda myndigheternas gemensamma resurser på ett för individen mer effektivt sätt och undvika att människor hamnar i en rundgång mellan de olika myndigheterna.

För att uppmärksamma frågor som rör våld mot kvinnor inrättade regeringen i maj 2000 ett Nationellt råd för Kvinnofrid. Rådet skall utgöra ett rådgivande organ för frågor som rör våld mot kvinnor samt vara ett forum där regeringen kan utbyta erfarenheter och idéer med företrädare för organisationer och forskare som är engagerade i dessa frågor. Rådet skall även uppmärksamma problemområden som behöver åtgärdas.

## 8.6 Resultatbedömning

Målet för den sociala omsorgen som angavs i budgetpropositionen för 2000 är att den bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodoser den enskilda individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

### 8.6.1 Resultat

Som framhållits tidigare är det främst insatser inom andra politikområden samt i kommuner och landsting som är avgörande för att förbättra situationen för socialt utsatta individer eller för att förebygga social utsatthet. Det verkliga behovet av samhällets stöd i en socialt svår situation är av skilda skäl svårt att uppskatta. Några objektiva kriterier när behov föreligger finns knappast. Det är istället fråga om bedömningar, dels av den hjälpsökande själv, dels av socialtjänsten som skall tillhandahålla hjälpinsatsen.

Det är allmänt sett svårt att avläsa resultat på individnivå av samhällets insatser för att förbättra situationen för socialt utsatta. Dels saknas idag precisa och effektiva uppföljningsinstrument, dels påverkas individens sociala situation av en mängd olika faktorer, av vilka insatser inom politikområdet bara utgör en del.

### Utsatta barn och unga, hemlösa och missbrukare

Sedan 1999 deltar sju kommuner/kommundelar i projektet Barns Behov i Centrum. Under projekttiden sker ett nära samarbete mellan Socialstyrelsen och kommunerna i syfte att få fram ett verksamhetsanpassat material av god kvalitet. Utvärdering pågår under projekttiden i nära samarbete med praktiken.

Med stöd av statliga utvecklingsmedel för att stimulera utbyggnaden av öppen ungdoms- och missbrukarvård påbörjades 290 projekt under 1999. Projekten har spänt över ett brett fält, från primärpreventiva insatser bland unga till stöd åt tunga missbrukare. Länsstyrelserna, som fördelar medlen, bedömer att utvecklingsmedlen är viktiga för att utveckla verksamheter för de mest utsatta missbrukarna. De har också stimulerat utvecklingen av öppenvårdsprogram för ungdomar.

Under 1999 påbörjades med stöd av statliga utvecklingsmedel projekt för att avhjälpa hemlöshet i 14 kommuner. De flesta är treåriga. Det

är ännu för tidigt att bedöma på vilket sätt dessa påverkar hemlöshetens utveckling.

Kommunerna kan enligt Socialstyrelsen endast i begränsad utsträckning besvara frågor som rör vårdens effekter för den enskilde, vilket främst beror på brister i dokumentation och uppföljning av missbrukarvården. Socialstyrelsen har mot den bakgrunden givit ut en vägledning för att stimulera och underlätta lokal uppföljning och intern metodutveckling.

### Utsatta kvinnor

Inom ramen för Socialstyrelsens utvecklingsarbete för att motverka våld mot kvinnor pågår bl.a. arbete med att stärka lokala samverkansgrupper med deltagande från rättsväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt frivilligorganisationer. Socialstyrelsen har även tagit initiativ till en fastare samverkan på myndighetsnivå i frågor som rör kvinnovåld – Nationell Myndighetssamverkan för Kvinnofrid. Initiativet avser att skapa bättre möjligheter att följa, integrera, styra och leda de samlade myndighetsinsatserna som vidtas utifrån givna regeringsuppdrag och regeringens proposition Kvinnofrid (prop. 1997/98:55).

Flera länsstyrelser har initierat arbete för att stödja och hjälpa kvinnor som utsatts för våld samt insatser för att förhindra kvinnovåld. En del län har utarbetat länsövergripande policydokument som utmynnar i lokala handlingsprogram.

SiS klientkartläggningar visar att kvinnliga LVM-klienter är särskilt utsatta och har, liksom flickor på särskilda ungdomshem, omfattande psykiatrisk problematik. Dessa kvinnor har ett stort behov av vård som är differentierad och särskild anpassad efter deras behov. Nästan en tredjedel av LVM-hemmens platser är avsedd för till kvinnor med missbruk och psykiska problem. Vården sker vid institutioner som är inrättade enbart för kvinnor.

### 8.6.2 Analys och slutsatser

Att värdera resultaten av insatser inom politikområdet är svårt. Statens stöd når brukarna indirekt, via kommunerna. Det saknas dessutom underlag för att uttala sig om hur kommunens insatser påverkar den enskildes situation, bl.a. på grund av att instrument för uppföljning och utvärdering är dåligt utvecklade. Socialstyrelsen har

med anledning av detta regeringens uppdrag att tillsammans med berörda intressenter utforma ett förslag till program för nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten.

Under senare år har också behov av förändring uppmärksamats inom en rad viktiga områden för socialtjänsten. Socialtjänstutredningen har i betänkandet (SOU 1999:97) Socialtjänst i utveckling lämnat förslag som rör socialtjänstlagen (1980:620) och socialtjänstens uppgifter. Regeringen avser att i en särskild proposition återkomma med förslag som rör bl.a. socialtjänstlagens struktur, tillsynen över socialtjänsten, den enskildes rättssäkerhet samt stödet till anhöriga. I propositionen kommer även resultatet av Socialstyrelsens uppdrag avseende kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten att behandlas. För att stödja utvecklingen föreslås att 10 miljoner kronor avsätts under 2001. Fr.o.m. 2002 kommer regeringen att föreslå en ytterligare förstärkning med 10 miljoner kronor.

Socialtjänstens insatser skall enligt socialtjänstlagen vara av god kvalitet. I en rapport från Socialstyrelsen 1999 om bl.a. kvalitetsarbete i socialtjänsten framgår att omkring hälften av 140 undersökta kommuner 1998 hade en s.k. kvalitetspolicy med mål och riktlinjer för kvalitetsarbetet. En femtedel av kommunerna hade avsatt särskilda resurser för kvalitetsarbete. En stor majoritet av cheferna ansåg sig kunna bedöma verksamhetens kvalitet i meningen resurser och kompetens, medan endast en mindre andel kunde bedöma verksamhetens resultat för den enskilde klienten. Av länsstyrelsernas tillsynsrapporter från 1999 framgår att kommunerna kommit olika långt i sitt kvalitetsarbete. Några befinner sig på planeringsstadiet medan andra redan har infört kvalitetssystem. Likaså konstateras brister i socialtjänstens handläggning och dokumentation av enskilda ärenden i varierande grad inom samtliga områden. Mot denna bakgrund är utvecklingen av kvalitetssystem i kommunerna angelägen.

I det följande sammanfattas utvecklingen för några utsatta grupper.

#### Hemlösa och missbrukare

Vård och behandling samt andra rehabiliteringsinsatser är grunden för att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Insatser för vuxna missbrukare avser boende som bistånd, öppenvård, frivillig institutionsvård, familjehemsvård

samt tvångsvård. Det totala antalet missbrukare som genomgick institutionsvård, antingen med tvång eller på frivillig väg, har under 1990-talet successivt minskat, både i frivillig vård och tvångsvård. Den övervägande delen av vårdinsatserna sker i öppenvård. Knappt 20 000 personer genomgick den 1 november 1999 någon form av vårdinsats inom socialtjänsten, varav 16 000 i öppenvård. Antalet missbrukare i institutionsvård var drygt 3 400, vilket var något färre än året innan. Drygt en fjärdedel av insatserna avsåg kvinnor.

Sammantaget har det under 1990-talet inom missbrukarvården skett en förskjutning från långvariga institutionsbehandlingar mot öppenvård, korta vårdtider och skyddat boende med stöd. Efterfrågan på tvångsvård gick ner kraftigt under 1990-talets andra hälft, men förefaller nu ha stabiliserat sig. Det är dock svårt att veta vad denna utveckling betyder för den enskilde missbrukaren. Socialstyrelsen har i sina uppföljningar av utvecklingen inom missbrukarvården inte kunnat konstatera en generell neddragning av resurser och insatser för vuxna missbrukare. Det finns dock vissa tecken som kan tyda på att missbrukare inte erbjuds relevanta insatser i en tidig fas av missbruket, vilket i sin tur kan innebära att missbruket utvecklas och förvärras. Det är därför angeläget att fortlöpande noga följa och uppmärksamma förändringar i vården.

Få studier har genomförts av kvaliteten i missbrukarvården vilket enligt Socialstyrelsen troligen beror på bristen på lämpliga och lättåtkomliga kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen konstaterar i sin treårsuppföljning av socialtjänsten att kunskap saknas på flera viktiga områden om tillståndet i och utvecklingen av missbrukarvården. Det gäller både frågan om innehåll, kvalitet och resultat i vården, samt i vad mån öppna vårdinsatser är väl avvägda i förhållande till institutionsvården. Det är också angeläget att utveckla kunskapen om missbrukarvårdens effekter. Ett långsiktigt utvärderingsarbete pågår såväl inom Centrum för utvärdering av metoder i socialt arbetet (CUS) vid Socialstyrelsen som vid SiS. Flera länsstyrelser har i sin tillsyn över socialtjänstens insatser för vuxna missbrukare pekat på behov av förbättringar vad avser handläggning och insatser för missbrukare med svår problematik.

Narkotikakommissionen (dir. 1998:18), som vid utgången av 2000 avslutar sitt arbete, har som ett av sina uppdrag att analysera utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens be-

handlingsprogram, värdera dess resultat och effekter i förhållande till insatta resurser samt föreslå åtgärder för att stärka rehabiliteringen av missbrukare, bl.a. genom förbättrad samverkan mellan olika huvudmän och aktörer.

Det är förknippat med stora svårigheter att få tillförlitliga uppgifter om hemlöshetens omfattning. År 1993 rapporterades strax under 10 000 hemlösa. I 1999 års undersökning fann Socialstyrelsen omkring 8 400 hemlösa. I båda undersökningarna var omkring en femtedel av de hemlösa kvinnor. Olika metoder vid undersökningstillfällena gör att jämförelser mellan 1993 och 1999 försvåras. Socialstyrelsen bedömer dock att 1999 års siffror i stort sett motsvarar resultaten 1993.

### Socialbidrag

Efter en kraftig ökning under större delen av 1990-talet minskar nu såväl kostnaderna för socialbidrag och introduktionsersättning till flyktingar som antalet hushåll som erhåller dessa stöd. Under 1999 sjönk kostnaderna med drygt 8 procent till 10,5 miljarder kronor. Antalet bidragshushåll minskade under 1999 till 313 000, en nedgång med nästan 15 procent. Även nytilströmningen av socialbidragshushåll minskade. Utvecklingen hänger samman med bl.a. det förbättrade arbetsmarknadsläget och ett minskat flyktingmottagande.

Antalet personer med långvarigt socialbidragstagande (mer än 10 månader under ett år) har minskat – från ca 215 000 personer 1997 till cirka 200 000 personer 1998. Däremot fortsatte den genomsnittliga bidragstiden såväl som det genomsnittliga bidragbeloppet att öka även under 1999. Bidragstidens längd har ökat successivt från 1990 då den var 4,1 månader till 5,8 månader 1999. Socialbidraget fortsätter således att för en stor grupp fungera som ett långvarigt försörjningsstöd istället för att vara ett skydd vid akuta försörjningskriser. Många barn berörs av det långvariga socialbidragstagandet. År 1996 levde närmare 120 000 barn i familjer med långvarigt socialbidrag enligt Socialstyrelsen. Tre fjärdedelar av dessa barn hade utrikes födda föräldrar.

Det är framför allt grupper som inte lyckats etablera sig på arbetsmarknaden och som därmed inte omfattas av de försäkringar som byggs upp till skydd för den enskilde vid arbetslöshet som behöver socialbidrag. Detta gäller bl.a. ungdomar och nyanlända invandrare. De blir därför i stor

utsträckning hänvisade till socialbidrag för sin försörjning. Även ensamstående föräldrar – främst mödrar – behöver i högre grad än andra socialbidrag för sin försörjning. Socialbidragstagare är i stor utsträckning yngre personer. Ålderspensionärer har länge varit en liten grupp bland socialbidragstagarna med under 1990-talet har alltför äldre behövt socialbidrag. De flesta är invandrare, bosatta i storstadskommunerna, som inte är berättigade till ålderspension i Sverige.

Den ekonomiska situationen för ensamstående föräldrar skall bl.a. analyseras av den särskilde utredaren – Översyn av ekonomiska familjestöd (dir. 2000:16). Utredaren skall bl.a. pröva alternativa vägar för att stödja ensamförsörjare i övergången från socialbidrag till studier.

För att förbättra stödet till flyktingar och äldre invandrare har Socialtjänstutredningen i sitt slutbetänkande Socialtjänst i utveckling (SOU 1999:97) föreslagit att kommunerna skall ha en skyldighet att betala ut introduktionsersättning i stället för socialbidrag till skyddsbehövande och andra som omfattas av det kommunala flyktingmottagandet under den tid de genomgår introduktion. Vidare föreslås att ett statligt äldreförsörjningsstöd som skall ersätta socialbidrag för de många äldre invandrare som inte kvalificerat sig för pension i Sverige. Ärendet bereds inom Regeringskansliet.

### Utsatta barn och unga

Socialtjänstens arbete med utsatta barn och unga består av utredning, olika öppenvårdsinsatser samt placering utanför det egna hemmet. Socialtjänststatistiken visar endast antalet barn som får behovsprövade öppenvårdsinsatser (strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd, kontaktperson/familj) och placeras utanför det egna hemmet. Antalet barn som den 1 november 1999 hade minst en behovsprövad öppenvårdsinsats var ungefär 26 500, en ökning med ungefär 2 500 jämfört med föregående år. Av de barn som fick kontaktperson och de som fick personligt stöd någon gång under året var 55 procent pojkar och 45 procent flickor. Pojkarna var i något större majoritet bland dem som deltog i strukturerade öppenvårdsprogram. Det totala antalet barn och unga som med stöd av socialtjänstlagen eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga vårdades utanför det egna hemmet den 1 november 1999 uppgick till knappt 13 200, vilket var knappt

1 000 fler än under 1998. 53 procent av barnen var pojkar och 47 procent var flickor.

Det går i dag inte att exakt ange den totala omfattningen av den sociala barna- och ungdomsvården i termer av exempelvis hur många barn/familjer som är föremål för barnavårdsinsatser. Det saknas också i stort sett systematiskt insamlade uppgifter om barnavårdsproblemens omfattning, sammansättning och förändringar. Den sociala barnavården har dock haft hög prioritet under 1990-talet inom kommunerna i jämförelse med annan kommunal barninriktad verksamhet, såsom elevvård i skolan och barnomsorg. Mycket talar också för att den sociala barnavården prioriterats högre än exempelvis missbrukarvården.

Länsstyrelsernas tillsyn för 1999 visar att socialtjänsten utvecklar sin utredningsmetodik. Barnets behov och rättigheter belyses i utredningar och medvetenheten om barnperspektivet ökar. Kommunerna bedriver ett betydelsefullt utvecklingsarbete för att tillgodose barns och ungdomars behov av stöd och hjälp.

Det råder dock förhållandevis stor enighet om att den sociala barnavårdens praktik alltför litet baseras på vetenskapliga kunskaper och beprövad erfarenhet. Det saknas i viss utsträckning systematisk dokumentation av arbetet, av beprövade metoder och utvärdering av de insatser som tillämpas.

### Utsatta kvinnor

Enligt både Socialstyrelsen och länsstyrelserna visar den kartläggning som gjorts, att införandet av den nya bestämmelsen i 8 a § socialtjänstlagen om stöd till kvinnor som utsatts för våld eller andra övergrepp i hemmet, endast i begränsad utsträckning har påverkat socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor. Kommunerna behöver utarbeta rutiner för hur samverkan mellan olika aktörer ska ske för skydd och hjälp till kvinnor som blivit utsatta för våld. Det är också viktigt att socialtjänsten särskilt uppmärksammar barnens situation i familjer där våld förekommer liksom barns umgänge med fadern i de fall föräldrarna separerar på grund av våldet.

Könshandelns komplexa och många gånger dolda karaktär gör att studier och kartläggningar av den inte är lätta att genomföra. Därför är det av stor vikt att det finns bra instrument för ändamålet. I syfte att utveckla ett bra och tillförlitligt instrument för uppföljning av prostitutio-

nens utveckling och omfattning har Socialstyrelsen gjort en kartläggning av situationen under 1998 och 1999.

Det är mot denna bakgrund angeläget att fortsatt noga följa utveckling vad gäller socialtjänstens stöd till utsatta kvinnor.

Regeringen föreslår att medel avsätts för särskilda åtgärder för utsatta kvinnor, bl.a. till den kunskapsutveckling som bedrivs på Rikskvinnocentrum.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utreda hur en kristelefon för våldsutsatta kvinnor skall komma till stånd, hur den skall organiseras, finansieras och vilken kompetens som bör finnas. Socialstyrelsen har överlämnat ett förslag till regeringen och diskussioner har förts med kvinnojourernas centrala organisationer. Regeringen avser att återkomma i frågan.

## 8.7 Budgetförslag

### 8.7.1 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*

2001	Förslag	88 378
2002	Beräknat	98 378
2003	Beräknat	98 378

Anslaget omfattar delar av de tidigare anslagen B9 Bidrag till ungdomsvård, missbrukarvård m.m. samt B10 Bidrag till organisationer på det sociala området. I syfte att stimulera utvecklingen av öppenvårdsinsatser för missbrukare och ungdomar finns sedan flera år avsatt 50 miljoner kronor. Länsstyrelserna har i uppdrag att årligen fördela medlen till särskilt angelägna utvecklingsinsatser. Under anslaget finns också medel avsatta för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.

Anslaget omfattar även insatser för att motverka sexuell exploatering av barn, i huvudsak för regeringens satsning i Östersjöregionen samt bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer och organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn m.m.

## Regeringens överväganden

Det är angeläget att det råder balans mellan öppenvård och institutionsvård, både vad gäller vård av ungdomar och av vuxna missbrukare. Såväl länsstyrelserna som fördelar medlen som Socialstyrelsen som följer upp deras användning visar att utvecklingsmedlen har bidragit till att stimulera utvecklingen inom området och att stärka samverkan mellan olika aktörer. Särskilda utvecklingsmedel bör därför avsättas även fortsättningsvis och fördelas av länsstyrelserna som har kännedom om lokala förhållanden. Regeringen föreslår också att medel avsätts för fortsatt arbete med att genomföra FN:s barnkonvention. År 2000 utgår 9 miljoner kronor till insatser för detta ändamål m.m.

Användningsområdet för medlen bör liksom innevarande år syfta till att öka kunskaperna om FN:s barnkonvention på alla nivåer i samhället samt till att vidareutveckla och sprida metoder för att förverkliga konventionen. Insatser, bl.a. i form av seminarier och konferenser, behövs för att sprida barnkonventionen i kommuner och landsting, till myndigheter, universitet och högskolor. Vidare bör påbörjade insatser när det gäller utredning och utveckling rörande barnmisshandel, utveckling av basstatistik samt arbetet med utsatta barn inom Östersjöområdet fortsätta. Under året kommer en uppföljning av 1996 års världskongress mot kommersiell sexuell exploatering av barn att hållas.

För 2001 föreslås en förstärkning med 2,5 miljoner kronor. Regeringen avser bl.a. att avsätta medel för att initiera försöks- och utvecklingsverksamhet kring föräldrautbildning, bl.a. med fokus på tonårsbarn, invandrarbarn och funktionshindrade barn.

Till anslaget överförs 500 000 kronor från utgiftsområde 5 utrikesförvaltning och internationell samverkan, anslaget 91:3 Ekonomiskt bistånd till svenska medborgare i utlandet m.m. Medlen är avsedda att täcka resekostnader för återförande av olovligt bortförda barn och ingick i de 10 miljoner kronor som riksdagen anslog 1999 och 2000 för åtgärder i syfte att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter. Med anledning av att de faktiska utgifterna för ändamålet har visat sig bli lägre än vad som beräknade inledningsvis återförs medel till utgiftsområde 9 fr.o.m. 2001.

Regeringen föreslår att 10 miljoner kronor avsätts 2001 och 20 miljoner kronor åren 2002 och 2003 för insatser för att förbättra kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. Dessutom tillförs anslaget cirka 1,5 miljoner kronor för insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor, bl.a. den kunskapsutveckling som bedrivs inom Rikskvinnocentrum.

Socialstyrelsen har i uppgift att följa upp stödet till organisationerna och årligen lämna en samlad redovisning om statsbidragets användning. Redovisningen är ett viktigt underlag för hur det ekonomiska stödet till organisationerna skall utformas.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 88 378 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. för 2001. För 2002 respektive 2003 beräknas anslaget till vardera 98 378 000 kronor.

### 8.7.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 8.3 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Utgifts- prognos	Andra
1999	Utfall	487 967	Anslags- sparande	11 211
2000	Anslag	653 232 <sup>1</sup>	573 093	
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>604 233</b>		
2002	Beräknat	617 168 <sup>2</sup>		
2003	Beräknat	630 915 <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Varav 96 200 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska värpropositionen 2000.

<sup>2</sup> Motsvarar 604 233 tkr i 2001 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 vid LVM-hem, ungdomsvård och sluten ungdomsvård vid särskilda ungdomshem. Vid SiS intas varje år ca 1 600 personer med missbruksproblem och 1 300 ungdomar, varav cirka 100 dömts till sluten ungdomsvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar via avgifter medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag. Avgiftsintäkterna beräknas enligt SiS till 820 miljoner kronor för 2000 och 830 miljoner kronor för 2001. Myndigheten tillfördes 96,2 miljoner kronor i tilläggsbudgeten för år 2000. Medlen avsåg finansiering av 40 platser avseende sluten ungdomsvård samt 24 nya platser för vård enligt lagen om vård av unga. För att tillgodose det ökade behovet av platser projekteras en ny institution samtidigt som det sker en utbyggnad av platser på befintliga institutioner. Mot bakgrund av att processen bl.a. inbegriper personalrekrytering, kommer ett anslagssparande att uppstå.

### Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

**Tabell 8.4 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser**

Miljoner kronor

	1999 utfall	2000 prognos	2001 beräknat	2002 beräknat	2003 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	21 852	3 432	6 000		
Nya förpliktelser	26 313	10 000	12 000		
Infriade förpliktelser*	44 733	4 480	11 000	5 000	2 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	3 438	6 000	7 000		
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>20 000</b>	<b>20 000</b>	<b>18 000</b>		

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

## Regeringens överväganden

När den straffrättsliga påföljden sluten ungdomsvård trädde ikraft den 1 januari 1999 inrättades tio vårdplatser. Påföljden har emellertid fått betydligt större tillämpning än vad som förutsågs då lagen trädde i kraft. Idag avtjänar omkring 50 ungdomar påföljden sluten ungdomsvård. Utvecklingen har inneburit att platser vid de särskilda ungdomshemmen avsedda för vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga har fått tas i anspråk, varvid det uppstått brist på sådana platser. Fr.o.m. 2001 föreslås att SiS anslag höjs med cirka 61 miljoner kronor.

Vid beräkningen av anslaget har en teknisk justering genomförts för att korrigera tidigare inlagd kompensation för premierna i avtalsförsäkringarna. Anslaget har minskats med 17,8 miljoner kronor. I enlighet med vad som aviseras i budgetpropositionen för 2000 minskas anslaget fr.o.m. 2001 med 3 miljoner kronor för att finansiera åtgärder på handikappområdet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 604 233 000 kronor anvisas under anslag 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2001. För åren 2002 och 2003 beräknas 617 168 000 respektive 630 915 000 kronor.

**Tabell 8.5 Beräkning av anslaget för 2001**

*Tusental kronor*

Anslag 2000	557 032 <sup>1</sup>
Pris- och löneomräkning	6 807
Omprioriteringar inom utgiftsområdet	-3 000
Ökat resusbehov	61 210
Justering av premier	-17 816
<b>Förslag 2001</b>	<b>604 233</b>

<sup>1</sup> Exklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för 2000.

## 8.7.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

**Tabell 8.6 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa**

*Tusental kronor*

1999	Utfall	3 675	Ingående reservation	6 325
2000	Anslag	10 000	Utgiftsprognos	12 000
<b>2001</b>	<b>Förslag</b>	<b>10 000</b>		
2002	Beräknat			
2003	Beräknat			

Regeringen tillkallade i december 1998 en parlamentarisk kommitté med uppgift att föreslå och initiera åtgärder som syftar till att skapa en bättre situation för hemlösa och förhindra att hemlöshet uppstår (dir. 1998:108). Kommittén skall bereda och lämna förslag till projekt som finansieras av utvecklingsmedel till hemlösa. Kommittén skall vara verksam till och med utgången av 2001.

Med stöd av utvecklingsmedlen provas olika modeller som kan leda till långsiktiga förbättringar för de hemlösa. Med något undantag är beviljade projekt fleråriga. Samtliga projekt utvärderas.

## Regeringens överväganden

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa* för 2001.



## 9 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

### 9.1 Budgetförslag

#### 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	Förslag	24 212 <sup>1</sup>
2001	Förslag	24 212 <sup>1</sup>
2002	Beräknat	21 661 <sup>2</sup>
2003	Beräknat	22 140 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nytt anslag

<sup>2</sup> Motsvarar 21 212 tkr i 2001 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att finansiera administrationen för det nya Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

#### Regeringens överväganden

Till anslaget förs de medel som Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) disponerar för administration under innevarande år samt ca 40 % av de medel som Rådet för arbetslivsforskning (RALF) disponerar för administration. Att fördelningen avviker från 50/50-principen beror på att Verket för innovationssystem som erhåller resten av administrationsmedlen från RALF förutses få en mera arbetsintensiv administration än FAS. Under år 2001 tillförs FAS engångsvis även 3 miljoner kronor för att täcka omställnings-

kostnader i samband med övergången till den nya organisationen. Anslaget för 2001 har beräknats enligt tabellen nedan.

**Tabell 9.2 Beräkning av anslaget för 2001**

SFR:s anslag 2000 administration	9 735
Pris- och löneomräkning av SFR:s adm. anslag	407
Del av RALF:s administrationsanslag inkl. PLO	11 070
Medel 2001 (engångs) för omställningskostnader	3 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>24 212</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 24 212 000 kronor anvisas under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning* 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 21 661 000 respektive 22 140 000 kronor.

#### 9.1.2 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

**Tabell 9.3 Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning**

Tusental kronor

År	Förslag	237 443 <sup>1</sup>
2001	Förslag	237 443 <sup>1</sup>
2002	Beräknat	259 037 <sup>2</sup>
2003	Beräknat	274 694 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Nytt anslag

<sup>2</sup> Motsvarar 254 370 tkr i 2001 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 264 370 tkr i 2001 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att finansiera forskning inom arbetsliv och socialvetenskap i enlighet med vad regeringen nyligen har presenterat i propositionen Förslag för framtiden – en ny organisation för forskningsfinansiering (prop. 1999/2000:8) och som riksdagen ställt sig bakom. Regeringens förslag innebär att det nya Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) från det kommande årsskiftet övertar samtliga forskningsmedel utom för stöd till longitudinella databaser från Socialvetenskapliga forskningsrådet, hälften av de medel som Rådet för arbetslivsforskning disponerar för forskning samt medel för ungdomsforskning från Humanistisk-Samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR). I regeringens förslag ligger också att SFR och RALF läggs ner vid det kommande årsskiftet. Förslaget ligger i allt väsentligt i linje med det omstruktureringsförslag för forskningsfinansieringsorganisationen som riksdagen ställt sig bakom.

### Regeringens överväganden

Av den nyligen presenterade propositionen Forskning och förnyelse (prop. 2000/2001:3) framgår regeringens forskningspolitiska överväganden som skall ligga till grund för användningen av det föreslagna anslaget.

Regeringen föreslår att FAS för stöd till forskning skall ha ett separat anslag och därmed också ett särskilt anslag för administrationen. Anslaget för forskningsstöd från FAS har för år 2001 beräknats enligt tabellen nedan. För år 2002

bygger beräkningarna på att ytterligare 2 miljoner kronor tillförs för handikappforskning samt att 14,927 miljoner kronor överförs från det nya Verket för innovationssystem som ett led i att dela upp RALF:s anslag i två lika delar mellan Verket för innovationssystem och FAS. Att detta inte görs fullt ut redan 2001 beror på kravet att på ett rationellt sätt kunna hantera pågående projekt i samband med övergången till den nya myndighetsorganisationen. För år 2003 beräknas ytterligare 10 miljoner kronor tillföras för den nya tvärvetenskapliga satsningen som framgår av forskningspropositionen.

Anslaget för 2001 har beräknats enligt tabellen nedan.

**Tabell 9.4 Beräkning av anslaget för 2001**

*Tusental kronor*

SFR:s anslag i BP2000 för forskningsstöd inkl. PLO	119 838
Del av RALF:s forskningsanslag inkl. PLO	96 605
Förstärkning för äldreforskning enl. BP2000	10 000
Medel från HSFR för ungdomsforskning	5 000
Förstärkning för handikappforskning	5 000
Förstärkning för ny forskningsansats i enlighet med regeringens förslag i forskningspropositionen	5 000
Flytt av databasmedel till Vetenskapsrådet	– 4 000
<b>Förslag 2001</b>	<b>237 443</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 237 443 000 kronor anvisas under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* 2001. För 2002 och 2003 beräknas anslaget till 259 037 000 respektive 274 694 000 kronor.

### Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

**Tabell 9.5 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser**

*Tusental kronor*

	1999 utfall	2000 prognos	2001 beräknat	2002 beräknat	2003 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	–	–	330 000		
Nya förpliktelser	–	–	310 000		
Infriade förpliktelser*	–	–	180 000	200 000	260 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	–	–	460 000		
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>			<b>460 000</b>		

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Bilaga

# Nya anslagsbenämningar



## Bilaga

## Nya anslagsbenämningar

Av tabellen nedan framgår benämningen på anslagen åren 2000 och 2001. Syftet med tabellen är att underlätta övergången till de nya benämningar som följer av att politikområden införts.

**Tabell 1.1 Anslagsbenämningar 2000 och 2001**

Benämning 2000	Benämning 2001	Anslagets namn
A1	13:1	Sjukvårdsförmåner m.m.
A2	13:2	Bidrag för läkemedelsförmånen
A3	13:3	Bidrag till hälso- och sjukvård
A11	13:4	Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik
A12	13:5	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
A13	13:6	Ersättning till steriliserade i vissa fall
A15	13:7	Socialstyrelsen
A4	14:1	Insatser mot aids
A5	14:2	Bidrag till WHO
A7	14:3	Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan
A8	14:4	Folkhälsoinstitutet
A9	14:5	Smittskyddsinstitutet
A10	14:6	Institutet för psykosocial medicin
B10	14:7	Folkhälsopolitiska åtgärder
B11	14:8	Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder
B17	14:9	Alkoholinspektionen
B18	14:10	Alkoholsortimentsnämnden
B14	15:1	Barnombusmannen
B15	15:2	Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor
A14	16:1	Personligt ombud
B2	16:2	Vissa statsbidrag inom handikappområdet
B3	16:3	Statsbidrag till vårdtjänst m.m.
B4	16:4	Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder
B5	16:5	Bidrag till handikapporganisationer
B6	16:6	Alternativ telefoni
B7	16:7	Bilstöd till handikappade
B8	16:8	Kostnader för statlig assistansersättning
B12	16:9	Statens institut för särskilt utbildningsstöd
B13	16:10	Handikappombudsmannen

B1	17:1	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken
B9	18:1	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.
B16	18:2	Statens institutionsstyrelse
B19	18:3	Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa
	26:1	Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning
	26:2	Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning