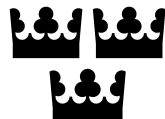


Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2000

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Förslag till riksdagsbeslut | 9 |
| 2 | Lagförslag | 11 |
| 2.1 | Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (1992:859) | 11 |
| 2.2 | Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1152) om handel med läkemedel | 13 |
| 2.3 | Förslag till lag om fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård | 14 |
| 3 | Hälsovård, sjukvård och social omsorg | 15 |
| 3.1 | Omfattning | 15 |
| 3.2 | Utgiftsutveckling | 15 |
| 3.3 | Resultatbedömning | 15 |
| 4 | Hälsovård och sjukvård | 19 |
| 4.1 | Omfattning | 19 |
| 4.2 | Utgiftsutveckling | 21 |
| 4.3 | Resultatbedömning | 23 |
| 4.3.1 | Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras | 23 |
| 4.3.2 | Patientens ställning skall stärkas | 26 |
| 4.3.3 | Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt | 29 |
| 4.3.4 | Tobaksbruket skall minska | 34 |
| 4.3.5 | Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv | 35 |
| 4.3.6 | En god tandhälsa skall upprätthållas | 37 |
| 4.3.7 | Vården av och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras | 38 |
| 4.4 | Revisionens iakttagelser | 39 |
| 4.5 | Bedömning av personalkonsekvenser | 40 |
| 4.6 | Förslag till regeländringar | 40 |
| 4.7 | Anslag | 49 |
| A1 | Sjukvårdsförmåner | 49 |
| A2 | Bidrag för läkemedelsförmånen | 52 |
| A3 | Bidrag till hälso- och sjukvård | 53 |
| A4 | Insatser mot aids | 55 |
| A5 | Bidrag till WHO | 56 |

| | | | |
|-----|-------|--|-----|
| | A6 | Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar | 57 |
| | A7 | Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan | 57 |
| | A8 | Folkhälsoinstitutet | 58 |
| | A9 | Smittskyddsinstitutet | 60 |
| | A10 | Institutet för psykosocial medicin..... | 62 |
| | A11 | Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik | 63 |
| | A12 | Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 65 |
| | A13 | Ersättning till steriliserade i vissa fall | 67 |
| | A14 | Personligt ombud | 67 |
| | A15 | Socialstyrelsen..... | 68 |
| 4.8 | | Övrig statlig verksamhet | 72 |
| 5 | | Social omsorg..... | 77 |
| | 5.1 | Omfattning | 77 |
| | 5.2 | Utgiftsutveckling | 77 |
| | 5.3 | Resultatbedömning..... | 78 |
| | 5.3.1 | 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. | 78 |
| | 5.3.2 | 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 | 83 |
| | 5.3.3 | Barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden..... | 87 |
| | 5.3.4 | Personer med sociala problem och försörjningssvårigheter skall få stöd, bistånd och god omsorg. | 92 |
| | 5.3.5 | Alkohol och narkotika..... | 96 |
| | 5.4 | Revisionens iakttagelser | 104 |
| | 5.5 | Bedömning av personalkonsekvenser..... | 104 |
| | 5.6 | Anslag | 104 |
| | B1 | Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken | 104 |
| | B2 | Vissa statsbidrag inom handikappområdet | 105 |
| | B3 | Statsbidrag till vårdartjänst m.m..... | 106 |
| | B4 | Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder | 108 |
| | B5 | Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer..... | 109 |
| | B6 | Ersättning för texttelefoner..... | 109 |
| | B7 | Bilstöd till handikappade..... | 110 |
| | B8 | Kostnader för statlig assistansersättning | 111 |
| | B9 | Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. | 112 |
| | B10 | Bidrag till organisationer på det sociala området | 113 |
| | B11 | Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder..... | 114 |
| | B12 | Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) | 115 |
| | B13 | Handikappombudsmannen..... | 116 |
| | B14 | Barnombudsmannen | 117 |
| | B15 | Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor | 119 |
| | B16 | Statens institutionsstyrelse | 120 |
| | B17 | Alkoholinspektionen..... | 121 |
| | B18 | Alkoholsortimentsnämnden..... | 123 |

| | | |
|-----|---|-----|
| | B19 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa | 123 |
| 5.7 | Övrig statlig verksamhet..... | 124 |
| 6 | Forskning | 125 |
| 6.1 | Omfattning..... | 126 |
| 6.2 | Utgiftsutvecklingen | 126 |
| 6.3 | Resultatbedömning | 127 |
| 6.4 | Revisionens iakttagelser | 127 |
| 6.5 | Anslag..... | 128 |
| | C1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning..... | 128 |
| | C2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning | 129 |
| 7 | Övrig statlig verksamhet..... | 131 |
| 7.1 | Allmänna arvsfonden | 131 |

Tabellförteckning

| | |
|---|----|
| Anslagsbelopp..... | 10 |
| 3.1 Utgiftsutvecklingen..... | 15 |
| 3.2 Utgiftsutvecklingen..... | 17 |
| 4.1 Viss sjukvårdspersonal i landsting och primärkommuner år 1998 samt rändring 1995–1998..... | 20 |
| 4.2 Resurstillskott till vården..... | 21 |
| 4.3 Utgiftsutveckling..... | 21 |
| 4.4 Försäljning av Viagra och Xenical under perioden januari-juli 1999 | 36 |
| 4.5 Anslagsutvecklingen A1 Sjukvårdsförmåner..... | 49 |
| 4.6 Utgifternas fördelning på ändamål..... | 50 |
| 4.7 Anslagsutvecklingen A2 Bidrag för läkemedelsförmånen..... | 52 |
| 4.8 Anslagsutvecklingen A3 Bidrag till hälso- och sjukvård | 53 |
| 4.9 Anslagsutvecklingen A4 Insatser mot aids..... | 55 |
| 4.10 Anslagsutvecklingen A5 Bidrag till WHO | 56 |
| 4.11 Anslagsutvecklingen A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar | 57 |
| 4.12 Anslagsutvecklingen A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan | 57 |
| 4.13 Anslagsutvecklingen A8 Folkhälsoinstitutet..... | 58 |
| 4.14 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser..... | 59 |
| 4.15 Beräkning av anslaget för år 2000..... | 59 |
| 4.16 Anslagsutvecklingen A9 Smittskyddsinstitutet | 60 |
| 4.17 Uppdragsverksamhet | 61 |
| 4.18 Beräkning av anslaget för år 2000..... | 62 |
| 4.19 Anslagsutvecklingen A10 Institutet för psykosocial medicin..... | 62 |
| 4.20 Bidragsverksamhet | 63 |
| 4.21 Beräkning av anslaget för år 2000..... | 63 |
| 4.22 Anslagsutveckling A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik..... | 63 |
| 4.23 Beräkning av anslaget för år 2000..... | 65 |
| 4.24 Anslagsutvecklingen A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 65 |
| 4.25 Beräkning av anslaget för år 2000..... | 66 |
| 4.26 Anslagsutvecklingen A13 Ersättning till steriliserade i vissa fall | 67 |
| 4.27 Anslagsutvecklingen A14 Personligt ombud..... | 67 |
| 4.28 Anslagsutvecklingen A15 Socialstyrelsen..... | 68 |
| 4.29 Fördelning av totala förvaltningskostnaden på verksamhetsområde..... | 68 |
| 4.30 Offentligrättslig verksamhet | 70 |
| 4.31 Uppdragsverksamhet | 71 |
| 4.32 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser..... | 71 |
| 4.33 Beräkning av anslaget för år 2000..... | 72 |
| 4.34 Offentligrättslig verksamhet | 74 |
| 4.35 Uppdragsverksamhet | 74 |
| 4.36 Ekonomisk översikt | 75 |

| | |
|---|-----|
| 5.1 Utgiftsutvecklingen | 77 |
| 5.2 Anslagsutvecklingen B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken | 104 |
| 5.3 Anslagsutvecklingen B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | 105 |
| 5.4 Anslagsutvecklingen B3 Statsbidrag till vårdtjänst m.m..... | 106 |
| 5.5 Bemyndigandetabell..... | 107 |
| 5.6 Anslagsutvecklingen B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder | 108 |
| 5.7 Anslagsutvecklingen B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer.. | 109 |
| 5.8 Anslagsutvecklingen B6 Ersättning för texttelefoner | 109 |
| 5.9 Anslagsutvecklingen B7 Bilstöd till handikappade..... | 110 |
| 5.10 Anslagsutvecklingen B8 Kostnader för statlig assistansersättning..... | 111 |
| 5.11 Anslagsutvecklingen B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. .. | 112 |
| 5.12 Anslagsutvecklingen B10 Bidrag till organisationer på det sociala området | 113 |
| 5.13 Anslagsutvecklingen B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder..... | 114 |
| 5.14 Anslagsutvecklingen B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) | 115 |
| 5.15 Beräkning av anslaget för år 2000 | 116 |
| 5.16 Anslagsutvecklingen B13 Handikappombudsmannen..... | 116 |
| 5.17 Beräkning av anslaget för år 2000 | 117 |
| 5.18 Anslagsutvecklingen B14 Barnombudsmannen..... | 117 |
| 5.19 Beräkning av anslaget för år 2000 | 119 |
| 5.20 Anslagsutvecklingen B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor | 119 |
| 5.21 Beräkning av anslaget för år 2000 | 119 |
| 5.22 Anslagsutvecklingen B16 Statens institutionsstyrelse | 120 |
| 5.23 Beställningsbemyndigande för beviljande av forsknings- och utvecklingsmedel och beräknad anslagspåverkan under perioden 1999–2001..... | 121 |
| 5.24 Beräkning av anslaget för år 2000 | 121 |
| 5.25 Anslagsutvecklingen B17 Alkoholinspektionen..... | 121 |
| 5.26 Beräkning av anslaget för år 2000 | 122 |
| 5.27 Anslagsutvecklingen B18 Alkoholsortimentsnämnden | 123 |
| 5.28 Anslagsutvecklingen B19 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa..... | 123 |
| 5.29 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren | 124 |
| 6.1 Utgiftsutvecklingen | 126 |
| 6.2 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser | 128 |
| 6.3 Anslagsutvecklingen C1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning..... | 128 |
| 6.4 Beräkning av anslaget för 2000 | 128 |
| 6.5 Anslagsutvecklingen C2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning | 129 |
| 6.6 Beräkning av anslaget för 2000 | 129 |

Diagramförteckning

| | |
|---|----|
| 4.1 Fördelningen av kostnader på olika verksamheter inom hälso- och sjukvården (%), 1990–1998 | 19 |
| 4.2 Landstingens inkomster år 1998 fördelade efter inkomstslag (%) | 20 |
| 4.3 Ökning av återstående medellivslängd för en nyfödd | 29 |
| 4.4 Antal hiv-smittade respektive aids-fall fördelat på kvinnor och män..... | 30 |
| 4.5 Andel daglig rökare (%), 16–44 år, 1980–1997 | 34 |
| 4.6 Andel kariesfria barn (%) | 37 |
| 4.7 Antal vårdplatser i slutna psykiatrisk vård samt antal läkarbesök 1000-tal i öppen vård 1980–1998 | 39 |

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (1992:859),
2. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1996:1152) om handel med läkemedel,
3. antar regeringens förslag om fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård,
4. godkänner de av regeringen föreslagna principerna för ett nytt avgiftssystem för den statliga läkemedelskontrollen fr.o.m. den 1 januari 2000 (avsnitt 4.6),
5. godkänner den av regeringen föreslagna strukturen för det nationella stödet till utvecklingsarbete inom vården och omsorgen (avsnitt 4.6),
6. bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om anslaget A3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*, disponera 24 miljoner kronor dels för avvecklingen av Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri), dels för uppbyggnad av det nya nationella stödet till utvecklingsarbete inom vård och omsorg,
7. bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om ramanslaget A8 *Folkhälsoinstitutet*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 108 miljoner kronor efter år 2000,
8. bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om ramanslaget A15 *Socialstyrelsen*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 20 miljoner kronor efter år 2000,
9. bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om ramanslaget B3 *Statsbidrag till vårdartjänst m.m.*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 60 miljoner kronor efter år 2000,
10. bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om ramanslaget B16 *Statens institutionsstyrelse*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 20 miljoner kronor efter år 2000,
11. bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om ramanslaget C1 *Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskningsmedel*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 340 miljoner kronor efter år 2000,
12. för budgetåret 2000 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

| Anslag | Anslagstyp | |
|---|--------------------|-------------------|
| A1 Sjukvårdsförmåner m.m. | ramanslag | 1 998 000 |
| A2 Bidrag för läkemedelsförmånen | ramanslag | 14 137 000 |
| A3 Bidrag till hälso- och sjukvård | ramanslag | 980 225 |
| A4 Insatser mot aids | ramanslag | 65 622 |
| A5 Bidrag till WHO | ramanslag | 34 371 |
| A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar | anslag | 1 591 |
| A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan | ramanslag | 16 701 |
| A8 Folkhälsoinstitutet | ramanslag | 110 999 |
| A9 Smittskyddsinstitutet | ramanslag | 131 224 |
| A10 Institutet för psykosocial medicin | ramanslag | 13 059 |
| A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik | ramanslag | 35 622 |
| A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | ramanslag | 19 086 |
| A13 Ersättning till steriliserade i vissa fall | ramanslag | 90 000 |
| A14 Personligt ombud | ramanslag | 45 000 |
| A15 Socialstyrelsen | ramanslag | 429 102 |
| B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken | ramanslag | 260 000 |
| B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | reservationsanslag | 330 000 |
| B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m. | ramanslag | 183 019 |
| B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder | anslag | 78 394 |
| B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer | anslag | 132 194 |
| B6 Ersättning för texttelefoner | ramanslag | 16 285 |
| B7 Bilstöd till handikappade | ramanslag | 230 000 |
| B8 Kostnader för statlig assistansersättning | ramanslag | 5 136 000 |
| B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. | ramanslag | 63 000 |
| B10 Bidrag till organisationer på det sociala området | anslag | 64 341 |
| B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder | ramanslag | 27 500 |
| B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd | ramanslag | 8 663 |
| B13 Handikappombudsmannen | ramanslag | 8 159 |
| B14 Barnombudsmannen | ramanslag | 8 450 |
| B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor | ramanslag | 6 908 |
| B16 Statens institutionsstyrelse | ramanslag | 557 032 |
| B17 Alkoholinspektionen | ramanslag | 6 984 |
| B18 Alkoholsortimentsnämnden | ramanslag | 691 |
| B19 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa | reservationsanslag | 10 000 |
| C1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning | ramanslag | 117 655 |
| C2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning | ramanslag | 9 735 |
| Summa | | 25 362 652 |

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (1992:859)

Härigenom föreskrivs att 25 § läkemedelslagen (1992:859) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Den som ansöker om godkännande för försäljning av ett läkemedel, om erkännande av ett godkännande som meddelats i en annan medlemsstat i Europeiska unionen, om sådan jämkning av ett godkännande att indikationerna för läkemedlet utvidgas eller om tillstånd att få utföra en klinisk läkemedelsprövning skall betala ansökningsavgift.

Föreslagen lydelse

25 §¹

Den som ansöker om godkännande för försäljning av ett läkemedel, om erkännande av ett godkännande som meddelats i en annan medlemsstat i Europeiska unionen, *om tillstånd enligt 5 § tredje stycket, om tillstånd för tillverkning av läkemedel*, om sådan jämkning av ett godkännande att indikationerna för läkemedlet utvidgas eller om tillstånd att få utföra en klinisk läkemedelsprövning skall betala ansökningsavgift.

Den som anmäler eller ansöker om andra ändringar av villkoren i ett godkännande än som avses i första stycket skall betala tillkommande avgift. Även den som begär att Läke- medelsverket utarbetar eller kompletterar en prövningsrapport i samband med en ansökan i en annan

¹ Senaste lydelse 1995:475

Så länge ett godkännande eller ett tillstånd enligt första stycket *eller ett godkännande enligt förordning (EEG) nr 2309/93* gäller skall årsavgift betalas. Årsavgift får också tas ut för läkemedel för vilka har meddelats tillstånd till försäljning enligt 5 § andra eller tredje stycket.

Även den som ansöker om eller har tillstånd att tillverka en sådan medicinsk gas, på vilken denna lag är tillämplig, och den som ansöker om eller innehar registrering av ett homeopatiskt medel skall betala ansöknings- och årsavgift.

medlemsstat om erkännande av ett i Sverige godkänt läkemedel skall betala tillkommande avgift för rapporten.

Så länge ett godkännande eller ett tillstånd enligt första stycket gäller skall årsavgift betalas. Årsavgift får också tas ut för läkemedel för vilka har meddelats tillstånd till försäljning enligt 5 § andra eller tredje stycket.

Den som får vetenskaplig rådgivning av Läkemedelsverket i samband med utvecklingen av ett läkemedel skall betala en särskild avgift för det.

Regeringen beslutar om avgifternas storlek och får meddela ytterligare föreskrifter om sådana avgifter. Efter bemyndigande av regeringen får Läkemedelsverket meddela sådana ytterligare föreskrifter om avgifter som inte gäller avgifternas storlek.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000.
 2. För ansökan eller anmälan som kommit in till Läkemedelsverket före den 1 januari 2000 men ännu inte avgjorts gäller äldre föreskrifter.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1152) om handel med läkemedel

Härigenom föreskrivs att 10 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

10 §

Den som ansöker om tillstånd enligt 3 § skall betala ansöknings- och årsavgift.

Den som bedriver detaljhandel med läkemedel enligt 4 eller 5 § skall betala årsavgift.

Regeringen beslutar om avgifternas storlek och får meddela ytterligare föreskrifter om sådana avgifter. Efter bemyndigande av regeringen får Läke- medelsverket meddela sådana ytterligare föreskrifter om avgifter som inte gäller avgifternas storlek.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000.

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

Härigenom föreskrivs att lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård², som gäller till utgången av år 1999, skall fortsätta att gälla till och med utgången av år 2001.

² Lagens giltighetstid senast förlängd 1998:1653.

3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

Utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg omfattar tre verksamhetsområden:

- A Hälsovård och sjukvård
- B Social omsorg
- C Forskning

I utgiftsområdet ingår 14 myndigheter som har till uppgift att svara för genomförande, tillsyn, uppföljning, utvärdering och forskning. Verksamheten inom områdena A och B är huvudsakligen inriktade mot kommuner och landsting, vilka står för huvudmannskapet avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst m.m.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutvecklingen

Miljoner kronor (löpande priser)

| Utfall 1998 | Anslag 1999 ¹ | Utgifts- prognos 1999 | Förslag anslag 2000 | Beräknat anslag 2001 | Beräknat anslag 2002 |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 23 124 | 24 087 | 24 819 | 25 363 | 25 900 | 26 209 |

¹ Inklusivt beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1999 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

För information om verksamhetsutfall, förändringar och prioriteringar hänvisas till respektive verksamhetsområde.

Mål

- 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 tillgodoser den enskilda individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

Inom Socialdepartementet pågår arbete med att vidareutveckla målen.

3.3 Resultatbedömning

I budgetpropositionen för år 1998 lades ett antal mål fast för utgiftsområdet. I budgetpropositionen för år 1999 konkretiserades dessa mål för verksamhetsområdena:

- Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras.
- Patientens ställning skall stärkas.
- Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
- Tobaksbruket skall minska.
- Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv.
- En god tandhälsa skall upprätthållas.
- Vården av och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras.
- 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.
- 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.
 - Personer med sociala eller andra handikapp och försörjningssvårigheter skall få stöd, bistånd och god omsorg.
 - Barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden.
 - 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.
 - Kunskapen skall öka om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

Regeringens resultatbedömning sker med utgångspunkt från dessa mål och redovisas utförligt under vart och ett av verksamhetsområdena (se avsnitten 4.3, 5.3 och 6.3).

Folkhälsoläget är gott i Sverige, men på några områden finns oroande tecken. Allt fler människor anger att de har psykiska besvär och inom barn- och ungdomspsykiatri har antalet besök ökat kraftigt. En stor andel unga rör på sig så lite att det hotar deras hälsa och en stor del av befolkningen lider av övervikt. Alltför många unga börjar röka. Allergier blir allt vanligare. I folkhälsoarbetet skall de grupper som är mest exponerade för hälsorisker prioriteras. Till dem hör bl.a. invandrare och barn och unga.

Kvaliteten i sjukvården har generellt sett bibehållits eller t.o.m. ökat och vården får generellt högt betyg av patienterna, trots omfattande strukturförändringar. Internationellt sett ligger Sverige långt framme när det gäller att tidigt och framgångsrikt införa nya och effektivare behandlingsmetoder som medför att fler kan behandlas. Det finns dock stora lokala och regionala variationer i kvaliteten. Primärvården är inte tillräckligt utvecklad och det finns brister inom äldreården och psykiatri. På vissa håll förekommer långa väntetider till planerade

behandlings, trots att antalet operationer generellt sett kan ha mångdubblats tack vare ny metodik. Regeringen bedömer att det är angeläget att åtgärda dessa brister. Primärvården måste utvecklas och landstingen och kommunerna säkra väl fungerande vårdkedjor. Regeringen anser också att det är angeläget att se till att patienternas möjligheter att välja vårdgivare förbättras, t.ex. genom att förbättra informationen om väntetider på olika sjukhus.

Äldreomsorgen håller överlag god kvalitet. Men på vissa områden finns brister och problem som varit kända länge. Det gäller t.ex. avgifter, läkarmedverkan, inflytande, samverkan mellan kommuner och landsting samt de problem som är förknippade med att allt fler anhöriga tar hand om de äldre. En nationella handlingsplan för äldrepolitiken lades fast 1998. Den syftar bl.a. till att komma till rätta med dessa problem. Regeringen bedömer att det är angeläget att kraftfullt fortsätta genomförandet av handlingsplanen.

FN:s standardregler för personer med funktionshinder skall tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Sverige är det land i världen där reglerna är mest kända. Trots det är det långt kvar innan de blir förverkligade. Funktionshindrade får inte alltid det stöd av kommuner och landsting som han eller hon har rätt till enligt lag. Många funktionshindrade kan inte delta i olika samhällsaktiviteter för att de rent fysiskt, men även på andra sätt, utestängs. Dagens förhållningssätt till funktionshindrade innebär att de många gånger känner sig illa bemötta. Funktionshindrade skall inte diskrimineras. Regeringen är mycket angelägen om att attityderna till funktionshindrade förändras och att deras möjligheter att delta i samhällslivet förbättras under de kommande åren.

Även om socialbidragsberoendet minskade något under år 1998 anser regeringen att det är mycket viktigt att minskningen fortsätter. Färre barn skall växa upp i familjer som under längre perioder behöver socialbidrag och fler invandrare och unga måste få möjlighet att försörja sig på andra sätt än genom bidrag.

FN:s konvention om barnets rättigheter är en av grundpelarna för regeringens arbete med barnfrågor. Myndigheter, landsting och kommuner känner idag till barnkonventionen ganska väl, men det är långt kvar innan den genomsyrar allt beslutsfattande som rör barn. Regeringens ambition är att kommuner, myndigheter och

andra som arbetar med barn och unga har ett aktivt förhållningssätt till konventionen som bidrar till att barns och ungas levnadssituation förbättras. Därför kommer regeringen att lägga ner mycken möda på att genomföra den strategi som riksdagen beslutade år 1998 för förverkligandet av barnkonventionen.

För vägledning av socialpolitiken vid ingången av nästa årtusende har regeringen gett en kommitté i uppdrag att göra en samlad bedömning av

välfärdsutvecklingen. Denna skall ske mot bakgrund av en beskrivning vad gäller förändringar av de socialpolitiska välfärdssystemen och de stora strukturförändringarna under 1990-talet. Därmed kan viktiga kunskapsluckor och centrala forskningsuppgifter, med särskild relevans för de utmaningar socialpolitiken står inför på 2000-talet, identifieras.

Socialdepartementet ser nu över målen inom ramen för den s.k. tvåårsöversynen.

Tabell 3.2 Utgiftsutvecklingen

| | Utfall 1998 | Anslag 1999 ¹ | Utgifts- prognos 1999 | Förslag anslag 2000 | Beräknat anslag 2001 | Beräknat anslag 2002 |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Häsovård och sjukvård | 17 525 | 17 341 | 18 226 | 18 108 | 18 329 | 18 599 |
| Social omsorg | 5 496 | 6 633 | 6 490 | 7 128 | 7 431 | 7 468 |
| Forskning | 102 | 114 | 104 | 127 | 140 | 142 |
| Totalt för utgiftsområde 9 | 23 124 | 24 087 | 24 819 | 25 363 | 25 900 | 26 209 |

¹ Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1999 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

4 Hälsovård och sjukvård

4.1 Omfattning

Verksamhetsområdet Hälsovård och sjukvård omfattar verksamhet som i huvudsak är ett ansvar för landstingen och kommunerna och som regleras bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Statens stöd till den kommunala sektorn utgår främst från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg redovisas vissa ersättningar som ges till sjukvårdshuvudmännen till följd av den särskilda årliga överenskommelsen mellan staten och landstingen (den s.k. Dagmar-överenskommelsen).

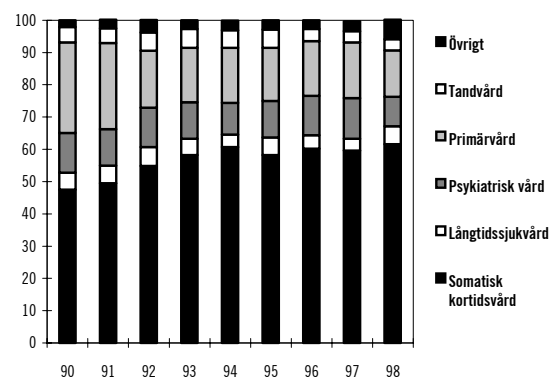
De dominerande anslagsposterna inom verksamhetsområdet Hälsovård och sjukvård är tandvårdsförsäkringen och läkemedelsförmånen. I verksamhetsområdet ingår också de statliga myndigheterna med anknytning till hälso- och sjukvårdsområdet bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och Nordiska hälsovårdshögskolan. En förändring jämfört med tidigare år är att även Socialstyrelsen, som tidigare redogjorts för under ett eget verksamhetsområde, nu redovisas som ett anslag under verksamhetsområdet Hälsovård och sjukvård. Under verksamhetsområdet redovisas även Läkemedelsverket och Apoteket AB samt WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar.

Sverige har i ett internationellt perspektiv relativt låga kostnader för hälso- och sjukvård. En jämförelse mellan de svenska kostnaderna för hälso- och sjukvård som en andel av BNP och ett genomsnitt för motsvarande kostnadsandel i EU-länderna visar enligt OECD:s statistik att Sveriges andel var 7,6 procent av BNP jämfört med genomsnittet 7,9 procent i EU-länderna för

år 1997. Nettokostnaderna³ för landstingens hälso- och sjukvård (primärvård, somatisk korttidssjukvård, geriatrisk vård, psykiatrisk vård och tandvård) uppgick under år 1998 enligt Landstingsförbundets statistik till 95 miljarder kronor. Detta var en ökning med drygt fyra procent jämfört med år 1997 då kostnaderna uppgick till 91 miljarder kronor.

Den landstingskommunala hälso- och sjukvården omfattar en rad olika verksamheter. Fördelningen av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården på de olika verksamheterna för respektive år under perioden 1990–1998 framgår av nedanstående diagram.

Diagram 4.1 Fördelningen av kostnader på olika verksamheter inom hälso- och sjukvården (%), 1990–1998



Källa: Landstingsförbundet

Som framgår av diagram 4.1 har den somatiska korttidssjukvårdens andel av de totala kostnaderna under den aktuella perioden ökat från 47,4 procent år 1990 till 61,3 procent år 1998.

³ Nettokostnaden = samtliga kostnader med avdrag för samtliga intäkter.

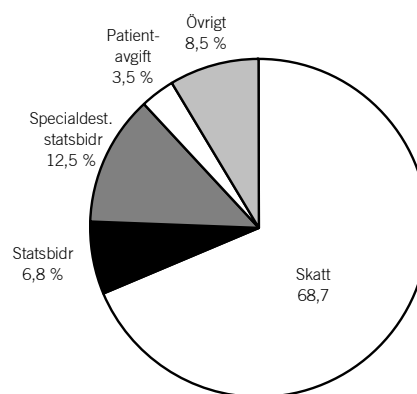
Den geriatriska vårdens andel av de totala kostnaderna har i stort sett varit oförändrad under perioden och var 5,4 procent år 1998, medan primärvårdens andel har minskat från 30,2 procent år 1990 till 20,6 procent år 1998. När det gäller den psykiatriska vården så har dess andel minskat från 12,3 procent av kostnaderna för år 1990 till 9,2 procent av kostnaderna år 1998. Slutligen har tandvårdens andel minskat från 4,7 procent av kostnaderna för år 1990 till 3,5 procent av kostnaderna för år 1998.

Förändringarna i kostnadsandelar för de olika verksamheterna inom landstingens hälso- och sjukvård kan förklaras av de omstruktureringar som har genomförts under 1990-talet inom sektorn och som bl.a. innebär en omfördelning från slutna vård till öppna vårdformer och hemsjukvård. Stor betydelse för omfördelningen har också de förändringar som skett till följd av Ädelreformen och psykiatrireformen.

Landstingens verksamhet finansieras i huvudsak via landstingsskatten. Som framgår av diagram 4.2 utgjorde landstingsskatten under år 1998 cirka 70 procent av landstingssektorns inkomster. Statens bidrag till landstingen består dels av det generella statsbidraget, dels av vissa specialdestinerade statsbidrag (inom hälso- och sjukvårdsområdet t.ex. ersättning med anledning av den årliga Dagmaröverenskommelsen, statsbidraget för läkemedelsförmånen samt vissa tidsbegränsade stimulansbidrag med anledning av t.ex. Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna). Landstingen har vidare vissa övriga inkomster (ersättningar från försäkringskassor, ersättningar från kommuner, försäljning av tjänster osv.) samt inkomster från patientavgifter. Det bör noteras att uppgifterna i diagram 4.2 är preliminära och att de avser finansieringen av landstingens totala verksamhet och inte endast hälso-

och sjukvården. Diagrammet ger emellertid en relativt rättvisande bild av finansieringen av landstingens hälso- och sjukvård eftersom den verksamheten utgör en stor andel, ca 86 procent år 1998, av landstingens totala verksamhet.

Diagram 4.2 Landstingens inkomster år 1998 fördelade efter inkomstslag (%)



Källa: Landstingsförbundet

När det gäller personalen inom landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård så kan situationen för år 1998 illustreras av tabell 4.1 nedan. Av tabellen framgår också förändringen jämfört med år 1995 när det gäller personalens storlek och fördelningen på vissa yrkeskategorier. Uppgifterna är hämtade från Landstingsförbundets statistik. Av tabellen kan utläsas att den samlade personalen inom hälso- och sjukvården totalt ökade från drygt 240 000 till knappt 261 000 mellan år 1995 och år 1998. Hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna ökade under perioden med knappt 16 000 medan ökningen av hälso- och sjukvårdspersonalen i landstingen uppgick till knappt 5 000.

Tabell 4.1 Viss sjukvårdspersonal i landsting och primärkommuner år 1998 samt förändring 1995–1998

| | 1998 | | | Förändring 1995–1998 | | |
|------------------|----------------|---------------|----------------|----------------------|---------------|---------------|
| | Landsting | Kommuner | Totalt | Landsting | Kommuner | Totalt |
| Läkare | 23 000 | 800 | 23 800 | 2 500 | -1 800 | 700 |
| Sjuksköterska | 74 300 | 17 500 | 91 800 | 6 200 | -1 100 | 5 100 |
| Undersköterska | 41 900 | 61 500 | 103 400 | 1 400 | 20 000 | 21 400 |
| Sjukvårdsbiträde | 3 000 | 7 800 | 10 800 | -3 800 | -2 900 | -6 700 |
| Skötare | 12 600 | 5 300 | 17 900 | -2 000 | 900 | -1 100 |
| Sjukgymnast | 5 500 | 1 200 | 6 700 | 400 | 100 | 500 |
| Arbetssterapeut | 3 800 | 2 500 | 6 300 | 100 | 450 | 550 |
| Summa | 164 100 | 96 600 | 260 700 | 4 800 | 15 650 | 20 450 |

Källa: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet

Nationell handlingsplan för vården

Ett av regeringens högst prioriterade mål är att säkra en väl fungerande vård och omsorg. Som framgår av resultatredovisningen i det följande finns det inom vården vissa bristområden, som det är angeläget att komma tillrätta med. Regeringen avser mot denna bakgrund att under år 2000 presentera en nationell handlingsplan för utveckling och förnyelse av sjukvården. Regeringens ambition är att den nationella handlingsplanen skall kunna utvecklas under en bred politisk uppslutning. Handlingsplanen skall innehålla förslag om mål och inriktning samt handlingsvägar för den framtida sjukvården.

Nuvarande brister i vården är också bakgrunden till den s.k. försvarsuppgörelsen. Genom uppgörelsen kommer sammanlagt åtta miljarder kronor att tillföras vården och omsorgen under perioden 2002–2004.

Regeringen gör emellertid bedömningen att det finns ett behov av ytterligare resurser. Bakgrunden är bl.a. demografiska förändringar och förändringar i vårdens struktur, som resulterat i ökade vårdbehov i primärvård, äldreomsorg och psykiatri. Regeringen avser därför att redan för år 2001 föreslå att ytterligare medel – en miljard kronor – tillföras vården och omsorgen.

Sammantaget innebär det att landstingen och kommunerna kommer att tillföras extra statsbidrag för vård och omsorg om nio miljarder kronor under perioden 2001–2004, fördelat enligt följande:

Tabell 4.2 Resurstillskott till vården

Miljarder kronor

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------|------|------|------|
| 1 | 1 | 3 | 4 |

I försvarsuppgörelsen aviserades för åren 2002–2004 fyra områden som skall prioriteras inom ramen för satsningen; primärvården, vården och omsorgen om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald i vården.

Regeringen återkommer i 2000 års ekonomiska vårproposition angående resurstillskottet för år 2001 och senare år. Resurstillskottet kommer att inordnas i det generella statsbidraget till kommuner och landsting. Avsikten är att staten skall träffa s.k. utvecklingsavtal med Landstingsförbundet respektive Svenska kom-

munförbundet, där den närmare inriktningen på vårdatsatsningen läggs fast.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.3 Utgiftsutveckling

Miljoner kronor (löpande priser)

| Utfall 1998 | Anslag 1999 ¹ | Utgifts-prognos 1999 | Förslag anslag 2000 | Beräknat anslag 2001 | Beräknat anslag 2002 |
|-------------|--------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| 17 525 | 17 341 | 18 226 | 18 108 | 18 329 | 18 599 |

¹ Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1999 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Folkhälsan har fortsatt att förbättras men alltjämt finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Ett oroande tecken är att den andel av befolkningen som uppger sig ha psykiska besvär ökar. Andra hälsoproblem som ökar är övervikt och allergier.
- Vårdens kvalitet har generellt sett bibehållits eller förbättrats trots minskade reala resurser, men det finns stora regionala och lokala variationer. Det finns dessutom stora brister i läkarinsatserna i den kommunala äldreomsorgen.
- Problemen med långa väntetider till planerade behandlingar inom sjukvården kvarstår. Problemen beror i stor utsträckning på att nya medicinska metoder introduceras tidigt och erbjuds stora grupper patienter. Köproblemen beror således inte på att sjukvården producerar mindre än tidigare utan på att fler patienter kan behandlas.
- Enligt Socialstyrelsens uppföljning av psykiatireformen får personer med psykisk störning inte del av insatser för stöd och service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade i den utsträckning som gruppens behov föranleder. Omkring hälften av gruppen svårt psykiskt störda saknar adekvat sysselsättning anpassad till deras funktionshinder.
- Kostnaden för läkemedelsförmånen ökade med 19,5 procent mellan åren 1997 och 1998. Kostnadsökningen fortsatte under de första månaderna 1999 varför en förändring

av läkemedelsförmånen genomfördes fr.o.m 1 juni 1999. Den årliga besparingseffekten av den vidtagna åtgärden beräknas till 1 370 miljoner kronor.

Förändringar

- Ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som riksdagen beslutat. Landstingen har tillförts medel för insatser inom området genom den särskilda överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården.
- Problematiken kring vårdens tillgänglighet har under året fortsatt att vara en central fråga för regeringen. Landstingen och kommunerna har genom utökade statsbidrag fått förutsättningar att korta väntetiderna inom vården samt att komma tillrätta med de problem som i dag finns inom äldre- och sjukvården.
- Regeringen har tagit initiativ för att samverka mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg skall förbättras, bl.a. när det gäller läkarinsatserna i den kommunala äldre- och sjukvården.
- Ytterligare åtgärder har vidtagits för att stärka patientsäkerheten i vården genom riksdagens beslut om en ny reglering för yrkesverksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet som trädde i kraft den 1 januari 1999.
- Riksdagens beslut att införa lagstiftning om ersättning till steriliserade i vissa fall ger rätt för vissa personer som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ att erhålla ekonomisk ersättning av staten med 175 000 kronor.

Prioriteringar för år 2000

- Åtgärder skall vidtas för att förbättra förutsättningarna att korta väntetider och förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.
 - Insatser skall genomföras för att en lättillgänglig, nationellt jämförbar redovisning av vårdens prestationer och resultat samt köer och väntetider skall komma till stånd.
 - Åtgärder skall vidtas för att förbättra den psykiska hälsan hos befolkningen och särskilt hos barn och ungdomar.
 - Ytterligare steg mot att kontrollera kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen skall tas genom att en ny modell för ersättningen till landstingen införs. Inriktningen är att landstingen fr.o.m. år 2001 fullt ut skall ges ett kostnadsansvar för läkemedelsförsörjningen.
 - Insatserna för att förbättra folkhälsan för de mest utsatta grupperna i samhället skall ytterligare förstärkas.
 - Fortsatta insatser skall göras för att tobaksbruket skall minska, speciellt bland unga.
 - Lagstiftningen på smittskyddsområdet skall omarbetas med syfte att stärka rättssäkerheten samt förbättra möjligheterna att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.
 - Insatsen personligt ombud för personer med psykiskt funktionshinder skall permanentas.
-

4.3 Resultatbedömning

I budgetpropositionen avseende år 1998 lades ett antal mål fast för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Dessa mål har i budgetpropositionen avseende år 1999 ytterligare konkretiserats och beskrivits under verksamhetsområdena Hälsovård och sjukvård samt Social omsorg. Regeringens resultatbedömning nedan sker med utgångspunkt från de mål för verksamhetsområdet Hälsovård och sjukvård som beskrivits i budgetpropositionen avseende år 1999.

4.3.1 Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras

Tillståndet och utvecklingen

I lagstiftningen ställs höga krav på kvalitet i hälso- och sjukvården och kvalitetsfrågorna kommer också alltmer i fokus i vården. Frågorna har under senare år delvis ändrat karaktär. Tidigare handlade det mycket om säkring av medicinska resultat och medicinskteknisk säkerhet. I dag har begreppet vidgats till att omfatta totalkvalitet, dvs. hälso- och sjukvårdens förmåga att möta de krav som medborgarna och patienterna har på hälso- och sjukvården. Det råder delade meningar om vilken effekt den omdanande utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har haft på vårdens kvalitet. I Socialstyrelsens årsbok Sjukvården i Sverige 1998 redovisas senare års utveckling inom olika delar av hälso- och sjukvården. Denna översikt utmynnar i bedömningen att vårdens kvalitet generellt sett bibehållits eller ökat trots minskade reala resurser, men att det finns stora lokala och regionala variationer.

Underlag för bedömning av vårdens kvalitet kan hämtas från olika håll och på olika sätt. En indikator som belyser förekomsten och karaktären av brister och problem inom hälso- och sjukvården är antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Antalet ärenden som inkommit till HSAN har fördubblats sedan början av 1990-talet. År 1998 uppgick antal inkomna ärenden till ca 3 000 – av dessa var det ca 400 som ledde till påföljd. Antalet ärenden som lett till påföljd har dock inte blivit fler under senare år, vilket tyder på att det kan vara anmälningsbenägenheten snarare än antalet fel som

ökat. De vanligaste typerna av fel avser behandling, diagnos samt operationer.

Socialstyrelsen följer utvecklingen av vårdens kvalitet bl.a. genom de så kallade nationella kvalitetsregistren. Antalet sådana register är för närvarande ca 45 st. Exempel på kvalitetsförbättringar, som kunnat utläsas ur kvalitetsregistren, är minskad frekvens av reoperationer efter ljumskbråcksoperation, bättre hållbarhet i implantaten vid höftledsoperationer och minskad frekvens av icke önskvärda brytningsfel efter gråstarrsoperationer.

Register av den typ som det nationella kvalitetsregistret och slutenvårdsregistret, saknas i dag för primärvården. Detta gör att uppföljning av innehåll och kvalitet i primärvården är svår att göra på nationell nivå.

Ett viktigt komplement i kvalitetsarbetet är att studera kvaliteten ur patientens perspektiv. SCB genomförde under våren 1998 en undersökning som riktade sig till 50 000 patienter i Västra Götalands län. Resultaten visar att på en indexskala, NPI (NPI=Nöjd Patient Index) från 1 till 100 får sjukhusens slutenvård betyget 79, medan primärvården och sjukhusvårdens öppna verksamhet får betyget 75. Undersökningen visar också att äldre patienter samt patienter med sämre hälsa är mer nöjda med vården än yngre patienter och patienter med god hälsa. Män och kvinnor gav i huvudsak samma betyg på vården.

Trots att äldre patienter var mer nöjda med vården än yngre patienter har Socialstyrelsen under de senaste åren ett flertal gånger pekat på brister i läkarinsatserna i den kommunala äldreomsorgen. Trots att det i många kommuner och landsting pågår arbete med att utveckla olika former av samverkan saknas fortfarande ett fullgott läkarstöd till särskilt boende. Även inom hemsjukvården är insatserna otillräckliga.

Socialstyrelsen överlämnade i november 1998 en rapport om sjukhemmens utveckling före och efter Ädelreformen (Ädelparadoxen – Sjukhemmen före och efter Ädelreformen) till regeringen. Sjukhemmen utvecklas enligt Socialstyrelsen allt mer mot att få karaktären av sjukvårdsinrättningar, där människor med omfattande behov av omvårdnad och medicinska insatser vistas allt kortare tider. Andelen undersköterskor har ökat betydligt vid sjukhemmen. Andelen sjuksköterskor har däremot minskat vid jämförelse med förhållandena före Ädelreformen. Rapporten visar också att läkarnas tid för direktkontakt med de boende har halverats under de senaste fyra åren och nu är ca fyra mi-

nuter per boende och vecka. Den fysiska miljön och boendestandarden har dock förbättrats och utvecklingen går mot mindre boendeenheter.

En betydelsefull faktor för att utveckla kvaliteten inom hälso- och sjukvården är personaltillgången. Situationen på arbetsmarknaden för vård- och omsorgspersonal har förändrats i snabb takt. Inom många områden ökar rekryteringsproblemen och bristsituationer har uppstått eller riskerar att uppstå. Ett ökat behov av rekrytering beror bl.a. på ökade pensionsavgångar, då medelåldern på befintlig personal är hög, samt demografiska förändringar i framtiden. Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer dessutom krav på fortsatt vidareutbildning av all personal under den yrkesverksamma perioden.

De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

I vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem är det framförallt huvudmännen som är ansvariga för kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. De direkta statliga insatserna på området är därför begränsade. En viktig roll för staten är dock att stötta och stimulera huvudmännens utvecklingsarbete mot en förbättrad kvalitet i vård och omsorg. Staten har också en viktig funktion att följa upp, utvärdera och uppmärksamma utvecklingen på området samt vid konstaterade behov förändra lagstiftningen.

Läkarinsatser i den kommunala vården samt samverkan

I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för att stärka patientens ställning m.m. utlovades en utökad satsning från landstingen för att komma till rätta med bristerna i läkarinsatserna i den kommunala vården och omsorgen. För att stödja det arbete som bedrivs i landsting och kommuner har Landstingsförbundet initierat ett projekt kring Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre. Inom ramen för projektet, som bedrivs i samverkan med Svenska kommunförbundet, belyses och fördjupas diskussionen om vad som krävs för att äldre människors behov av läkarkontakter skall kunna tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Det handlar bl.a. om primärvårdsläkarens roll i äldrevården, samverkan med övriga specialiteter – t.ex. geriatrik och psykiatri – samt läkarmedverkan i informationsöverföring och vårdplanering.

Dokumentation

En viktig fråga för kvaliteten och säkerheten inom hälso- och sjukvården är dokumentationen inom vården. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att redovisa erfarenheterna av det sedan år 1986 gällande signeringskravet för anteckningar i patientjournaler. Socialstyrelsen konstaterar i sin uppföljning att hälso- och sjukvården genomgått en omfattande administrativ, formell och organisatorisk utveckling sedan lagens tillkomst. Stora delar av den utvecklingen påverkar såväl den grundläggande frågan om vad som skall dokumenteras och formerna för dokumentationen, som vilka metoder som skall tillämpas för kontroll av de införda uppgifterna. Socialstyrelsen bedömer att signeringsbestämmelsen bör ändras och ges en mer flexibel utformning dock utan att kravet på kontroll av vad som införs i en patientjournal eftersätts. En lösning av signeringsfrågan bör dock enligt Socialstyrelsen inte utarbetas enbart med problemen med signeringen som utgångspunkt utan att det finns behov av en mer omfattande översyn av patientjournalagen. Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning och avser att ge myndigheten i uppdrag att göra en samlad översyn av patientjournalagen.

Regeringen har vidare under år 1999 gett Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag om åtgärder för att få bort onödig administration i hälso- och sjukvården. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 december 1999.

Tillsyn

Regeringen gav i december 1997 Socialstyrelsen ett uppdrag om kvalitetsutveckling och förstärkt tillsyn vid vården av äldre och funktionshindrade. Detta skulle ske dels genom förstärkning av den regionala tillsynsorganisation under år 1998, dels genom utarbetande av ett förslag till hur Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården i tillämpliga delar skulle kunna användas inom omsorgen av äldre och funktionshindrade i dess helhet. Vidare skulle samarbetet med länsstyrelserna utvecklas. I Socialstyrelsens avrapportering av uppdraget framgår att en förstärkt tillsyn uppnåtts genom, dels anställning av tillsynspersonal med kompetens inom äldrevården, dels fler och fördjupade tillsynsåtgärder. Intensifierad samverkan med länsstyrelserna genom gemensamma insatser i enskilda ärenden och verksamhetstillsyn samt arrangerande av tillsynsutbildningar är andra åtgärder som

vidtagits. Vidare resulterade uppdraget i nya allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade.

Tillgången till personal

Mot bakgrund av den hotande bristen på vård- och omsorgspersonal inrättade regeringen i juni 1998 en kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven i vård- och omsorgssektorn samt att föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till sektorn. Kommissionen presenterade i juli 1999 sin slutrapport (Ds 1999:44) *Den ljusnande framtid är vård*. Kommissionens rapport innehåller en rad förslag som för närvarande bereds inom Regeringskansliet.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000 – överlämnade i början av sommaren 1999 sitt slutbetänkande *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården* (SOU 1999:66). Förutom den statliga styrningen lämnar kommittén förslag om att stärka vårdforskningen. Betänkandet kommer att remissbehandlas under hösten 1999.

Vissa medicinsk-etiska frågor

Till följd av att den medicinska utvecklingen ger nya möjligheter att förebygga och behandla sjukdomar aktualiseras i många fall svåra etiska frågor som kan vara av stor betydelse för kvaliteten i hälso- och sjukvården. Detta gäller framför allt åtgärder i livets början och slut. Dessa frågor kräver särskild prövning och eftertanke. Under senare år har flera områden blivit föremål för lagstiftning eller reglering av annat slag.

Regeringen har överlämnat en skrivelse om genetisk integritet till riksdagen. I skrivelsen redogörs för att regeringen kommer att tillsätta en parlamentarisk kommitté som skall lämna förslag vilka garanterar att diskriminering på grund av genetisk integritet inte skall kunna ske. Kommittén skall lämna sitt förslag inom två år.

Regeringen har också slutit ett avtal med Sveriges Försäkringsförbund som innebär ett ökat skydd för den enskilde mot diskriminering då enskild liv- eller sjukförsäkring skall tecknas. Försäkringsbolagen förbinder sig i avtalet att inte införa krav på att försäkringssökande skall genomgå genetisk undersökning som förutsättning för att få teckna försäkring. Bolagen förbinder sig också att inte fråga efter resultat av tidigare genomförd genetisk undersökning upp till en

försäkringsersättning om 15 basbelopp, i dag ca 500 000 kronor. Försäkringsförbundet åtar sig också i avtalet att inte undanta någon sjukdom för utbetalning av försäkringsersättning. Avtalet gäller till år 2002.

Regeringen har vidare beslutat ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda regleringen av integritetskänsligt material i biobanker. Översynen skall ske med utgångspunkt från att viktig kunskap som kan erhållas ur biobanker skall kunna vara tillgänglig för forskning, vård och behandling samtidigt som material från biobanker inte får användas på ett sätt som kan skada den enskilde, dennes genetiska släktingar och deras integritet. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast 1 maj år 2000.

Ett omfattande utredningsarbete i kommittéform pågår också inom området. Här kan följande nämnas.

Utredningen om överföring av organ från djur till människa, Xenotransplantationskommittén (dir. 1997:44), överlämnar sitt slutbetänkande i oktober 1999. Risken för spridning av smitta från djur till människa är en av de viktiga frågor utredningen har att ta ställning till.

Utredningen om vård i livets slutskede (dir. 1997:147) som bl.a. skall överväga och lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten för dem som är svårt sjuka och döende, deras familjer och närstående, skall lämna sitt slutbetänkande senast i början av år 2001.

Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (1997:135) påbörjade sitt arbete i juni 1998. Delegationen 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.

1997 års steriliseringsutredning (dir. 1997:100) har bl.a. i uppdrag att allsidigt belysa de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar vad gäller tillkomsten och tillämpningen av den steriliseringslagstiftning som var i kraft i Sverige från 1930-talet fram till dess att den nuvarande steriliseringslagen trädde i kraft år 1976. I ett delbetänkande har utredningen presenterat förslag till ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ. Avsikten är att utredningens slutbetänkande skall lämnas i december 1999.

Regeringens slutsatser

Regeringen kan konstatera att svensk hälso- och sjukvård generellt sett håller en hög kvalitet. Det pågår en dynamisk utveckling av angreppssätt, metoder och modeller för att säkerställa att kvaliteten i hälso- och sjukvården utvecklas fortlöpande och systematiskt. Trots det relativt goda läget finns en rad områden med utrymme för förbättringar. Ett viktigt material för kvalitetsbedömningar utgörs av de s.k. kvalitetsregistren. Fortfarande saknas dock kvalitetsregister på centrala områden som t.ex. primärvården. Det är därför enligt regeringen angeläget att bygga upp system som gör det möjligt att följa upp kvaliteten även inom bl.a. primärvården. Speciell uppmärksamhet bör ägnas utvecklingen inom äldrevård, hemsjukvård, psykiatri samt rehabilitering.

Trots initiativ på såväl central som lokal nivå består på många håll problemet med bristande läkarinsatser inom särskilt boende och i hemsjukvården. Det är därför enligt regeringen av största vikt att ytterligare åtgärder vidtas för att komma till rätta med problemen. Regeringen har mot bl.a. denna bakgrund tillkallat en särskild utredare med uppgift att beskriva och analysera de problem som i dag finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Även i överenskommelsen mellan staten och landstingen om vissa ersättningar för år 1999 har frågan lyfts fram.

I rapporten *Den ljusnande framtid är vård* (Ds 1999:44) har kommissionen för rekrytering till vård och omsorg enats om en rad åtgärder för att komma till rätta med den hotande bristen på vårdpersonal. Genomförandet av de åtgärder som föreslås vilar på staten, landstingen och kommunerna. Arbetet för att förbättra personalsituationen måste aktivt drivas vidare.

Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer vården inför nya och svåra etiska frågor. Arbetet med dessa frågor har hittills legat långt framme. Regeringen bedömer att det är av stor vikt att så sker också i fortsättningen.

4.3.2 Patientens ställning skall stärkas

Tillståndet och utvecklingen

Svensk hälso- och sjukvård är bland de främsta i världen vad gäller tillämpningen av nya medi-

cinska metoder och utfallet av de medicinska insatserna. En grundläggande utgångspunkt för utvecklings- och förnyelsearbetet inom hälso- och sjukvården är att patientens ställning skall stärkas. Det finns en bred enighet om att svensk hälso- och sjukvård också fortsättningsvis skall ligga i framkanten av den medicinska utvecklingen samtidigt som man vill gynna en utveckling som leder till att patientens ställning stärks. God tillgänglighet, valfrihet, god omvårdnad och rätt till bra information är viktiga delar i en patientfokuserad utveckling.

En viktig aspekt på patientens ställning inom hälso- och sjukvården är således att vården är tillgänglig i vid mening, så att den vårdsökande inom rimlig tid kan få den vård och service som behövs. Det finns i dag brister i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Det finns på flera håll i vården väntetider till planerad behandling som är oacceptabelt långa. De längsta köerna finns inom områden som är relativt lågt prioriterade såväl enligt riksdagens prioriteringsbeslut som kliniskt. Långa väntetider drabbar emellertid även vissa högprioriterade patientgrupper. Dessvärre saknas en heltäckande bild av kösituationen. Den statistik som finns bygger som regel på prognoser avseende förväntade genomsnittliga väntetider och ger ingen korrekt bild av verkligheten. Problemet storlek är alltså inte känd och inte heller dess utbredning inom olika delar av vårdorganisationen. Det finns emellertid många exempel som visar på förekomsten av icke önskvärda köer. Ett väl kartlagt område är kataraktkirurgin (gråstarrsoperationer), som årligen följs upp genom det Nationella kataraktregistret. I slutet av år 1998 väntade 31 500 patienter på operation. Den genomsnittliga faktiska väntetiden – från beslut om behandling till operation – uppgick år 1998 till nära sju månader. Andelen patienter som opererades inom tre månader var i genomsnitt 30 procent, men med en betydande variation mellan olika kliniker. Endast en klinik klarade att operera merparten av sina patienter inom tre månader. Andra exempel kan hämtas från ortopedin, där väntetiden till höft- och knäledsplastiker på vissa kliniker är längre än tre månader även för patienter med förtur. Enligt en grov uppskattning av Socialstyrelsen fanns det under hösten 1998 mer än 100 000 patienter på väntelista för operation och annan icke akut behandling.

De problem med tillgänglighet och köer som finns beror i stor utsträckning på att nya medicinska metoder införs tidigt i vårt land och er-

bjuds stora grupper av patienter. Köproblemen beror således inte på att sjukvården producerar mindre än tidigare utan på att fler patienter kan behandlas. Exempelvis opereras personer med grå starr nu i huvudsak i öppen vård, vilket gjort det möjligt att öka antalet operationer från 7 000 år 1980 till 47 000 år 1997.

De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

Riksdagen beslutade i december 1998 om förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen fr.o.m. den 1 januari 1999 med syftet att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården (prop. 1997/98:189, prop. 1998/99:4, bet. 1998/99SoU3, rskr. 1998/99:54). Ändringarna innebär bl.a. att patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Patientens rätt till information har preciserats och lyfts fram i en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälso-tillstånd och 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.

De patientnämnder (tidigare kallade förtroendenämnder) som finns i kommuner och lands-

ting som stöd till patienten har förstärkts. Nämndernas arbetsområde har utvidgats till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt viss socialtjänst i huvudsak inom äldreomsorgen. Nämndernas arbetsuppgifter har preciserats i lagstiftningen.

I den s.k. Dagmaröverenskommelsen för år 1999 enades staten och landstingen via Landstingsförbundet om en långsiktig satsning på att stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Därvidlag betonades både behovet av att öka patienternas inflytande och delaktighet och att förbättra vårdens tillgänglighet.

Det är ännu för tidigt att uttala sig om effekterna av de ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som trädde i kraft den 1 januari 1999. Att öka patienternas delaktighet och inflytande är ett omfattande arbete som kräver förändringar av 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 förändringar i praktiken.

I den vårdgaranti som gällt sedan år 1997 regleras väntetid för besök inom primärvård och specialistsjukvård. Vårdgarantin anger emellertid inte några tidsfrister för hur länge en patient skall behöva vänta på den behandling som läkare bedömt att han eller hon har behov av. Det kan självfallet uppfattas som en brist, särskilt mot bakgrund av att väntetider och köer på vissa håll kan bedömas som omotiverat långa. Mot denna bakgrund enades parterna i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m., förutom om att bibehålla vårdgarantin, också om att närmare klargöra de ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en behandlingsgaranti. I utredningsarbetet skulle som en viktig del ingå att se hur en eventuell behandlingsgaranti förhåller sig till de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Senare uppdrog regeringen till Socialstyrelsen att beskriva och analysera dessa förutsättningar.

I rapporten En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser konstaterar Socialstyrelsen att vårdens tillgänglighetsproblem består av två delar. Den ena är väntetider för planerade behandlingar, den andra överbelastade akutmottagningar och överbelastade medicinavdelningar. Tre typer av faktorer ligger enligt Socialstyrelsen bakom köerna till planerad

behandling, nämligen kapacitetsbrist, vidgade behandlingsindikationer samt ineffektiva vårdkedjor. Kapacitetsbristen kan t.ex. handla om brist på personal med rätt kompetens samt på kapacitetsproblem i primärvården inklusive den kommunala vården och omsorgen. Den främsta orsaken till väntetidsproblemen är emellertid enligt Socialstyrelsens uppfattning att vårdkedjorna inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Primärvårdens läkarmottagningar förmår t.ex. inte avlasta sjukhusens specialist- och akutmottagningar.

Socialstyrelsen pekar på risker för att väntetidsgarantier endast fokuserar på vissa delar av vårdkedjan vilket kan leda till att vårdinsatser för redan diagnostiserade patienter och patienter under långtidsbehandling trängs undan. Fokuseringen på väntetider kan också resultera i att resurserna styrs till verksamheter med synliga köer på bekostnad av högre prioriterade men inte lika synliga vårdbehov. Socialstyrelsen kommer till slutsatsen att införandet av en tre månaders behandlingsgaranti i svensk sjukvård dels skulle medföra risker för felaktiga prioriteringar, dels vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialutbildad personal.

Socialstyrelsen menar att de åtgärder som krävs för att komma till rätta med sjukvårdens köproblem måste grundas på orsakerna till problemen och anser att det fortsatta arbetet med att nå en långsiktig hållbar lösning på sjukvårdens köproblem bl.a. bör inriktas på kapacitetsförstärkning för att effektivisera vårdkedjan, en lagfäst rätt till fritt sjukhusval och rätt till relevant väntetidsinformation samt utarbetande av gemensamma ställningstaganden till behandlingsindikationer och prioriteringar.

Regeringens slutsatser

Regeringen kan konstatera att ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som riksdagen har fattat beslut om. Frågan om att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården handlar, som tidigare påpekats, i mycket om ett aktivt och långsiktigt utvecklingsarbete mot ett förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården. Regeringen anser att det är av största vikt att detta arbete drivs vidare. I överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet för

år 1999 om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården enades parterna också om att inriktningen att stärka patientens ställning skulle gälla även för år 2000.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens analys av de konsekvenser införandet av en behandlingsgaranti skulle få i svensk hälso- och sjukvård är regeringen inte beredd att föreslå någon sådan. Kravet på att förbättra tillgängligheten kvarstår dock oförändrat. Socialstyrelsen har pekat ut ett antal åtgärder som myndigheten menar krävs för att komma till rätta med sjukvårdens köproblem. Det handlar bl.a. om kapacitetsförstärkning inom landstingens primärvård och kommunernas vård och omsorg (i huvudsak äldre- och psykiatri) för att effektivisera vårdkedjan. Som påpekats i det föregående avser regeringen att redan år 2001 tillföra en extra vårdmiljard. Därutöver innebär den s.k. försvarsuppgörelsen att totalt 8 miljarder kronor tillförs vården och omsorgen under perioden 2002–2004. Regeringen bedömer att satsningarna på vård och omsorg ligger väl i linje med de kapacitetsförstärkingar Socialstyrelsen föreslagit.

Mot bakgrund av stora skillnader mellan landstingen och oklara lokala regelverk när det gäller patientens rätt att välja sjukhus och specialistmottagning föreslog Socialstyrelsen en lagfäst rätt till fritt sjukhusval och rätt till relevant väntetidsinformation. Regeringen har erfarit att Landstingsförbundet redan med anledning av 1999 års överenskommelse mellan staten och landstingen inlett ett arbete med att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom vården. Det har därvidlag framkommit att möjligheten att välja sjukhus redan i dag finns på de allra flesta håll, men att informationen brister och stundtals också tillämpningen. Regeringen har erfarit att Landstingsförbundets styrelse under hösten 1999 kommer att ta ställning till en ny rekommendation till landstingen som tydliggör valmöjligheterna och som också eftersträvar en större likhet över landet när det gäller patienternas möjlighet att välja. Vidare arbetar Landstingsförbundet i enlighet med överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1999 med ett projekt vars syfte är att utveckla ett kvalificerat och tillförlitligt system för att följa väntetider i den svenska hälso- och sjukvården. Systemet skall utformas så att det tillgodoser olika intressenters informationsbehov. En första nationell övergripande mätning av väntetider planeras till årsskiftet 1999/2000. Regeringen avser att behandla frågorna om fritt sjukhusval och

väntetidsinformation i samband med överläggningarna om ersättningen för år 2000.

I nämnda rapport konstaterade Socialstyrelsen också att vidgade behandlingsindikationer är en viktig förklaring till köproblemen i sjukvården. Det finns enligt verksamhetsföreträdare behov av att fastställa gemensamma och tydliga indikationer för behandling liksom kriterier för förtur. Socialstyrelsen har också inlett en översyn av sitt arbete med dessa frågor med sikte på att ta fram ett underlag som kan ingå i överenskommelsen mellan staten och landstingen om vissa ersättningar för år 2000. Regeringen anser att detta arbete är av stor vikt och avser att ta upp frågan i överläggningarna om ersättning för år 2000. Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (dir. 1997:135) har också en viktig uppgift i detta sammanhang.

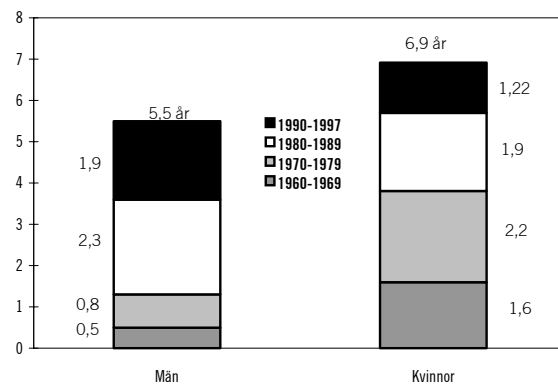
Regeringen gör sammantaget bedömningen att ovan redovisade åtgärder kommer att leda till att tillgängligheten i hälso- och sjukvården förbättras och att patientens ställning kan stärkas.

4.3.3 Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt

Tillståndet och utvecklingen

Svenska folkets hälsa, vare sig man mäter dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa, har förbättrats i stort. Men det finns emellertid också tecken på ökade hälsoproblem. Det framgår bl.a. av 1997 års folkhälsorapport (SoS-rapport 1997:18) och av Nationella folkhälsokommitténs underlagsrapporter från maj 1999 om svenska folkets hälsa. Medellivslängden har ökat för kvinnor med 6,9 år och för män med 5,5 år sedan år 1960

Diagram 4.3 Ökning av återstående medellivslängd för en nyfödd

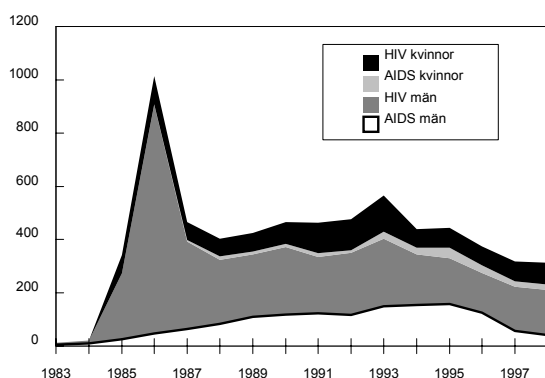


Källa: OECD Health database

Slutsatserna i rapporterna pekar på att folkhälsan på det hela taget utvecklas positivt. Spädbarnsdödligheten minskar och vi lever längre och aktivare. Främsta skälet till längre livslängd antas vara nedgången i hjärt- och kärlsjukdomar, trots att dessa kvarstår som främsta orsak till förtida död. Färre personer dör av skador till följd av olyckor. WHO-målet att minska skadorna med 25 procent kommer sannolikt att nås under år 2000. Dessutom har dödligheten i alkoholrelaterade skador minskat. Alkoholkonsumtionen ligger dock relativt konstant.

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 och bilden är densamma i övriga västvärlden.

Sverige har förblivit ett land med låg förekomst av hiv-infektion. Antalet nydiagnostiserade fall av hiv-infektion har under de senaste fem åren uppgått till ca 250 per år. De förebyggande insatserna mot hiv-infektion har varit framgångsrika.

Diagram 4.4 Antal hiv-smittade respektive aids-fall fördelat på kvinnor och män¹

Källa: Smittskyddsinstitutet

¹ Ökningen år 1985 förklaras av att anmälningsplikt för hivsmittade infördes samma år.

I detta sammanhang kan också nämnas att antalet fall av sexuellt överförd klamydiainfektion ökade med 9 procent under år 1998 jämfört med år 1997. Ökningen har framförallt skett i de yngre åldersgrupperna.

Förändringar i levnadsvanor och sociala strukturer kan innebära nya hot mot folkhälsan. Stress är ett sådant hot och mycket talar för att den upplevda psykiska hälsan har försämrats under 90-talet. Socialstyrelsen uppskattar i sin folkhälsorapport att mellan 20 och 40 procent av befolkningen lider av någon form av psykiska besvär. Detta medför att psykisk ohälsa är ett av våra största folkhälsoproblem. Arbetstillivets omvandling har inneburit förändringar som medför otrygghet. En hög arbetslöshet påverkar alla. Brist på inflytande över sin egen arbetssituation är en annan faktor som ökar stressen i arbetslivet. Den ekonomiska stressen har ökat mot bakgrund av att många människors ekonomiska trygghet har försämrats. Stress påverkar livsstilen och vissa ohälsosamma vanor, t.ex. rökning, kan vara ett sätt att hantera stressen.

Övervikt håller också på att bli ett av våra stora folkhälsoproblem. Omkring tio procent av svenska folket lider av övervikt. Cirka 1/3 av 15-åringarna bedöms inte vara tillräckligt fysiskt aktiva för att bibehålla den fysiska hälsan.

Oberoende av hur vi mäter hälsan kvarstår att det finns stora skillnader mellan olika samhällsgrupper. Skillnaderna avspeglas både mellan män och kvinnor, mellan olika socioekonomiska grupper, mellan olika åldersgrupper och mellan olika sjukdomsgrupper samt mellan regioner. Arbetare har oftare än tjänstemän sämre hälsa, någon långvarig sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga. Kvinnor lever längre än män, men kvinnor uppvisar högre sjuklighet och besöker sjuk-

vården oftare än män. Senare års forskning visar att ekonomiska och sociala klyftor i sig utgör ett hot mot folkhälsan. Många invandrargrupper hälsotillstånd är sämre än jämförbara svenskers. Mellan 20 och 40 procent av all ohälsa bland barn och ungdomar bedöms kunna tillskrivas de sociala uppväxtvillkoren.

Smittskydd omfattar en mängd olika åtgärder som alla syftar till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar. De huvudsakliga bestämmelserna om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar finns i smittskyddslagen (1988:1472) och i smittskyddsförordningen (1989:301). Normalt regleras vården av patienter med smittsamma sjukdomar genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:762). Smittskyddslagen har tillkommit eftersom man ansett att ett effektivt smittskydd inte varit möjligt att uppnå enbart med stöd av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och strafflagstiftningen. I lagen fastställs bl.a. vilka skyldigheter och rättigheter som gäller för enskilda och vilka möjligheter samhället har att tillgripa tvångsåtgärder.

Under de senaste tjugo åren har det skett en rad förändringar som påverkat smittskyddssituationen. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras, som t.ex. hiv-infektion, legionella och den hemorragiska febern ebola. Vidare har "gamla" sjukdomar återuppträtt, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Uppkomsten av bakterier som är resistenta mot antibiotika och andra läkemedel är ett exempel på förändringar som medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen. Samtidigt som vissa nya risker uppstår kan konstateras att några av de sjukdomar som sedan lång tid utgjort ett hot mot människors hälsa minskar i omfattning och utbredning. Avseende vårdrelaterade infektioner konstaterade Socialstyrelsen i sin rapport från oktober 1998 att det för närvarande finns brister inom hygienområdet i hälso- och sjukvården och att en icke ringa del av vårdrelaterade infektioner har sin grund i dessa brister.

De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

Syftet med de statliga insatserna på folkhälsområdet är att främja likvärdiga förutsättningarna för en god hälsa för hela befolkningen. Insatserna skall särskilt inriktas på de faktorer som

påverkar hälsoutvecklingen hos de grupper som är mest utsatta för hälsorisker.

Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen överlämnade i mars 1998 delbetänkandet Hur skall Sverige må bättre? (SOU 1998:43). Betänkandet utgör det första steget i en process som skall resultera i förslag till nationella folkhälsomål och strategier.

En viktig målgrupp för folkhälsoarbetet är barn och ungdomar. Ett av de hälsoproblem som ökar bland befolkningen är allergier och det drabbar främst barn och unga. Varannan ung person under 20 år har någon gång under sin uppväxt haft problem med allergier eller annan överkänslighet. Folkhälsoinstitutet har genom att initiera Innemiljöåret 1999 uppmärksammat allergifrågorna. Innemiljöåret är en gemensam satsning mellan ett 20-tal myndigheter och byggsektorn när det gäller att uppmärksamma inomhusmiljöns påverkan på förekomst av allergier.

Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet fick i november 1992 i uppdrag att utreda en rad frågor kring anorexi och bulimi. Detta är sjukdomar som i första hand drabbar unga personer. I regleringsbrevet för år 1998 fick Folkhälsoinstitutet ett ytterligare uppdrag att se om utvecklingen hade förändrats när det gäller anorexi och andra ätstörningar. Uppdraget har redovisats i rapporten Ett liv av vikt – fem år senare. I rapporten framgår att det är mycket svårt att bedöma hur vanligt det är med ätstörningar. Tillgängliga studier tyder på en ökning av antalet personer med bulimi, medan omfattningen av anorexi förefaller vara relativt konstant sedan ca 25 år.

Uppgifter från flera olika källor pekar på att barns och ungdomars psykiska hälsa har försämrats. Under våren 1998 överlämnade Barnpsykiatrikommittén sitt slutbetänkande Det gäller livet (SOU 1998:31). Med anledning av kommitténs förslag har framför allt kommuner och landsting vidtagit en rad åtgärder i syfte att förbättra stödet till barn och ungdomar med psykiska problem.

Som ett led i regeringens strategi för att förverkliga FN:s barnkonvention om barns rättigheter i Sverige (prop. 1997/98:182), har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla metoder i syfte att ta till vara och förstärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. Detta är viktigt bl.a. för att barn så tidigt som möjligt skall få en korrekt diagnos och adekvat behandling. I uppdraget ingår även att ungdomsmottagningarnas

förebyggande verksamhet skall ses över och då särskilt stödet till unga män.

En proposition om åtgärder mot dopning (prop. 1998/99:3) överlämnades till riksdagen i september 1998 och riksdagen antog regeringens förslag i febr. 1999 (bet. 1998/99:SoU5, rskr. 1998/88:139). I propositionen föreslogs bl.a. vissa skärpningar av de straffbestämmelser som rör hanteringen av dopningsmedel och läkemedel. Regeringen betonade i propositionen även vikten av förebyggande åtgärder samt utbildning och forskning på området.

Under våren 1999 överlämnade regeringen en idrottspolitisk proposition, En idrottspolitik för 2000-talet – folkhälsa, folkrörelse och underhållning (prop.1998/99:107). I propositionen lämnades ett antal förslag som syftar till att bl.a. öka intresset bland medborgarna för fysisk aktivitet i syfte att uppnå en god folkhälsa.

Under våren 1999 överlämnade regeringen vidare en ungdomspolitisk proposition, På ungdomars villkor – ungdomspolitik för demokrati, rättvisa och framtidstro (prop. 1998/99:115). I propositionen anges att den centrala utgångspunkten för de statliga insatserna är ambitionen att ge alla ungdomar jämlika förutsättningar inför framtiden. En strävan att ständigt försöka skapa jämlika villkor oavsett socioekonomisk bakgrund, kön, etisk och kulturell bakgrund eller någon form av funktionshinder. Med tanke på att ökade klasskillnader bidrar till skillnader i ohälsa är en ungdomspolitik som tar sin utgångspunkt i jämlikhet, rättvisa och demokrati en viktig förutsättning.

Folkhälsoinstitutet har även uppmärksammat att svenskarna blir allt mer fysiskt inaktiva och har på regeringens uppdrag kartlagt förutsättningarna för att öka den fysiska aktiviteten främst hos den del av befolkningen som är minst fysiskt aktiv. Detta beskrivs i rapporten Fysisk aktivitet – till nytta och nöje, som Folkhälsoinstitutet överlämnade till Socialdepartementet under hösten 1998. Folkhälsoinstitutet har i regleringsbrevet för år 1999 fått i uppdrag att planera och genomföra ett "Fysiskt-aktivitets-år 2000".

Äldre människor utgör en annan viktig målgrupp för folkhälsoarbetet. Folkhälsoinstitutet har i rapporten Liv till åren visat på möjligheterna att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande bland äldre. Folkhälsoinstitutet har fått ett ytterligare uppdrag att vara pådrivande i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för äldre på nationell, regional och lokal nivå.

Institutet för psykosocial medicin, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet har i samverkan med berörda huvudmän utarbetat en handlingsplan mot självmord. Mycket arbete har med utgångspunkt i handlingsplanen lagts ner i lands- och kommuner. Antalet självmord har under en följd av år minskat i alla åldersgrupper och uppgår i dag till cirka hälften av 1970-talets nivå.

Regeringen utsåg i september 1996 en parlamentarisk kommitté, den s.k. Smittskyddskommittén (S 1996:07), med uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet. Smittskyddskommittén överlämnade i mars 1999 sitt slutbetänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51). Betänkandet är f.n. föremål för remissbehandling.

Socialstyrelsen föreslår i sin rapport om vårdrelaterade infektioner en rad åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området. Framställningen i den del som rör förslag till ändringar i smittskyddslagen (1988:1472) har överlämnats till Smittskyddskommittén, som också behandlar frågan i sitt slutbetänkande. Framställningen i övrigt bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Regeringen gav genom ett beslut i april 1999 Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för att bekämpa antibiotikaresistens. I handlingsplanen skall samtliga aspekter på resistensproblemet som är av betydelse för folkhälsan beaktas. Hänsyn skall tas till hanteringen inom och effekter på såväl humansjukvården, veterinärmedicinen, djuruppfödningen som jordbruket. Uppdraget avser att sammanfatta och analysera det kunskapsunderlag som finns beträffande resistensproblemet. Vidare skall Socialstyrelsen utforma mål och ge förslag på åtgärder som syftar till att bekämpa antibiotikaresistens både på kort och lång sikt. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 1 april år 2000.

Internationellt folkhälsoarbete

Det internationella samarbetet i folkhälsofrågor har successivt utvecklats inom såväl EU som Europarådet och WHO. WHO:s regionalkommitté för Europa antog i september 1998 ett reviderat ramverk med riktlinjer och mål till ledning för medlemsländernas folkhälsoarbete, "Hälsa-för-alla" HÅLSA 21. Antalet mål för Europaregionen har därmed minskat från 38 till

21. Plattformen för de förnyade "Hälsa för alla"-målen är en jämlikare hälsa. Det gäller såväl inom som mellan länder, genom att skapa förutsättningar för en positiv utveckling för dem som lever under de sämsta hälsovillkoren.

Inom regeringen har beslut tagits om att ge stöd till WHO:s anti-tobaksprogram. Andelen rökare i befolkningen i många av tredje världens länder ökar dramatiskt och syftet med programmet är att minska rökningen i denna del av världen. Regeringen har i februari 1999 beslutat om ett bidrag på 25 miljoner kronor till programmet.

År 1994 blev folkhälsa formellt ett samarbetsområde inom EU genom Maastricht-fördraget. Ett ramprogram har antagits. Ramprogrammet innehåller folkhälsoprogram inom följande områden; cancer, aids och andra smittsamma sjukdomar, narkotika, hälsofrämjande insatser samt hälsoövervakning. Under våren 1999 beslutade rådet om ytterligare tre åtgärdsprogram rörande förebyggande av personsador, miljörelaterade sjukdomar samt sällsynta sjukdomar.

Det nuvarande ramprogrammet löper ut år 2000 och diskussioner pågår kring ett nytt ramprogram för perioden år 2000 till år 2005. Det nya ramprogrammet kommer att präglas av den vidgade gemenskapskompetens som införts genom Amsterdamfördraget. Av fördraget framgår att en hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. Gemenskapens insatser, som skall komplettera den nationella politiken, skall inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. Exempel på andra politikområden där åtgärder får konsekvenser för människors hälsa är inre marknadsfrågor, närings- och jordbrukspolitik och forskningsfrågor. Vid hälsoministerrådsmötet i juni 1999 antog rådet en resolution där kommissionen uppmanas att lägga fram ett förslag till handlingsprogram på folkhälsoområdet.

Rådet har beslutat att insatserna inom folkhälsoområdet bör koncentreras till följande områden:

- att bekämpa de stora folksjukdomarna, inklusive smittsamma, sällsynta och miljörelaterade sjukdomar.
- att reducera dödligheten och de sjukdomar som hänger samman med livsstil och beteende, social och mental hälsa.

- att minska bristande jämlikhet och jämställdhet avseende hälsa.

Tre breda handlingslinjer har lyfts fram:

- *förbättrad hälsoinformation*, genom att till skapa ett system på gemenskapsnivå för insamling, analys och spridning av hälsodata,
- *snabba insatser vid hot mot folkhälsan*, genom att upprätta ett system på gemenskapsnivå som syftar till att övervaka och förvarna om hälsorisker samt även göra snabba insatser möjliga vid utbrott av överförbara sjukdomar,
- *beaktande av faktorer av avgörande betydelse (s.k. "health determinants") för hälsan* genom sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

En fråga av stor betydelse de närmaste åren inom folkhälsoområdet är östutvidgningen inom EU.

Inom WHO:s Europaregion har en tredje miljö- och hälsoministerkonferens ägt rum i London i juni 1999. Planeringen av konferensen har beretts inom den europeiska miljö- och hälsokommittén (EEHC) där förutom WHO och vissa medlemsländer, även representanter för bl.a. Europeiska kommissionen, FN/ECE, UNEP, OECD, EEA och Världsbanken ingår. Vid ministerkonferensen undertecknades ett protokoll om vatten och hälsa till FN/ECE:s Konvention om skydd och användning av gränsöverskridande vattendrag och internationella sjöar. Vidare antogs en rekommendation om transporter, miljö och hälsa som betonar vikten av att integrera hälso- och miljöaspekter i transportpolitik och planering av mark och vatten.

EU:s ministerråd antog i juni 1999 en resolution om antibiotikaresistens. Resolutionen omfattar all antibiotikaanvändning. Bland annat uttalas i resolutionen att en övergripande strategi behövs för att komma till rätta med resistensproblemen.

Medlemsstaterna uppmanas att vidta åtgärder för att säkerställa att antibiotika inte används i onödan eller felaktigt, att dokumentera användningen av antibiotika och resistensutvecklingen samt att främja forskning inom området. Kommissionen ombeds bl.a. att övervaka resistensutvecklingen inom EU, att främja erfarenhetsutbyte och forskning samt att överväga att utfärda en rekommendation i enlighet med EU-fördrä-

get. Kommissionen uppmanas även att undersöka nödvändigheten av att se över nuvarande EG-lagstiftning avseende bl.a. läkemedel för människor och djur, inklusive läkemedel i foder och fodertillsatser.

Under år 1999 har arbetet med ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i EU påbörjats.

Regeringens slutsatser

Det finns svårigheter att mäta effekterna av enskilda insatser i form av förbättrad folkhälsa. Eftersom folkhälsoarbetet måste ses i ett långsiktigt perspektiv medför det att det på kort sikt är svårt att mäta sambanden mellan de statliga insatserna och förändringar i hälsoläget i befolkningen.

Trots att befolkningen blir friskare och lever längre, finns det fortfarande stora skillnader i ohälsa mellan olika samhällsgrupper. Enligt regeringens bedömning är insatser för att främja folkhälsan och förebygga ohälsa fortfarande ett högt prioriterat område. Det gäller inte minst åtgärder för att förbättra hälsan hos de grupper som är mest exponerade för de största hälsorisikerna.

Under år 2000 kommer Nationella folkhälsokommittén att överlämna sitt slutbetänkande till regeringen. I betänkandet avser kommittén att presentera förslag till mål och strategier för hälso-utvecklingen. Dessa förslag kommer att utgöra ett viktigt underlag för utformningen av den framtida folkhälspolitik.

Folkhälsoinstitutet har på regeringens uppdrag tagit fram metoder och visat på hur hälso-konsekvensbeskrivningar kan användas inom ett antal områden. Regeringen avser att samla kunskap om olika metoder för att tillämpa hälsokonsekvensbeskrivningar i större utsträckning i politiskt beslutsfattande.

Folkhälsoinstitutet har fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen kartlägga och analysera det hiv-preventiva arbetet i storstäderna. Uppdraget redovisades den 1 juli 1999. Slutsatserna i rapporten visar på att det hiv-förebyggande arbetet i storstadsområdena kännetecknas av stor bredd och har starka inslag av både primär- och sekundärprevention. Regeringen avser att beakta Folkhälsoinstitutets rapport vad avser inriktning av de hiv-preventiva insatserna. Regeringen anser dock att det hiv-preventiva arbetet i storstäderna tillhör kommunernas och lands-

tingens ansvarsområde. Regeringens avsikt är dock att även för år 2000 värna om de verksamheter som byggts upp och medel avses utbetalas från anslaget A2 under utgiftsområde 25.

Regeringen observerar att Dopingjouren vid Huddinge sjukhus sedan många år fungerar som en kunskaps- och rådgivningscentral för hela landet.

I jämförelse med andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Ett flertal av de samhällsfarliga sjukdomarna har endast förekommit som något enstaka fall under den senaste tioårsperioden, t.ex. polio och difteri. Trots detta utgör infektionssjukdomar fortfarande ett väsentligt problem. Under 1980- och 1990-talen har dock skett förändringar som påverkat smittskyddssituationen i Sverige. Människors alltmer omfattande resande, den ökade invandringen och handeln med livsmedel är några faktorer som har betydelse i sammanhanget. Nya problem har uppmärksamats, bl.a. förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier. Regeringen anser mot denna bakgrund att åtgärder som syftar till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar även fortsättningsvis bör ges hög prioritet. Smittskyddskommittén lämnade sitt slutbetänkande i mars 1999. Kommittén har utvärderat det svenska smittskyddet och föreslagit en ny lagstiftning på området. Regeringen avser att återkomma i frågan under år 2000.

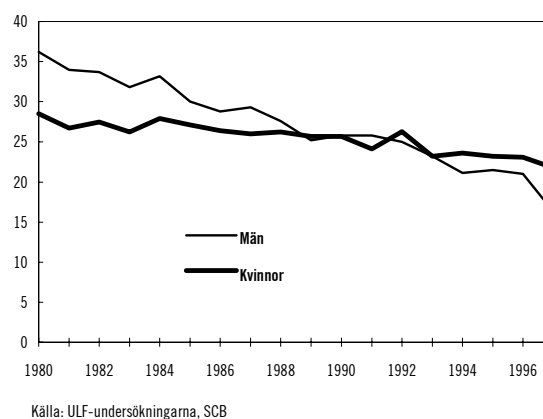
4.3.4 Tobaksbruket skall minska

Tillståndet och utvecklingen

Tobaksrökning är den största enskilda folkhälso-risken och ett av de allvarligaste hälsoproblemen som ökar globalt. En något högre andel kvinnor (22 procent) än män (17 procent) är dagligrökare. De flesta dagligrökande kvinnorna finns i en lägre åldersgrupp (16–44 år) än männen. Snusning är dock fortfarande nästan uteslutande en manlig företeelse. Sverige är det enda landet i Europa där fler kvinnor än män röker. Samtidigt finns stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Rökning är nu dubbelt så vanligt bland arbetare som bland högre tjänstemän. Allra mest röker kvinnliga arbetare och ensamstående mödrar med barn. Det finns även stora geografiska skillnader. Mest röker kvinnor i norra Sverige och i Stockholm.

Generellt sett har dock antalet rökare minskat i Sverige. Däremot har man inte kunnat se någon nämnvärd förändring i rökvanor hos ungdomar under 1990-talet. Den nationella statistiken över rökvanor bland gravida och småbarnsföräldrar visar dock att andelen rökare bland mödrar har minskat under senare år, med en till två procentenheter per år. År 1991 rökte 25 procent av de gravida jämfört med 15 procent år 1997. Även här utmärker sig Sverige som det enda land inom EU där rökningen minskar bland de gravida. Även om Sverige som första landet i Europa har nått WHO-målet med 80 procent rökfria i befolkningen, är ambitionen att minska tobaksbruket fortfarande en prioriterad uppgift inom folkhälsoarbetet.

Diagram 4.5 Andel daglig rökare (%), 16–44 år, 1980–1997



De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

Folkhälsoinstitutet har på regeringens uppdrag tagit fram en handlingsplan för tobaksprevention. Handlingsplanen överlämnades till regeringen i januari i år och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Regeringen arbetar även aktivt med frågor som rör tobak inom EU. Direktivet 98/43/EG om ett förbud mot direkt och indirekt tobaksreklam antogs under hösten 1998 och även detta bereds nu inom Regeringskansliet. Även Nationella folkhälsokommittén avser att utarbeta en långsiktig nationell handlingsplan mot tobak med speciell fokus på barn och ungdomar.

I september 1998 startade Sveriges första gratis hjälptelefon för rökare, Sluta röka-linjen. Folkhälsoinstitutet har haft regeringens uppdrag att fördela särskilda medel ur Allmänna Arvs-

fonden till projekt som syftar till att få ungdomar att inte börja röka.

Regeringens slutsatser

Arbetet mot tobakens skadeverkningar måste genomföras på bred front. Information och upplysning är en del i arbetet. Att motverka tobakens tillgänglighet för de unga är en annan viktig del för att förhindra tobakens skadeverkningar. Regeringen anser att det är viktigt att åstadkomma långsiktiga insatser för att förebygga att ungdomar börjar använda nikotinhalta produkter.

Regeringen har som inriktning att i början av år 2000 kunna lägga en proposition innehållande bl.a. dels ett genomförande av EU-direktivet om ett förbud mot direkt och indirekt tobaksreklam.

4.3.5 Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv

Tillståndet och utvecklingen

Läkemedlens roll inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården används läkemedel som en av flera behandlingsformer. De integreras också alltmer i denna verksamhet. Det senaste steget i riktning mot en ökad integration är att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överförs på landstingen på så sätt att staten ersätter landstingen för kostnader inom läkemedelsförmånen genom ett särskilt statsbidrag.

Godkännande av läkemedel

Ett läkemedel som säljs i Sverige skall vara godkänt. För detta krävs bl.a. att läkemedlet är av god kvalitet och ändamålsenligt. Regler om godkännande av läkemedel finns i läkemedelslagen (1992:859) och bygger på direktiv som antagits inom EU. Enligt 5 § kan ett läkemedel försälas sedan det godkänts i Sverige eller i en annan medlemsstat och därefter erkänts här. Om ett läkemedel skall godkännas respektive erkännas beslutas av Läkemedelsverket.

I dag finns i Sverige cirka 4 000 godkända läkemedel varav ca 10 procent är receptfria. Om ett läkemedel skall vara receptbelagt eller inte beslutas av Läkemedelsverket i samband med godkännandet.

Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen

Sedan lång tid tillbaka har i huvudsak receptbelagda läkemedel subventionerats av det offentliga. Tidigare reglerades läkemedelsförmånen i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I och med införandet av ett nytt förmånssystem har landstingen övertagit kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen. Det nya förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997. Överförandet av kostnadsansvaret från staten till landstingen skedde dock först år 1998. Landstingen ersätts av staten genom ett särskilt statsbidrag som Landstingsförbundet och regeringen årligen omförhandlar. Om utgiften för läkemedelsförmånen avviker från vad som överenskommit sker en vinst- och förlustdelning mellan staten och landstingen enligt vad som närmare beskrivs under anslaget A2 Bidrag för läkemedelsförmånen. Under år 2000 skall parterna komma överens om en ny modell för ersättningen till landstingen.

Grundläggande principer för läkemedelsförmånen

I förarbetena till det nya förmånssystemet angavs att utgångspunkterna var att det skulle uppfattas som rättfärdigt av flertalet och ge ett gott skydd till människor med stora behov av läkemedel och annan sjukvård. Det angavs vidare bl.a. att förmånen skulle vara mer träffsäker mot höga kostnader generellt sett, i stället för att som tidigare förmånssystem, subventionera alla läkemedelsköp över en viss summa. Systemet skulle utformas så att de samlade resurserna för hälso- och sjukvården används så effektivt som möjligt i ett längre perspektiv. Det anfördes att den snabba kostnadsutvecklingen måste bromsas såväl kortsiktigt som i ett längre perspektiv.

Förmånssystemet regleras i lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. Det är i huvudsak receptbelagda läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen under förutsättning att ett pris på läkemedlet fastställts av Riksförsäkringsverket. I läkemedelsförmånen ingår även vissa livsmedel för den som är under 16 år och förbrukningsartiklar.

Kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen

I delbetänkandet Reform på recept (SOU 1995:122) av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) som överlämnades i december 1995 redogjordes för kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen under åren 1974–1994 (85 procent läkemedel, 14 procent förbrukningsartiklar och

1 procent speciallivsmedel). Redogörelsen visade att de nominella läkemedelskostnaderna under dessa år hade ökat med i genomsnitt 11,2 procent årligen. Ökningstakten var något lägre under första hälften av 1980-talet än perioderna före och efter. Ökningstakten i slutet av perioden var särskilt markant och mellan åren 1993 och 1994 uppgick den till drygt 16 procent. Den snabbare ökningstakten var särskilt tydlig i fråga om läkemedel. När det gäller kostnadsutvecklingen uttryckt i reala termer fann utredningen ett annat mönster. Således ökade kostnaderna klart snabbare från mitten av 1980-talet. Detsamma gäller om måttet real kostnad per person används som visar att den årliga ökningen var klart större under senare delen av perioden.

Den snabba ökningstakten fortsatte åren 1995 och 1996 med i nominella tal 11 procent respektive 19 procent. Det senare årets kostnad kom dock att påverkas av hamstringen av läkemedel som skedde i samband med att de ändrade reglerna för högkostnadsskyddet trädde i kraft den 1 januari 1997. För år 1997 redovisades som en naturlig följd av hamstringen året före att läkemedelskostnaderna hade minskat med 16 procent. Om siffrorna korrigeras för hamstringen ökade läkemedelskostnaderna med 5 procent under år 1996 och minskade med 3 procent året därefter. Under år 1998 steg läkemedelskostnaderna med 9 procent. För år 1999 finns för närvarande endast uppgifter för det första halvåret. Läkemedelskostnaderna har för denna period stigit med 19 procent i förhållande till första halvåret 1998.

Orsaker till kostnadsutvecklingen

Orsakerna till kostnadsökningarna under den redovisade perioden är enligt de analyser som gjorts bl.a. den demografiska utvecklingen, strukturförändringarna som lett till att en allt större andel av läkemedlen skrivs ut i öppenvård samt tillkomsten av nya och dyrare läkemedel. Under det senaste året har introduktionen av läkemedel som mer syftar till att höja patienters livskvalitet än att direkt lindra eller bota sjukdom lett till läkemedelskostnader som det tidigare inte fanns någon motsvarighet till (se tabell 4.4).

Tabell 4.4 Försäljning av Viagra och Xenical under perioden januari-juli 1999

| <i>Tusental kronor</i> | | |
|------------------------|---------------|----------------|
| | Viagra | Xenical |
| Januari | 11 610 | -- |
| Februari | 12 089 | 18 332 |
| Mars | 13 878 | 36 353 |
| April | 13 002 | 36 184 |
| Maj | 14 734 | 44 772 |
| Juni | 12 602 | 40 329 |
| Juli | 10 851 | 34 067 |
| Totalt | 88 766 | 210 537 |

Källa: Apoteket AB

De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

Ändrade regler för läkemedelsförmånen

I syfte att dämpa kostnadsutvecklingen har riksdagen nyligen beslutat om ändringar i lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. (prop. 1998/99:106, bet. 1998/99:SoU14, rskr. 1998/99:209). De nya reglerna trädde i kraft den 1 juni 1999 och 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.

De ändrade reglerna för läkemedelsförmånen beräknas medföra en besparing på 800 miljoner kr för år 1999 och 1 370 miljoner kr för år 2000. Som förutskickades i prop. 1998/99:106 har regeringen nyligen tillsatt en utredning som skall göra en översyn av läkemedelsförmånen vars främsta syfte är att komma till rätta med brister i systemet och att få kontroll över kostnadsutvecklingen. Utredningen skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 september 2000.

Andra åtgärder för att förbättra kostnadskontrollen

Inom Regeringskansliet bereds flera ärenden inom läkemedelsområdet bl.a. i avsikt att förbättra kostnadskontrollen. Flertalet av dem bereds inom en projektgrupp för vissa läkemedelsfrågor med representanter för Socialdepartementet och Finansdepartementet. Projektgruppens huvudsakliga uppgift är att förbereda och genomföra överföringen av det fulla kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen till landstingen. Projektgruppen kommer därutöver bl.a. att bereda frågan om ett nytt system för prissättning av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen utifrån betänkandet Läkemedel i

priskonkurrens (1997:165) av Kommittén för prisreglering av läkemedel. Projektgruppen avser även att bereda Läkemedelsdistributionsutredningens betänkande Läkemedel i vård och handel (SOU 1998:28).

Regeringens slutsatser

Den uppbromsning av den snabba kostnadsutvecklingen som avsågs med läkemedelsreformen år 1997 har inte uppnåtts. Samhällets kostnader för läkemedel har under år 1998 och under första halvåret 1999 fortsatt att öka i en takt som inte är acceptabel. Läkemedelsreformen har således inte fått avsedd effekt. Det kan på sikt leda till att läkemedelskostnaderna tränger undan annan hälso- och sjukvård om inte förändringar genomförs i systemet.

Genom höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet fr.o.m. den 1 juni 1999 har ett första steg tagits för att hejda denna utveckling. Åtgärden får full effekt år 2000. Ytterligare ett steg mot att kontrollera kostnadsutvecklingen avser regeringen att vidta under år 2000 när en ny modell för ersättningen till landstingen utformas. Inriktningen är att landstingen fr.o.m. år 2001 fullt ut skall ges ett kostnadsansvar för läkemedelsförsörjningen. Ett sista steg mot att få full kontroll över kostnadsutvecklingen och för att rätta till brister i det nuvarande förmånssystemet bedöms kunna tas år 2002. Avsikten är att en ny eller ändrad läkemedelsförmån då införs som ett resultat av den nyligen tillsatta utredningen Översyn av läkemedelsförmånen. Genom dessa åtgärder uppnås en förbättrad läkemedelsförsörjning.

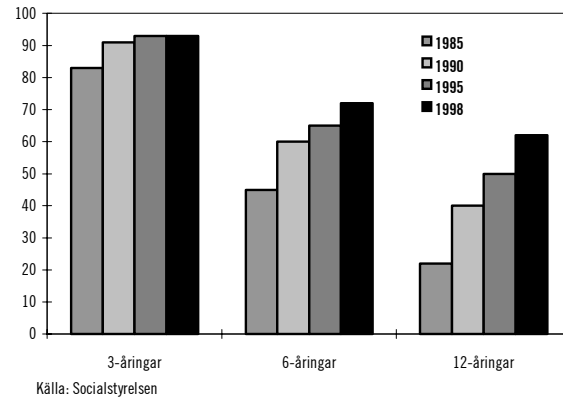
4.3.6 En god tandhälsa skall upprätthållas

Tillståndet och utvecklingen

Tandhälsan blir allt bättre hos både barn, ungdomar och vuxna. Under de senaste decennierna har förbättringarna varit störst vad gäller barn och ungdomar. Diagram 4.6 visar att andelen kariesfria barn i olika åldrar stadigt har ökat under perioden 1985–1998. Även den vuxna befolkningens tandhälsa har förbättrats. Andelen äldre med helprotes minskar och allt fler äldre har sina egna tänder i behåll. Det finns dock skillnader mellan olika delar av landet och befolknings-

grupper. Fortfarande finns det en högre andel helt tandlösa bland människor som bor i glesbygdregioner i norr, bland förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa, än det finns i andra grupper i befolkningen. En patientgrupp med speciella vårdbehov är invandrare och flyktingar.

Diagram 4.6 Andel kariesfria barn (%)



Personalsituationen inom tandvården har fram till mitten av 1990-talet kännetecknats av ett överskott på tandläkare. Detta förhållande håller nu på att förändras på grund av att antalet nyutexaminerade tandläkare minskar, att andelen tandläkare som går i pension ökar och att många tandläkare har fått arbete utomlands under senare år. Det är osäkert i vilken utsträckning det minskade antalet tandläkare kommer att räcka till för att täcka behoven framöver, men enligt betänkandet Tänder hela livet – nytt ersättningsystem för vuxentandvård (SOU 1998:2) kommer under vissa förutsättningar antalet tandläkare att vara tillräckligt under överskådlig tid. Socialstyrelsen har i olika sammanhang framhållit betydelsen av omprioriteringar, omorganisation och förändrade arbetsformer med bl.a. en ökad användning av tandhygienister.

Det finns i dag inga aktuella uppgifter över tandvårdens totala kostnader. År 1994 beräknades de statliga ersättningarna inom tandvårdsförsäkringen uppgå till ca 40 procent av samhällets totala kostnader för tandvård. Sedan början av 1990-talet har tandvårdsförsäkringens kostnader minskat beroende på ändrade ersättningsregler. År 1998 uppgick statens kostnader till närmare 1,8 miljarder kronor.

De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

Riksdagens beslut om ett reformerat tandvårdsstöd i juni 1998 innebär att från den 1 januari

1999 lämnas försäkringsersättning för s.k. bastandvård. För protetiska åtgärder och tandreglering finns ett särskilt högkostnads-skydd. Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov erhåller högre ersättning. För personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad m.fl. och för personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid gäller den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler.

De åtgärder som vidtagits under senare år har bidragit till att försäkringsutgifterna successivt sänkts. Vid varje förändring har regeringen infört övergångsbestämmelser för att skydda patienter som genomgår mer omfattande behandlingar. Syftet har varit att möjliggöra för patienter att inom rimlig tid slutföra sin behandling enligt de försäkringsvillkor som gällde när behandlingen inleddes.

Utvecklingen under år 1998 präglades av riksdagens beslut om att införa ett reformerat tandvårdsstöd inom vuxentandvården. En inte o betydlig tidigareläggning (hamstring) av mer kostnadskrävande behandlingar skedde under året vilket medförde ett överskridande av utgiftsramen. Hamstringen har bidragit till att utgifterna för tandvård i början av år 1999 varit förhållandevis låga, men nedgången i utgifterna torde också bero på att tillämpningen av delar av stödet ännu inte gett upphov till behandling och därmed till utgifter. Det gäller inte minst stödet till den kategori personer som har ett väsentligt ökat behov av tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder.

I övrigt gäller att då det ännu saknas statistik för detaljerad uppföljning av tandvården är det svårt att bedöma effekterna av regelförändringarna.

Regeringens slutsatser

Tandhälsan har utvecklats positivt hos både barn, ungdomar och vuxna. Störst har förbättringarna varit bland barn, ungdomar och unga vuxna där förekomsten av karies stadigt har minskat under senare år. Det finns dock skillnader i tandhälsa mellan olika delar av landet och befolkningsgrupper.

Beslutet under år 1998 om att införa ett reformerat tandvårdsstöd är ett viktigt steg i riktning mot att stimulera och bidra till en god tandhälsa. Det nya ersättningssystemet har flera

viktiga syften. Det framtida ekonomiska stödets inriktning på den tandhälsoinriktade vardagliga s.k. bastandvården bör stimulera till att en god tandhälsa upprätthålls och förbättras för vissa patientgrupper. Ett annat viktigt syfte med reformen är att förbättra stödet till vissa särskilt utsatta patientgrupper.

Hur patienterna har mottagit det nya ersättningssystemet är det ännu för tidigt att ha en bestämd uppfattning om. En effekt av det nya ersättningssystemet har varit att efterfrågan på tandvård ökade betydligt under år 1998, men detta var sannolikt betingat av den förestående förändringen av ersättningsreglerna för mer kostnadskrävande behandlingar. Utvecklingen det första halvåret 1999 visar att det nya systemet ännu inte fått fullt genomslag och att en stor del av utgifterna alltjämt härrör från behandlingar som enligt övergångsbestämmelser sker enligt de äldre reglerna. Mot bakgrund av detta anser regeringen att en bedömning av effekterna av det reformerade tandvårdsstödet kan göras först sedan bl.a. RFV lämnat sin utvärderingsrapport till regeringen senast den 1 april 2000. Regeringen anser också att det är av stor vikt att det statistiska underlaget förbättras på området.

4.3.7 Vården av och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras

Tillståndet och utvecklingen

Förekomsten av psykiska sjukdomar och funktionshinder hos befolkningen är i stort sett lika stor som tidigare år. Andelen som uppger någon form av psykiska besvär ökar dock. Exempelvis barn- och ungdomspsykiatrien redovisar ett kraftigt ökat antal besök.

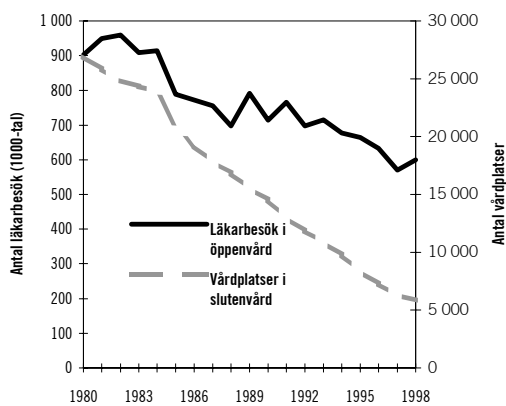
De samhällsekonomiska konsekvenserna av psykisk sjukdom eller funktionshinder är betydande. Socialstyrelsen uppskattar att de totala kostnaderna för samhället har ökat under de senaste åren till drygt 50 miljarder kronor under år 1997, varav en tredjedel utgörs av olika typer av direkta sjukvårdskostnader.

Ett uttryck för att bristerna inom den psykiatriska vården på sina håll kan vara betydande, är att de regionala skillnaderna i vårdresurser, vårdformer och vårdutnyttjande är långt större än vad som kan motiveras av skillnader i den bakomliggande sjukligheten hos befolkningen. Ett annat problem i dagens psykiatri är bristen på

specialister i psykiatri och bristen på differentierade vårdresurser.

Utvecklingen går mot allt färre slutenvårdsplatser och kortare vårdtider inom slutenvården. Detta gäller för såväl frivillig vård som tvångsvård. Denna utveckling som inleddes i slutet av 1960-talet – och var som mest intensiv under 1980-talet – har medfört att Sverige i dag har en slutenvårdskonsumtion inom psykiatrin som är i nivå med övriga nordiska länder. Vad avser antalet besök inom öppenvårdspsykiatrin kan konstateras att antalet läkarbesök sjunker. Noteras bör dock att inom psykiatrin sker en stor del av kontakterna med öppenvården hos psykiatrisjuk-sköterskor.

Diagram 4.7 Antal vårdplatser i sluten psykiatrisk vård samt antal läkarbesök 1000-tal i öppen vård 1980–1998



Källa: Landstingsförbundet

Psykiatrireformen som trädde i kraft den 1 januari 1995 var det senaste steget i denna utveckling. Reformen innebar bl.a. att kommunernas ansvar för psykiskt funktionshindrade förtydligades och i viss mån utökades.

Socialstyrelsens slutrapport avseende uppföljningen av psykiatrireformen överlämnades till regeringen i maj 1999. I rapporten påtalar styrelsen bl.a. att det finns problem både med utformningen av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och kommunernas tillämpning av densamma. Antalet människor med psykiskt funktionshinder som ges stöd enligt LSS är ytterst begränsat och svarar enligt Socialstyrelsen inte mot de verkliga behov som finns. Socialstyrelsen konstaterar också att mellan 20 000 och 25 000 personer med psykiskt funktionshinder – omkring hälften av målgruppen – saknar adekvat sysselsättning anpassad till deras funktionshinder (se vidare avsnitt 5.2.2 Personer med funktionshinder).

De viktigaste statliga insatserna och dess effekter

De stimulansmedel som anslagits från staten i samband med psykiatrireformen har varit värdefulla och medfört att ett stort antal nya projekt har startats. Huvuddelen av stimulansmedlen har innehållit villkor om att medlen skall användas till projekt där de olika huvudmännen samverkar. Cirka 1 000 nya verksamheter har kommit igång och exempel på sådana är nya verksamheter för daglig sysselsättning eller nya former för boendestöd. Stimulansmedlen har varit en viktig drivkraft i den utveckling som har skett på området. Ett särskilt kontinuitetsproblem uppstår dock vid utgången av projekttiderna eftersom de kommunala huvudmännen inte i alla fall avser att fortsätta projekten. Vidare har försöksverksamheten med s.k. personligt ombud slagit mycket väl ut och Socialstyrelsen rekommenderar i sin rapport att verksamheten utvidgas till att gälla hela landet.

Såväl Socialstyrelsen som Folkhälsoinstitutet och Institutet för psykosocial medicin har varit verksamma inom området med bl.a. ett handlingsprogram mot självmord.

Regeringens slutsatser

Regeringen anser att det nuvarande tillståndet och utvecklingen är oroande och har uppdragit åt Nationella folkhälsokommittén att överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att minska den psykiska ohälsan (se avsnitt 4.3.3). Regeringen har vidare angett psykiatrin som ett av de prioriterade områdena inom hälso- och sjukvården inför framtiden. Genom de satsningar som görs inom vård och omsorg – och som kommenterats i det föregående – har också psykiatris behov särskilt uppmärksammas.

Regeringens avsikt är att senare återkomma till riksdagen med förslag om att permanenta insatsen personligt ombud. Avsikten är att reformen skall träda i kraft den 1 juli år 2000. Mot den bakgrunden föreslås att 45 miljoner kronor anslås för ändamålet under år 2000 under anslaget A14 Personligt ombud.

4.4 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat verksamheten, räkenskaperna och årsredovisningarna

för samtliga myndigheter inom verksamhetsområdet avseende budgetåret 1998. RRV har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för år 1998 avseende myndigheterna inom verksamhetsområdet. Två myndigheter, Institutet för psykosocial medicin (IPM) och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), har av RRV emellertid tillställts var sin revisionsrapport. Rapporterna innehåller vissa kommentarer om myndigheternas ekonomiadministrativa rutiner samt åiterrapporteringen i respektive myndighets årsredovisning. Rapporterna behandlas närmare under anslagen A10 Institutet för psykosocial medicin och A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Den ekonomiadministrativa värdering som Ekonomistyrningsverket (ESV) har utfört av samtliga statliga myndigheter för år 1998 har givit EA-värdet fullt tillfredsställande för samtliga myndigheter under verksamhetsområdet.

4.5 Bedömning av personalkonsekvenser

Antalet arbetstillfällen hos de myndigheter som faller inom ramen för verksamhetsområdet Hälsovård och sjukvård har under åren 1998 och 1999 i stort varit oförändrat. Smärre förändringar har dock skett på enskilda myndigheter. Smittskyddsinstitutet har under åren 1998 och 1999 minskat personalstyrkan med tio personer. Socialstyrelsen har däremot under året rekryterat personal för att klara av ett antal nya uppgifter och kompetensförstärkningskrav.

Statens och Landstingsförbundets beslut om att avveckla verksamheten inom den ideella föreningen Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, Spri, den 31 december 1999 kommer också att få personalkonsekvenser. När beslutet om att avveckla Spri fattades var antalet anställda vid institutet ca 90 personer. Anställda vid Spri:s bibliotek kommer att erbjudas anställning vid Karolinska institutet, som regeringen föreslagit skall bli ny huvudman för biblioteket. Övriga anställda varslades om uppsägning före sommaren 1999. I samband med avvecklingen av Spri utgör stödet till de anställda att finna ny anställning eller annan sysselsättning en viktig komponent.

I den av regeringen till riksdagen överlämnade propositionen Vissa alkoholfrågor m.m. (prop. 1998/99:134) framhölls behovet av att se över Folkhälsoinstitutets uppgifter och organisation.

Regeringen har den 23 juni 1999 fattat beslut om att tillkalla en Organisationskommitté med uppgift att ombilda Folkhälsoinstitutet till en myndighet med tydligare uppgifter av stabkaraktär på folkhälsoområdet. Kommittén skall redovisa sina överväganden och förslag till regeringen den 1 juni år 2000 varför det är för tidigt att bedöma eventuella personalkonsekvenser.

4.6 Förslag till regeländringar

Nytt avgiftssystem för den statliga läkemedelskontrollen

Regeringens förslag: Ett nytt avgiftssystem införs för den statliga läkemedelskontrollen fr.o.m. den 1 januari år 2000. Tre huvudtyper av avgifter skall tas ut i det nya systemet; ansökningsavgift skall främst tas ut vid ansökan om att få marknadsföringstillstånd för en ny produkt på marknaden, tillkommande avgift skall tas ut vid ändringar och utökningar i godkännandet för produkter som redan finns på marknaden. Tillkommande avgift skall även tas ut när Läkemedelsverket utarbetar eller kompletterar en prövningsrapport i samband med en ansökan i en annan medlemsstat om erkännande av ett i Sverige godkänt läkemedel. Årsavgift skall tas ut för samtliga produkter på marknaden (förutom de produkter som godkänts genom den för hela EU gemensamma s.k. centrala proceduren). Storleken på de olika avgifterna skall sättas så att de indirekta kostnader för läkemedelskontrollen som är av mer övergripande karaktär fördelas ut på enbart årsavgifterna.

Skälen för regeringens förslag:

Bakgrund

Det nuvarande avgiftssystemet avser att täcka Läkemedelsverkets (LV) kostnader för läkemedelskontrollen. LV inrättades den 1 juli 1990 som en fristående myndighet med ansvar för bl.a. kontroll och tillsyn på läkemedelsområdet. Dessa uppgifter åvilade tidigare Socialstyrelsens läkemedelsavdelning som också hade rätt att ta ut avgifter för läkemedelskontrollen.

LV fick i regleringsbrevet för år 1998 i uppdrag att, med utgångspunkt i att myndighetens verksamhet även fortsättningsvis skulle finansie-

ras med avgifter, redovisa förslag till ett nytt avgiftssystem för sin verksamhet fr.o.m. den 1 januari 2000. LV lämnade i april 1998 till Socialdepartementet en rapport med förslag till nytt avgiftssystem. Rapporten har remissbehandlats.

Lagförslagen har beretts med Läkemedelsverket.

Förslagen om ändring i läkemedelslagen och om ändring i lagen om handel med läkemedel faller inom Lagrådets granskningsområde. Ändringarna är emellertid av så enkel beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Yttrande från Lagrådet har därför inte inhämtats över förslagen.

Det nuvarande avgiftssystemet

Principerna bakom det nuvarande avgiftssystemet är främst att skapa en stabil finansiering av kontrollverksamheten, ge läkemedelsindustrin möjligheter att ansöka om och behålla marknadsföringstillstånd till rimliga kostnader samt ge LV ett integritetsskydd i så mån att avgifterna skall vara så utformade att de värnar om LV:s integritet och tydligt visar myndighetens oberoende i förhållande till läkemedelsindustrin.

Systemet består i huvudsak av två typer av avgifter; ansökningsavgifter och årsavgifter. Läkemedelslagen (1992:859) reglerar vilka avgifter som får tas ut för godkännande och kontroll av läkemedel medan avgiftsnivåerna regleras i förordningen (1997:961) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. Ansökningsavgifter tas huvudsakligen ut för LV:s utredningsarbete i samband med godkännande av olika typer av läkemedel och läkemedelsnära produkter. Årsavgifter tas ut för LV:s övriga kontroll och tillsyn av läkemedel och läkemedelsnära produkter, som exempelvis uppföljning av produktkvalitet, prövning av förnyat godkännande vart femte år, inspektionsverksamhet, information rörande behandlingsrekommendationer samt säkerhetsuppföljning. Ansöknings- och årsavgifterna skall tillsammans täcka LV:s kostnader för läkemedelskontrollen men nivåerna på de olika avgifterna är inte nära relaterade till de faktiska arbetsprestationernas storlek och kostnaderna för dessa. De samlade avgiftsintäkterna genererade fram t.o.m. år 1996 ett ackumulerat överskott för LV:s verksamhet om drygt 35 miljoner kronor. Orsaken till överskotten var främst ett större antal ärenden samt ett större antal läkemedel på den svenska marknaden – och därigenom större avgiftsintäkter – än beräknat. Under åren 1997

och 1998 har LV:s verksamhet emellertid gått med underskott. Detta beror till stor del på en medveten strategi att reducera det ackumulerade överskottet genom att inte höja avgifterna i den utsträckning som hade krävts för att nå balans mellan intäkter och kostnader. Det balanserade kapitalet i myndigheten uppgick till 22 miljoner kronor per den 31 december 1998 och beräknas vara förbrukat i och med utgången av år 1999 bl.a. på grund av investeringar i IT-systemen.

Det europeiska samarbetet inom läkemedelsområdet

Det gemensamma europeiska systemet för godkännande och uppföljning av läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1995 och innebär i praktiken att det nu finns tre olika procedurer för godkännande av läkemedel; den centrala proceduren, den ömsesidiga proceduren och den nationella proceduren. Den europeiska läkemedelsmyndigheten, European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA), ansvarar för administreringen av den centrala proceduren – dvs. den procedur som innebär ett gemensamt godkännande av ett läkemedel för hela EU – och tar ut ansökningsavgifter och årsavgifter för de läkemedel som godkänns genom denna procedur. EMA har emellertid ingen egen utredningskompetens utan fungerar främst som ett tekniskt samordningskansli. De faktiska utredningarna kring godkännande av nya läkemedel inom den centrala proceduren sköts av de nationella läkemedelsmyndigheterna på uppdrag av EMA, som till vissa delar ersätter de nationella läkemedelsmyndigheterna för deras kostnader för utredningarna. LV är en av de tre mest anlitade myndigheterna inom ramen för den centrala proceduren. Genom den nationella proceduren kan ett läkemedel godkännas för försäljning enbart i det land i vilket ansökan om godkännande gjorts. Den ömsesidiga proceduren innebär däremot att den sökande som fått ett godkännande för försäljning av ett läkemedel i en medlemsstat (referensstaten), kan ansöka om att få godkännandet erkänt i en eller flera andra medlemsstater (berörd/a medlemsstat(er)). Den medlemsstat som godkänt läkemedlet för försäljning används då som referens av sökanden och skall bl.a. på begäran av sökanden utarbeta en prövningsrapport beträffande det aktuella läkemedlet (jfr. rådets direktiv 93/39/EEG av den 14 juni 1993 om ändring av direktiv 65/65/EEG, 75/318/EEG och 75/319/EEG avseende läkemedel). Detta innebär således att den ömsesidiga proceduren

medför arbetsinsatser för den s.k. referensstaten vid mer än ett tillfälle, medan den för en s.k. berörd medlemsstat innebär en arbetsinsats av mindre omfattning. Ansvaret för den nationella respektive den ömsesidiga proceduren åvilar LV som får ta ut ansökningsavgifter och årsavgifter för de läkemedel som godkänts genom dessa. I det nuvarande avgiftssystemet tas lika höga avgifter ut i den ömsesidiga proceduren som i den nationella proceduren.

Det europeiska samarbetet medför omfattande arbetsinsatser för LV. Dessutom påverkas LV:s ekonomiska situation på flera sätt av detta. Ett exempel är att ersättningen från EMEA inte täcker LV:s resursinsatser vid utredningar om godkännande inom den centrala proceduren, utan har hittills motsvarat ca 50 procent av LV:s faktiska kostnader⁴. Ett annat exempel är att möjligheten för enskilda medlemsländers läkemedelsmyndigheter att ta ut årsavgifter för centralt godkända läkemedel har upphört fr.o.m. den 1 januari 1999. EMEA ersätter i stället det land som genomfört utredningen för det aktuella läkemedlet med 30 procent av den årsavgift som erlaggs för läkemedlet till EMEA. Detta leder således till ett intäktsbortfall för LV.

Läkemedelsverkets förslag till nytt avgiftssystem

LV fick i regleringsbrevet för år 1998 i uppdrag att, med utgångspunkt i att myndighetens verksamhet även fortsättningsvis skall finansieras genom avgifter, redovisa förslag till ett nytt avgiftssystem för sin verksamhet fr.o.m. 1 januari 2000. Bakgrunden till uppdraget var dels att sambandet mellan LV:s arbetsinsats för olika ärendetyper och respektive avgifts storlek borde göras tydligare, dels att förutsättningarna för läkemedelskontrollen delvis förändrats genom det gemensamma EU-systemet för godkännande och uppföljning av läkemedel.

LV lämnade i mitten av april 1998 rapporten Avgifter – Från 1 januari 2000 till regeringen. I rapporten redovisar LV sitt förslag till ett nytt avgiftssystem för läkemedelskontrollen med utgångspunkt från att ett nytt avgiftssystem bör uppfylla vissa grundläggande krav. Dessa krav är att det nya systemet skall vara enkelt och tydligt, skall stärka kopplingen mellan avgift och prestation/arbetsinsats samt skall vara anpassat till och

beakta de ekonomiska konsekvenserna av det europeiska systemet. Dessutom skall avgiftsin-täkterna täcka de totala kostnaderna för läkemedelskontrollen, avgifterna fördelas över ett läkemedels livscykel samt avgifterna utformas så att de av läkemedelsindustrin upplevs som skäliga samtidigt som de ger LV ett integritetsskydd.

LV föreslår att tre huvudtyper av avgifter skall kunna tas ut i det nya avgiftssystemet, nämligen;

1. Ansökningsavgift skall tas ut vid ansökan om att få marknadsföringstillstånd för en ny produkt på marknaden samt vid ansökan om tillstånd för kliniska prövningar respektive licenser.
2. Tillkommande avgift skall främst tas ut vid ändringar och utökningar (främst i form av nya indikationer och nya doser) i godkännandet för produkter som redan finns på marknaden. Tillkommande avgift skall även tas ut för en prövningsrapport som utarbetas eller kompletteras i samband med en ansökan i en annan medlemsstat om erkännande av ett i Sverige godkänt läkemedel.
3. Årsavgift skall tas ut för samtliga produkter på marknaden (förutom de produkter som godkänts genom den centrala proceduren) och skall täcka dels de kostnader för kvalitetskontroll, informationsuppgifter, biverkningskontroll, inspektionsverksamhet m.m. för vilka det finns en koppling till specifika produkter, dels kostnader av mer övergripande karaktär och som inte är relaterade till specifika produkter. Bland den senare typen av kostnader ingår bl.a. kostnader för kompetensutveckling, allmänt EU-arbete och administrativa uppgifter.

LV presenterar två alternativa modeller för fördelningen av olika kostnader på respektive avgiftstyp. Båda modellerna innebär en starkare koppling mellan avgift och prestation/arbetsinsats än i nuvarande system genom att samtliga de kostnader som går att koppla till specifika produkter fördelas på respektive avgiftsslag i relation till arbetsinsatsen/prestationen. Vad gäller fördelningen av kostnader av mer övergripande karaktär skiljer sig dock modellerna åt genom att dessa kostnader i alt. 1 fördelas ut proportionellt på såväl ansöknings- och tillkommande avgifter som årsavgifter, medan de i alt. 2 fördelas ut enbart på årsavgifterna. LV förordar den senare

⁴ För år 1999 beräknas ersättningen från EMEA täcka ca 60 procent av LV:s kostnader vid utredningar.

modellen då denna i högre grad väger in kraven på ett integritetsskydd för LV och minskar risken för att ansökningar om godkännande av kostnadsskäl inte lämnas in och/eller marknadsföringstillstånd inte bibehålls. LV föreslår vidare att vissa nya avgiftsslag införs och att en ökad differentiering av avgifterna görs, bl.a. med anledning av de olika procedurerna för godkännande av läkemedel. Vissa av de nya avgiftsslag som LV föreslår kräver ändringar i eller tillägg till läkemedelslagen (1992:859) och lagen (1996:1152) om handel med läkemedel. LV föreslår bl.a. att ansökningsavgifter införs för tillstånd för tillverkning av läkemedel och för licenser. LV föreslår också att en särskild avgift skall tas ut av den producent som erhåller vetenskaplig rådgivning i samband med utvecklingen av ett läkemedel och att en årsavgift skall tas ut för tillsyn av detaljhandeln med läkemedel på apotek. Vidare föreslår LV att avgiften för godkännande av parallellimporterade läkemedel sänks och att årsavgiften för sådana läkemedel skall uppgå till 1/3 av motsvarande originalprodukts årsavgift. För godkännande av generika föreslår LV att avgiften skall understiga motsvarande avgift för en ny läkemedelsprodukt. LV föreslår också att en differentiering av årsavgifterna görs så att en högre avgift betalas för nya läkemedel under de första fem åren och en lägre avgift betalas därefter. Slutligen föreslår LV att avgifterna i den ömsesidiga proceduren och den nationella proceduren bättre skall anpassas till verkets arbetsinsats i respektive procedur.

LV presenterar i rapporten en prognos över det förväntade antalet av respektive ärendeslag under år 2000 samt en beräkning av myndighetens kostnader för läkemedelskontrollen under år 2000. LV konstaterar att det föreligger stor osäkerhet om de förväntade volymerna av nya ansökningar i de olika procedurerna och om hur stort antal godkända läkemedel som kommer att finnas på den svenska marknaden framöver. Kostnaderna för läkemedelskontrollen under år 2000 beräknar LV till drygt 213 miljoner kronor⁵, inklusive ca 10 miljoner kronor som avser utvecklingskostnader för LV:s IT-system. Enligt LV:s förslag är det denna kostnadsnivå som skall täckas av avgiftsintäkterna, oavsett vilken av de två avgiftsmodellerna som tillämpas. Utöver

dessa kostnader beräknas LV under år 2000 ha kostnader för den särskilda uppdragsverksamheten om drygt 14 miljoner kronor. Dessa kostnader beräknas täckas av särskilda intäkter i samma storleksordning.

Remissinstansernas synpunkter

Regeringen har inhämtat yttranden över förslagen i LV:s rapport Avgifter – Från 1 januari 2000 från Ekonomistyrningsverket (ESV), Konkurrensverket och Läkemedelsindustriföreningen (LIF).

ESV tillstyrker den av LV förordade avgiftsmodellen bl.a. då höjningen av ansökningsavgifterna innebär ett steg mot en bättre kostnadsanpassning. ESV har inget att invända mot att kostnader av mer övergripande karaktär läggs på årsavgifterna eller mot att avgifterna tas ut i form av saktaxor. Enligt ESV är fördelen med en saktaxa att företagen i förväg vet vad respektive tjänst kommer att kosta och att avgiftssystemet är lätt att administrera. ESV framhåller att hänsyn bör tas till LV:s eventuella ackumulerade över- eller underskott vid avgiftsättningen i det nya systemet.

Konkurrensverket framhåller att det ur företagets synvinkel är angeläget med en samordning av avgiftssystemet i de olika procedurerna. Vidare anser Konkurrensverket att en höjning av ansökningsavgifterna är i linje med en bättre kostnadsanpassning men att en avgiftsmodell enligt LV:s alt. 1 kan få negativa effekter på främst de mindre och medelstora företagens vilja att ansöka om godkännande av nya läkemedel. Avgifternas storlek har störst betydelse för dessa företags möjlighet att etablera sig på marknaden och det är vanligt att de är verksamma på marknaderna för generika eller parallellimporterade läkemedel. De mindre och medelstora företagen är allmänt sett betydelsefulla för möjligheten att upprätthålla en fungerande konkurrens på läkemedelsmarknaden. Konkurrensverket för i sitt yttrande en diskussion om en alternativ avgiftsmodell där effekten av höjda ansökningsavgifter minskas genom att årsavgifterna betalas i efterhand och differentieras med hänsyn till försäljningens storlek. Enligt Konkurrensverket skulle de mindre och medelstora företagens totala avgiftsbörda därigenom kunna hållas låg. Konkurrensverket noterar att LV:s förslag inte innehåller några sådana kvantitetsskalor och framhåller att om så inte sker bör den föreslagna höjningen av ansökningsavgifterna begränsas framförallt för generikaläkemedel. Avslutningsvis tillstyrker

⁵ Kostnaderna för läkemedelskontrollen år 1998 uppgick till knappt 202 miljoner kronor, vilket också beräknas bli kostnaden för år 1999.

Konkurrensverket att avgiften för ansökan om parallellimport av läkemedel sänks.

LIF:s principiella syn på ett nytt avgiftssystem är att det bör ha samma grundstruktur som det europeiska. LIF anser att varje avgiftsslag, i likhet med LV:s förslag, bör fastställas utifrån en genomsnittskostnad som baseras på tidigare re-sursåtgång och inte på den faktiska kostnaden för varje ansökan eller efterkontroll. Den sökande måste kunna veta kostnaden när ansökan görs. LIF förordar emellertid en modell enligt LV:s alt. 1. Avgifter bör enligt LIF dessutom införas för viss verksamhet som inte är avgiftsbelagd i dag, t.ex. tillsyn av apotek, sjukhusapotek och sjukvård. När regeringen eller någon myndighet kräver särskilda insatser av LV måste enligt LIF särskilda anslag tillföras LV för sådana uppdrag så att kostnaderna för dessa uppdrag inte belastar läkemedelsindustrin. Slutligen anser LIF att avgifterna för parallellimporterade läkemedel skall baseras på kostnaderna för kontrollinsatserna för dessa läkemedel och inte på andra faktorer.

Regeringens bedömningar och slutsatser

Regeringen delar LV:s bedömning när det gäller de grundläggande krav som ett nytt avgiftssystem för läkemedelskontrollen skall uppfylla. Utöver dessa krav har regeringen ett antal principiella utgångspunkter för utformningen av ett nytt system. Regeringen anser att LV:s framtida funktion och den framtida inriktningen av dess verksamhet i princip bör vara oförändrad jämfört med i dag. Dessutom måste enligt regeringens uppfattning en viss grundnivå av resurser tillför-säkras läkemedelskontrollen för att den vetenskapliga kvaliteten i insatserna skall kunna garanteras. Vidare anser regeringen att LV även fortsättningsvis skall spela en viktig roll inom EU-samarbetet på läkemedelsområdet. Regeringen är också angelägen om att de olika avgifterna av företagen inom läkemedelsbranschen skall anses vara skäliga och inte verka hämmande vad gäller viljan och möjligheterna att introducera och/eller behålla olika läkemedel på den svenska marknaden.

Mot bakgrund av de grundläggande kraven och de principiella utgångspunkterna gör regeringen bedömningen att en modell enligt LV:s alt. 2 är den mest lämpliga för ett nytt avgiftssystem för läkemedelskontrollen fr.o.m. år 2000. Regeringen anser i och för sig att det kan finnas

skäl att framdeles överväga att i ännu större utsträckning fördela LV:s totala kostnader på samtliga avgiftsslag för att på så vis ytterligare öka relationen mellan olika prestationer och respektive avgifts storlek. Detta skulle i sådana fall innebära högre ansöknings- och tillkommande avgifter samt lägre årsavgifter än i alt. 2. Regeringen gör emellertid bedömningen att det i nuläget finns skäl för att välja en modell enligt alt. 2 då denna innebär ett enkelt och tydligt avgiftssystem samtidigt som den skapar en önskvärd balans mellan kraven på ett ökat samband mellan LV:s olika prestationer och respektive avgifts storlek och att inga onödiga hinder skapas för introduktion av nya läkemedel. Som ett exempel på detta kan nämnas att ett avgiftssystem enligt alt. 2 innebär att ansökningsavgiften för godkännande av ett helt nytt läkemedel i den nationella proceduren blir drygt 4 gånger högre än motsvarande avgift i det nuvarande systemet. Detta skall jämföras med en avgiftsmodell enligt alt. 1, där denna avgift skulle bli nära 9 gånger så hög som i det nuvarande systemet.

En annan faktor som talar för att nu införa en avgiftsmodell enligt alt. 2 är enligt regeringens uppfattning att det europeiska systemet för godkännande och uppföljning av läkemedel för närvarande genomgår en utveckling som kommer att påverka vilken typ av ärenden som inkommer till LV. Dessutom kommer det europeiska systemet att utvärderas under år 2000. Beroende av resultatet av utvärderingen kan förändringar i EU-systemet komma att genomföras i framtiden. Sådana förändringar i EU-systemet får direkt effekt på finansieringen av den svenska läkemedelskontrollen. Regeringens uppfattning är att en avgiftsmodell enligt alt. 2 kan tjäna som en stegvis övergång till ett system med ännu tydligare koppling mellan avgift och prestation, i det fall en sådan utveckling anses önskvärd och är i linje med den framtida utvecklingen i det europeiska systemet.

Regeringen föreslår är att ett nytt avgiftssystem bör införas för den statliga läkemedelskontrollen fr.o.m. den 1 januari 2000. Regeringen föreslår vidare att principerna i det nya systemet skall vara att tre huvudtyper av avgifter – ansökningsavgifter, tillkommande avgifter och årsavgifter – tas ut, att respektive avgiftstyp tillämpas i enlighet med LV:s förslag samt att nivåerna på de olika avgifterna sätts så att indirekta kostnader av mer övergripande karaktär fördelas ut på enbart årsavgifterna (dvs. enligt LV:s alt. 2).

Regeringen föreslår också att LV:s förslag avseende införandet av vissa nya avgiftsslag samt om en ökad differentiering av avgifterna genomförs och att de föreslagna lagändringarna i avsnitt 2.1 och 2.2 godkänns. Dessutom föreslår regeringen att en ändring görs i läkemedelslagen (1992:859) så att möjligheten för LV att ta ut årsavgifter för läkemedel som godkänts genom den centrala proceduren upphör. Denna ändring har i praktiken redan genomförts då motsvarande ändring gjorts i förordningen (1997:961) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel fr.o.m. den 1 januari 1999.

Regeringen har för avsikt att under hösten 1999 genom en ändring av förordningen (1997:961) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel mer i detalj lägga fast för vilka ärendetyper avgifter skall tas ut, vilket eller vilka avgiftsslag som skall tas ut för respektive ärendetyp samt de konkreta avgiftsnivåerna. Regeringen avser att noga följa utvecklingen av LV:s totala avgiftsintäkter och kostnader. I det fall det visar sig att det nya avgiftssystemet systematiskt ger över- eller underskott har regeringen för avsikt att vidta de åtgärder som erfordras för att justera avgiftsnivåerna, och därigenom också avgiftsintäkterna, så att dessa anpassas till en rimlig total kostnadsnivå för LV:s verksamhet.

Kommunal primärvård

Regeringens förslag: Pågående försök med kommunal primärvård förlängs till utgången av år 2001.

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

Regeringen gav i propositionen (prop. 1997/98:113) Nationell handlingsplan för äldrepolitiken uttryck för att de lagliga förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting bör stärkas. Regeringens avsikt var därför att se över frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet och därefter återkomma med erforderliga förslag till lagändringar. Mot bakgrund av detta ansåg regeringen, i propo-

sitionen (prop. 1997/98:189) Patientens ställning, det olämpligt att mer långsiktigt ta ställning till försöksverksamheten med kommunal primärvård. Försöksverksamheten förlängdes därför till utgången av år 1999 i avvaktan på översynen.

Regeringen har nu genom beslut den 27 maj 1999 beslutat att tillkalla en särskild utredare (Dir. 1999:42) med uppgift att beskriva och analysera de problem som finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Utredaren skall lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan huvudmännen på dessa områden. Utredaren skall bl.a. analysera möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad samt analysera behoven av förbättrade möjligheter att verka i en gemensam nämnd. Uppdraget skall redovisas för regeringen senast den 30 september år 2000.

Regeringen anser att det är olämpligt att ta ställning till försöksverksamheten med kommunal primärvård innan utredningen har presenterat sitt förslag. I avvaktan på utredningen bör därför försöksverksamheten med kommunal primärvård förlängas till utgången av år 2001.

Ny struktur för det nationella stödet till vårdens och omsorgens utvecklingsarbete

Ärendet och dess beredning

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) är en ideell förening med staten och Landstingsförbundet som medlemmar. Regeringen beslutade den 12 december 1998 att tillsätta en arbetsgrupp inom Regeringskansliet för beredning av frågor rörande verksamheten vid Spri (S 1998:H). I arbetsgruppens uppdrag ingick bl.a. att bereda Spri:s utvärdering av verksamheten 1996–1997 Utvärdering för utveckling (Spri rapport 471) samt rapporten Hälso- och sjukvårdens utmaningar inför 2000-talet – Om Landstingsförbundets engagemang i Spri m.m.

Staten och Landstingsförbundet träffade därefter den 7 april 1999 en överenskommelse om att avveckla verksamheten vid Spri per den 31 december 1999 och att upplösa föreningen. Riksdagen har bemyndigat regeringen att gemensamt med Landstingsförbundet upplösa föreningen (prop. 1998/99:100, bet. 1998/99:FiU27, rskr.1998/99:249).

Arbetsgruppen överlämnade den 30 april 1999 rapporten Ny inriktning och nya former för nationellt stöd till utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Yttranden över arbetsgruppens rapport inhämtades i samband med en hearing den 17 juni 1999. Vid hearingen deltog representanter från Socialstyrelsen, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), Spri, Svenska kommunförbundet, Sveriges läkarförbund samt Vårdförbundet.

Regeringens förslag: Ett nationellt råd för vårdpolitik inrättas i vilket staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet deltar. Rådet skall vara forum för en kontinuerlig dialog mellan staten och huvudmännen i angelägna vård- och omsorgsfrågor. Ansvarsområdet bör omfatta landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas vård och omsorg. Rådet skall ta initiativ till och finansiellt stödja nationella program för utvecklingsarbete inom vård och omsorg. Programmen läggs ut på regionala kunskapscenter. Socialstyrelsens arbete vad gäller ekonomisk analys av vården och omsorgen förstärks. Spri:s bibliotek överförs till Karolinska institutet. Det nationella stödet till vårdens IT-arbete samt till ledarskaps- och verksamhetsutveckling förändras.

Arbetsgruppens förslag överensstämmer i huvudsak med regeringens. Arbetsgruppen förordade emellertid att Spri:s bibliotek skulle överföras till SBU.

Skälen för regeringens förslag: Spri har varit verksamt under drygt trettio år och har därvid aktivt bidragit till utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Emellertid har mycket hänt under denna tid som nu gjort det nödvändigt med en ny inriktning och nya former för ett nationellt stöd till vårdens utvecklingsarbete.

Vårdpolitiskt råd samt nationella utvecklingsprogram

Kommunerna har genom ett antal reformer under 90-talet fått ett allt större ansvar för hälso- och sjukvård. Mot den bakgrunden är det en uppenbar svaghet att kommunerna stått utanför det samarbete – bl.a. i form av Spri – som sedan lång tid funnits mellan staten och landstingen via Landstingsförbundet när det gäller att stimulera utvecklingsarbete i vården. Det finns enligt rege-

ringen stora behov av att huvudmännen, kommuner och landsting, tillsammans finner former för det gemensamma ansvar som finns för vårdens utveckling. Staten har därtill ett övergripande ansvar för utvecklingen inom området. Regeringen anser mot denna bakgrund att det är angeläget att etablera en ny samverkansform mellan staten och huvudmännen i form av ett nationellt råd för vårdpolitik.

Rådet bör bestå av företrädare för regeringen och ledningarna i Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Ansvarsområdet bör omfatta landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas vård och omsorg. Rådet kommer således att ha ett brett ansvarsområde och gripa över hela vårdkedjan – hälso- och sjukvården inom landstingen samt äldre- och barn- och ungdomsvård, missbrukarvård och vården av vissa funktionshindrade inom kommunerna. Avsikten är att rådet skall vara forum för en kontinuerlig dialog mellan staten och huvudmännen i angelägna vårdpolitiska frågor. Rådet skall vidare analysera vårdens långsiktiga utveckling utifrån förhållanden som redovisas av bl.a. myndigheter och sjukvårdshuvudmännen samt ta initiativ till utvärderingar av hur vårdens och omsorgens mål och syften nås.

Hälso- och sjukvården är en utpräglad kunskapsorganisation med en kunskapsmassa som är både bred och djup. Det har på senare tid också framstått allt klarare att utvecklingsarbetet inom vården bör föras närmare huvudmännen och bedrivs i former som engagerar dem som skall införa och använda resultaten av utvecklingsarbetet. Det är vidare nödvändigt att i ett land av vår storlek tillvarata den kompetens som finns över hela landet. Det finns ett stort värde i att skapa förutsättningar som gör att t.ex. universitet och högskolor involveras och kan bidra till att stärka utvecklingen av vård och omsorg med tvärvetenskaplig kunskap. Mot denna bakgrund bör ytterligare en viktig uppgift för rådet vara att ta initiativ till och finansiellt stödja nationella program för utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Programmen bör läggas ut på regionala kunskapscenter eller till samverkansorgan för olika regioner och bedrivs i samarbete med t.ex. universitet, högskolor och andra FoU-enheter.

Rådet bör efter redovisning av behov och sin egen bedömning ta ställning till angelägna utvecklingsområden. Redovisning av behov bör ske genom en systematisk värdering av de förslag och idéer som lämnas av kommuner och lands-

ting, olika myndigheter, institutioner samt andra aktörer. Behovsbedömningen skall sammanfattas till ett program som bedrivs under en viss tidsperiod. Programmets innehåll skall specificeras av rådet. Där skall syfte och mål anges, bl.a. med avseende på det kunskapsinnehåll som man vill utveckla, hur spridningen av kunskap skall ske, vilken finansiering som står till förfogande och vilken kompletterande sådan som behövs. Ett kunskapscenter bör omfatta minst en forskningsinstitution. Verksamheten skall ha ett tvärvetenskapligt anslag. Vidare bör kommuner och landsting medverka samt involveras i dialogen mellan forskning och utveckling och den praktiska tillämpningen. Den organisatoriska formen för ett kunskapscenter är av mindre betydelse. De verksamheter som startas skall löpande utvärderas.

I arbetsgruppens rapport utpekades ett antal områden där det finns behov av kunskapsutveckling; t.ex. hälsoekonomi, medicinskt programarbete och prioriteringar samt verksamhetsutveckling. Regeringen är inte beredd att nu redovisa någon uppfattning på denna punkt, utan det bör ankomma på det vårdpolitiska rådet att göra en samlad bedömning av vilka utvecklingsområden som skall prioriteras.

Vid den hearing som anordnades med anledning av arbetsgruppens rapport tillstyrkte samtliga instanser inrättandet av ett nationellt råd för vårdpolitik samt modellen med nationella program för utvecklingsarbete. Socialstyrelsen pekade t.ex. på de förnyelsemöjligheter som tanken med regionala kunskapscenter innebär, liksom effektivitetsvinster genom att parallellarbete vid regionala center kan undvikas och erfarenhet tas tillvara i större skala än hittills. SBU menade emellertid att de kunskapscenter som nu finns regionalt bör utvärderas innan man fastställer en strategi för hur dessa skall bidra till utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Instanserna framhöll också att samverkan mellan rådet och andra intressenter – privata vårdgivare, vårdens yrkesgrupper samt statliga myndigheter – bör etableras i någon form. Synpunkter framkom vidare på att rådets sekretariat måste få en fastare struktur än det roterande sekreterarskap som arbetsgruppen föreslagit. Särskilt programarbetet bedömdes kräva en fastare organisation som stöd för det nationella rådet och för att rätt ta tillvara värdet av det nationella utvecklingsarbetet.

Regeringen avser att inleda överläggningar med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet för att precisera och ytterligare

utveckla det vårdpolitiska rådets funktion, arbetsformer och finansiering. De synpunkter som har framförts av remissinstanserna kommer att beaktas i de fortsatta överläggningarna. Regeringens avsikt är att det nationella rådet skall kunna inrättas under hösten år 1999 i enlighet med vad staten och Landstingsförbundet enades om i den s.k. Dagmaröverenskommelsen för år 1999, för att därefter utvidgas och konkretiseras på det sätt som nu föreslås. Arbetet med de nationella programmen för utvecklingsarbete inom vård och omsorg bedöms kunna komma i gång successivt under år 2000.

Fördjupad ekonomisk analys

För närvarande är kunskapen bristfällig, i synnerhet på övergripande nivå, om vad samhället får ut av de resurser som satsas på vård och omsorg. Att på olika vägar förstärka den ekonomiska kompetensen utgör enligt regeringen ett viktigt inslag i en framtida struktur för centralt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Det finns behov av en samlad analys och bedömning av tillgängliga fakta, grundad på såväl kunskap om vård och omsorg som ekonomisk kompetens. Regeringen anser mot denna bakgrund att Socialstyrelsen inom ramen för sin uppföljnings- och tillsynsroll skall spela en mer aktiv, pådrivande och utåtriktad roll i dessa frågor bl.a. genom att:

- bygga upp kompetens för kvalificerad analys av vårdens och omsorgens produktivitet, effektivitet och kvalitet,
- regelbundet göra bedömningar av vårdens och omsorgens tillstånd och utveckling på basis av kostnader, produktivitet och effektivitet,
- göra för vården och omsorgen gemensamma analyser, t.ex. rörande effektiviseringsmöjligheter i samspelet mellan landsting och kommun,
- utföra uppdrag inom området, t.ex. ekonomiska uppföljningar av reformer som komplement till verksamhetsuppföljningen,
- initiera och driva på utvecklingen av bättre system för uppföljning och analys av vård och omsorg på olika nivåer,
- initiera samhällsekonomiska studier t.ex. rörande förebyggande insatser utifrån ett sektorsövergripande perspektiv samt analysera förutsättningarna för bättre samverkan

mellan huvudmännen, t.ex. vad gäller vårdkedjor inom äldreomsorg och psykiatri.

SBU framförde i samband med den ovan nämnda hearingen att alla statliga myndigheter inom sjukvårdens område borde ha en god samlad hälsoekonomisk kompetens, som kan samverka i en nätverksliknande organisation. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen arbetar i nära samverkan med övriga berörda aktörer som statliga myndigheter och högskolor, men också med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

Bibliotek

Spri:s bibliotek och utredningsbank uppfattas av hälso- och sjukvårdens olika aktörer som en mycket värdefull resurs och har spelat en betydande roll som kunskaps- och informationscentrum för hälso- och sjukvård. Biblioteket är också nationellt ansvarsbibliotek för hälso- och sjukvård och i denna funktion associerat till Karolinska institutet. Vidare är Spri nationellt WHO Documentation Centre, dvs. man har ålagts uppgiften att hålla WHO:s samlade dokumentation tillgänglig i Sverige.

Regeringen delar arbetsgruppens uppfattning att den verksamhet som bedrivs vid Spri:s bibliotek och utredningsbank är ett viktigt inslag i den nya strukturen för ett nationellt stöd till utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Det är viktigt att denna resurs tas tillvara och utvecklas.

Arbetsgruppen föreslog att verksamheten skulle överföras till SBU. Det finns emellertid även andra tänkbara mottagare av verksamheten. Karolinska institutet har i kontakter med regeringen framfört sitt intresse av att överta verksamheten. Spri:s ledning har också framfört tankar om ett centralt informationscenter, där biblioteket skulle ingå som en komponent. Landstinget i Dalarna har i en skrivelse till regeringen erbjudit sig att gemensamt med Kalmar läns landsting och Värmlands läns landsting åta sig ansvaret för en nationell databas över patientinformation. Detta skulle innebära en samordning mellan Spri:s patientinformationsdatabas Patrix och databasen PION, som har utvecklats av de tre landstingen. Slutligen har Uppsala universitet i juli 1999 inkommit med en intresseanmälan om lokalisering av biblioteket till universitetet.

Vid en samlad bedömning av dessa förslag har regeringen funnit att Karolinska institutet är den lämpligaste mottagaren av verksamheten. Rege-

ringen föreslår därför att Spri:s bibliotek och utredningsbank överförs till Karolinska institutet.

Karolinska institutets bibliotek är i dag nationellt ansvarsbibliotek för medicin, odontologi samt vårdvetenskap. Karolinska institutets verksamhet var tidigare i större utsträckning inriktad på medicinsk vetenskap. Genom sammanslagningen med hälsovårdshögskolan har verksamheten kommit att utvidgas till att omfatta även vårdvetenskap. Socialstyrelsen framförde i samband med hearingen att det är viktigt att beakta den annorlunda profil som Spribiblioteket erövrar. De i vården yrkesverksamma tycks, enligt Socialstyrelsen, ha uppfattat "tröskeln" till Spri:s bibliotek som lägre än den till medicinskt-vetenskapliga bibliotek, vilket bidragit till stor användning av denna service i FoU-verksamhet. Med den nya inriktningen vid Karolinska institutet, bl.a. mot de medellånga vårdutbildningarna, bedömer regeringen att biblioteket motsvarar dessa krav. Överförandet skulle ytterligare utveckla biblioteksverksamheten vid Karolinska institutet till ett mer heltäckande bibliotek på hälso- och sjukvårdsområdet, vilket i sin tur innebär att målgrupperna har lättare att finnas vägar till biblioteket. Biblioteket vid Karolinska institutet har vidare hög kompetens och ett starkt utvecklingsarbete bl.a. när det gäller olika IT-lösningar och erfarenhet av EU-projekt. Detta innebär att den nu höga nivån på Spri:s biblioteks utvecklingsarbete har goda förutsättningar att bibehållas. Biblioteket bör ha en fortsatt roll som ansvarsbibliotek inom hälso- och sjukvård och fortsatt hög servicenivå.

Regeringen är inte beredd att ta ställning till skrivelsen från Dalarnas läns landsting om en samordning mellan de olika patientinformationscentralerna utan anser att det är en fråga som får övervägas av den nya huvudmannen.

IT-strategisk samverkan

Ett annat viktigt inslag i ett nationellt stöd till utvecklingsarbete inom vården handlar om IT-frågor. Landstingsförbundet har i samverkan med Svenska kommunförbundet tillsatt en utredning för att pröva behov av och en lämplig form för ett organ som kan stödja och samordna ett nationellt samarbete i frågor av strategisk betydelse för IT-användningen i vården och omsorgen. Utredningen avses avslutas under hösten 1999. Riktningen för arbetet är att den organisation som bör finnas för det strategiska IT-stödet skall vara i funktion från och med årsskiftet 1999/2000. I direktiven till utredningen

nämns bl.a. utredning och utveckling av för huvudmännen strategiska IT-tjänster, det nationella standardiseringsarbetet på IT-området, tillhandahållande av nationella informationstjänster samt bevakning och deltagande i EUs verksamhet inom området.

I utredningen ingår också som en tung del att gå igenom och pröva i vilken omfattning och i vilka former den verksamhet som Spri för närvarande bedriver på IT-området kan bedrivas i framtiden.

Vårdförbundet underströk vid hearingen med anledning av arbetsgruppens förslag vikten av att "Spriterm – hälso- och sjukvårdens termdatabas" får en tydlig hemvist så att den kan vårdas och utvecklas efter behov. Enligt Vårdförbundet bör ansvaret för termdatabasen läggas på Socialstyrelsen. Svenska läkarsällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter samt Legitimerade sjukgymnasters riksförbund har i skrivelser till regeringen också understrukit vikten av att termdatabasen kan utvecklas.

När den ovan nämnda IT-utredningen under hösten presenterar sina förslag kommer frågor om ansvarsfördelning och organisation av det nationella stödet till vårdens IT-arbete att bli föremål för ytterligare överväganden.

Ledarskaps- och verksamhetsutveckling

Stöd till ledarskaps- och verksamhetsutveckling är ytterligare en viktig komponent i ett nationellt stöd till utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. I vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem är det i huvudsak ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen att utveckla dessa insatser, även om staten till en del bidragit finansiellt med s.k. Dagarmedel. Landstingsförbundet har också i samverkan med Svenska kommunförbundet tagit initiativ till att tillsätta en utredningsgrupp vars arbete syftar till att utveckla det nationella stödet på detta område.

Genomförande och kostnadsaspekter

Den nya inriktningen för det nationella stödet till vårdens och omsorgens utvecklingsarbete som har presenterats ovan innehåller många olika komponenter. Inom flera områden återstår frågor att bereda och överlägga med sjukvårdshuvudmännen om. Samtidigt har beslut fattats om att lägga ner Spri. Föreningens verksamhet skall upphöra den 1 januari 2000. Under år 2000 kommer dock bl.a. personalavvecklingskostnader och lokalkostnader att belasta statsbudgeten.

Regeringen bedömer mot denna bakgrund att de olika delarna i det nya nationella stödet kommer att införas successivt dels i takt med det fortsatta beredningsarbetet, dels i den takt som avvecklingen av Spri och de kostnader detta medför tillåter. Spri:s bibliotek föreslås överföras till Karolinska institutet fr.o.m. den 1 januari 2000. Regeringens förslag om medelfördelning framgår av anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård.

4.7 Anslag

A1 Sjukvårdsförmåner

Tabell 4.5 Anslagsutvecklingen A1 Sjukvårdsförmåner

| <i>Tusental kronor</i> | | | | |
|------------------------|----------------|------------------|------------------|-----------|
| 1998 | Utfall | 1 879 925 | Anslags-sparande | -338 340 |
| 1999 | Anslag | 1 992 000 | Utgifts-prognos | 2 080 000 |
| 2000 | Förslag | 1 998 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 2 036 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 2 076 000 | | |

Anslaget finansierade under år 1998 i huvudsak vuxentandvård (tandvårdsförsäkringen), ersättningar till sjukvårdshuvudmännen avseende sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden samt Handikappinstitutets verksamhet. Finansieringen av Handikappinstitutet upphörde fr.o.m. år 1999 i samband med att verksamheten ombildades till en ideell förening med namnet Hjälpmedelsinstitutet. Det innebär att anslaget under år 1999 i princip omfattar utgifter för vuxentandvård samt ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Sistnämnda ändamål har fr.o.m. år 1999 utökats genom att landstingen då övertog ansvaret för administrationen av viss vuxentandvård och för detta erhåller ett årligt fast ersättningsbelopp.

Även för år 2000 beräknar regeringen utgifter för två huvudsakliga ändamål under anslaget; tandvårdsersättning samt ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. De beräknade utgifterna i miljoner kronor för dessa båda ändamål åren 1999–2002 framgår av följande tabell.

Tabell 4.6 Utgifternas fördelning på ändamål*Miljoner kronor*

| Ändamål år | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen | 530 | 530 | 530 | 530 |
| Tandvårdersättning | 1 550 | 1 468 | 1 506 | 1 540 |
| Totalt | 2 080 | 1 998 | 2 036 | 2 076 |

Den 1 januari 1999 infördes ett reformerat tandvårdsstöd, vilket bl.a. innebar att landstingen övertog det administrativa ansvaret för tandvården för vissa särskilda patientgrupper. För detta erhåller landstingen under åren 1999–2001 ett årligt fast ersättningsbelopp på 405 miljoner kronor. Övrig vuxentandvård administreras som tidigare av Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna.

I budgetpropositionen för år 1999 överfördes 7 miljoner kronor till anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik för en systematisk granskning av det vetenskapliga underlaget för verksamheten inom tandvården.

Regeringens överväganden

Resultatinformation/resultatbedömning

Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Av medlemskapet i EU, EES-avtalet och vissa bilaterala avtal (konventioner) följer att Sverige har både kostnader och intäkter för sjukvårdsförmåner gentemot annat land. Kostnaderna avser å ena sidan de sjukvårdsförmåner som utländska medborgare i enlighet med medlemskapet och andra avtal vid behov har rätt till under vistelse i Sverige. Landstingen erhåller ersättning för sådana utförda vårdinsatser efter framställning hos försäkringskassan. RFV tillställer där efter respektive land krav på dessa kostnader om det inte finns bilaterala avtal som anger annat. Det kan dröja flera år innan kraven regleras. Å andra sidan uppkommer kostnader för sådana sjukvårdsförmåner som svenska medborgare vid behov är berättigade till vid vistelse i dessa länder. En betydande del av de kostnaderna avser svenska pensionärer som är bosatta i medelhavsländerna. Utgifterna för vårdförmåner utomlands betalas av RFV.

Som framgår av ovanstående regleras kostnader och intäkter i internationella förhållanden först flera år efter att de uppkommit, varför svår-

riighet föreligger att med större exakthet beräkna den årliga nettokostnaden för försäkringen. Det har dock kunnat konstateras under det senaste året att kostnaderna för vård utomlands visar en fortsatt tendens att öka.

Fr.o.m. år 1999 omfattar ändamålet även den ersättning som staten lämnar till landstingen för den vuxentandvård till vissa särskilda patientgrupper som landstingen genom riksdagens beslut om det reformerade tandvårdsstödet har det administrativa ansvaret för. Denna ersättning skall – enligt en överenskommelse med staten – utges under åren 1999–2001 med 405 miljoner kronor per år. Om användningen av dessa medel över- eller understiger den utbetalda ersättningen skall den uppkomna sammanlagda mellanskillnaden efter de tre åren slutregleras via budgetpropositionen för år 2003. Fr.o.m. budgetåret 2002 skall ersättningen föras in i det generella statsbidraget till landstingen.

Under första halvåret 1999 har utgifterna för ändamålet varit sammanlagt 250 miljoner kronor. Med hänsyn till den ökning av utgifterna som förväntas i fråga om vårdkostnaderna i internationella förhållanden beräknas utgifterna för hela år 1999 uppgå till 530 miljoner kronor.

Tandvårdersättning

I juni 1998 antog riksdagen regeringens proposition om reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112, 1997/98 SoU25, rskr.1997/98:289). Det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft den 1 januari 1999 är inriktat på att främst ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsoinriktade tandvården, s.k. bas-tandvård. Det andra området som skall täckas av utgiftsramen är ett särskilt högkostnadsskydd för mer kostnadskrävande protetiska behandlingar inklusive implantat, samt tandregleringar. Den tredje delen av stödet är – som redovisats ovan – riktat till vissa äldre och funktionshindrade personer samt till andra personer som behöver tandvårdsinsatser som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Denna del av stödet administreras av landstingen vilka för detta erhåller ett fast årligt ersättningsbelopp på totalt 405 miljoner kronor. I anslutning härtill vill regeringen meddela att den har för avsikt att fr.o.m. år 2000 – under förutsättning av att en överenskommelse kan träffas med Landstingsförbundet – utöka landstingens åtagande till att omfatta även patienter med primärt Sjögrens syndrom och patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling, vilka patient-

grupper tidigare omfattades av reglerna om avgiftsfri tandvård. Landstingen skall kompenseras för detta åtagande i samband med att en ekonomisk slutreglering av landstingens hela åtagande sker i budgetpropositionen för år 2003. De merkostnader som det tillkommande åtagandet leder till skall finansieras inom utgiftsområde 9.

Utgiftsutvecklingen under år 1998 präglades inledningsvis av osäkerhet om hur ersättningsystemet för vuxentandvård skulle utformas. Detta ledde till en ökad efterfrågan på tandvård som tilltog i slutet av året. Sammantaget innebar detta att den utgiftsram för vuxentandvård som gällde för år 1998 på 1 400 miljoner kronor överskreds med 355 miljoner kronor och för hela anslaget Sjukvårdsförmåner blev överskridandet 338 miljoner kronor. Den anslagskredit på 155 miljoner kronor som beslutats gälla för anslaget överskreds härigenom med 183 miljoner kronor. Detta överskridande har i sin tur påverkat utgiftsramen för år 1999 på så sätt att regeringen beslutat att 183 miljoner kronor av anslagsbeloppet på 1 992 miljoner kronor för år 1999 skall ställas till regeringens disposition. Detta innebär att de disponibla medlen för år 1999 har reducerats till 1 809 miljoner kronor.

Utgiftsutvecklingen för år 1999 är svår att bedöma eftersom det införts ett nytt ersättningsystem samtidigt som effekterna av efterfrågeökningen under föregående år medför osäkerhet i bedömningarna av den fortsatta utvecklingen under år 1999. Det första halvåret 1999 uppgick utgifterna för tandvårdsersättning till 728 miljoner kronor. De totala utgifterna beräknas till 1 550 miljoner kronor för år 1999.

Slutsatser

Anslaget Sjukvårdsförmåner finansierar två ändamål, vars utveckling är svåra att bedöma av skäl som redovisats ovan. Utgiftsprognosen för år 1999 är därför mycket osäker, inte minst mot bakgrund av effekterna av den ökade efterfrågan på tandvård under år 1998 vilket även fått budgetkonsekvenser för år 1999. Prognosen för utgifterna under år 1999 pekar på att tillgängliga medel kommer att överskridas med totalt 326 miljoner kronor, varav 100 miljoner kronor skall täckas med höjd anslagskredit. Resterande belopp föreslås finansieras genom omfördelning från andra anslag på tilläggsbudgeten.

Den 1 januari 1999 reformerades tandvårdsstödet. Det är angeläget att effekterna av de

genomförda förändringarna noga följs och utvärderas. Regeringen har därför givit RFV i uppdrag att följa och analysera effekterna av det reformerade tandvårdsstödet. Uppdraget skall redovisas senast den 1 april år 2000 och kan komma att utgöra underlag för framtida förändringar i ersättningsystemet.

Sjukförsäkringens nettokostnader för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden förväntas vidare bli något högre än vad som tidigare beräknats. Detta beror främst på att kraven på ersättning för sjukvårdsförmåner avseende utomlands bosatta svenska pensionärer för åren 1994–1996 nu föreligger i ökad utsträckning.

Regeringen föreslog i propositionen 1997/98:112 Reformerat tandvårdsstöd att ekonomiskt stöd bör utges till två kompetenscenter för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd. Det första, Mun-H-Center i Bohuslän, är ett kunskapscentrum kring odontologiska problem hos små och mindre kända grupper med funktionshinder, huvudsakligen barn och ungdomar. Det andra, vid Odontologiska Institutionen inom Jönköpings läns landsting, är ett kompetenscentrum för sällsynta odontologiska tillstånd.

Socialutskottet var i sitt betänkande 1997/98:SoU25 Reformerat tandvårdsstöd positivt till regeringens förslag. Utskottet konstaterade samtidigt att det finns behov av ytterligare kompetenscenter. Regeringen borde enligt utskottets mening överväga om ett kompetenscentrum med inriktning på dentala material bör inrättas. Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets förslag (rskr. 1997/98:289).

För olika kompetenscenter avsattes i budgetpropositionen (prop. 1998/99:1) för år 1999 sammanlagt 13 miljoner kronor. För Mun-H-Center har medel beräknats med 6 miljoner kronor och för Odontologiska institutionen i Jönköping med 2 miljoner kronor.

Regeringen gav mot bakgrund av det nyss nämnda tillkännagivandet Socialstyrelsen i uppdrag att utreda frågan om behov finns av ytterligare nationella kompetenscenter inom tandvården utöver de av regeringen i propositionen 1997/98:112 Reformerat tandvårdsstöd aviserade två kompetenscentrena.

Socialstyrelsen har den 18 maj 1999 redovisat uppdraget till regeringen. Socialstyrelsen anser att ett nationellt kompetenscentrum för dentala material bör inrättas, men föreslår att benämningen kunskapscentrum för dentala material används i stället. Detta centrum bör ha som in-

riktning att förse tandläkare och tandtekniker med så aktuell kunskap som möjligt om dentala material. Kunskapscentrumet skall också vara en informationskälla för patienter och allmänheten. Centrumet skall enligt Socialstyrelsen inte befatta sig med den kliniska behandlingen av patienter och inte bedriva forskning om dentala material.

Socialstyrelsen föreslår att ett nationellt kunskapscentrum för dentala material placeras som en självständig enhet inom Socialstyrelsen. Centrumet skall bl.a. samarbeta med de odontologiska institutionerna. Socialstyrelsen föreslår också att regeringen avsätter särskilda medel för en utvidgad drift av verksamheten vid Metallbiologiskt Centrum i Uppsala.

Socialstyrelsens rapport har remissbehandlats. Samtliga remissinstanser är positiva till Socialstyrelsens förslag att ett nationellt kunskapscentrum för dentala material skall inrättas. Vissa remissinstanser har synpunkter på var ett nationellt kompetenscentrum bör placeras.

Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning att ett nationellt kunskapscentrum för dentala material skall inrättas inom Socialstyrelsen.

För år 2000 skall sammanlagt 13 miljoner kronor anvisas för ekonomiskt stöd till kompetenscenter för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd. Medlen tas inom ram. Av dessa medel, som disponeras av Socialstyrelsen, skall 8 miljoner kronor utbetalas till de befintliga kompetenscenterna, Mun-H-Center i Bohuslandstinget och Odontologiska Institutionen i Jönköpings läns landsting. Av resterande medel skall, för åren 2000 och 2001, 4 miljoner kronor avsättas för att inrätta och driva ett kunskapscentrum för dentala material inom Socialstyrelsen. F.r.o.m år 2002 skall Socialstyrelsen disponera 5 miljoner kronor för detta ändamål. För åren 2000 och 2001 skall 1 miljon kronor avsättas till en utvärdering av verksamheten vid Metallbiologiskt Centrum i Uppsala.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 998 000 000 kronor anvisas under anslaget A1 Sjukvårdsförmåner för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 2 036 000 000 respektive 2 076 000 000 kronor.

A2 Bidrag för läkemedelsförmånen

Tabell 4.7 Anslagsutvecklingen A2 Bidrag för läkemedelsförmånen

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|-------------------|------------------|------------|
| 1998 | Utfall | 13 765 366 | Anslags-sparande | -274 366 |
| 1999 | Anslag | 13 491 000 | Utgifts-prognos | 14 212 000 |
| 2000 | Förslag | 14 137 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 14 351 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 14 582 000 | | |

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till sjukvårdshuvudmännen för kostnaderna för läkemedelsförmånen. På grund av en viss eftersläpning i systemet med läkemedelsförmånen utbetalas från anslaget under år 2000 ersättning till sjukvårdshuvudmännen dels för kostnaderna för läkemedelsförmånen under månaderna november och december 1999, dels för kostnaderna för läkemedelsförmånen under månaderna januari t.o.m. oktober 2000.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Kostnaderna för läkemedelsförmånen har ökat kraftigt under hela 1990-talet. Mellan 1990 och 1998 har statens kostnader för läkemedelsförmånen ökat från knappt 6,9 miljarder kronor till drygt 13,4 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 öppenvård samt tillkomsten av nya och dyrare läkemedel.

Mellan åren 1997 och 1998 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånen från 11,2 miljarder kronor till 13,4 miljarder kronor. En viktig orsak till denna kraftiga ökning är att den andel av de totala läkemedelskostnaderna som patienterna betalar minskade, från 24 procent år 1997 till 21 procent år 1998. Under de första sju månaderna år 1999 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånen med 19 procent jämfört med motsvarande månader år 1998. Denna ökning kan sannolikt förklaras av bl.a. användningen av nya och dyrare läkemedel samt av att den höjning av

beloppsgränsen för högkostnadsskyddet vid köp av läkemedel som trädde i kraft den 1 juni 1999 föregicks av viss hamstring. Den höjda beloppsgränsen för högkostnadsskyddet beräknas emellertid i enlighet med prop. 1998/99:106 medföra kostnadsminskningar för läkemedelsförmånen om 800 miljoner kronor för år 1999 och 1 370 miljoner kronor per år fr.o.m. år 2000.

De ekonomiska villkoren för läkemedelsförmånen regleras årligen i en överenskommelse mellan regeringen och Landstingsförbundet. Överenskommelsen innebär att staten via detta anslag lämnar ersättning till sjukvårdshuvudmännen för läkemedelsförmånen med ett fast månatligt belopp (en tolfedel per månad av den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen) som utbetalas två månader i efterhand. För år 1999 uppgår den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen till sammanlagt 13 672 miljoner kronor.

Den årliga överenskommelsen bygger på den principöverenskommelse som staten och Landstingsförbundet träffade hösten 1996 om finansieringsprincipens tillämpning m.m. Enligt denna skall ett system för vinst- och förlustdelning tillämpas. Systemet innebär för år 1999 att det belopp varmed den faktiska kostnaden för läkemedelsförmånen underskrider den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen delas mellan staten och landstingen i proportionerna 50 procent till staten och 50 procent till landstingen. På motsvarande sätt delas eventuellt kostnadsöverskridande så att staten svarar för 80 procent och landstingen för 20 procent av överskridandet. Landstingens ekonomiska åtagande är dock begränsat till att omfatta högst 100 miljoner kronor. Ett under- respektive ett överskridande av den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen för år 1999 kommer att få betydelse för utgifterna under detta anslag för år 2000 eftersom vinst- eller förlustdelningen för år 1999 skall regleras mot detta anslag och vara genomförd senast den 31 mars 2000.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 137 000 000 kronor anvisas under anslaget A2 Bidrag för läkemedelsförmånen för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 14 351 000 000 respektive 14 582 000 000 kronor.

A3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 4.8 Anslagsutvecklingen A3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|----------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 928 987 | Anslags- sparande | 10 437 |
| 1999 | Anslag | 986 626 | Utgifts- prognos | 990 000 |
| 2000 | Förslag | 980 225 | | |
| 2001 | Beräknat | 966 225 | | |
| 2002 | Beräknat | 966 225 | | |

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.

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. Från och med budgetåret 1999 ingår också den statliga ersättningen till Hjälpmedelsinstitutet i anslaget inom ramen för den ovan nämnda överenskommelsen. Även den statliga ersättningen till den ideella föreningen Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) ingår i anslaget från och med budgetåret 1999.

Den 18 december 1997 överlämnade regeringen en skrivelse med redogörelse för överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1998 till riksdagen (skr. 1997/98:51).

Ramen för det totala belopp som omfattades av överenskommelsen uppgick år 1998 till 1 217 miljoner kronor varav 931 miljoner kronor utgick från detta anslag och 286 miljoner kronor från sjukförsäkringen. Detta är 48 miljoner kronor mer än år 1997. Anledningen till ökningen är främst att ersättningen till landstingen för administration av ersättningar till privata vårdgivare tidigare legat utanför överenskommelsen men från och med år 1998 inordnades i densamma.

En jämförelse mellan anslag och utfall för år 1998 visar ett överskott för anslaget om drygt 10,4 miljoner kronor. Överskottet finns huvudsakligen för anslagsposterna Kunskapsbaserad

hälso- och sjukvård samt Informationsförsörjning som ingår i överenskommelsen om vissa ersättningar.

Spri hade vid utgången av år 1998 fonderade medel om ca 7,3 miljoner kronor. Resultatet för år 1998 var emellertid negativt (-835 tkr).

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård uppgick till år 1998 till ca 95 miljarder kronor. Överenskommelsen mellan staten och landstingen om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 1998 omfattar ca 1,2 miljarder kronor. Överenskommelsens huvudsakliga syfte är att ge en plattform för en nationellt önskvärd riktning för de kommande årens utveckling inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen för år 1998 betonade vikten av patientens möjlighet till delaktighet. Inriktningen var att stödja en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård och särskilda medel avsattes såväl på nationell som regional nivå. Andra prioriterade områden var verksamhetsutveckling och informationsförsörjning.

Under år 1998 har Socialstyrelsen fortsatt arbetet med att ta fram State of the Art dokument samt nationella riktlinjer för god medicinsk praxis. Nationella riktlinjer för kranskärslsjukdom publicerades under året. Det arbete som påbörjades under år 1997 med att ta fram metoder för ständigt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården har också fortsatt under år 1998. Landstingsförbundet har tillsammans med landstingen initierat flera utvecklingsprojekt med detta syfte. I Ledarnätverket har ledare inom offentlig och privat sjukvård arbetat med frågor om hur man kan stödja och utveckla svensk sjukvård. Ett annat projekt är "Genombrott" som är en modell för systematiskt förändringsarbete som leder till förbättringar. I projektrapporten Genombrott – att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården redovisas goda resultat, t.ex. minskade väntetiden till urogynmottagningen vid kvinnokliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping från mars 1997 till februari 1998 från 511 till 139 dagar. Kirurgkliniken vid regionsjukhuset i Örebro ökade operationskapaciteten från i genomsnitt nio till tretton operationer per dag.

Arbetet med att stödja läkemedelskommittéerna har intensifierats. Under året har bl.a. läkemedelsmonografier producerats för nästan alla nya läkemedel och nya indikationer. Vidare har nio kurser i läkemedelsvärdering och fyra uppföljningsmöten efter workshops för läkemedelskommittéer genomförts. Informations- och utbildningsmaterial har i ökad utsträckning gjorts tillgängliga på Internet. Arbetet med att utveckla Infomedica, som är ett IT-baserat informationssystem för patienter och allmänhet, har fortsatt under året.

I överenskommelsen för år 1998 enades parterna också om att behålla den vårdgaranti som introducerades år 1997. I denna garanteras patienterna kontakt med primärvården samma dag, läkarbesök inom åtta dagar, samt specialistbesök inom tre månader (oklar diagnos inom en månad). Som ett led i att följa upp överenskommelsen har Landstingsförbundet genomfört uppföljningar av väntetiderna vid ett 25-tal sjukhus i landet. Uppföljningarna visade att landstingen hade svårigheter att klara de tidsfrister som anges i vårdgarantin. Väntetiderna hade också ökat år 1998 jämfört med året innan, t.ex. fick cirka 69 procent av patienterna med en fastställd diagnos träffa en specialist inom vårdgarantins tre månader i oktober 1998, jämfört med 90 procent i oktober 1997.

Av Spris årsberättelse för år 1998 framgår att föreningen under året bedrivit projekt i enlighet med den inriktning som anges i finansieringsavtalet. Arbetet har haft sin tyngdpunkt inom områdena hälsoekonomi, kvalitetsutveckling, informationsteknik och informationsförsörjning. I enlighet med finansieringsavtalet har också en utvärdering av Spris verksamhet 1996–1997 Utvärdering för utveckling (Spris rapport 471) överlämnats till Socialdepartementet och Landstingsförbundet. Vidare har Spris inkommit med framställning om ersättning för budgetåret 2000 till regeringen och Landstingsförbundet.

Staten och Landstingsförbundet träffade den 7 april 1999 en överenskommelse om att avveckla Spris verksamhet per den 31 december 1999 och att upplösa föreningen. Riksdagen har bemyndigat regeringen att gemensamt med Landstingsförbundet upplösa föreningen (prop. 1998/99:100, bet. 1998/99:FiU27, rskr. 1998/99:249). Regeringen och Landstingsförbundet har den 20 april 1999 uppdragit åt Spris styrelse att snarast påbörja avvecklingsarbetet.

Slutsatser

Den 30 april 1998 godkände regeringen överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. som tidigare hade träffats mellan företrädare för regeringen och Landstingsförbundet (prop. 1997/98:189). Därvidlag betonades både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet. Parterna enades om att denna inriktning skall gälla även under år 2000. Där emot regleras den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för ett år i taget. Parterna enades vidare om att renodla överenskommelsen till ett "policyinstrument". En del områden av mer permanent karaktär som har behandlats i tidigare års överenskommelser har fr.o.m. år 1999 förts till vissa myndigheters ordinarie anslag.

Den verksamhet som Spri bedriver skall upphöra den 1 januari år 2000. Under år 2000 kommer dock bl.a. personal- och lokalavvecklingskostnader att belasta detta anslag. Det kommer därutöver även i fortsättningen att finnas behov av statliga medel till nationellt stöd till utvecklingsarbetet inom vården och omsorgen. Inriktningen och formerna för detta arbete utvecklas under avsnitt 4.6 Förslag till regeländringar. Detta innebär att anslaget under år 2000 kommer att belastas av både avvecklings- och utvecklingskostnader.

Regeringen har i förslaget till anslag för år 2000 beräknat 24 miljoner kronor för Spri:s avveckling samt för genomförande av den nya strukturen för det nationella utvecklingsstödet till hälso- och sjukvården. De faktiska avvecklingskostnaderna vid Spri är i dagsläget inte möjliga att exakt beräkna. De är bl.a. beroende av i vilken takt den uppsagda personalen får nya anställningar. Regeringen föreslås mot denna bakgrund få bemyndigande att under år 2000 disponera 24 miljoner kronor för avvecklingen av Spri och de kostnader som denna medför samt för ett successivt införande av de olika komponenterna i det nya nationella stödet till utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. För åren 2001 och 2002 beräknar regeringen 9 miljoner kronor för det nationella stödet till utvecklingsarbete inom vården och omsorgen.

Regeringen föreslår vidare att 7 miljoner kronor som tidigare anvisats under anslaget fr.o.m. budgetåret 2000 överförs till utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning,

anslaget B14 Karolinska institutet för kostnader i samband med övertagande av Spri:s bibliotek.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 980 225 000 kronor anvisas under anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård för år 2000. Av anslaget utgör 801 000 kronor statlig ålderspensionsavgift. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 966 225 000 kronor vardera året.

A4 Insatser mot aids

Tabell 4.9 Anslagsutvecklingen A4 Insatser mot aids

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 69 007 | Anslags-sparande | 6 277 |
| 1999 | Anslag | 51 622 | Utgifts-prognos | 57 000 |
| 2000 | Förslag | 65 622 | | |
| 2001 | Beräknat | 65 622 | | |
| 2002 | Beräknat | 65 622 | | |

Anslaget avser särskilda insatser för att förebygga spridning av hiv/aids. Medlen skall användas till information och kunskapsspridning, stöd till psykosocialt arbete och till utvecklingsarbete.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

De förebyggande insatserna mot hiv-infektion har varit framgångsrika och Sverige har blivit ett land med låg förekomst av hiv-infektion. Årligen diagnostiseras ca 250 nya hiv-fall och omfattningen har hållit sig konstant under de senaste fem åren. Under år 1998 rapporterades 136 fall smittade utomlands och 100 uppgav sig smittade i Sverige, för övriga var smittorten okänd. Som en effekt av nya bromsmediciner har dödligheten i aids sjunkit; 66 fall rapporterades år 1998.

Av avgörande betydelse för hur det preventiva arbetet lyckas är en väl fungerande verksamhet inom kommuner, landsting och frivilligorganisationer samt en god samverkan mellan dessa. Folkhälsoinstitutet har ett nära samarbete med olika frivilligorganisationer vad gäller hiv/aids-frågor. Det största ekonomiska stödet lämnas till Noaks Ark-Röda korset, RFSL och RFSU. En utvärdering av dessa organisationer visar att de har en specifik och ändamålsenlig målgruppsin-

riktning. Organisationerna har framgångsrikt engagerat medlemmar och aktivister och skapat en social rörelse kring sexualupplysning och preventionsarbete.

Ekonomiskt stöd ges också direkt till de hiv-smittades frivilligorganisationer på riksnivå. De rikstäckande invandrarorganisationerna samarbetar direkt med Folkhälsoinstitutet och spelar en aktiv roll i vissa projekt.

Folkhälsoinstitutet har fått regeringens uppdrag att utvärdera det s.k. extra bidraget till storstäderna. Uppdraget redovisades under sommaren 1999. Resultatet från utvärderingen visar att det hiv-preventiva arbetet i storstäderna haft inslag av både primär- och sekundärprevention. Arbetsfördelning och ansvarsfördelning mellan kommun och landsting har lösts på olika sätt beroende på olika förutsättningar. Regeringen anser att det hiv-preventiva arbetet som bedrivs i storstäderna utgör ett viktigt inslag i kampen mot hiv/aids.

Slutsatser

Det hiv-preventiva arbetet har varit framgångsrikt och den inriktning som angavs i budgetpropositionen för år 1999 ligger fast dvs. att:

- insatserna bör genomföras inom ramen för sammanhållna handlingsprogram,
- insatserna bör i ökad grad riktas mot de grupper som löper störst risk att smittas av hiv/aids,
- samarbetet mellan olika aktörer behöver fördjupas,
- stödet till frivilligorganisationer bör prioriteras och deras kompetens tillvaratas och utvecklas samt
- insatserna skall fortlöpande följas upp och utvärderas.

Utvecklingen av nya bromsmediciner har lett till att de som i dag är hiv-smittade förväntas kunna leva betydligt längre. Detta gör att det hiv-preventiva arbetet delvis kommer att behöva förändras.

Regeringen gör bedömningen att det hiv-preventiva arbetet i storstäderna tillhör kommunernas och landstingens ansvarsområde. Regeringens avsikt är dock att även för år 2000 värna om de verksamheter som byggts upp och medel

avsas utbetalas från anslaget A2 under utgiftsområde 25.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 65 622 000 kronor anvisas under anslaget A4 Insatser mot aids för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 65 622 000 kronor vardera året.

A5 Bidrag till WHO

Tabell 4.10 Anslagsutvecklingen A5 Bidrag till WHO

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 33 464 | Anslags-sparande | 968 |
| 1999 | Anslag | 34 371 | Utgifts-prognos | 36 141 |
| 2000 | Förslag | 34 371 | | |
| 2001 | Beräknat | 34 371 | | |
| 2002 | Beräknat | 34 371 | | |

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationens (WHO:s) reguljära verksamhet. Avgiften bestäms genom den tvåårsbudget som WHO:s beslutande församling antog i maj 1999. Avgiften för verksamhetsåret 2000 uppgår till 4 354 290 USD, vilken enligt WHO:s regler skall ha betalats in vid årets början. Utgiften belastar således statsbudgeten för år 1999. För år 2001 har en avgift om 4 383 660 USD aviserats. Viss justering av detta belopp kan dock ske i samband med kommande revidering av FN:s skala för medlemslänternas avgifter.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

WHO:s generaldirektör, Gro Harlem Brundtland, 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 medlemsländer lägger fast tydliga prioriteringar och verksamhetsmål. Regeringen har för år 1999 givit ett särskilt bidrag till förnyelsearbetet inom angelägna programområden vilket belastar biståndsanslaget. I den strategiska budget som har godkänts för åren 2000–2001 ingår verksamhetsmål och aktiviteter vars genomförande skall redovisas inför nästa budgetperiod. Utveckling av metoder

för resultatinformation ingår således i den nya budgetprocessen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 371 000 kronor anvisas under anslaget A5 Bidrag till WHO för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor vardera året.

A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar

Tabell 4.11 Anslagsutvecklingen A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar

Tusental kronor

| År | Utfall | 2 591 | Anslags-sparande | 0 |
|-------------|----------------|--------------|------------------|-------|
| 1998 | Utfall | 2 591 | Anslags-sparande | 0 |
| 1999 | Anslag | 1 591 | Utgifts-prognos | 1 591 |
| 2000 | Förslag | 1 591 | | |
| 2001 | Beräknat | 1 591 | | |
| 2002 | Beräknat | 1 591 | | |

Från anslaget utgår bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar.

Bidrag lämnas till driften av de operativa delarna av verksamheten vid Världshälsoorganisationens (WHO) enhet för läkemedelsbiverkningar (WHO Drug Monitoring Centre), som genom ett avtal mellan WHO och regeringen år 1978 fördes över till Sverige. Verksamheten bedrivs av stiftelsen WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

WHO-programmet har fortsatt att utvecklas och WHO-centret har på ett förtjänstfullt sätt svarat upp mot den ökande efterfrågan av dess tjänster. En fortsatt uppdragsverksamhet fordras för att centret fortlöpande skall kunna erbjuda den kvalitet och kompetens som krävs för att upprätthålla en internationell koordineringsfunktion.

Efter regeringens bemyndigande tillsatte chefen för Socialdepartementet i januari 1999 en särskild utredare med uppdrag att förutse utvecklingen 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 skall redovisa sitt uppdrag under september månad 1999.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 591 000 kronor anvisas under anslaget A5 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 1 591 000 kronor vardera året.

A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

Tabell 4.12 Anslagsutvecklingen A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

Tusental kronor

| År | Utfall | 14 700 | Anslags-sparande | 1 964 |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 14 700 | Anslags-sparande | 1 964 |
| 1999 | Anslag | 16 300 | Utgifts-prognos | 16 008 |
| 2000 | Förslag | 16 701 | | |
| 2001 | Beräknat | 17 032 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 17 393 ² | | |

¹ Motsvarar 16 701 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 16 701 tkr i 2000 års prisnivå.

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 näraliggande 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. Efter verksamhetsårets slut görs en slutlig avräkning i förhållande till antalet utnyttjade studentplatser under året.

Nordiska ministerrådets budget för år 2000 kommer att fastställas först i november 1999. För år 2000 beräknas ett totalt anslag till NHV om ca 38 miljoner kronor varav Sveriges andel beräknas uppgå till ca 15,4 miljoner kronor.

Dessutom tillkommer en utgift om knappt 3 miljoner kronor som avser avräkning för år 1998. Medelsbehovet för år 2000 beräknas därför uppgå till knappt 18,4 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

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 för utbildningen stort och av de svenskar som söker kan årligen endast ca en tredjedel beredas plats.

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 år 2000.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 701 000 kronor anvisas under anslaget A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 17 032 000 respektive 17 393 000 kronor.

A8 Folkhälsoinstitutet

Tabell 4.13 Anslagsutvecklingen A8 Folkhälsoinstitutet

Tusental kronor

| År | Utfall | Utfall | Anslags-sparande | Utfall |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 107 435 | 18 832 | |
| 1999 | Anslag | 109 047 | Utgifts-prognos | 120 000 |
| 2000 | Förslag | 110 999 | | |
| 2001 | Beräknat | 114 852 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 117 029 ² | | |

¹ Motsvarar 112 799 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 112 799 tkr i 2000 års prisnivå.

Folkhälsoinstitutet (FHI) skall bidra till att uppfylla målet för verksamhetsområdet genom att med förebyggande insatser främja likvärdiga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. FHI är en nationell utvecklingsmyndig-

het vars uppgift är att förebygga sjukdom och annan ohälsa och att främja en god hälsa för alla. Institutet skall särskilt inrikta insatserna mot de faktorer som påverkar hälsoutvecklingen hos de grupper som är mest utsatta för hälsorisker.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Folkhälsoinstitutet har under år 1998 förstärkt sin profil på analys- och utredningsområdet och ökat intensiteten i sitt arbete med de internationella frågorna. Arbetet med att utveckla nationella hälsopolitiska handlingsprogram med betoning på att minska social ojämlikhet i hälsa har inletts på flera av institutets verksamhetsområden. Under året har FHI bl.a. tagit fram handlingsplaner när det gäller tobaks- och skadeprevention.

FHI har utvecklat arbetssättet att bedriva hälsofrämjande insatser utifrån ett arenaperspektiv. Det hälsofrämjande arbetssättet innebär att förutsättningar ges för att förstärka de faktorer som ökar människors möjligheter att bibehålla och utveckla en god hälsa. FHI har bl.a. arbetat vidare med satsningen på hälsofrämjande skolor. Myndighetens projekt om kvinnors hälsa utgår bl.a. från hälso- och sjukvården som arbetsplats för många kortutbildade kvinnor. Satsningar har även inletts för att utveckla folkhälsoarbetet bland äldre och invandrare.

För att få bättre genomslag för olika insatser har arbetet i allt större utsträckning inriktats mot specifika målgrupper. En stor och viktig insats inom allergiområdet genomfördes under år 1999. "Innemiljöåret 1999" är en omfattande informationskampanj som rör frågor om hälsoeffekter till följd av exponering inomhus i icke-industriella miljöer.

Vad gäller stödet till att utveckla folkhälsoarbete på lokal och regional nivå har detta bl.a. bestått i att bidra till att öka folkhälsokompetensen hos strategiska aktörer och att stötta utvecklingen av lokala folkhälsoprogram. Strategiskt stöd har bl.a. getts till bildandet av allergikommittéer och allergianpassade kommuner. Allergikommittéer finns nu i 105 av landets kommuner, varav 30 är allergianpassade kommuner. FHI:s insatser för att främja säkerhet och förebygga

Tabell 4.14 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Tusental kronor

| | 1998 utfall | 1999 prognos | 2000 beräknat | 2001 beräknat | 2002 – beräknat |
|--|----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|
| Utestående förpliktelser vid årets början | 36 454 | 23 666 | 44 166 | 35 666 | 17 166 |
| Nya förpliktelser | 9 220 | 39 000 | 10 000 | – | – |
| Infriade förpliktelser ¹ | 22 099 | 18 500 | 18 500 | 18 500 | 17 166 |
| Utestående förpliktelser vid årets slut | 23 666 | 44 166 | 35 666 | 17 166 | – |
| Erhållen/föreslagen bemyndiganderam | | 108 000 | 108 000 | 108 000 | – |

¹ Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

skador bygger på ett tvärsektorielt engagemang på lokal-, läns- och central nivå och en samverkan mellan myndigheter, vetenskapliga institutioner, kommuner och landsting samt frivilligorganisationer. Inom det lokala skadeförebyggande arbetet utvecklas modellen En trygg och säker kommun. I dag finns tio kommuner som aktivt arbetar efter denna modell. Inom det förebyggande hiv/aids-arbetet är ungdomar en viktig målgrupp.

En ambition för FHI:s arbete är att försöka förbättra skolans sex- och samlevnadsundervisning.

FHI:s internationella engagemang har ökat inte minst till följd av deltagandet i EU:s olika folkhälsoprogram.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

FHI finansierar varje år olika forsknings- och utvecklingsprojekt inom folkhälsoområdet. För flertalet av projekten upprättas fleråriga samarbetsavtal med olika forskningsinstitutioner. Detta innebär att FHI tar på sig ekonomiska förpliktelser för kommande budgetår. För att möjliggöra för FHI att ikläda sig sådana ekonomiska förpliktelser föreslår regeringen att FHI ges ett efter ändamålet anpassat bemyndigande. Det föreslagna bemyndigandet under perioden år 2000–2002 framgår av tabell ovan.

Slutsatser

FHI:s verksamhet utvecklas i enlighet med de riktlinjer som redovisades i den fördjupade anslagsframställningen för åren 1997–1999. Regeringen anser att institutet ytterligare bör sträva efter att förstärka sin roll som kunskapscentrum och metodutvecklare. I linje med detta ligger att institutet skall stimulera och stötta andra aktörer att bedriva ett aktivt folkhälsoarbete. I detta ar-

bete bör inte minst de frivilliga organisationernas kompetens och engagemang tas tillvara. Ekonomiskt stöd till de frivilliga organisationernas arbete bör ges fortsatt hög prioritet. Vidare bör FHI i högre grad utnyttja möjligheten att låta fler av institutets aktiviteter utvärderas av extern kompetens. Det är regeringens uppfattning att FHI ytterligare bör sträva efter att fokusera insatserna på att minska skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper i samhället.

I propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) som regeringen överlämnade till riksdagen i juni 1999 framhålls att en organisationskommitté skall se över FHI:s verksamhet. Utgångspunkten är att FHI skall ombildas till en myndighet med mer stabsliknande uppgifter samt att myndigheten kan komma att få utvidgade uppgifter inom alkohol- och narkotikaområdet. Kommitténs uppdrag är att mer i detalj tydliggöra mål och uppgifter samt lämna förslag till organisation av den nya myndighetens verksamhet. Den ombildade myndigheten beräknas kunna vara i funktion den 1 juli 2001. Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 3 192 000 kronor. Vidare har 3 800 000 kronor engångsvis överförts till Uo4, Rättsmedicinalverket.

Tabell 4.15 Beräkning av anslaget för år 2000

Tusental kronor

| | |
|-------------------------|----------------|
| Anslag år 1999 | 109 047 |
| Pris- och löneomräkning | 2 560 |
| Justering av premier | 3 192 |
| Omfördelning inom U09 | –3 800 |
| Förslag år 2000 | 110 999 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 110 999 000 kronor anvisas under anslaget A8 Folkhälsoinstitutet för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 114 852 000 respektive 117 029 000 kronor. För åren 2001 respektive 2002 har anslaget minskats med 2 000 000 kronor på grund av finansiering av åtgärder på handikappområdet.

A9 Smittskyddsinstitutet

Tabell 4.16 Anslagsutvecklingen A9 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 125 611 | Anslags-sparande | 2 325 |
| 1999 | Anslag | 108 750 | Utgifts-prognos | 121 000 |
| 2000 | Förslag | 131 224 | | |
| 2001 | Beräknat | 133 309 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 135 507 ² | | |

¹ Motsvarar 131 224 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 131 224 tkr i 2000 års prisnivå.

Smittskyddsinstitutet (SMI) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att medverka till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthålls och förstärks.

En jämförelse mellan budget och utfall för budgetåret 1998 visar att SMI hade ett anslagsöverskridande på ca 27 miljoner kronor, varav ca 19 miljoner kronor var relaterade till flyttningen av SMI:s verksamhet till Karolinska institutets område (KI-området) under hösten 1998. Dessa flyttkostnader bestod i huvudsak av ökade hyres- och kapitalkostnader och direktinvesteringar. Resterande överskridande på ca 8 miljoner kronor avser kostnader i den löpande verksamheten. Tidigare års ackumulerade anslagssparande har utnyttjats för att täcka underskottet. Anslagssparandet är en följd av att många tjänster var obesatta under SMI:s uppbyggnadsfas. Vid utgången av år 1998 kvarstod ca 2,3 miljoner kronor av det ackumulerade anslagssparandet.

Med anledning av verksamhetsöverskridandena har SMI under åren 1998 och 1999 vidtagit åtgärder för att minska kostnaderna i den löpande verksamheten. Personalstyrkan har minskats med tio personer, enheternas materialbudgetar har minskats med 30 procent och vissa servicefunktioner har lagts ut på entreprenad. Åtgärderna får dock inte full effekt under år 1999. Enligt prognosen för år 1999 beräknas SMI få ett

underskott på ca 12 miljoner kronor. Med anledning av det fortsatt befarade underskottet i verksamheten har SMI gjort en grundlig verksamhetsöversyn för att ge underlag till nödvändiga prioriteringar i verksamheten utifrån kommande års anslag.

Byggstarten för det nya huset för försöksdjursverksamhet har försenats. Enligt nuvarande planer beräknas byggandet av det nya djurhuset kunna påbörjas under hösten 1999 och vara klart för inflyttning hösten 2001. Förseningen beror på att byggprojektet inrymmer svåra avvägningar som skall samrådas med bl.a. de myndigheter som utövar djurskyddstillsyn.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Uppställda mål för verksamheten år 1998 har kunnat uppnås relativt väl och beslutade planer i huvudsak kunnat följas, trots störningar, främst på grund av flytten till nya lokaler samt nedskärningar med anledning av SMI:s ekonomiska situation.

Sverige har i dag ett gynnsamt läge i Europa beträffande antibiotikaresistens. Den svenska modellen för övervakning av antibiotikaresistens och strategier för minskad och rationell användning av antibiotika har under året vunnit gehör och uppskattning inom många EU-länder. SMI deltar aktivt i detta arbete i referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och i det nationella nätverket STRAMA.

Samarbetet och kontakterna inom smittskyddsområdet har utvecklats såväl nationellt som internationellt. SMI-dagarna, som främst riktar sig till kliniska mikrobiologer, smittskyddsläkare, infektionsläkare och laboratoriepersonal, blir alltmer uppmärksammade och har blivit ett forum för smittskyddsfrågor. SMI har ett väl fungerande kontaktnät och samarbete med smittskyddsläkarna och smittskyddsorganisationen. Detta styrks bl.a. av en utredning som tagits fram av Statskontoret kring den nationella smittskyddsorganisationen. Statskontorets utredning visar att samarbetet i smittskyddsfrågor fungerar väl. Enligt utredningen finns det emellertid ett ökat behov av nationellt stöd. Även SMI har gjort en verksamhetsanalys, grundad bl.a. på samtal med den samlade professionen i landet inom smittskyddsområdet. Analysen visar att myndigheten utför sina myn-

dighetsuppgifter väl men att det finns önskemål om ytterligare insatser från SMI:s sida inom en rad områden.

I ett samarbete mellan Socialstyrelsen, Försvarets forskningsanstalt (FOA), Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) och SMI pågår utarbetande av ett program för beredskap mot allvarlig smitta med utgångspunkt från bl.a. SMI:s nya säkerhetslaboratorium med möjligheter att hantera smittämnen som kräver högsta säkerhetsnivå. SMI kommer genom det nya säkerhetslaboratoriet att få en komplett diagnostisk beredskap för allvarlig smitta.

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. Drygt hälften av forsknings- och utvecklingsprojekten vid SMI finansieras helt eller delvis med externa anslag.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.17 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter ¹ | Kostnader | Resultat (Intäkt - kostnad) |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------------|
| Utfall 1998 (varav tjänsteexport) | 15 852 (15%) | 18 079 | -2 227 |
| Prognos 1999 (varav tjänsteexport) | 16 000 (16%) | 19 500 | -3 500 |
| Budget 2000 (varav tjänsteexport) | 16 500 (15%) | 18 500 | -2 000 |

¹ SMI bedriver uppdragsverksamhet dels inom speciell diagnostik, dels inom djurhuset (försöksdjursverksamhet). Försöksdjursverksamheten har både externa och interna kunder. Inom parentes anges den procentuella andelen av de totala intäkterna som kommer från SMI.

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom försöksdjursverksamheten (djurhuset) och den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken skall finansieras med avgifter som ger full kostnadstäckning. För försöksdjursverksamheten har SMI medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191). Inkomsterna disponeras av SMI.

Försöksdjursverksamheten redovisade ett underskott på ca 1,6 miljoner kronor för år 1998 och prognosen för år 1999 visar på ett underskott om ca 1,5 miljoner kronor. Underskotten beror på ökade kostnader för drift och underhåll av fastigheten och inköp av djur samtidigt som omfattningen av verksamheten minskat och in-

täkterna är för låga. Eftersom det är svårt att höja priserna nämnvärt och därmed uppnå full kostnadstäckning kan problemet med underskott i denna verksamhet komma att kvarstå även framöver. I samband med övertagandet av driften av djurhuset från Avvecklingsmyndigheten för Statens bakteriologiska laboratorium (SBL-AV) våren 1995 räknades dock myndighetens raman-slag upp med 5 miljoner kronor. Medlen var bl.a. avsedda att täcka vissa kostnader till följd av renoweringar av nuvarande djurhus. Dessa planer har dock fått ändras eftersom de krav som ställs på djurhållningen medför att ett nytt djurhus måste byggas. Mot bakgrund av att det är svårt att uppnå full kostnadstäckning inom denna verksamhet har regeringen ansett att resurstillskottet bör ligga kvar på myndigheten för att bl.a. täcka underskott samt andra extra ordinära kostnader relaterade till djurhuset.

Målet full kostnadstäckning har inte kunnat uppfyllas för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken redovisade ett underskott på ca 600 000 kronor år 1998 och prognosen för år 1999 pekar på ett underskott om ca 2 miljoner kronor. Underskotten i verksamheten de senaste åren beror bl.a. på ökade kostnader till följd av ackreditering av verksamheten. Avgifterna har dock höjts med 8 procent fr.o.m. den 1 maj år 1999.

Slutsatser

SMI flyttar enligt nuvarande planer in i den nya säkerhetslaboratoriebyggnaden hösten år 2000 samt i det nya djurhuset hösten år 2001. Med anledning av detta kommer SMI:s hyreskostnader att öka ytterligare de kommande två åren. Regeringen anser att SMI:s anslag för år 2000 bör höjas med 15 miljoner kronor för att klara ökade hyreskostnader till följd av inflyttning i den nya säkerhetslaboratoriebyggnaden samt ökade kapitalkostnader till följd av investeringarna i de allmänna lokalerna, i vilka myndigheten flyttade in hösten år 1998, samt kommande investeringar i djurhuset.

Myndigheten har också hemställt om anslagsmedel för fortsatt verksamhet när det gäller övervakning av antibiotikaresistens i det nationella nätverket STRAMA. Socialdepartementet har erhållit en skrivelse från Socialstyrelsen och Läkemiddelverket med förslag om att anvisa resurser ur de s.k. Dagarmedlen till centralt

STRAMA-arbete. Frågan behandlas inom ramen för överläggningarna mellan staten och Landsningsförbundet om särskild ersättning till hälso- och sjukvården gällande år 2000.

Vidare har myndigheten hemställt om anslagsmedel för smittskyddsarbete rörande vårdrelaterade infektioner och kretsloppsfrågor. Regeringen gör bedömningen att myndighetens önskemål om ytterligare medel på dessa områden inte kan tillgodoses.

Med anledning av att SMI under innevarande år beräknas gå med ett underskott på grund av oförutsedda kostnader och att hittills gjorda neddragningar inte får full effekt förrän år 2000 har regeringen på tilläggsbudget för år 1999 föreslagit att myndigheten skall tillföras 5 000 000 kronor från anslaget A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Regeringen kommer noga att följa den ekonomiska utvecklingen inom myndigheten samt effekterna av de omprioriteringar som har gjorts och som ytterligare kan komma att behöva göras under åren 1999 och 2000 för att klara verksamheten inom given resursram. Regeringen avser att uppdra åt SMI att redovisa vilka åtgärder som krävs för att få myndighetens ekonomi i balans samt att redovisa vilka konsekvenser åtgärderna får för verksamheten.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 6 075 000 kronor.

Tabell 4.18 Beräkning av anslaget för år 2000

| Tusental kronor | |
|---|----------------|
| Anslag år 1999 | 108 750 |
| Pris- och löneomräkning | 2 399 |
| Justering för engångsförstärkning år 1999 | -1 000 |
| Ramförstärkning VÅP år 1999 | 15 000 |
| Justering av premier | 6 075 |
| Förslag år 2000 | 131 224 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 131 224 000 kronor anvisas under anslaget A9 Smittskyddsinstitutet för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 133 309 000 respektive 135 507 000 kronor.

A10 Institutet för psykosocial medicin

Tabell 4.19 Anslagsutvecklingen A10 Institutet för psykosocial medicin

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 11 305 | Anslags-sparande | 50 |
| 1999 | Anslag | 11 100 | Utgifts-prognos | 11 150 |
| 2000 | Förslag | 13 059 | | |
| 2001 | Beräknat | 13 260 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 13 471 ² | | |

¹ Motsvarar 13 059 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 13 059 tkr i 2000 års prisnivå.

En jämförelse mellan anslag och utfall för budgetåret 1998 visar att utfallet översteg anslaget med 453 000 kronor. Utgiftsprognosen för år 1999 beräknas till 11 150 000 kronor vilket innebär att anslagssparandet, vid utgången av år 1998 uppgående till 49 000 kronor, förväntas vara förbrukat vid utgången av år 1999.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Institutet för psykosocial medicin (IPM) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att särskilt uppmärksamma och bidra med kunskap som minskar de psykosociala risk-situationerna i samhället.

Myndighetens verksamhet utgörs av såväl grundforskning som tillämpad forskning och är inriktad på kunskaps- och informationsspridning. Institutets verksamhet har särskilt koncentrerats på psykologiska och psykofysiologiska långtidsmekanismer som orsaksbakgrund till sambandet mellan hälsa och psykosocial livsmiljö. Forskningen har inriktats på bakgrundsfaktorer som psykosociala konsekvenser till följd av arbetslöshet, internationalisering av arbetslivet och nya fysiska riskfaktorer som kan samverka med psykosociala när det gäller hälsoeffekter.

IPM:s verksamhet uppvisar en hög vetenskaplig kvalitet. Institutet anlitas flitigt som granskare av artiklar i internationella vetenskapliga tidskrifter och som producent och rådgivare i annan typ av kunskapsspridning. För år 1999 beräknas de externa medlen för forskningsuppdrag uppgå till 8 000 000 kronor vilket kan jämföras med utfallet för år 1998 som var 8 521 000 kronor.

Av IPM:s årsredovisning för år 1998 framgår att målen för IPM:s verksamhet i allt väsentligt har kunnat infrias.

Budget för bidragsverksamhet

Tabell 4.20 Bidragsverksamhet

| Tusental kronor | | | |
|-------------------|----------|-----------|---------------------------|
| Bidragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (Intäkt-kostnad) |
| Utfall 1998 | 8 521 | 8 521 | 0 |
| Prognos 1999 | 8 000 | 8 000 | 0 |
| Prognos 2000 | 8 300 | 8 300 | 0 |

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att IPM:s årsredovisning för verksamhetsåret 1998 i allt väsentligt är rättvisande. RRV har dock i en särskild revisionsrapport till IPM uttalat sig om vissa brister i myndighetens ekonomiadministrativa rutiner och återrapportering i årsredovisningen. IPM har inlett ett arbete syftande till att förstärka ekonomiadministration och myndigheten har i ESV:s värdering av de ekonomiadministrativa rutinerna år 1998 givits värdet fullt tillfredsställande. Regeringen anser dock att arbetet med att förstärka ekonomisadministrationen vid myndigheten bör prioriteras under år 2000.

Slutsatser

IPM har inkommit med en kompletterande anslagsframställan angående en ny verksamhet som har bedrivits i projektform det senaste året, Barn och trauma. Regeringen är inte beredd att anslå ytterligare medel för verksamheten utan bedömer att denna får finansieras inom ramen för beräknat anslag.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 1 416 000 kronor.

Tabell 4.21 Beräkning av anslaget för år 2000

| Tusental kronor | |
|-------------------------|---------------|
| Anslag år 1999 | 11 110 |
| Pris- och löneomräkning | 533 |
| Justering av premier | 1 416 |
| Förslag år 2000 | 13 059 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 13 059 000 kronor anvisas under anslaget A10 Institutet för psykosocial medicin för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 13 260 000 respektive 13 471 000 kronor.

A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

Tabell 4.22 Anslagsutveckling A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 19 975 | Anslags-sparande | 0 |
| 1999 | Anslag | 33 896 | Utgifts-prognos | 33 896 |
| 2000 | Förslag | 35 662 | | |
| 2001 | Beräknat | 36 259 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 36 892 ² | | |

¹ Motsvarar 35 662 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 35 662 tkr i 2000 års prisnivå.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att verka för ett rationellt utnyttjande av givna resurser inom hälso- och sjukvården genom att utvärdera och sprida kunskap om befintlig och ny medicinsk metodik. Beredningens arbete skall vara inriktat på utvärdering i vid mening och belysa de samlade medicinska, ekonomiska, sociala och etiska konsekvenserna av såväl etablerade som nya metoder.

En jämförelse mellan anslag och utfall för år 1998 visar att hela anslagssparandet har förbrukats. Anslagskrediten har emellertid inte utnyttjats. Enligt utgiftsprognosen för år 1999 kommer SBU under året att förbruka hela anslaget.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I regel utgår SBU i sina utvärderingar från stora folkhälsoproblem som har betydande sociala och livskvalitetsmässiga aspekter för den enskilde och omfattande ekonomiska implikationer för samhället. Sammanlagt har SBU under år 1998 drivit 23 utvärderingsprojekt, exklusive de psykiatriska projekten. Fyra stora psykiatriska utvärderingsprojekt pågår. Under året har fem projekt avslutats.

Även under år 1998 har SBU prioriterat uppgiften att på ett effektivare sätt sprida kunskap om sitt arbete och utvärderingsresultat. Samarbetet med olika regioner och landsting har utvecklats vidare. I dag finns ett etablerat samarbete med 14 landsting (13 st år 1997) och det finns 24 SBU-informatörer som arbetar med att sprida resultaten i SBU:s rapporter. Sammanlagt har sex regionala konferenser anordnats. Till dessa kommer de sammanlagt 120 informationsaktiviteter som SBU-informatörerna anordnat i sina respektive landsting.

SBU har vidare fortsatt sitt arbete som sekretariat för det internationella nätverket INAHTA. SBU har också arbetat vidare med att fördjupa samarbetet om utvärdering inom Europa genom att ta initiativ till utveckling av ett gemensamt nätverk inom EU. SBU har tillsammans med myndigheter och institutioner som arbetar med utvärdering i samtliga EU-länder ansökt om finansiering från EU för att inrätta ett European Coordinating Center för medicinsk värdering.

En sammanställning har gjorts av alla utvärderingar som genomförts under åren 1990–1997. Sammanställningen omfattar kännedom om SBU och SBU-rapporter, attityder till medicinsk utvärdering och till SBU:s verksamhet samt praktisk nytta av SBU-rapporter (SBU:s genomslag i hälso- sjukvården, 1998). Den övergripande bilden är att sjukvårdens företrädare anser att SBU:s arbete och rapporter har ett högt värde, men de anser samtidigt att strukturer och metoder för att åstadkomma genomslag i sjukvårdsarbetet ännu inte är fullt utvecklade.

Trots detta kan faktiska förändringar i praxis spåras i flera oberoende utvärderingar. Exempelvis innebar SBU:s slutsatser i rapporten Måttligt förhöjt blodtryck att den snabba ökningen av de nya och dyrare läkemedlen avstannat och att de äldre och mycket billiga preparaten behållit sin

andel av försäljningen. Detta trendbrott har inte uppnåtts i andra länder, som exempelvis i Norge eller i USA. Räknat på samtliga patienter med måttligt förhöjt blodtryck i Sverige uppgår skillnaden i kostnad mellan olika läkemedel till mer än 400 miljoner kronor per år.

I samband med att rapporten Mätning av bentäthet publicerades sjönk antalet nyinköpta utrustningar för bentäthetsmätning dramatiskt. I rapporten konstaterade SBU att det saknas vetenskapligt underlag för att rekommendera bentäthetsmätning av symtomfria individer.

Rutinmässiga undersökningar före planerade operationer var tidigare vanligt förekommande i Sverige. Den utvärdering som gjordes av SBU visade på bristande vetenskapligt underlag för nyttan av dessa för stora grupper av patienter. Ett flertal utvärderingar har visat att rutinerna i stor utsträckning har upphört och att kostnadsbesparingarna till följd av detta uppgått till omkring 150 miljoner kronor per år.

SBU har en särskild utsedd gundersamordnare och har utformat en genderplan för åren 1999–2001. Varje projektgrupp inom SBU har till uppgift att beakta gunderspekter vid genomgången av den vetenskapliga litteraturen och att särskilt framhålla kunskapsluckor som beror på att något kön studerats otillräckligt. SBU har också redovisat en kompetensförsörjningsplan för åren 1999–2002 med ett antal mål för kompetensförsörjningen.

SBU har under de senaste fyra åren byggt upp program och kompetens dels för ökad och mer effektiv spridning av resultaten av utvärderingsarbetet, dels för utvärderingar inom psykiatrin. Detta har möjliggjorts genom särskilda anslag. Verksamhetens volym har därför legat på drygt 40 miljoner kronor de senaste åren. Vid utgången av år 1998 har dock det särskilda anslaget för utvärderingar inom psykiatrin förbrukats.

Slutsatser

Den medicinsktekniska utvecklingen går allt snabbare, vilket innebär att nya medicinska metoder introduceras i rask takt. Ett särskilt problem gäller svårigheterna att värdera nyttan av de medicinska framstegen, i synnerhet i kombination med de starka förhoppningar som ofta är knutna till nya medicinska teknologier. Här spelar opinionsbildning via massmedia och olika intressegrupper en stor roll. Detta leder inte sällan till användning av ineffektiva teknologier eller

överutnyttjande av dokumenterat effektiva teknologier. Mot denna bakgrund gör regeringen bedömningen att behovet av SBU:s utvärderingar även framöver kommer att vara stort eftersom utvecklingen av nya medicinska metoder i kombination med begränsade ekonomiska ramar ställer sjukvården inför stora utmaningar under de närmaste åren.

Regeringen anser att SBU arbetar på ett tillfredsställande sätt för att uppnå målen för verksamheten. Inriktningen vad gäller verksamheten bör ligga fast för år 2000. Regeringen fäster särskild vikt vid de intensifierade ansträngningar som myndigheten har gjort för att sprida resultaten av utvärderingarna och anser att detta bör vara en prioriterad uppgift också för år 2000.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 1 783 000 kronor.

Tabell 4.23 Beräkning av anslaget för år 2000

Tusental kronor

| | |
|-------------------------|---------------|
| Anslag år 1999 | 33 896 |
| Pris- och löneomräkning | -17 |
| Justering av premier | 1 783 |
| Förslag år 2000 | 35 662 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 35 662 000 kronor anvisas under anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 36 259 000 kronor respektive 36 892 000 kronor.

A12 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.24 Anslagsutvecklingen A12 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 21 071 | Anslags-sparande | 10 026 |
| 1999 | Anslag | 22 421 | Utgifts-prognos | 23 300 |
| 2000 | Förslag | 19 086 | | |
| 2001 | Beräknat | 23 438 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 23 807 ² | | |

¹Motsvarar 23 086 tkr i 2000 års prisnivå.

²Motsvarar 23 086 tkr i 2000 års prisnivå.

Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) uppdrag är att aktivt medverka till att stärka patientsäkerheten inom hälsa- och sjukvården inklusive tandvården.

HSAN skall, när någon anmäler, på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt pröva hur hälsa- och sjukvårdspersonalen har utövat sitt yrke. Genom beslut om disciplinpåföljd eller återkallelse av legitimation m.m. skall nämnden ge sin bedömning av vad som är godtagbart eller inte inom hälsa- och sjukvården och tandvården.

Av HSAN:s årsredovisning framgår att det under budgetåret 1998 uppkommit ett anslags-sparande om 1 800 000 kronor. Från tidigare budgetår finns ett anslagssparande om sammanlagt 8 200 000 kronor. Sammantaget uppgår således det ackumulerade anslagssparandet till 10 026 000 kronor. Förklaringen till sparandet är enligt ansvarsnämnden att antalet inkommande ärenden inte har ökat i den utsträckning som tidigare beräknats. Antalet avgjorda ärenden är också lägre än beräknat, liksom kostnaden per ärende.

HSAN uppger i sitt budgetunderlag för åren 2000–2002 att avsevärda extra utgifter kan förutses under budgetåret 1999 i samband med en planerad flyttning till nya lokaler. Vidare kommer kostnader att uppstå genom införande av nya ärendehanterings- och ekonomisystem. De kostnader som sträcker sig utöver det vanliga beräknas till 1 100 000 kronor. Under budgetåren 2000–2002 kan ansvarsnämnden inte förutse några mer omfattande utgifter som förutsätter att anslagssparandet tas i anspråk.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

HSAN:s årsredovisning för budgetåret 1998 visar att antalet inkomna ärenden har ökat. Ökningen av antalet inkomna ärenden uppgår för år 1998 till 9 procent. Motsvarande procenttal för åren 1996 och 1997 var 5 respektive 8. Antalet avgjorda ärenden har också ökat, men understiger något antalet inkomna ärenden. Antalet balanserade ärenden har ökat något, från 1 529 år 1997 till 1 643 år 1998. Av de balanserade ärendena var 76 (5 procent) äldre än 12 månader och 579 (35 procent) äldre än sex månader. Enligt HSAN:s delårsrapport var antalet balanserade ärenden den 30 juni 1999 1 585. Regeringen anser att det uppnådda resultatet är godtagbart.

Målet att få ned handläggningstiderna för ärenden till under sex månader har inte uppnåtts under budgetåret 1998. Den genomsnittliga handläggningstiden har emellertid förkortats från 6,8 månader för budgetåret 1997 till 6,2 månader för 1998. Under perioden januari – juni 1999 var enligt HSAN:s delårsrapport den genomsnittliga handläggningstiden 5,9 månader. Kostnaden per avgjort ärende var under budgetåret 1998 ungefär densamma som år 1997.

HSAN har under år 1998 samverkat med andra myndigheter och aktörer inom området, främst Socialstyrelsen och landstingens patientnämnder. Nämndens beslut sänds regelmässigt via e-post till ett antal intressenter. Information har också lämnats genom besvarande av förfrågningar från myndigheter, massmedier, forskare och allmänhet per telefon och post samt vid personliga besök.

HSAN har i årsredovisningen för år 1998 presenterat statistik med syftet att belysa ärendeutvecklingen ur ett genderperspektiv. Nämnden redogör bl.a. för den procentuella fördelningen på ålder och kön hos såväl anmälade patienter som anmäld hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen anser det viktigt att myndigheten under kommande år fortsätter det arbete som inlemts med att analysera verksamheten utifrån båda köns perspektiv.

Det har visat sig vara svårt att göra några tillförlitliga prognoser för den framtida ärendeutvecklingen. HSAN påpekar i sitt budgetunderlag för perioden 2000–2002 att nedskärningarna inom hälso- och sjukvården och den debatt dessa ger upphov till talar för att klagomålen ökar. Ärendenas svårighetsgrad är mycket varierande. Samtidigt som antalet bagatellartade ärenden ökar, finns en viss tendens till att även mer krävande ärenden, främst sådana som anmäls av Socialstyrelsen, ökar.

Med stöd av förarbetena till lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kan fler ärenden än hittills komma att avgöras efter beslut av ordföranden ensam. Därmed kan nämndsammanträdena komma att koncentreras på de mer komplicerade och omfattande ärendena. Detta bör kunna bidra till en effektivisering av verksamheten utan att kvalitetskraven minskas.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att HSAN:s årsredovisning för verksamhetsåret 1998 i allt väsentligt är rättvisande. RRV har dock i en särskild revisionsrapport till HSAN uttalat sig om vissa brister i myndighetens ekonomiadministrativa rutiner och återrapportering i årsredovisningen. HSAN har redovisat vilka åtgärder myndigheten avser att vidta för att komma till rätta med de brister som påpekats av RRV, bl.a. skall ett nytt ärendehanteringssystem upphandlas.

Slutsatser

Myndighetens verksamhet bedrivs enligt regeringens mening på ett sådant sätt att målen för verksamheten har uppnåtts. Regeringen anser inte att det finns anledning att ändra den nuvarande inriktningen på myndighetens verksamhet. Den genomsnittliga handläggningstiden för ärenden bör nedbringas till en tid av högst sex månader under budgetåren 2000–2002.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 506 000 kronor. Vidare har 4 000 000 kronor engångsvis överförts till Rättsmedicinalverket, utgiftsområde 4 Rättsväsendet. I sammanhanget bör även noteras att regeringen på tilläggsbudget för år 1999 föreslagit att 5 000 000 kronor engångsvis överförs från HSAN till Smittskyddsinstitutet.

Tabell 4.25 Beräkning av anslaget för år 2000

| <i>Tusental kronor</i> | |
|-------------------------|---------------|
| Anslag år 1999 | 22 421 |
| Pris- och löneomräkning | 159 |
| Justering av premier | 506 |
| Omfördelning | -4 000 |
| Förslag år 2000 | 19 086 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 086 000 kronor anvisas under anslaget A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 23 438 000 kronor respektive 23 807 000 kronor.

A13 Ersättning till steriliserade i vissa fall

Tabell 4.26 Anslagsutvecklingen A13 Ersättning till steriliserade i vissa fall

Tusental kronor

| 1998 | Utfall | – | Anslags-sparande | – |
|-------------|----------------|---------------|------------------------------|--------|
| 1999 | Anslag | 75 000 | ¹ Utgifts-prognos | 75 000 |
| 2000 | Förslag | 90 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 15 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 0 | | |

¹Varav 75 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 1999.

Riksdagen antog den 19 maj 1999 regeringens proposition 1998/99:71 Ersättning av staten till steriliserade i vissa fall. Enligt lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall – som trädde i kraft den 1 juli 1999 – skall den som är berättigad till ersättning enligt lagen få ett belopp om 175 000 kronor. Ansökningstiden för ersättningsanspråk löper ut den 30 juni 2001. En ny myndighet, Steriliseringsersättningsnämnden, handlägger och beslutar i ersättningsfrågorna.

Med anledning av den nya lagen och inrättandet av Steriliseringsersättningsnämnden föreslog regeringen i tilläggsbudget i 1999 års ekonomiska vårproposition att medel skulle avsättas på statsbudgeten under perioden 1999–2001 för ersättning till steriliserade.

Resultatbedömning

Resultatinformation

Osäkerheten om hur många personer som kan komma att omfattas av ersättningen till steriliserade är stor. Hittills har 1 170 ansökningar inlämnats till nämnden. Antalet personer som kan komma att erhålla ersättning har tidigare uppskattats till omkring 1 000 personer. Detta innebär att kostnaderna för utbetalda ersättningar totalt kan beräknas uppgå till 175 miljoner kronor. Utöver ersättningen till steriliserade tillkommer vissa kostnader av administrativ karaktär. Häri ingår bl.a. kostnader för Steriliseringsersättningsnämnden samt för den handläggande personalen. De administrativa kostnaderna beräknas totalt uppgå till ca 7,5 miljoner kronor.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 90 000 000 kronor anvisas under anslaget A13 Ersättning till steriliserade för år 2000. För år 2001 beräknas anslaget till 15 000 000 kronor.

A14 Personligt ombud

Tabell 4.27 Anslagsutvecklingen A14 Personligt ombud

Tusental kronor

| 2000 | Förslag | 45 000 |
|------|----------|--------|
| 2001 | Beräknat | 90 000 |
| 2002 | Beräknat | 90 000 |

Regeringens överväganden

Slutsatser

I samband med psykiatrireformen genomfördes försöksverksamhet med förstärkt stöd till psykiskt funktionshindrade (s.k. personligt ombud). (se avsnitt 4.3.7 och 5.2.2) Socialstyrelsen har i sin uppföljning av reformen konstaterat att försöksverksamheten fallit väl ut och rekommenderar att verksamheten görs tillgänglig för en större målgrupp. Mot bakgrund härav anser regeringen att verksamheten med personligt ombud skall permanentas och göras landsomfattande.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 45 000 000 kronor anvisas under anslaget A14 Personligt ombud för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 90 000 000 kronor vardera året. Regeringen avser att återkomma med förslag om närmare utformning i särskild proposition.

A15 Socialstyrelsen

Tabell 4.28 Anslagsutvecklingen A15 Socialstyrelsen

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 377 711 | Anslags- sparande | 22 161 |
| 1999 | Anslag | 407 357 | Utgifts- prognos | 429 518 |
| 2000 | Förslag | 429 102 | | |
| 2001 | Beräknat | 431 224 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 438 734 ² | | |

¹ Motsvarar 424 102 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 424 102 tkr i 2000 års prisnivå.

De redovisade kostnaderna under anslaget för år 1998 uppgick till 377 miljoner kronor. Då det anvisade beloppet för år 1998 var 369 miljoner kronor, innebär detta att anslaget överskreds med 8 miljoner kronor. Det uppkomna underskottet finansierades via anslagssparandet, som vid utgången av år 1998 uppgick till 22 miljoner kronor. Socialstyrelsen har i delårsrapporten för första halvåret 1999 redovisat en utgiftsprognos för helåret på 429,5 miljoner kronor vilket innebär att hela anslagssparandet beräknas tas i anspråk. Utgiftsökningen beror bl.a. på att personalkostnaderna beräknas öka jämfört med föregående år. Flyttkostnader sammanhängande med en genomförd flytt till mer ändamålsenliga lokaler har också påverkat utgiftsnivån för år 1999. Socialstyrelsens totala omslutning uppgick under år 1998 till knappt 16 000 miljoner kronor. Omslutningen bestod huvudsakligen av ett stort antal anslag inom verksamhetsområdena Hälso- och sjukvård samt Social omsorg.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. Socialstyrelsens uppdrag är att verka för god hälsa, social välfärd, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen intar därmed en central roll över hela det socialpolitiska fältet. Regeringens bedömning av Socialstyrelsens verksamhet återfinns därför huvudsakligen under respektive resultatbedömningsavsnitt inom verksamhetsområdena Hälso- och sjukvård och Social omsorg.

Socialstyrelsen har vidare ett övergripande ansvar för beredskapsfunktionen inom sina bevakningsområden, vilket finns närmare redogjort för under utgiftsområde 6 Totalförsvaret.

Socialstyrelsens övergripande uppdrag bröts i regleringsbrevet för år 1998 ned i ett antal mål fördelade på sex verksamhetsgrenar:

1. Tillsyn
2. Aktiv uppföljning
3. Nationell uppföljning och utvärdering
4. Utbildning och utveckling
5. Beredskap
6. Övriga huvuduppgifter

Till följd av en sådan verksamhetsbaserad indelning för mål och redovisning tenderar produktionsinriktade verksamhetsmål exempelvis antal tillsynsinsatser, antal genomförda studier och genomsnittlig handläggningstid, att hamna i fokus. Fördelen är att sådana mål är relativt lätta att formulera och mäta. Risken är dock att effekterna av verksamheten, som är svårare att påvisa, inte ägnas samma uppmärksamhet. I regleringsbrevet för år 1999 ställs därför i stället kravet att myndigheten skall redogöra för vad som uppnåtts inom en rad områden. Förhoppningen är att denna förändring leder till att effekter av olika insatser på ett tydligare sätt skall hamna i fokus för såväl myndighetens verksamhet som återrapportering. Med utgångspunkt i myndighetens årsredovisning för 1998 följer dock regeringens bedömning av Socialstyrelsens resultat indelningen i verksamhetsgrenar.

Tabell 4.29 Fördelning av totala förvaltningskostnaden på verksamhetsområde

| Verksamhetsgren | 1997 | 1998 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|
| Tillsyn | 20.5% | 21.4% |
| Aktiv uppföljning | 2.1% | 1.7% |
| Nationell uppföljning och utvärdering | 20.4% | 18.0% |
| Beredskap | ¹ | ¹ |
| Utbildning och utveckling | 25.3% | 28.6% |
| Övriga huvuduppgifter | 31.7% | 30.3% |

¹ Förvaltningskostnader för området Beredskap är fördelade på övriga verksamhetsområden.

Tillsyn

Målet för tillsynsverksamheten är att säkerställa patientsäkerhet samt bidra till förbättrad kvalitet i hälso- och sjukvården. Verksamheten omfattar

även registrering och marknads kontroll av medicintekniska produkter. Därutöver förväntas Socialstyrelsen understödja länsstyrelserna som har det primära ansvaret för tillsyn av socialtjänsten samt även kommuner och landsting som ansvarar för tillsynen inom hälsoskyddet. Inom smittskyddet är målet att medverka till effektiva förebyggande åtgärder.

Satsning på primär medicinsk tillsyn har fortsatt och under år 1998 genomfördes en resurs- och kompetensförstärkning för tillsyn av vård och omsorg av äldre. Alla indikatorer tyder på att kvaliteten i tillsynsarbetet är fortsatt god. Socialstyrelsens verksamhetstillsyn åtnjuter hög legitimitet hos vårdgivarna och bedöms ha stor korrektiv liksom preventiv effekt.

Vad gäller tillsynen inom socialtjänstområdet är Socialstyrelsen i huvudsak inriktad på att tillsammans med länsstyrelserna utveckla metoder och arbetsformer. Under året har arbete syftande till att ta fram mål, mått och metoder för uppföljning av tillsynen fortsatt. Dessutom har arbete med att utveckla systematiska former för Socialstyrelsens stöd för tillsynsarbetet påbörjats. Resultaten av det gemensamt bedrivna utvecklingsarbetet förväntas kunna omsättas i den praktiska tillsynsverksamheten med början år 2000.

Inom ramen för tillsynsverksamheten faller även Socialstyrelsens arbete med att bidra till hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete samt utveckling och tillämpning av kvalitetssystem. Socialstyrelsen har bl.a. kunnat notera att vårdgivarna i allt större utsträckning tillämpar systematisk avvikelsehantering, vilket bl.a. fått till följd att vårdgivarna allt oftare, och på ett tidigt stadium, korrigerar missförhållanden på egen hand. Kännedomen om och tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården är dock fortfarande bristfällig. Den relativt svaga genomslagskraften för det stödjande kvalitetsarbetet jämfört med verksamhetstillsynen under år 1998 kan dels förklaras av att arbetet är långsiktigt syftande, dels av att myndigheten har en kortare tradition och oklarare roll på området.

Registren över medicintekniska produkter, tillverkare samt olycksrisker och olycksfall har till följd av regleringsändringar expanderat mycket kraftigt under år 1998.

Aktiv uppföljning

Syftet med Aktiv uppföljning har varit att följa upp och granska ändamålsenligheten i de åtgärder som kommuner och landsting vidtar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Speciellt intresse har ägnats åt att dokumentera och analysera de hinder och möjligheter som finns för att huvudmännen skall nå de nationella målen. Arbetet har bedrivits så att huvudmännen, på basis av konstaterade förändrings- och utvecklingsbehov, skulle kunna genomföra konkreta förbättringar. Under år 1998 granskades tillståndet och utvecklingen i Västernorrlands län och Jämtlands län med utgångspunkt i temat *kommuners och landstings långsiktiga anpassning till ändrade ekonomiska förutsättningar*. I och med detta har samtliga län granskats.

Till följd av resultatet av en extern utvärdering av verksamhetsområdet och dess genomslag på regional och lokal nivå kommer insatserna från år 1999 i första hand att fokuseras på hälso- och sjukvården. Översynen har också gällt arbetsformer och arbetet sker nu i nära samarbete med den regionalt baserade tillsynen.

Nationell uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen tillhandahåller inom ramen för verksamhetsgrenen Nationell uppföljning och utvärdering Regeringskansliet, landsting, kommuner och allmänhet med analyser och rapporter som belyser läget och utvecklingen inom hälso- och sjukvård, smittskydd, hälsoskydd, folkhälsa, välfärdsförhållanden och socialtjänst. En sammanfattade bedömning av situationen inom hälso- och sjukvården finns i årsboken Sjukvården i Sverige 1998. Under året har Socialstyrelsen även utkommit med rapporter där effekterna av psykiatireformen och förändringarna av äldre vården analyseras. Speciellt intresse har också ägnats frågorna om vårdens kvalitet och tillgänglighet, effekterna av patientavgifter för vårdefterfrågan samt etik inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har även genomfört en rad uppföljnings- och utvärderingsuppdrag med anledning av förändringar på socialtjänstens område och då bl.a. fokuserat på att analysera resultat, kostnadsutveckling, avgifter och produktivitet.

För att bättre tillgodose Regeringskansliets ökade behov av självständiga ekonomiska bedömningar inom hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten har en förstärkning av myndighetens ekonomiska kompetens inletts under året.

Utbildning och utveckling

Socialstyrelsens uppdrag inom verksamhetsområdet Utbildning och utveckling är att beskriva kunskapsläget, sprida kunskap och verka för ett kontinuerligt förnyelse- och utvecklingsarbete inom myndighetens bevakningsområde. En central del av arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet är att ta fram state of the art-rapporter; under år 1998 utkom ett tiotal rapporter som spreds genom publikationer samt genom den medicinska faktadatabasen MARS. Inom detta område faller också Socialstyrelsens myndighetsuppgifter avseende behörighet och föreskrifter. För att bidra till utvecklingen inom socialtjänsten har bl.a. insatser skett för att stimulera kommunerna till uppbyggnad av lokala FoU-verksamheter. Andra exempel är utveckling av kvalitetsutvecklingsprogram och kunskaps-sammanställningar. Kostnaderna för Utbildning och utveckling har stigit under år 1998 beroende på intensifierat arbete med metod- och kvalitetsutveckling samt förberedelser inför införandet av nya legitimationsgrupper jämte en ökad aktivitet med föreskrifter och allmänna råd.

Övriga huvuduppgifter

Inom verksamhetsområdet Övriga uppgifter ingår en rad sinsemellan olika verksamheter, bl.a. arbete med beredskapsfrågor, drift och analys av epidemiologiska register, handläggning av en rad författningsstyrda ärenden, besvarande av remisser samt internationellt arbete.

Socialstyrelsen fick den 25 juni 1998 regeringens uppdrag att inom ansvarsområdet hälso- och sjukvård följa anpassningsarbetet, analysera och bedöma eventuella risker för allvarliga störningar samt vid behov uppmärksamma ansvariga på nödvändiga åtgärder för att säkerställa samhällsfunktionen i samband med övergången till år 2000. Socialstyrelsen har vid två tillfällen, den 28 september 1998 och den 9 mars 1999, inkommit med lägesrapporter om år 2000-anpassningen inom hälso- och sjukvården. Myndigheten bedömde vid dessa tillfällen att anpassningsarbetet kommit i gång inom de olika delarna av hälso- och sjukvården men att vissa risker kvarstod. Med anledning av Socialstyrelsens

beskrivning av läget uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att fortsättningsvis följa anpassningsarbetet inom hälso- och sjukvården med fokus på patientsäkerheten.

Genderarbete och kompetensförsörjning

Under verksamhetsåren 1998 och 1999 har genderarbetet vid myndigheten intensifierats. En övergripande handlingsplan innehållande konkreta mål och åtgärder för genderarbetet har tagits fram och ett aktivt utvecklingsarbete i enlighet med denna bedrivs.

Med anledning av regeringens uppdrag har Socialstyrelsen den 23 februari 1999 inkommit med en rapport avseende myndighetens kompetensförsörjning. Myndigheten konstaterar bl.a. att könsfördelningen inom de flesta personalkategorierna, undantaget assistentpersonalen, är jämn, att genomsnittsåldern är något högre än önskvärt samt att den externa rörligheten bör öka.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.30 Offentligrättslig verksamhet

| <i>Tusental kronor</i> | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Offentlig rättslig verksamhet | Intäkter till inkomstittel (Som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
| Utfall 1998 | 6 465 | 0 | 7 000 | -535 |
| Prognos 1999 | 13 000 | 0 | 10 000 | 3 000 |
| Budget 2000 | 7 000 | 0 | 8 000 | -1 000 |

Intäkterna avser avgifter från utfärdande av legitimationer som sker inom Socialstyrelsens arbete med behörighetsfrågor. Under år 1998 utfärdades legitimationer för 12 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. I enlighet med riksdagens beslut med anledning av propositionen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvården område (prop. 1997/98:109, bet. 1997/98:SoU22, rskr. 1997/98:290) har fyra nya yrkesgrupper; apotekare, arbetsterapeuter, receptarier samt sjukhusfysiker inom hälso- och sjukvården börjat att legitimeras under år 1999.

Socialstyrelsen disponerar inte någon del av intäkterna från legitimationshanteringen utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida. Socialstyrelsen har aktualiserat frågan om att få disponera intäkterna från legitimationshanteringen. Efter beredning av frågan gör regeringen bedömningen att det inte finns

skäl att överföra dispositionsrätten av berörda avgiftsintäkter till Socialstyrelsen.

Tabell 4.31 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (Intäkt - kostnad) |
|---------------------------------------|----------|-----------|--------------------------------|
| Utfall 1998 (varav tjänsteexport) | 15 169 | 24 679 | -9 510 |
| Prognos 1999 (varav tjänsteexport) | 11 540 | 25 872 | -14 332 |
| Budget 2000 (varav tjänsteexport) | 12 244 | 32 549 | -20 305 |

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.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Socialstyrelsen disponerar 42 miljoner kronor per år för att stimulera önskvärd utveckling inom den kommunala socialtjänsten. En stor 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 A15 Socialstyrelsen ikläda sig sådana förpliktelser. Det föreslagna bemyndigandet under perioden år 2000–2002 framgår av tabell nedan.

Tabell 4.32 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Miljoner kronor

| | 1998 utfall | 1999 prognos | 2000 beräknat | 2001 beräknat | 2002 – beräknat |
|--|----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|
| Utestående förpliktelser vid årets början | – | – | 3 | 15 | 25 |
| Nya förpliktelser | – | 3 | 20 | 20 | 20 |
| Infriade förpliktelser ¹ | – | – | 8 | 10 | 15 |
| Utestående förpliktelser vid årets slut | – | 3 | 15 | 25 | 30 |
| Erhållen/föreslagen bemyndiganderam | – | 20 | 20 | 30 | 30 |

¹ Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Slutsatser

För år 2000 ligger de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende Socialstyrelsens verksamhet fast. Detta innebär att Socialstyrelsen även under år 2000 skall inrikta sin verksamhet främst mot en förbättrad statlig tillsyn, mot uppföljning och utvärdering samt mot stöd till olika huvudmän i deras uppdrag att utveckla sin verksamhet. Dessutom skall myndigheten ytterligare stärka sina insatser för att få en bättre spridning av resultaten av sin verksamhet.

Regeringens samlade bedömning är att Socialstyrelsens tillsynsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet, hälsoskydd, smittskydd, det medicintekniska området och socialtjänstområdet varit framgångsrikt och att myndigheten på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten. Regeringen anser att tillsynsverksamheten även framgent bör vara ett högt prioriterat område och det är viktigt att omfattningen och kvaliteten på tillsynen upprätthålls. Samtidigt är det viktigt att erfarenheterna från tillsynsarbetet systematiskt tas tillvara och utgör grunden för ett förebyggande och stödjande arbete för att förbättra kvalitet i vård och omsorg. I linje med detta bör Socialstyrelsens arbete med att stödja huvudmännens utveckling och tillämpning av ett systematiskt kvalitetsarbete inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst stärkas.

Regeringen anser att Socialstyrelsen under år 2000 bör spela en aktivare roll för att förbättra tillgänglighet och kvalitet, samt prioritera insatser för att stärka patientens ställning, i vård och omsorg. Strategin bör även fortsättningsvis framförallt vara att stimulera huvudmännens arbete mot dessa mål. Socialstyrelsen skall även ta fram och fastställa gemensamma och tydliga indikationer för behandling, inom områden med stora variationer i behandlingsindikation, för att därigenom bl.a. underlätta jämförbarheten i landstingens öppna redovisning av köer och väntetider som skall komma till stånd under år 2000. Socialstyrelsen skall också företa studier och analyser av variationer mellan huvudmän avseende resurser, kostnadseffektivitet, resultat och kvalitet inom vård och omsorg.

Det är angeläget att Socialstyrelsens arbete för att säkra och stödja långsiktig kvalitetsutveckling inom socialtjänsten intensifieras. Det finns ett särskilt behov av att utveckla forskning och systematisk kunskapsinsamling inom socialtjänstområdet. I detta arbete är det viktigt att kommunernas lokala utvecklingsarbete uppmärksammas. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att initiera ett brett och samordnat arbete för att stödja en utveckling av socialtjänstområdet i denna riktning.

Genomförandet av ett konsekvent barnperspektiv i det sociala arbetet skall vidareutvecklas. Socialstyrelsen kommer också att ha en fortsatt aktiv roll inom äldreområdet, bl.a. när det gäller genomförandet av de åtgärder som beslutats inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

Regeringen anser att den redan inledda satsningen på en förstärkt ekonomisk kompetens skall fullföljas för att myndigheten bättre skall kunna stötta regeringen med självständiga ekonomiska bedömningar på hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område. Likaså bör Socialstyrelsens kompetens på läkemedelsanvändningsområdet förstärkas för att ge stöd till regeringen inklusive tillhandahålla fortlöpande uppföljning av kostnaderna för läkemedel.

Regeringen har också för avsikt att ge Socialstyrelsen i uppdrag att göra en överblick av den kliniska forskning som bedrivs i landet.

Socialstyrelsen disponerar även 13 miljoner kronor anvisade under anslag A1 Sjukvårdsförmåner m.m. för ekonomiskt stöd till kompetenscenter för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd. Av dessa medel skall 8 miljoner

kronor utbetalas till två befintliga kompetenscenter.

Resterande 5 miljoner kronor avsätts för att bygga upp ett dentalt kunskapscentrum inom Socialstyrelsen. Verksamheten vid detta får dock byggas upp successivt eftersom 1 miljon kronor årligen för åren 2000 och 2001 skall avsättas till en utvärdering av verksamheten vid Metallbiologiskt Centrum i Uppsala.

Vid beräkning av anslaget för år 2000 har hänsyn tagits till att Socialstyrelsen i enlighet med Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken tillförts 5,8 miljoner kronor för att förstärka tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade. Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 20 421 000 kronor.

Tabell 4.33 Beräkning av anslaget för år 2000

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Anslag år 1999 | 407 357 |
| Pris- och löneomräkning | 1 851 |
| Justering av premier | 20 421 |
| Bottenbudgetering av lokalkostnader | -527 |
| Förslag 2000 | 429 102 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 429 102 000 kronor anvisas under anslaget A15 Socialstyrelsen för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 431 224 000 respektive 438 734 000 kronor. För åren 2001 respektive 2002 har anslaget minskats med 5 000 000 kronor på grund av finansiering av åtgärder på handikappområdet.

4.8 Övrig statlig verksamhet

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att se till 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.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Läkemedelsverkets verksamhet domineras av arbete inom ramen för EU:s system för godkännande och uppföljning av läkemedel, den s.k. centraliserade proceduren. Verket har varit framgångsrikt i detta arbete såväl som i det nationella arbetet med läkemedelskontrollen.

Läkemedelsverket har representerats på ordförändeposter i arbetsgrupper och i övrigt deltagit i sådana, ansvarat för utarbetande av riktlinjer och råd till industrin inom flera ämnesområden samt deltagit med experter i EU-kommissionens arbete och i internationella avtalsförhandlingar. Produktionsmässigt har under år 1998 avgörandena i den centrala proceduren för godkännande ökat med 50 procent och i den decentraliserade proceduren för ömsesidigt erkännande med 20 procent jämfört med år 1997. Antalet godkända parallellimporterade läkemedel har femdubblats under denna period.

Läkemedelsverket har också medverkat i 3 st ärenden i proceduren för ömsesidigt erkännande av naturläkemedel och vissa utvärtes läkemedel.

Även i övrigt har Läkemedelsverket svarat för arbetsinsatser som visar verkets förmåga att hantera de komplicerade europeiska arbetsformerna.

Läkemedelsverket är representerat i samtliga arbetsgrupper som är underställda de vetenskapliga kommittéerna CPMP och CVMP. Läkemedelsverket har gett arbetet i dessa grupper hög prioritet för att kunna påverka utvecklingen av normerna för dokumentation av nya läkemedel.

I den centrala proceduren där Sverige har varit rapportör eller medrapportör har de inom Europeiska unionen etablerade effektiva handläggningstiderna (210 dagar) rörande ansökningar om marknadsföringstillstånd hållits och i samtliga fall varit t.o.m. lägre än stipulerat.

I de fall där Sverige har varit referensland i den ömsesidiga proceduren har handläggningstiderna

(90 dagar) hållits. För nationella ansökningar har handläggningstiderna (210 dagar) inte kunnat hållas beroende på ett oväntat stort antal ansökningar under åren 1997 och början av 1998.

För ansökningar om klinisk prövning av läkemedel har andelen primärhandläggningar inom 6 veckor uppnåtts till 82 procent samt kompletteringar bedömda inom 4 veckor till 73 procent. Målet – inom sex veckor – har ej till fullo uppnåtts. Läkemedelsverket har förklarat detta med att det förelegat ett ökat antal biverkningsrapporteringar och behov av kompletteringar under utredningarna. Personalvakanser, ombyggnation och arbete med IT-stödet har krävt extra resurser. Läkemedelsverket gör bedömningen att med optimal bemanning och IT-support kommer målet att kunna uppnås under år 1999.

Läkemedelsverket har bedrivit ett aktivt arbete med information om läkemedel, säkerhetsuppföljning, åtgärder mot olaga läkemedelsförsäljning, inspektionsverksamhet samt efterkontroll och uppföljning av reklamationer. Ytterligare insatser för information och utbildning har även genomförts som särskild uppdragsverksamhet.

Läkemedelsverket har också aktivt utövat uppföljning av marknadsföring av naturläkemedel, inspekterat märkning av kosmetiska och hygieniska produkter samt samarbetat med Tullverket och Polisen för att förebygga illegal narkotikatillverkning.

Regeringen gör bedömningen att Läkemedelsverket i allt väsentligt har uppfyllt målen för godkännandeverksamheten och efterkontroll och information om läkemedel samt verksamheten avseende läkemedelsnära produkter.

Den vetenskapliga kvalitetssäkringen av godkännande- och efterkontrollärenden är väl utvecklad. Systemet tar stora resurser i anspråk vilket beror på de komplexa frågeställningarna, stora ärendeflöden och korta handläggningstider.

Ett stort arbete har lagts ner på samarbetet med Kanada och USA på inspektionssidan genom att få de viktiga GMP-avtalen att fungera och åstadkomma en samordning inom EU av inspektionerna.

Läkemedelsverket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 1998 redovisat en total omsättning på 185 209 000 kronor och ett rörelseunderskott efter finansiella intäkter och kostnader på 11 253 000 kronor.

Läkemedelsverket har angivit en beräknad kostnadsbudget om 227 167 000 kronor för år 2000.

Läkemedelsverket hade ett ingående myndighetskapskapital år 1999 på ca 22,2 miljoner kronor. Dessa medel kommer att finansiera den underbalanserade verksamheten tillsammans med beräknade intäkter. Verket gör bedömningen att verksamheten kommer att gå med underskott under hela år 1999 varför en avgiftshöjning kommer att erfordras från år 2000. Detta kommer att beaktas i det nya systemet för avgiftsfinansiering som avses gälla från år 2000 och för vilket principerna redovisas i avsnitt 4.6 Förslag till regeländringar.

Inom ramen för särskild uppdragsverksamhet redovisas uppdrag från Landstingsförbundet som avser producentobunden läkemedelsinformation. Medel finns beviljade för år 1999 med 6 miljoner kronor och Läkemedelsverket har utgått från samma belopp för år 2000.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.34 Offentlighetsrättslig verksamhet

Tusental kronor

| Offentlighetsrättslig verksamhet | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 1998 | 174 318 | -186 021 | -11 703 |
| Prognos 1999 | 181 160 | -202 400 | -21 240 |
| Budget 2000 ¹ | 212 950 | -213 027 | -77 |

¹ Budgeten bygger på nytt avgiftssystem fr.o.m. den 1 januari 2000 och prognos per den 21 juni 1999.

Tabell 4.35 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (Intäkt - kostnad) |
|---------------------------------------|----------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 1998 (varav tjänsteexport) | 16 010 | -15 560 | 450 |
| Prognos 1999 (varav tjänsteexport) | 14 100 | -14 000 | 100 |
| Budget 2000 (varav tjänsteexport) | 14 100 | -14 140 | -40 |

Slutsatser

Regeringen bedömer att Läkemedelsverket genomfört sitt arbete så att de fastlagda målen i huvudsak har uppfyllts. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen på Läkemedelsverkets verksamhet bör kvarstå. Regeringens förslag till principer för det nya systemet för avgiftsfinansi-

ering av läkemedelskontrollen redovisas i avsnitt 4.6 Förslag till regeländringar.

Apoteket AB

Apoteket AB är helägt av staten. Vid utgången av år 1998 bestod koncernen av moderbolaget Apoteket AB, de rörelsedrivande dotterbolagen Apoteksbolaget Kemi och Miljö AB, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi AB samt intressebolagen Oy Tamro Abp, Fastighets AB Högberga och Kårhuset Pharmen AB.

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

Apoteket AB har ensamrätt på detaljhandeln med läkemedel. De har därför en skyldighet att tillhandahålla alla läkemedel, såväl receptbelagda som receptfria, som är godkända för försäljning i Sverige. Apoteket har dock inte ensamrätt på sjukhusmarknaden och inte heller vad gäller läkemedelsinformation. Vad gäller produkter för egenvård, t.ex. schampo och hudkrämer, konkurrerar bolaget på en fri marknad.

Av den totala läkemedelskostnaden tillfaller knappt 20 procent apoteksledet, vilket är den lägsta andelen i Europa.

Apoteket omsatte under år 1998 23,4 miljarder kronor, en ökning med 8,3 procent jämfört med föregående år. Försäljningen av läkemedel mot recept ökade med 14,9 procent till 16,5 miljarder kronor.

Tabell 4.36 Ekonomisk översikt*Miljoner kronor*

| | 1998 | 1997 | 1996 | 1995 | 1994 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Omsättning | 23 420 | 21 624 | 23 541 | 20 584 | 18 754 |
| Resultat efter finansiella poster | 341 | 1 126 | 1 175 | 576 | 512 |
| Eget kapital | 1 873 | 3 076 | 2 600 | 1 042 | 976 |
| Utdelning | 100 | 1 500 | 300 | 101 | 330 |
| Räntabilitet på eget kapital,% | 13,6 | -11,7 | 5,5 | 22,3 | 12,8 |
| Antal anställda | 9 147 | 9 447 | 9 550 | 9 590 | 9 550 |

Från 1980-talet fram till och med år 1996 har försäljningen ökat tämligen konstant. Den minskade försäljningen år 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.

I enlighet med riksdagens beslut (prop.1996/97:150, bet. 1996/97:FiU20) och genom statens särskilda ägardirektiv inför ordinarie bolagsstämma i Apoteksbolaget AB (publ) den 9 juni 1997 och inför ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 15 juni 1998 har uttryckts att bolaget måste vidta åtgärder för att minska kostnaderna för verksamhetsåren 1998 och 1999 med sammanlagt 400 miljoner kronor. Apoteket AB har i skrivelser till Socialdepartementet i mars och april 1998 preliminärt visat att besparingarna genomförts. Åtgärderna skall slutligt redovisas av Apoteket AB senast den 1 februari år 2000.

Staten har vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 26 maj 1999 uttalat att Apoteket AB skall sträva mot målet att uppnå ett resultat som medger en vinstutdelning till bolagets ägare avseende verksamhetsåret 1999 på omkring 100 miljoner kronor.

5 Social omsorg

5.1 Omfattning

Verksamhetsområdet omfattar samhällets insatser för äldre och funktionshindrade, barn och ungdomar samt socialt utsatta grupper. Området innefattar även alkohol- och narkotikafrågor. Den sociala omsorgen är i huvudsak ett kommunalt ansvar. Verksamheterna regleras i flera olika lagar bl.a. socialtjänstlagen (1980:620), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Viktiga verksamheter är äldre- och handikappomsorgen, bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga samt vård av missbrukare och åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Den statliga tillsynen över socialtjänsten utövas av länsstyrelserna och Socialstyrelsen.

Statens stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Till verksamhetsområdet hör sju statliga myndigheter, Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus), Handikappombudsmannen, Barnombudsmannen (BO), Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA), Statens institutionsstyrelse (SiS), Alkoholinspektionen samt Alkoholsortimentsnämnden. Under verksamhetsområdet redovisas bl.a. assistansersättning, bilstöd, bidrag till vårdtjänst, stöd till kommunerna för att utveckla missbruks- och ungdomsvården samt bidrag till organisationer på det sociala området och till handikapp- och pensionärsorganisationer.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutvecklingen

Miljoner kronor (löpande priser)

| Utfall 1998 | Anslag 1999 | Utgifts- prognos 1999 | Förslag anslag 2000 | Beräknat anslag 2001 | Beräknat anslag 2002 |
|----------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 496 | 6 633 | 6 490 | 7 128 | 7 431 | 7 468 |

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Den statliga assistansersättningen som regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning har tillförts ökade resurser under perioden 1994 till 1998.
- De utökade statsbidragen under åren 1997 och 1998 har förbättrat förutsättningarna för att bibehålla och utveckla kvaliteten i vården och omsorgen. Äldreomsorgen håller överlag god kvalitet men de brister som tidigare uppmärksammats har ännu inte i tillräcklig grad åtgärdats.
- De individuella stöden till funktionshindrade har stor betydelse för att underlätta ett så självständigt liv som möjligt. Det finns dock brister när det gäller attityder till och bemötande av funktionshindrade, samt tillgängligheten i samhällsmiljön som helhet.
- Socialbidragskostnaderna minskade med 8 procent under år 1998, huvudsakligen till följd av den förbättrade arbetsmarknads-situationen. Det finns dock inga tecken på att det långvariga bidragsberoendet minskar.

Förändringar

- Genomförandet av den av riksdagen beslutade nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har påbörjats. Regeringen har beslutat om medel till ett stort antal projekt inom prioriterade områden.
- En parlamentarisk äldreberedning har tillsatts.
- Riksdagen har i mars 1999 godkänt regeringens förslag till strategi för det fortsatta arbetet med att förverkliga och genomföra FN:s barnkonvention i Sverige.
- En parlamentarisk kommitté mot barnmisshandel har tillsatts. En särskild utredare har fått i uppdrag att göra en översyn av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) m.m.
- En parlamentarisk kommitté har tillsatts som arbetar med frågor som rör hemlösa. Kommittén skall bereda och till regeringen föreslå projekt för att förbättra de hemlösas situation. Projekten finansieras av särskilda utvecklingsmedel.

Prioriteringar för år 2000

- Ett genderperspektiv skall ingå i all verksamhet. Förslag och verksamheter skall analyseras utifrån båda könen behov och förutsättningar i syfte att höja kvaliteten och effektiviteten.
- Åtgärder skall vidtas i syfte att rätta till bristerna i avgiftssystemet inom äldre- och handikappomsorgen.
- Situationen för äldre med psykiska besvär och psykisk sjukdom skall ägnas ökad uppmärksamhet.
- Inom handikappområdet skall en nationell handlingsplan presenteras där bl.a. de nationella målen för handikappolitiken slås fast och frågor om tillgänglighet, bemötande och diskriminering tas upp.
- Barnperspektivet skall genomsyra allt beslutsfattande som rör barn. Arbetet med att förverkliga barnkonventionen skall ha fortsatt hög prioritet. Arbetet med att genomföra barnperspektivet inom socialtjänsten skall vidareutvecklas. Samarbetet kring vissa

barnfrågor inom Östersjöstaternas råd (CBSS) skall fortsätta.

- De utsatta barnens och ungdomarnas situation skall uppmärksammas.
- Åtgärder skall föreslås för att stärka klientens ställning i socialtjänsten samt för att minska det långvariga behovet av socialbidrag.
- Opinionsbildning och förebyggande åtgärder bland ungdomar skall även fortsättningsvis prioriteras i syfte att påverka attityder och förhållningssätt till alkohol och narkotika.

5.3 Resultatbedömning

5.3.1 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.

Kommunernas ansvar för äldreomsorgen och äldreården regleras huvudsakligen i socialtjänstlagen (1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Tillstånd och utveckling

År 1998 var drygt 1,5 miljoner invånare 65 år och äldre, vilket motsvarar 17,4 procent av befolkningen. Av dessa är 58 procent kvinnor. Antalet äldre över 80 år uppgick samtidigt till knappt 433 000 vilket motsvarar 5 procent av befolkningen. Av de äldre över 65 år var ca 132 000 födda utomlands.

En stor majoritet av de äldre klarar sig utan vård och omsorg från samhället. De äldres behov av sådana insatser är beroende dels av deras fysiska och psykiska hälsa och funktionsförmåga, dels av faktorer i deras omgivning. Som exempel på det sistnämnda kan nämnas förekomsten av sociala nätverk och tillgången till informell omsorg, bostadens och närmiljöns utformning, tillgången till offentlig och kommersiell service samt den äldres ekonomiska situation. De äldres

hälsa och funktionsförmåga har kontinuerligt förbättrats vilket bl.a. medför en successivt ökad medellivslängd. År 1997 var medellivslängden 81,9 år för flickor och 76,8 år för pojkar.

Statistiken inom äldreomsorgen och äldreomsorgen är fr.o.m. år 1998 förändrad jämfört med tidigare år. Resultatet för år 1998 har ännu inte redovisats.

År 1997 hade ca 130 000 personer (8,4 per 100 inv.) i åldersgruppen 65 år och äldre hemtjänst i ordinärt boende. Knappt 70 procent av dessa var kvinnor. I särskilt boende inklusive landstingens långvård/geriatrik erhöll samma år 133 500 personer (8,7 per 100 inv.) vård och omsorg. Andelen kvinnor var också här knappt 70 procent.

Andelen ålderspensionärer med vård och hjälp har under den senaste femårsperioden minskat från 18 till 17 per 100 invånare. Andelen med service i ordinärt boende har minskat från 9,7 till 8,4 per 100 invånare medan andelen med vård och omsorg i särskilt boende har ökat från 8,4 till 8,7 per 100 invånare.

Huvuddelen av äldreomsorgen och äldreomsorgen drivs i kommunal regi. Av de särskilda boendeformerna för äldre drivs knappt 10 procent av de permanenta bostäderna av privata entreprenörer. Variationerna mellan kommunerna är stora.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa utvecklingen inom äldreområdet från år 1997 till år 2000. Av Socialstyrelsens rapport avseende år 1998 framgår att utvecklingen inom äldreomsorgen under detta år i allt väsentligt följer den trend som präglat hela 1990-talet. Det innebär en utveckling mot en alltmer restriktiv hjälptilldelning där hjälpen koncentreras till de mest behövande. Socialstyrelsen konstaterar också att kommunernas ekonomi i allt högre utsträckning påverkar innehållet i och omfattningen av den hjälp som erbjuds den enskilde. Allt mindre hänsyn tas till de äldres faktiska behov av vård och omsorg. En ökad andel vårduppgifter förs därmed över på anhöriga och andra närstående. Socialstyrelsen redovisar ett antal områden där det finns system- och/eller kvalitetsbrister i äldreomsorgen. Det gäller bl.a. omhändertagandet av personer i livets slutskede, läkarnas insatser inom äldreomsorgen, äldres avgifter för vård och boende samt brukarnas inflytande. Vissa grupper får inte den uppmärksamhet de är i behov av. Detta gäller bl.a. äldre med psykiska besvär, reumatiska sjukdomar eller tandsjukdomar.

I utvärderingen av 1995 års psykiatrireform framgår att äldre med psykiska besvär och psykisk sjukdom är en målgrupp som nästan glömts bort. Socialstyrelsen, som har gjort utvärderingen, anser att denna grupp – omkring 20 procent av de äldre – samt deras anhöriga behöver mer uppmärksamhet i framtiden.

De viktigaste statliga insatserna

Riksdagen beslutade i december 1998 att 2 miljarder kronor skall tillföras kommuner och landsting fr.o.m. år 2001 för utveckling av kvaliteten i vård, skola och omsorg (prop. 1998/99:1, bet. 1998/99:SoU1, rskr. 1998/99:104). Därutöver beslutade riksdagen i juni 1999 att ytterligare 2 miljarder kronor skall tillföras kommunsektorn fr.o.m. år 2001 för samma ändamål (prop. 1998/99:100, bet. 1998/99:FiU20, rskr. 1998/99:110). I förhållande till 1996 års nivå innebär hittills beslutade och aviserade tillskott t.o.m. år 2002 en höjning av statsbidragen till kommuner och landsting med 25 miljarder kronor.

I juni 1998 antog riksdagen regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Riksdagsbeslutet innebär bl.a. nya nationella mål för äldrepolitiken samt vissa ändringar och tillägg i socialtjänstlagen (SoL). Riksdagen tog samtidigt ett inriktningsbeslut om att 300 miljoner kronor årligen skall fördelas under perioden 1999–2001 för att stödja och påskynda kvalitetsutvecklingen inom äldreområdet. Riksdagen har i samband med behandlingen av budgetpropositionen för år 1999 beslutat anslå medel i enlighet med detta beslut (prop. 1998/99:1, bet. 1998/99:SoU1, rskr. 1998/99:104).

Utredningar och kommittéer

Regeringen tillsatte i juni 1998 en kommission för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn. Kommissionen redovisade den 31 juli 1999 resultatet av sitt arbete. Av kommissionens slutrapport Den ljusnande framtid är vård (Ds 1999:44) framgår att kommuner och landsting har stora rekryteringsbehov under de närmaste tio åren, särskilt vad beträffar omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Kommissionen föreslår också ett antal åtgärder som skall motverka den kommande bristsituationen och öka intresset för vårdutbildningar samt läkarutbildningen.

I juni 1998 tillsattes inom Socialdepartementet en arbetsgrupp för kartläggning av personalför-sörjning och utbildningsbehov inom äldreomsorgen. Resultatet av arbetsgruppens arbete kommer att redovisas under hösten 1999.

Regeringen beslutade i december 1998 att tillkalla en parlamentarisk beredning med uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Beredningen skall redovisa resultatet av sitt arbete senast den 1 maj år 2003.

I mars 1999 avlämnade Boende- och avgiftsutredningen inom äldre- och handikappområdet sitt slutbetänkande Bo tryggt – betala rätt (SOU 1999:33). Kommittén har haft i uppdrag att analysera olika aspekter av socialtjänstlagens begrepp särskild boendeform och vissa avgiftsfrågor inom vård och omsorg. Kommittén föreslår bl.a. en modell för reglering av förbehållsbeloppets nivå och innehåll, riktlinjer för beräkning av inkomster samt ett tak för den högsta avgift som får debiteras för vård och omsorg. Förslaget har remissbehandlats. Regeringen avser att återkomma i frågan under år 2000.

Regeringen beslutade i maj 1999 att tillkalla en särskild utredare (dir. 1999:42) med uppgift att beskriva och analysera de problem som idag finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på sådana områden där behov och intresse av att samarbeta finns. Utredaren skall lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på dessa områden. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 30 september år 2000.

Effekter av de statliga insatserna

Utökade statsbidrag till kommunerna

De utvärderingar som har genomförts om hur de utökade statsbidragen har använts visar att kommuner och landsting följer de mål riksdagen och regeringen har haft för resursförstärkningen, dvs. att förbättra förutsättningarna för att bibehålla och utveckla kvaliteten inom vård, skola och omsorg. Minskningen av personal inom äldreomsorgen har i det närmaste upphört och fr.o.m. år 1998 visar tillgänglig personalstatistik från Svenska Kommunförbundet att antalet anställda åter börjar öka. Statistiken visar också att

antalet personer med mer kvalificerad utbildning inom äldreomsorgen och äldreården ökar.

Ändringar i socialtjänstlagen

Riksdagen beslutade i juni 1997 om vissa ändringar i socialtjänstlagen – SoL (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264). Beslutet innebär bl.a. att en ny bestämmelse om kvalitet inom socialtjänsten har införts genom tillkomsten av 7 a § SoL. Med anledning av den nya bestämmelsen har Socialstyrelsen i augusti 1998 givit ut allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8).

Av länsstyrelsernas årsrapporter för år 1998 framgår bl.a. att många kommuner arbetar med att utveckla och förbättra kvaliteten i äldreomsorgen. Ett mer systematiskt kvalitetsarbete har utförts bl.a. när det gäller att utveckla rutiner för att stärka den enskildes rättssäkerhet samt i arbetet med att förbättra informationsöverföring mellan personal.

Riksdagens beslut om ändringar i socialtjänstlagen innebär också att äldre, allvarligt sjuka och personer med funktionshinder som har varaktiga och omfattande vård- och omsorgsbehov skall ges möjlighet att söka bistånd i annan kommun i form av hjälp i hemmet eller särskilt boende (6 h § SoL). Deras ansökan ska behandlas som om de redan bodde där. Av Socialstyrelsens uppföljning framgår bl.a. att antalet ansökningar om flyttning till annan kommun har ökat. Även andelen bifallda ansökningar ökade. Trots detta har andelen personer som erhållit plats inte förändrats nämnvärt. Problemet är att det i många kommuner finns en brist på platser vilket gör att väntetiden för att efter beslut erhålla plats i många fall blir långa. Därtill skall läggas den väntetid som ofta föreligger innan beslut fattas.

Uppföljningen av den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen om socialnämndens ansvar att underlätta för den som vårdar en närstående långvarigt sjuk, äldre eller funktionshindrad (5 § SoL) visar att nästan två tredjedelar av kommunerna säger sig ha tagit särskilda initiativ med utgångspunkt från tillägget i 5 § SoL. De stödformer som enligt Socialstyrelsen utvecklats mest till följd av den nya bestämmelsen är avlösning, stöd till anhöriga till personer med demenssjukdom samt information/utbildning.

Riksdagen har också beslutat om en precisering av de biståndsinsatser som kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Biståndsbeslut ifråga om hjälp i hemmet samt särskilt boende

för service och omvårdnad för äldre (6 f § SoL) kan fr.o.m. den 1 januari 1998 överklagas hos allmän förvaltningsdomstol medan beslut om bistånd i annan form (6 g § SoL) endast kan överklagas genom laglighetsprövning. Socialstyrelsens uppföljning av vilken effekt lagändringen fått på beslut om dagvårdsinsatser visar att två av tre kommuner räknar beslut om dagvård som bistånd enligt 6 g §. Anledningen till den varierade tillämpningen är enligt Socialstyrelsen att kommunerna tolkar begreppet ”hjälp i hemmet” i 6 f § olika. Regeringen avser att senare återkomma i frågan i samband med behandlingen av socialtjänstutredningens förslag.

Den nationella handlingsplanen

Socialstyrelsens uppföljning visar att så gott som samtliga kommuner känner till innehållet i planen. Något mer än varannan kommun har hunnit vidtaga åtgärder med anledning av planen och ytterligare en fjärdedel planerar sådana. Åtgärder inom områdena anhörigstöd, fortbildning av arbetsledande personal samt uppsökande verksamhet har haft störst genomslagskraft.

Regeringen har i enlighet med riksdagens beslut med anledning av den nationella handlingsplanen samt budgetpropositionen för år 1999 fattat beslut om fördelning av 37 miljoner kronor under åren 1999–2001 för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala forsknings- och utvecklingscentra inom äldreområdet. Centrumbildningarna skall medverka till en lokalt förankrad och praktisknära kunskapsutveckling inom både äldreomsorg och äldresjukvård. Under det första halvåret 1999 har regeringen också beslutat om fördelning av ett 70-tal projektbidrag till verksamheter över hela landet som syftar till utveckling och nytänkande inom äldreomsorgen.

Inom ramen för handlingsplanens åtgärd utveckling av anhörigstöd har ett trettio-tal kommuner under det första halvåret år 1999 tagit fram en handlingsplan som berättigar till statligt projektbidrag. De flesta kommuner anger i sina planer att de avser satsa på utbyggnad av korttidsplatser, möjligheter till avlösning samt stödgrupper. Många kommuner planerar också uppsökande verksamheter för att hitta ”dolda” anhöriginsatser. Arbetet med att utveckla handlingsplanerna har skett i nära samarbete med frivilligorganisationer och organisationer för anhöriga. Socialstyrelsen svarar för nationell uppföljning och utvärdering av verksamheterna.

När det gäller handlingsplanens åtgärd fortbildning av arbetsledande personal inom äldre-

omsorgen hade den 1 juni 1999 knappt 38 miljoner kronor av för året anslagna 80 miljoner kronor utbetalats till totalt 164 kommuner. Socialstyrelsens uppföljning visar att det i de flesta län fortfarande pågår planering av insatserna med målsättningen att utbildningarna skall kunna påbörjas under hösten 1999.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag administrerat och bedömt ansökningar om försöksverksamheter med uppsökande verksamhet bland äldre. Syftet med verksamheterna är att bygga upp kunskaper inom kommunernas äldreomsorg, hemsjukvården och inom primärvården om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Under våren 1999 har sammanlagt 105 ansökningar behandlats. Av dessa har regeringen beslutat bevilja bidrag till 21 projekt till ett sammanlagt belopp om ca 35 miljoner kronor.

Såväl den centrala som regionala tillsynen inom äldreområdet har förstärkts. Socialstyrelsen har bl.a. utökat bemanningen av geriatriska och sjuksköterskor med geriatrisk kompetens. Myndigheten har därmed kunnat ägna ökad uppmärksamhet åt hälso- och sjukvård inom de särskilda boendeformerna.

I samband med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken anslogs ett stimulansbidrag om sammanlagt 380 miljoner kronor under budgetåren 1998 och 1999 för äldreboendestäder, dvs. ny- och ombyggnad av bostäder i sådana särskilda boendeformer som avses i 20 § SoL. Bidraget handläggs av Boverket och länsstyrelserna. Per den 30 juni 1999 hade drygt 320 ansökningar avseende ny- och ombyggnad av drygt 5 500 lägenheter inkommit till länsstyrelserna. Av dessa har 147 ansökningar gällande ca 4 800 lägenheter beviljats. Drygt 3 000 lägenheter avser ombyggnad och knappt 1 800 nybyggnad.

Preliminära uppgifter tyder på att den nya bestämmelsen i SoL om skärpt anmälningsplikt för personal avseende missförhållanden inom äldreomsorgen och omsorgerna om funktionshindrade (71 a §) upplevs som svårtolkad av dem som skall tillämpa bestämmelsen. Enligt Socialstyrelsen består svårigheterna bl.a. i att bedöma vad som är att betrakta som ett missförhållande inom vård och omsorg. Socialstyrelsen avser att under hösten 1999 påbörja arbetet med att utveckla allmänna råd och/eller föreskrifter om tillämpningen av bestämmelsen.

Regeringens slutsatser

Under de senaste två åren har regeringen vidtagit ett flertal åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kommuner och landsting att komma tillrätta med problem och brister inom äldreomsorgen och äldre vården. Effekterna av dessa åtgärder kan ännu inte fullt ut följas upp och utvärderas, men den information som regeringen hittills erhållit från Socialstyrelsen och länsstyrelserna visar att det finns ett stort intresse i kommuner och landsting att snabbt genomföra beslutade åtgärder i den egna verksamheten.

Den viktigaste åtgärden är förstärkningarna av landstingens och kommunernas finanser genom de successiva höjningarna av statsbidragen till kommunsektorn. Uppföljning av den kommunala ekonomin visar att kommuner och landsting som ett resultat av resursförstärkningarna har prioriterat verksamheter inom vård och omsorg samt skolan framför andra verksamheter, vilket är i enlighet med riksdagens intentioner. Samtidigt kan dock konstateras att de ekonomiska förutsättningarna i kommuner och landsting fortfarande ser olika ut vilket gör att effekterna i kommunerna varierar.

Nyligen genomförda uppföljningar av de år 1997 beslutade lagändringarna i socialtjänstlagen visar att lagstiftningen så här långt i huvudsak fungerar i enlighet med regeringens och riksdagens intentioner. Positivt är bl.a. att kvalitetsmedvetandet och utvecklingen av kvalitetsindikatorer och system för uppföljning och utvärdering av verksamheten nu förefaller ha fått bra genomslagskraft i många kommuner. Det är emellertid angeläget att Socialstyrelsen fortsätter att uppmuntra och understödja de kommuner som ännu inte kommit så långt i detta arbete. Kommunerna har snabbt hörsammat den nya bestämmelsen om anhörigstöd, även om inte alla har lyckats hitta nya och samtidigt väl fungerande former för stödet. Regeringen bedömer att det nya stimulansbidraget inom området som riksdagen beslutade år 1998 kommer att ge kommunerna ökade förutsättningar att utveckla såväl nya som befintliga och beprövade stödformer.

Regeringen anser att det är otillfredsställande att väntetiderna för att erhålla beslut om flyttning till annan kommun i många fall är långa. Motsvarande gäller väntetiderna för att efter bifallsbeslutet erhålla den beviljade tjänsten. Det huvudsakliga problemet är här att det i många kommuner finns en brist på platser i de särskilda

boendeformerna, ett problem som den nya flyttbestämmelsen inte kan lösa. Regeringen avser att noga följa utvecklingen inom området och senare återkomma till riksdagen med bedömningar, slutsatser och eventuella förslag till åtgärder med anledning av den förändrade lagstiftningens effekter.

Regeringen gör bedömningen att stimulansbidraget för äldre bostäder kommer att bidra till en betydande standardhöjning inom befintliga boenden samt nya bostäder av hög kvalitet.

Både Socialstyrelsen och länsstyrelserna har efter beslutade resursförstärkingar kunnat intensifiera sina insatser inom tillsynsverksamheten. Socialstyrelsen redovisar bl.a. resultat från genomförda tillsynsinsatser inom de särskilda boendet. Det samlade omdömet med utgångspunkt från insamlade uppgifter är att omsorgen och vården i huvudsak fungerar bra men att det finns generella brister som behöver åtgärdas. Regeringen ser särskilt allvarligt på det faktum att det fortfarande råder brist på läkare i de särskilda boendena och att planeringen för vård och omsorg efter sjukhusvård alltjämt är bristfällig i många kommuner. Regeringen avser att i annat sammanhang återkomma till riksdagen med en redovisning av de resultat som länsstyrelserna redovisar avseende tillsynsverksamheten under år 1999.

Äldreomsorgen och äldre vården håller överlag en god kvalitet. Samtidigt får allt färre del av den offentliga äldreomsorgen och den informella äldreomsorgen i anhörigas och andra närståendes regi växer. Kommunernas ekonomi spelar också en allt större roll för utfallet av biståndsbedömningen för enskilda. Många av de problem som tidigare uppmärksammats finns fortfarande kvar, bl.a. den bristande läkarmedverkan och problemen med samverkan mellan huvudmännen.

Det är otillfredsställande att många av de brister som sedan länge har uppmärksammats av Socialstyrelsen, bl.a. inom ramen för det s.k. äldreuppdraget, samt även andra aktörer ännu inte i tillräcklig grad har åtgärdats. Regeringen bedömer dock att åtgärderna inom ramen för den nationella handlingsplanen fr.o.m. år 1999 och framåt i kombination med beslutade och aviserade statsbidragshöjningar ger kommuner och landsting de kort- och långsiktiga förutsättningar som krävs för att komma tillrätta med många av dessa brister. Regeringen har i detta sammanhang tagit initiativ till en utredning som skall se över möjligheterna att åstadkomma bättre möjligheter för kommuner och landsting

att samverka i frågor som rör omsorg och vård av bl.a. äldre.

5.3.2 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

Ansvaret för stöd och service till personer med funktionshinder är delat mellan stat, kommun och landsting och regleras i socialtjänstlagen (1980:620) (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS).

Tillstånd och utveckling

Bilden av den handikappolitiska utvecklingen i Sverige under det senaste decenniet är inte entydig. I många avseenden har människor med funktionshinder blivit mer delaktiga i samhällslivet. En grundläggande förutsättning för detta har varit den generella välfärdspolitiken i kombination med särskilt riktade handikappolitiska insatser. Olika offentliga individriktade insatser har genomförts i syfte att stärka den enskildes ställning och kompensera för de merkostnader och det inkomstbortfall funktionshindret kan medföra. Generella insatser som t.ex. lagstiftning om förbättrad tillgänglighet och lagstiftning om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder är andra exempel på offentliga åtgärder. Kommunerna har under de senaste åren vidtagit åtgärder för att förbättra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Det gäller såväl frågor om bemötande av och attityder till funktionshindrade som åtgärder för att stärka den enskildes ställning.

På senare år har det dock blivit svårare och dyrare att få tillgång till t.ex. hemtjänst och färdtjänst. Vissa huvudmän dröjer med att verkställa domar som går den enskildes väg. Fortfarande är stora delar av samhället inte tillgängligt varken i fysisk bemärkelse eller när det gäller tillgång till t.ex. information, teknik och kommunikation. Även arbetslösheten bland funktionshindrade personer är högre än bland befolkningen i övrigt. Funktionshindrade personer upplever ofta att de blir dåligt bemötta och diskriminerade i sina

kontakter med myndigheter och andra offentliga organ.

Handikappombudsmannen bekräftar nämnda förhållanden i sin senaste rapport till regeringen. Där konstateras att Sverige inte helt uppfyller FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Myndigheten framför kritik på framförallt tre områden. Det första är det s.k. domstolstrotset, dvs. att vissa huvudmän inte verkställer domar enligt LSS och SoL, som går den enskildes väg. I praktiken innebär detta att den enskilde inte får det stöd hon eller han har rätt till enligt lag. Det andra gäller brister i kunskapen om barn med funktionshinder. Handikappombudsmannen har uppmärksammat vissa brister vad gäller rättssäkerheten för barn med funktionshinder inom skolområdet. Problemen behandlas bl.a. i den pågående översynen av skollagen (dir. 1999:15). Det tredje området rör kommunernas tillämpning av FN:s standardregler, framför allt då det gäller tillgängligheten.

Det är inte möjligt att få säkra uppgifter om antalet personer i befolkningen som har funktionshinder. En människa kan ha ett funktionshinder på grund av en skada eller sjukdom. Om det leder till handikapp eller inte beror många gånger på hur den omgivande miljön ser ut. Det är därför inte särskilt meningsfullt att försöka definiera målgruppen med utgångspunkt från graden av funktionshinder i fysiologiska eller medicinska termer, eller med någon typ av prestationsmått. En bättre avgränsning är istället att utgå från den enskildes behov av individuellt och generellt stöd.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

I Socialstyrelsens sammanställning av länsstyrelsernas rapporter över den sociala tillsynen år 1998 dras slutsatsen att många kommuner har förbättrat sin kunskap om LSS. Enligt rapporten har kommunerna en hög ambitionsnivå när det gäller att erbjuda personer med funktionshinder goda levnadsvillkor. Antalet personer med behov av stöd och hjälp har dock ökat per anställd inom handikappomsorgen. Det finns inte alltid tid att tillgodose personalens behov av handledning och utveckling vilket kan inverka negativt på förhållningssätt till och bemötande av de funktionshindrade.

Länsstyrelserna noterar också att handläggningstiderna ofta är oacceptabelt långa och dokumentationen bristfällig. Även Handikappom-

budsmannen har anmärkt att handläggnings-tiderna för utredningar av stöd till barn med funktionshinder i många fall är långa.

Betydligt färre personer med psykiska funktionshinder än vad som förutsågs när handikappreformen genomfördes, har fått sina behov tillgodosedda genom LSS. Socialstyrelsen uppskattar antalet psykiskt funktionshindrade till mellan 40 000 och 46 000 personer (Välfärd och valfrihet SoS 1999:1). I november 1998 hade ca 2 250 personer beslut om insatser enligt LSS på grund av psykiska funktionshinder. Av dessa var något fler män än kvinnor. Detta är visserligen en fördubbling sedan 1996 men fortfarande lågt i förhållande till de ursprungliga uppskattningarna. Tänkbara orsaker till att det är färre än väntat som får stöd enligt LSS kan enligt Socialstyrelsen vara dels svårigheter att hantera lagstiftningen, dels bristande rutiner för att bedöma vad som avses med psykiska funktionshinder. Ett annat skäl kan vara att insatserna i LSS är preciserade på ett sätt som inte överensstämmer med de behov som personer med psykiska funktionshinder kan ha.

När det gäller insatsen ”rådgivning och annat personligt stöd”, konstaterar både Socialstyrelsen och Landstingsförbundet att det är mycket få personer med fysiska eller psykiska funktionshinder, dvs. grupp 3 i LSS personkrets, som får sådant stöd. Orsaken antas vara bristen på information och uppsökande verksamhet. Enligt tillgänglig statistik hade 22 000 personer beslut om råd och stöd under år 1997. Av dem hade 1 600 personer fysiska eller psykiska funktionshinder.

Regeringsrätten har konstaterat att gränsdragningen mellan LSS och HSL är otydlig. Man har dock i ett antal domar slagit fast att habiliteringsinsatser inte ryms inom insatsen råd och stöd enligt LSS.

Enligt Socialstyrelsen finns det stora skillnader mellan landstingen när det gäller resurser för habilitering respektive råd och stöd (Barn och ungdomar med funktionshinder – en kartläggning av habiliteringsinsatser enligt HSL och råd och stöd enligt LSS).

Andelen personer med insatser enligt LSS varierar mellan kommunerna. Det gäller såväl barn som vuxna. Stora kostnadsskillnader kan också konstateras. Skillnaderna har flera orsaker, bl.a. historiska. När landstingen hade ansvar för verksamheten för personer med utvecklingsstörning koncentrerades den ofta till enstaka institutioner. När sedan institutionerna lades ner

valde många att inte flytta till sin hemkommun utan bodde kvar på institutionsorten där de kanske levt under lång tid. En annan orsak är att verksamhet som tillgodoser behov hos numerärt små handikappgrupper kräver speciell kompetens hos omsorgspersonalen. Detta gör att verksamheten koncentreras till ett fåtal orter i landet och att människor med sådana diagnoser flyttar till dessa orter.

Tillkomsten av den statliga assistansersättningen har lett till att många funktionshindrade personer kan leva ett mer självständigt liv. Antalet beslut om ersättning enligt lagen (1993:387) om assistansersättning (LASS) ökade något under 1998 men den främsta orsaken till att kostnaderna ökat är att antalet assistanstimmar stigit.

Män beviljas assistansersättning i något större utsträckning än kvinnor. Till en del kan denna skillnad bero på att männen utgör en större andel av befolkningen i åldrarna upp till 64 år. Vidare erhåller männen något fler assistanstimmar än kvinnorna men skillnaden är relativt liten. Det finns dock en tendens till att denna skillnad ökar.

Många personer med funktionshinder väljer att studera vid folkhögskolor. Den s.k. vårdartjänsten ger möjligheter till ett personligt stöd för att klara studierna. Vårdartjänst kan också ges till studerande vid universitet och högskolor. Resultatet av de brukarstudier Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) genomfört visar bl.a. att eleverna vid folkhögskolorna generellt är mycket nöjda med den assistans som finansieras genom vårdartjänst. Studerande vid universitet och högskolor uppger att det har varit svårt att få information om vårdartjänsten. Tydligare information till handikapphandläggarna vid universitetet och högskolorna kan förbättra situationen.

Kunskapen om den fysiska tillgängligheten till universitet och högskolor uppdateras kontinuerligt av Sisus. Utifrån vissa grundläggande tillgänglighetskriterier har situationen blivit något bättre under året. Stora förändringar har t.ex. noterats vid universitetet i Linköping och Lund.

Antalet elever vid riksgymnasierna för rörelsehindrade har ökat med 27 procent under perioden 1995/96 t.o.m. 1998/99. De fyra befintliga riksgymnasieorterna kan i viss mån expandera sin verksamhet. Läsåret 1998/99 gick 170 elever i riksgymnasium för rörelsehindrade.

Sisus har närmare undersökt verksamheten vid riksgymnasierna för rörelsehindrade elever ur ett genderperspektiv och följt upp tidigare resultat. Kön fördelningen bland samtliga gymnasieelever

med rörelsehinder var 57 procent pojkar och 43 procent flickor läsåret 1996/97. Motsvarande fördelning i riksgymnasierna för samma läsår var 66 procent pojkar och 34 procent flickor. Det finns också vissa geografiska skillnader mellan de olika skolorna när det gäller könsfördelningen.

När det gäller beviljade bilstöd har könsfördelningen blivit jämnare med åren. Av andra-gångssökande är majoriteten män. Däremot var det år 1997 nästan lika många kvinnor som män som sökte bilstöd första gången. Fortfarande är det dock en större andel kvinnor än män som får avslag.

De viktigaste statliga insatserna

De beslutade och aviserade statsbidragshöjningarna för vård, skola och omsorg förbättrar förutsättningarna för att kommuner och landsting skall kunna erbjuda insatser av god kvalitet för personer med funktionshinder.

Den 1 maj 1999 trädde lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder i kraft. Förbudet omfattar såväl direkt som indirekt diskriminering och gäller till förmån för en arbetstagare eller arbetsökande när en arbetsgivare beslutar om anställning, befordran, arbetsledning och uppsägning. Handikappombudsmannen skall utöva tillsyn över att denna lag följs. Vidare får Handikappombudsmannen föra talan vid Arbetsdomstolen för en enskild arbetstagare eller arbetsökande som diskrimineras inom arbetslivet.

Den 1 januari 1998 infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen som reglerar möjligheterna för äldre och funktionshindrade med stora behov av vård och omsorg att flytta till en annan kommun. En ny bestämmelse tillkom också om socialnämndens ansvar för att underlätta för den som vårdar en närstående långvarigt sjuk, äldre eller funktionshindrad (se avsnitt 5.3.1).

Statlig assistansersättning är ett individinriktat statligt stöd till personer med stora och varaktiga funktionshinder. Ersättningen kan lämnas till funktionshindrade personer som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Syftet med ersättningen är att den enskilde skall kunna leva så oberoende som möjligt och själv kunna påverka hur assistansen utformas. Den 1 september 1997 infördes en schablon för assistansersättningen som den 1 januari 1999 uppgick till 173 kronor per timme. Om det finns sär-

skilda skäl kan försäkringskassan medge att schablonersättningen får överskridas – dock med högst 12 procent. Den genomsnittliga faktiska ersättningsnivån uppgick i juli 1999 till 173,45 kronor per timme. De flesta ersättningsberättigade erhåller schablonersättningen. Endast en mindre andel, 5 procent, har beviljats högre ersättning.

Bilstöd kan utgå till personer med funktionshinder eller till föräldrar till funktionshindrade barn. Stödet syftar till att göra det möjligt att leva ett mer självständigt och socialt liv och att kunna delta i arbetslivet. Därmed förväntas behovet av insatser inom andra samhällsområden, främst färdtjänst, minska.

Personer som är döva, gravt hörselskadade, dövblinda eller talskadade har möjlighet att få en texttelefon. Statsbidrag utgår till landstingen som förskriver sådana telefoner. Den som har rätt till texttelefon kan också få en så kallad anhörigtelefon för direktsamtal mellan texttelefonabonnenter. Post- och telestyrelsen ansvarar numera för upphandlingen av den förmedlingstjänst som är nödvändig för att genomföra samtal mellan vanlig telefon för hörande och texttelefon.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har i uppgift att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder. Sisus skall också administrera och utveckla olika stöd som behövs i och omkring studiesituationen för personer med funktionshinder. Hittills har kostnaderna för omvårdnad, boende och habilitering i anslutning till riksgymnasieutbildningen för svårt rörelsehindrade ungdomar finansierats av staten. Regeringen föreslår i propositionen 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd, att kostnaderna för denna verksamhet i framtiden skall delas mellan stat, kommun och landsting. Riksdagen kommer att behandla propositionen under hösten.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att öka informationen om små och mindre kända handikappgrupper och har bl.a. byggt upp en kunskapsbas, som i februari 1999 innehöll 94 s.k. smågruppsdiagnoser. Databasen kan nås via Socialstyrelsens hemsida på internet och informationsfoldrar finns framtagna. Ytterligare ca 110 diagnoser håller på att bearbetas för att laggas in i databasen.

Hjälpmedelsinstitutet (HI) bildades den 1 januari 1999 genom ombildning av Handikappinstitutet som en ideell förening med staten,

landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet som huvudmän. HI skall arbeta för en förbättrad livskvalitet för människor med funktionshinder genom att medverka till utveckling av bra och säkra hjälpmedel och till en effektiv hjälpmedelsförsörjning. HI skall också bidra till ökad tillgänglighet i samhället för personer med funktionshinder. Intitutet har på uppdrag av regeringen och i samarbete med berörda organ och myndigheter utformat ett förslag till åtgärdsprogram på IT-området för funktionshindrade personer. Programmet har börjat genomföras.

Staten bidrar sedan många år till handikapporganisationernas allmänna verksamhet. Antalet organisationer ökar i snabb takt. En särskild utredare har i betänkandet Statsbidrag till handikapporganisationer (SOU 1999:89) lämnat förslag till en modell för statsbidragsutgivning till handikapporganisationerna. Förslaget remissbehandlas under hösten. Staten ger också bidrag till viss annan verksamhet för personer med funktionshinder, t.ex. till riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper och till handikapporganisationernas rekreationsanläggningar.

Riksrevisionsverket har på regeringens uppdrag gjort en översyn av bilstödet. I rapporten (Bilstöd till personer med funktionshinder, RRV 1999:24) framhålls att bilstöd i många fall kan innebära lägre kostnader för samhället än färdtjänst. RRV konstaterar också att det finns brister i offentlig statistik och otillräcklig kunskap om de personer som kan erhålla stöd. Det råder osäkerhet om i vad mån stödet når de personer som är berättigade till det. Det skapar vissa svårigheter att bedöma efterfrågan och kostnaderna för bilstödet. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Effekter av de statliga insatserna

Handikappombudsmannen skall bl.a. informera om FN:s standardregler för personer med funktionshinder och utvärdera efterlevnaden av reglerna. Effekterna av detta arbete är att reglerna blivit mer kända och att det skapats större uppmärksamhet kring funktionshindrade personers livsvillkor. Ombudsmannen har också med reglerna som utgångspunkt åstadkommit rättelser både i enskilda fall och när det gäller brister i den fysiska planeringen. Handikappombudsmannen konstaterar – med hänvisning till FN:s särskilde rapportör i handikappfrågor att Sverige är det land i världen där reglerna är mest kända. Trots

detta visar resultaten att det fortfarande är långt kvar innan reglerna förverkligas i Sverige.

Avvecklingen av vårdhem för personer med utvecklingsstörning skall vara avslutad den 31 december 1999. Under år 1998 har nio vårdhem lagts ned vilket berörde ca 250 personer. Det återstår 30 vårdhem med totalt 440 boende. Vid årsskiftet 1998/99 saknade fortfarande sju vårdhem planer för avveckling. Socialstyrelsen konstaterar att avvecklingen av institutionerna har haft stor effekt för att förbättra levnadsförhållandena för personer med utvecklingsstörning.

Uppbyggnaden av Socialstyrelsens kunskapsdatabas om små och kända handikappgrupper har medfört att kunskapen om sådana grupper ökat bland såväl professionella som bland organisationer och enskilda.

Regeringens slutsatser

Det är viktigt att regeringen får ett tillfredsställande statistiskt underlag för sina beslut inom handikappområdet för såväl barn som vuxna. Den statistik som finns att tillgå i dag är i vissa delar osäker. Socialstyrelsen har därför fått ett uppdrag att utforma förslag till system för riktäckande individbaserad statistik inom omsorgen om äldre och funktionshindrade. Uppdraget skall redovisas senast den 31 mars år 2000.

Psykiatireformens huvuduppgift var att föreslå åtgärder som förbättrar psykiskt funktionshindrade personers livsvillkor och livskvalitet. Mot den bakgrunden är det allvarligt om många inte får det stöd de har rätt till. Socialstyrelsens utvärdering har visat att i de fall den enskilde har tillgång till personligt ombud har möjligheterna att få stöd enligt LSS ökat. Psykiatrin är ett prioriterat område inför framtiden inom hälso- och sjukvårdsområdet. Även socialtjänsten har ett viktigt ansvar vad gäller stödinsatser för psykiskt funktionshindrade. Regeringen föreslår därför att 45 miljoner kronor anvisas år 2000 och därefter 90 miljoner årligen för att inrätta verksamhet med personligt ombud för psykiskt funktionshindrade. Detta skall bidra till att fler personer med funktionshinder får sina behov tillgodosedda.

Regeringen avser att i en särskild proposition återkomma med förslag som innebär att personer som beviljats assistansersättning före 65 års ålder skall få behålla denna ersättning även efter fyllda 65 år. Avsikten är att kunna

presentera en proposition hösten 2000 så att lagändringen skall kunna träda i kraft vid årsskiftet 2000/2001. Innan en proposition kan läggas måste dock förslaget utredas i en arbetsgrupp eller utredning. Vidare måste förhandlingar genomföras och överenskommelse ha träffats med Svenska Kommunförbundet. Detta kan komma att påverka tidsschemat. Preliminärt har för ändamålet uppförts 150 miljoner kronor år 2001 och 200 miljoner kronor år 2002.

Det finns stora skillnader mellan olika lands-ting när det gäller användningen av resurser för rehabilitering respektive "råd och stöd". Det är också svårt att bedöma kvaliteten, särskilt när det gäller insatser för barn. Det kan därför vara skäl att få en bättre överblick av stödet till barn med funktionshinder och deras familjer.

Utvecklingen inom IT-området har stor betydelse för personer med funktionshinder. Det gäller t.ex. möjligheter till fjärrkommunikation för döva m.fl. Flera projekt pågår för att ytterligare utveckla tekniken inom området. Regeringen avser att noga följa denna utveckling. Regeringen har i propositionen 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd föreslagit bl.a. åtgärder i syfte att stödja kompetensutveckling och forskning för elever med funktionsnedsättningar samt lagt förslag som rör en framtida stödorganisation.

En nationell handlingsplan

Utgångspunkten för det handikappolitiska arbetet är principen om alla människors lika värde och lika rätt. Viktiga steg har tagits för att förverkliga de handikappolitiska målen utifrån denna utgångspunkt men mycket återstår. Det fordras därför konkreta politiska insatser för att personer med funktionshinder skall få rätten till delaktighet, värdighet och självbestämmande över sina egna liv. Ytterst är handikappolitik demokratifrågor och frågor om medborgerliga rättigheter. Samhället måste i högre grad än för närvarande markera betydelsen av att människor inte får missgynnas eller utestängas på grund av funktionshinder.

Arbetet med att förverkliga de handikappolitiska målen är långsiktigt. Det krävs ett förhållningssätt hos medborgarna och en fortsatt kombination av individinriktade och generella insatser som ligger i linje med FN:s standardregler. En sådan kombination har varit effektiv på många områden som har betydelse för personer med funktionshinder.

Det krävs nu ytterligare satsningar inom det handikappolitiska området för att målen skall uppnås. Arbetet inriktas på att ge statliga myndigheter, landsting, kommuner, organisationer m.fl. förutsättningar att utveckla tillgängligheten i vid bemärkelse inom olika samhällssektorer och verksamheter. Det gäller såväl byggnader, utemiljö och kollektivtrafik som kommunikation, samhällsinformation, service, IT-teknik, kulturutbud och tjänster av olika slag. Handikappaspekterna skall beaktas inom varje samhällsområde och handikapporganisationerna skall ingå som viktiga parter i samverkan i ett sådant arbete.

Synen på människor med funktionshinder har en avgörande betydelse för inriktningen på de handikappolitiska insatserna. Enligt regeringens mening krävs det insatser för att höja medvetenheten och kunskapen om bemötande, etik, attityder och förhållningssätt hos myndigheter, huvudmän och andra offentliga organ. Ett långsiktigt arbete för att utveckla kompetensen hos politiker, chefer och anställda i dessa frågor är nödvändigt. Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder överlämnade i mars 1999 sitt slutbetänkande, Lindqvists nio – nio vägar att utveckla bemötandet för personer med funktionshinder (SOU 1999:21) till regeringen. I betänkandet lämnas bl.a. förslag om förbättrad tillsyn och åtgärder för att komma tillrätta med domstolstrots. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

Regeringen kommer senare i höst att avlämna en proposition till riksdagen om en nationell handlingsplan inom handikappområdet. Syftet är att ge tydliga riktlinjer i form av mål och inriktning för den framtida handikappolitiken och redovisa konkreta förslag om hur funktionshindrade personers situation kan förbättras. I syfte att genomföra prioriterade insatser för att förverkliga handlingsplanen föreslår regeringen i enlighet med vad som aviserades i vårpropositionen att ytterligare 55 miljoner kronor årligen avsätts inom handikappområdet. Fr.o.m. år 2001 kommer regeringen att föreslå en ytterligare förstärkning med 15 miljoner kronor.

5.3.3 Barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) 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 genom-
syra allt beslutsfattande som rör barn.

Genom bestämmelserna i föräldrabalken åläggs föräldrarna huvudansvaret för att barnet får omvårdnad och en god fostran. Samhällets uppgift är att stödja och komplettera föräldrarna så att goda och trygga uppväxtvillkor kan garanteras för alla barn.

Socialtjänsten har ett ansvar för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver och om det är motiverat med hänsyn till den unges bästa, vård och stöd utanför det egna hemmet. I enlighet med lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) kan i vissa situationer beslut fattas om tvångsingripande. Socialtjänsten har också ett ansvar för vissa familjerättsliga uppgifter. Ungdomar som har begått brott och dömts till den nya straffpåföljden slutna ungdomsvård skall få nödvändig vård och behandling på de särskilda ungdomshem Statens institutionsstyrelse ansvarar för.

Tillstånd och utveckling

De flesta barn och ungdomar i Sverige har i dag materiella förutsättningar för en god uppväxt. De har också goda möjligheter att utbilda sig, vilket det stora flertalet ungdomar också gör. De generella system till stöd för familjerna och till stöd för barnens uppväxt som finns i föräldraförsäkring, barnhälsovård, barnomsorg, skola etc. fungerar i allmänhet väl även om det på vissa håll uppstått brister och problem under 1990-talet.

Födelsetalen har haft en kraftig nedgång under de senaste tio åren. Unga par skjuter upp barnafödandet allt längre. Det är sannolikt att detta hängt samman med den negativa utveckling som drabbade arbetsmarknaden i början av 1990-talet. Att allt fler människor studerar bidrar sannolikt till utvecklingen. Erfarenhetsmässigt finns det en koppling mellan ett ökat antal studerande och en nedgång i födelsetalen. Nedgången har nu planats ut, men några ansatser till återhämtning syns ännu inte.

En konsekvens av den negativa arbetsmarknadssituationen under 1990-talet är att antalet barn som lever i familjer med långvarigt socialbidrag mer än fördubblats. År 1996 gällde det 120 000 barn. De flesta av dessa barn har utrikes födda föräldrar som vistats kort tid i Sverige och därmed har svag förankring på arbetsmarknaden.

Socialbidragstagandet bland barnfamiljer har också påverkats av att inkomstläget försämrats, framförallt för ensamstående kvinnor med barn och för unga småbarnsföräldrar.

En i huvudsak positiv bild av barns och ungdomars situation redovisas i Barnombudsman-
nens (BO) rapport till regeringen för år 1999. BO frågade barn och ungdomar hur de själva upplever sin vardag, hur de ser på sina rättigheter och hur de uppfattar sin situation i bostadsområdet, i skolan och i samhället. En klar majoritet av barnen och ungdomarna ser positivt på sina familjeförhållanden, sin tid med föräldrarna, tryggheten och trivseln i närmiljön. De flesta barn och ungdomar trivs där de bor, men en stor andel önskar ett bredare utbud av fritidsaktiviteter. Behovet av mötesplatser är tydligast hos högstadieungdomarna. De flesta barn och ungdomar trivs i skolan, men när det gäller psykosomatiska besvär framkommer det att en tredjedel av flickorna ofta har ont i huvudet eller i magen. Många av barnen och ungdomarna vill ha inflytande på fritidsutbudet och i bostadsområdet där de bor. Endast en liten andel av högstadieungdomarna uppger att de vid något tillfälle har blivit tillfrågade av kommunala beslutsfattare om vad de tycker i en viss fråga.

Barnkonventionens genomförande i samhället

Barnombudsman-
nens kartläggning av svenska myndigheter, som direkt eller indirekt arbetar med frågor som rör barn, visar att det finns en medvetenhet om barnkonventionens betydelse men att de flesta myndigheter saknar ett aktivt förhållningssätt till konventionen och dess intentioner. Få myndigheter tillämpar konventionen på ett strategiskt och systematiskt sätt.

Samtliga landsting har tagit upp barnkonventionen på olika sätt, t.ex. i utbildningssammanhang eller under fullmäktige- och styrelsesammanträden. Hälften av landstingen har eller planerar för en särskild strategi för barnkonventionens införlivande i sitt arbete. Inte heller inom landstingen används konventionen som ett systematiskt verktyg i planerings- och beslutsprocesser eller som ett medel för att förverkliga barns och ungdomars möjligheter att påverka landstingens verksamheter.

Kommunernas intresse för barnkonventionen har ökat under de senaste åren, men den har ännu inte fått fotfäste i de kommunala beslutsprocesserna. Endast ett fåtal kommuner har fattat beslut som innebär att konventionen skall genomgå verksamheten och beslutsprocessen i

samtliga nämnder, bolag och styrelser. En mycket liten andel av kommunerna har särskilda rutiner för hur den skall användas som beslutsunderlag för nämnder och styrelser. Beslutsfattarnas intresse för ungdomars inflytande i kommunerna ökar, men det är fortfarande få kommuner som betonar de yngre tonåringarnas och barnens möjligheter till ökat inflytande.

Situationen för utsatta barn

De barn och ungdomar samt deras familjer som har behov av socialtjänstens hjälp och stöd erbjuds olika insatser i öppenvård, i vård utanför det egna hemmet, i familjehem eller i hem för vård eller boende (HVB). Statens institutionsstyrelse ansvarar för vården av de mest utsatta barnen och ungdomarna vid de särskilda ungdomshemmen. Till insatser i öppenvård hör bl.a. strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd eller kontaktperson/-familj.

Drygt 3 600 barn och unga deltog någon gång under året i strukturerade öppenvårdsprogram. I åldersgruppen 0–20 år motsvarar det två barn/ungdomar per 1000. Drygt 17 000 (8 per 1000) erhöll behovsprövat personligt stöd och drygt 21 000 (9 per 1000) hade kontaktperson/-familj. I samtliga kategorier är antalet pojkar större än antalet flickor men skillnaden är relativt liten. Det totala antalet barn som erhållit öppenvårdsinsatser under året kan inte redovisas, eftersom samma barn kan vara föremål för mer än en öppenvårdsinsats.

Cirka 16 000 (7 per 1000) barn och unga var under 1998 någon gång placerade för vård utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen eller LVU. Skillnaden mellan pojkar och flickor är relativt liten. Medan det skett en minskning av omhändertagande av yngre barn, de s.k. miljöfallen (2 § LVU), har omhändertaganden av ungdomar, de s.k. beteendefallen (3 § LVU), ökat.

Av länsstyrelsernas årsrapporter för år 1998 framgår att utvecklingen av öppenvårdsinsatser i kommunerna fortsätter. Nya utrednings- och behandlingsmetoder växer fram och samarbetet ökar med andra myndigheter såsom skola och polis. Kommuner utarbetar program för barn- och ungdomsarbetet. Barnperspektivet lyfts fram på olika sätt. Socialtjänsten har i sitt barnvårdsarbete utvecklat sin förmåga att se till barnets bästa. Däremot har barnperspektivet fått betydligt mindre genomslag i ärenden som rör ekonomiskt bistånd eller föräldrars missbruk. Oenighet mellan kommuner om vem som har ansvar

för ett visst ärende, t.ex. när en barnfamilj flyttar under pågående utredning, har blivit vanligare och många kommuner vänder sig till länsstyrelserna för att få hjälp att lösa sådana tvister. På vissa håll finns svårigheter att rekrytera och behålla personal med lämplig utbildning och erfarenhet och från några län rapporteras att arbetsbelastningen för dem som arbetar med barn- och ungdomar inom socialtjänsten är hög.

Familjerätt

Till de familjerättsliga uppgifter som åvilar socialtjänsten hör bl.a. att erbjuda föräldrar samarbetsamtal i syfte att nå enighet i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge samt att på uppdrag av domstol utreda sådana frågor. Cirka 13 600 barn var föremål för samarbetsamtal inom familjerätten under år 1998 vilket motsvarar 7 barn per 1 000 barn i åldersgruppen 0–17 år. Cirka 10 100 samarbetsamtal avslutades under året. I nästan hälften av fallen enades föräldrarna helt och i ungefär en femtedel enades föräldrarna delvis. Vårdnads- och umgängesrättsutredning genomfördes för cirka 5 400 barn.

De viktigaste statliga insatserna

Kommuner och landsting har tilldelats extra resurser för att de grundläggande verksamheterna vård, skola och omsorg skall kunna bedrivas på ett tillfredsställande sätt. Detta förbättrar förutsättningarna för kommunerna att ge dessa verksamheter både en rimlig dimensionering och en tillfredsställande kvalitet.

Genomförandet av strategin för att förverkliga FN:s barnkonvention i Sverige

Riksdagen har i mars 1999 godkänt regeringens proposition Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171). Barnkonventionen skall vara ett aktivt instrument och genomsyra allt statligt beslutsfattande som rör barn. En samordningsfunktion har inrättats inom Socialdepartementet, som bl.a. har att granska alla relevanta regeringsbeslut ur ett barnkonventionsperspektiv. BO har fått i uppdrag att i samarbete med Ekonomistyrningsverket utreda hur man kan göra konsekvensanalyser av hur statliga beslut som rör barn också påverkar dessa. BO skall också bl.a. utarbeta utbildningsprogram samt genomföra grundläggande utbildningsinsatser om barn-

konventionen för att få igång fortbildning på statlig, kommunal och landstingskommunal nivå. Vidare skall olika verktyg och metoder för att genomföra barnkonventionen utvecklas och spridas.

I samhälls- och trafikplaneringen skall barns och ungdomars inflytande och delaktighet utvecklas. Boverket har, i samarbete med bl.a. Vägverket, fått i uppdrag att utveckla metoder för hur detta skall gå till i kommunerna samt analysera frågan om eventuella lagstiftningsåtgärder.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården m.m. Myndigheten skall också vidareutveckla och sprida metoder samt initiera projekt i syfte att förebygga könsstympling av flickor och kvinnor.

En årlig basstatistik om barn skall utvecklas av Statistiska centralbyrån. Statistiken skall bl.a. omfatta familjernas sammansättning, föräldrarnas sysselsättning, barntillsyn, föräldraledighet, familjeekonomi, barnpopulationens storlek och årliga förändringar.

BO har under året samordnat frivilligorganisationerna i en informationssatsning om barnkonventionen till förtroendevalda, tjänstemän och andra personalkategorier som arbetar med barnfrågor i kommuner och landsting. Regeringen beslutade år 1996 att under en tvåårsperiod avsätta totalt 20 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden för ändamålet. Femtiotalet projekt har fått stöd.

Som ett led i uppföljningsarbetet efter Världskongressen mot kommersiell sexuell exploatering av barn i Stockholm år 1996, har Sverige inom Östersjöstaternas råd (CBSS) åtagit sig en samordnande roll i arbetet med utsatta barn. Sverige och Norge samarbetar för att initiera samverkan mellan ministerier och myndigheter i frågor som rör utsatta barn i regionen. Med anledning av detta har Socialdepartementet utsett en arbetsgrupp som ansvarar för denna uppgift. Två konferenser, en för höga beslutsfattare i Tallin och en för ministrar i Stockholm, har anordnats. Ett förslag att med stöd av informationsteknologin skapa ett nätverk i regionen för samarbete kring de utsatta barnen har mötts med stort intresse. Arbeta pågår med att skapa ett sådant IT-nätverk.

Europarådet har, med starkt stöd från Sverige, påbörjat ett arbete om barn. Ett viktigt syfte med programmet är att ge barnfrågorna en plats på den politiska dagordningen i de olika medlems-

länderna. Sverige anordnade i juni 1999 en europeisk familjeministerkonferens med temat "Towards a child-friendly society" där viktiga frågor som berör barn diskuterades. Programmet arbetar också med kunskapsöverföring om barn till de länder på Balkan som drabbats av krig.

Utsatta barn

Den 1 januari 1998 trädde ändringar i socialtjänstlagen i kraft. Ändringarna har kommit till i syfte att höja kvaliteten på det sociala arbetet med barn och familjer inom socialtjänsten. De innebär i huvudsak att hänsyn skall tas till barnets bästa, att barnet skall komma till tals när frågor rör barnet samt att en barnavårdsutredning skall vara genomförd inom fyra månader. Anmälningsskyldigheten gällande barn som far illa har förtydligats.

Sedan år 1995 förfogar länsstyrelserna över 50 miljoner kronor för utveckling av förebyggande arbete och öppenvårdsinsatser. Många projekt har fått stöd som resulterat i nya permanenta verksamheter.

Socialstyrelsen riktar kontinuerligt utvecklingsinsatser mot vissa prioriterade områden som exempelvis sociala barnavårdsutredningar, sexuella övergrepp och barn i familjehemsvård. Socialstyrelsen har inom det s.k. KUB-projektet (KunskapsBas) under två år arbetat med temat sexuella övergrepp mot barn. Projektet syftar till att ge ökad kunskap om och förståelse för problemets förekomst och komplexitet. Ett projekt för att höja kvaliteten i familjehemsvården genom att utveckla system för att följa upp vården av barn i familjehem har påbörjats.

Statens insitutionsstyrelse (SiS) har såväl forsknings- som utvecklingsprojekt rörande vården av utsatta ungdomar vid myndighetens institutioner. Cirka 25 forskningsprojekt pågår, exempelvis ett projekt om "Att tala om övergrepp och svåra erfarenheter. Behandling på särskilda ungdomshem". Projektet sker i samarbete mellan Stockholms och Linköpings universitet. Adoptivbarn är en grupp som särskilt uppmärksammas bl.a. i projektet "Transnationellt adopterade ungdomar på § 12-hem".

Utredningar och kommittéer

En parlamentarisk kommitté (dir. 1998:105) arbetar med frågor om barnmisshandel och därmed sammanhängande frågor. Utredningen har ett brett uppdrag som bl.a. innefattar att definiera begreppet barnmisshandel, undersöka vad som krävs för att olika verksamheter som kommer i

kontakt med misshandlade barn skall bli bättre samt föreslå eventuella lagändringar. Den skall också arbeta utåtriktat i syfte att öka medvetenheten om barnmisshandel hos både allmänhet och i verksamheter som möter barn.

En särskild utredare (dir. 1999:43) har fått i uppdrag att göra en översyn av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), pröva hur ett barns behov av uppföljningskontakt med socialtjänsten kan tillgodoses och undersöka möjligheterna att minska osäkerheten i tillvaron för barn i långvarig familjehemsvård.

Familjerätt

Ändringar i föräldrabalken har genomförts i syfte att betona vikten av samförståndslösningar och underlätta för föräldrar att i så stor utsträckning som möjligt komma överens om hur frågor om vårdnad, boende och umgänge skall lösas. Socialstyrelsen har med anledning av dessa ändringar fått i uppdrag att stödja utvecklingen av metoder för samarbetsamtalen, för att främja barnets bästa vid tvister om vårdnad, boende och umgänge. De flerkulturella familjernas behov i detta sammanhang skall särskilt uppmärksammas. Styrelsen skall också belysa hur man genom alternativa arbetsätt förmår lösa de mest komplicerade tvisterna.

Det ekonomiska familjestödet

Avseende det ekonomiska familjestödet, se utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

Effekter av de statliga insatserna

Barnkonventionen är ett av de internationella avtal som fått starkast genomslag i Sverige. Konventionen har förutsättningar att bli ett instrument som på allvar förbättrar barns och ungas levnadssituation. Regeringen fäster stor vikt vid att sprida konventionen så brett som möjligt. Informationssatsningen om barnkonventionen syftar bl.a. till att varje kommun skall införliva barnkonventionen i sitt arbete med barn och ungdomar. Medvetenheten om barnkonventionen tycks ha ökat i kommunerna som ett resultat av BO:s och frivilligorganisationernas generella insatser. Alla kommuner har dock inte nått upp till målet att varje kommun skall införliva barnkonventionen i sitt arbete med barn och ungdom, då endast en minoritet av kommunerna

har omsatt barnkonventionen i beslutsprocesser och i konkreta metoder. Ett viktigt utvecklingsarbete har dock påbörjats i många kommuner.

Regeringens strategi för att förverkliga barnkonventionen i Sverige har som målsättning att barnkonventionen och dess intentioner skall finnas med i allt beslutsfattande som rör barn. De regeringsuppdrag som under året har givits till bl.a. Boverket och Socialstyrelsen syftar till att successivt utveckla barnperspektivet inom samhälls- och trafikplaneringen och hälso- och sjukvården. Ett strategiskt viktigt arbete har påbörjats av BO inom ramen för regeringsuppdraget att genomföra utbildningsinsatser samt utveckla modeller och verktyg för barnkonventionens genomförande. Arbetet med att ta fram och utveckla barnkonsekvensanalyser har också påbörjats. Utbildningsinsatserna samt metodutvecklingsarbetet bör bidra till att möta det behov av vägledning, information och konkretion som efterlyses av såväl statliga myndigheter som kommuner och landsting.

Socialstyrelsens uppföljning av de ändringar i socialtjänstlagen som berör barn och unga visar att kommunerna är positiva till lagändringen och ser den som en bekräftelse på en redan inledd utveckling mot ett mer barnorienterat arbetssätt inom socialtjänsten. Bestämmelserna om barnets bästa och bestämmelserna om att barnet skall få komma till tals i frågor som rör det har fått genomslag, även om det fortfarande råder viss osäkerhet om lämpliga metoder för att utveckla arbetet i enlighet med intentionerna i lagstiftningen. Socialstyrelsen framhåller att det finns ett stort behov av utbildning inom detta område.

Att utvidga anmälningsskyldigheten till fler befattningshavare tycks inte ha lett till fler anmälningar till socialtjänsten. Enligt Socialstyrelsen kan detta bero på att kommunerna inte i tillräcklig utsträckning informerat de yrkesgrupper som omfattas av anmälningsskyldigheten. Anmälningsskyldigheten varierar dock kraftigt mellan kommuner. Det är också stora variationer i andelen anmälningar som leder till att en utredning om barns förhållanden inleds. Den nya tidsgränsen för genomförande av en utredning till fyra månader är den lagändring som haft störst effekt. Långa väntetider hos barn- och ungdomspsykiatrien anges ofta som skäl till beslut om förlängd utredningstid.

Regeringens slutsatser

I samband med Sveriges andra rapportering om efterlevnaden av barnkonventionen påpekade FN:s barnkommitté att staten måste öka sina ansträngningar för att säkerställa att regeringens politik respekteras av kommunerna när det gäller att skydda barn från all sorts diskriminering. Den strategi för förverkligandet av barnkonventionen i Sverige som godkändes av riksdagen i mars i år utgör ett viktigt steg i det fortsatta arbetet med att införliva barnkonventionen i hela samhället. Arbetet med barnkonventionen handlar i huvudsak om attitydförändringar och ändrade arbets- och förhållningssätt i olika verksamheter och på olika nivåer i samhället. Arbetet med att förankra det synsätt som genomsyrar barnkonventionen är därför långsiktigt och det kommer även fortsättningsvis finnas behov av insatser för att höja medvetenheten om barns rättigheter och behov.

Födelsealen varierar över tiden. En enstaka svacka behöver inte i sig vara ett alltför stort problem. Nedgången har dock under 1990-talet varit brantare och djupare än tidigare. Därför är regeringens arbete för ökad sysselsättning, minskad arbetslöshet och ekonomisk förbättring för barnfamiljerna viktiga ingredienser för att vända utvecklingen.

Trots att Sverige är ett välfungerande land för barn och ungdomar finns det de som, av olika orsaker, får problem. Det förefaller som om problemen ökat för vissa grupper. Det är därför viktigt med en fortsatt prioritering av de generella barnfrågorna. Barn som har allvarliga problem får inte bara bli en fråga för socialtjänsten utan insatserna för dem måste omfatta alla de verksamheter som möter barn.

Det är viktigt att de brister som länsstyrelserna uppmärksammar i sin tillsyn följs upp och används som underlag i kommunernas arbete med att utveckla kvaliteten i socialtjänstens insatser. Den pågående utredningen om barnmisshandel samt översynen av LVU bör ge goda förutsättningar för konkreta förbättringsåtgärder inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. De stimulansbidrag som länsstyrelserna fördelar till olika utvecklingsprojekt har också bidragit till metodutveckling vad gäller utrednings- och behandlingsarbete och till bättre samarbete med andra myndigheter, som skola och polis. SiS forsknings- och utredningsarbete har bidragit till utveckling av institutionsvård för utsatta barn och ungdomar.

Under senare år har behovet av barnpsykiatriska insatser ökat. Det finns också behov av bättre samverkan mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst när det gäller vård och omsorg. Mot bl.a. denna bakgrund tillsatte regeringen i maj 1999 en särskild utredare (dir. 1999:42). Utredningen skall redovisas den 30 september år 2000 och kan ge underlag för att förbättra situationen inom den barnpsykiatriska verksamheten.

Regeringen avser att se över de bestämmelser i socialtjänstlagen som handlar om överflyttning av ärenden mellan kommuner då barnet flyttar under pågående utredning eller insats. Syftet är att motverka att det uppstår tvister mellan kommuner som går ut över det enskilda barnet.

Vikten av att utveckla ett konsekvent barnperspektiv i det sociala arbetet är nödvändigt inte bara när det gäller barnvårdsarbetet, utan också i ärenden rörande ekonomiskt bistånd och stödinsatser till föräldrar på grund av t.ex. missbruk, psykisk sjukdom eller kriminalitet. Det är därför angeläget att följa Socialstyrelsens och länsstyrelsernas uppföljning av lagändringarna som skall vara genomförd år 2000.

Arbetet med utsatta barn inom Östersjöstaternas råd (CBSS) som Sverige tagit initiativ till har fått stort genomslag i regionen. Satsningen på att utveckla detta samarbete kommer att fortsätta även under kommande år.

5.3.4 Personer med sociala problem och försörjningssvårigheter skall få stöd, bistånd och god omsorg.

Enligt socialtjänstlagen (1980:620) har kommunen det yttersta ansvaret för att människor i utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver. Kommunernas socialtjänst svarar för olika former av individuellt bistånd.

Socialtjänsten har uppgifter på såväl individ- som grupp- och samhällsnivå och skall arbeta med både förebyggande insatser och med vård och behandling. Det individuella bistånd som ges genom socialtjänstens försorg skall utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Ansvaret för socialtjänsten, såväl vad gäller de olika verksamheterna som kostnaderna för socialbidrag, ligger hos kommunerna. Staten ger finansiellt stöd genom det generella statsbidraget och genom vissa specialdestinerade statsbidrag,

t.ex. statlig ersättning för mottagandet av flyktingar.

Tillstånd och utveckling

Socialbidrag

Socialbidraget ökade kraftigt under större delen av 1990-talet. Till följd av det förbättrade arbetsmarknadsläget har nu denna ökning avstannat. Sedan år 1997 minskar antalet hushåll med socialbidrag och introduktionsersättning till flyktingar. Under år 1998 sjönk också kostnaderna. Utvecklingen fortsatte under det första kvartalet i år då det kunde noteras att kostnaderna för socialbidrag och introduktionsersättning till flyktingar sjunkit med 8 procent i jämförelse med samma kvartal föregående år. Även den successiva ökningen av bidragstiden har upphört. Den genomsnittliga bidragstiden var 5,6 månader under år 1998.

Det finns däremot inga tecken på att antalet hushåll som är långvarigt beroende av socialbidrag blir färre. Närmare 100 000 hushåll hade socialbidrag i mellan tio och tolv månader år 1997, vilket är en fjärdedel av samtliga socialbidragshushåll. Resultat från Socialstyrelsens försörjningsprojekt visar att många barn berörs av av det långvariga socialbidragstagandet. År 1996 levde 120 000 barn i familjer som hade socialbidrag i minst tio månader.

Det är framför allt grupper som inte lyckats etablera sig på arbetsmarknaden och som därmed inte omfattas av de försäkringar som byggts upp till skydd för den enskilde vid arbetslöshet som behöver socialbidrag. Detta gäller bl.a. ungdomar och nyanlända invandrare. Trots att arbetsmarknadssituationen bland ungdomar generellt har förbättrats de senaste åren har ungdomar med bristfällig utbildning och ungdomar med utländsk bakgrund fortfarande svårt att få fotfäste på arbetsmarknaden. De blir därför i stor utsträckning hänvisade till socialbidrag för sin försörjning. Även ensamstående föräldrar 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 men under 1990-talet har alltfler äldre behövt socialbidrag. De flesta är invandrare, bosatta i storstadskommunerna, som inte är berättigade till ålderspension i Sverige.

Andelen socialbidragstagare i befolkningen uppgår nu till ca 8 procent. Andelen kvinnor respektive män 16 år och äldre (av samtliga kvinnor respektive män i befolkningen) är lika stor.

Vid jämförelser mellan socialbidragsutbetalningar till ensamstående män respektive kvinnor (Åt var och en efter behov, Svenska Kommunförbundet, 1998) framkommer att kvinnorna får något lägre socialbidrag än männen. Skillnaderna var inte så stora men återkom systematiskt år för år. Det är dock svårt att värdera dessa skillnader. Förklaringar till att kvinnor och män bedöms ha olika behov av socialbidrag kan enligt rapporten sökas på flera håll. Det gäller dels hur villkoren i samhället för kvinnor och män i stort påverkar livsbetingelserna, dels hur socialtjänsten som organisation bedömer de kvinnor respektive män som söker socialbidrag.

Många kommuner arbetar aktivt 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.

Allmänt har det de senaste åren skett en mer restriktiv tolkning av 6 § socialtjänstlagen. Länsstyrelserna påpekar i sina tillsynsrapporter att handläggningen av ekonomiskt bistånd riskerar att ske utifrån ett alltför snävt perspektiv, där individens ekonomi blir den enda bedömningsgrunden. Detta kan leda till att människor med mer komplexa problem inte får den hjälp de behöver. Vidare uppmärksammar länsstyrelserna brister i bemötandet av den enskilde och en återkommande kritik rör socialtjänstens handläggning och dokumentation.

Hemlöshet

Under senare år har hemlösheten uppmärksamats alltmer. Trots att det inte med säkerhet går att konstatera att problemet blivit vanligare är det mycket som talar för att hemlösheten ökat och att de hemlösas situation blivit svårare. I flera undersökningar har det uttryckts farhågor om att allt fler kvinnor och personer med psykiska funktionshinder återfinns bland dem som kan betraktas som hemlösa. Enligt Socialstyrelsen fanns det i slutet av april ca 1 200 personer i Sverige som var uteliggare eller bodde på här-

bärge. Det är något fler än man fann vid förra undersökningstillfället år 1993. Totalt finns det enligt Socialstyrelsens senaste beräkningar ca 8 400 hemlösa i landet. Hälften av landets hemlösa beräknas befinna sig i storstäderna. De dominerande orsakerna till hemlöshet angavs i undersökningen år 1993 vara svårigheter att betala hyran eller svårighet att klara av att bo utan att störa andra boende.

De viktigaste statliga insatserna

Socialbidrag

Den statliga tillsynen över socialtjänsten utövas av länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Tillsynen, som bedrivs på både nationell och regional nivå, omfattar såväl kommunernas socialtjänst som olika institutioner inom socialtjänsten som enskilda vårdhem. Länsstyrelsernas tillsyn avser såväl hanteringen av enskilda ärenden som uppföljning av verksamheter. Länsstyrelserna har i sin tillsynsverksamhet granskat i genomsnitt hälften av landets kommuner. Ekonomiskt bistånd har granskats i 80 procent av alla landets kommuner.

Den 1 januari 1998 genomfördes en ändring i socialtjänstlagen som innebar att den enskildes rätt till bistånd preciserades genom nya bestämmelser om försörjningsstöd och annat bistånd. I socialtjänstlagen anges vad som ingår i den s.k. riksnormen samt vilka övriga kostnader som skall täckas av försörjningsstödet. Som ett komplement till försörjningsstödet har kommunen rätt att ge bistånd även i andra fall. Detta stöd kan omfatta t.ex. mer omfattande tandvård, hemutrustning, psykoterapikostnader samt olika former av stöd, vård- och behandlingsinsatser. Beslut om bistånd av detta slag kan inte överklagas genom förvaltningsbesvär. Förändringen innebar således en ökad frihet för kommunerna att besluta om bistånd utöver försörjningsstödet. Kommunerna har dock fortfarande ansvar för att uppfylla socialtjänstens intentioner om att tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå.

Den höga ungdomsarbetslösheten under senare år har accentuerat behovet av att finna mer ändamålsenliga metoder i arbetet med bidragsbehövande arbetslösa ungdomar. Därför infördes den 1 januari 1998 en s.k. utvecklingsgaranti för ungdomar. Syftet var att öka ungdomars möjlighet att ta sig in på den reguljära arbetsmarknaden och därmed minska risken att hamna i långvarig

arbetslöshet och i långvarigt beroende av socialbidrag. Utvecklingsgarantin innebär att kommunerna har möjlighet att erbjuda ungdomar mellan 20 och 24 år som står till arbetsmarknadens förfogande, en aktiverande och utvecklande insats på heltid. Ungdomar som är berättigade till socialbidrag får en kommunalt finansierad utvecklingsersättning motsvarande minst socialbidragsnivån.

Hemlöshet

Samhällets ansvar för de hemlösa vilar ytterst på kommunerna. Staten har emellertid tagit olika initiativ i syfte att hjälpa de mest utsatta grupperna. I mars 1997 beslutade regeringen att under en treårsperiod avsätta sammanlagt 30 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden. Medlen skall användas för ideella organisationers kostnader för att tillsammans med berörda kommuner utveckla och pröva nya modeller för stöd och boende för personer med psykiska funktionshinder. För att få aktuella kunskaper om problemets omfattning har Socialstyrelsen fått i uppdrag att kartlägga omfattningen av hemlösheten och redovisa de insatser som görs för hemlösa. För att ytterligare stärka stödet till utveckling av nya former för stöd till hemlösa tillsatte regeringen i december 1998 en parlamentarisk kommitté (dir. 1998:108). Kommittén skall i dialog med berörda myndigheter, organisationer och andra föreslå och initiera åtgärder som syftar till att skapa en bättre situation för de hemlösa och förhindra att hemlöshet uppstår. Kommittén skall till regeringen lämna förslag till stöd till projekt som finansieras av utvecklingsmedel för åtgärder för hemlösa. Kommittén skall vara verksam till och med utgången av år 2001. För ändamålet disponerar regeringen 30 miljoner kronor under åren 1999–2001.

Regeringen har givit en bostadssocial beredning i uppdrag att bl.a. följa utvecklingen på det bostadssociala området och lämna förslag till åtgärder för att stödja särskilt utsatta grupper på bostadsmarknaden, bl.a. hemlösa, psykiskt funktionshindrade och ekonomiskt svaga hushåll. Beredningen skall vara verksam till och med utgången av år 2000 och skall till regeringen lämna en samlad redovisning och bedömning av situationen för hushåll med särskilda svårigheter på bostadsmarknaden.

Utsatta kvinnor

Socialtjänstlagen har den 1 juli 1998 kompletterats med en ny bestämmelse som innebär att socialnämnden bör verka för att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp i hemmet får stöd och hjälp att förändra sin situation. Kvinnojourerna har fått ett utökat årligt stöd med 6 miljoner kronor.

För att stödja kompetens- och metodutveckling inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen fått i uppdrag att leda ett utvecklingsarbete i frågor om våld mot kvinnor. Socialstyrelsen skall också fortlöpande följa och samla kunskap om prostitutionens omfattning och utveckling, sammanställa kunskap om de sociala insatser som bedrivs på lokal nivå samt ge stöd till utveckling och förbättring av insatserna.

Den 1 januari 1999 trädde lagen (1998:408) om förbud mot köp av sexuella tjänster i kraft. Den nya lagen skall ses som ett komplement till de sociala insatserna som syftar till att motivera de prostituerade att söka hjälp och ge dem det stöd de behöver för att komma bort från prostitutionen.

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur en central kristelefon för våldutsatta kvinnor skall komma till stånd, hur den skall organiseras, finansieras och vilken kompetens som bör finnas. Socialstyrelsen har överlämnat ett förslag till regeringen. Frågan bereds inom Regeringskansliet och diskussioner förs med kvinnojourernas centrala organisationer.

Effekter av de statliga insatserna

Den statliga tillsynen har bidragit till att ge regeringen viktigt underlag vad gäller situationen inom socialtjänsten. Av länsstyrelsernas årsredovisning framgår att de påpekanden man gjort i sin tillsyn i många fall leder till konkreta förbättringar och förändringar av socialtjänstens arbete. Länsstyrelsernas rådgivning är efterfrågad. Vissa länsstyrelser kombinerar tillsynsaktiviteterna med en aktiv dialog med kommunerna och med olika utbildningsinsatser. Resultatet bedöms ha blivit en ökad medvetenhet och kompetens hos personalen inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen presenterade i september 1999 en första större utvärdering av de ändringar i socialtjänstlagen som rör socialbidraget. Resultaten visar att det sker en allt restriktivare pröv-

ningen av socialbidrag. Man har bl.a. konstaterat att:

- Riksnormen har blivit en enhetsnorm snarare än en miniminivå.
- Många kommuner har sänkt den godtagbara nivån för bidrag till bostadskostnader.
- Antalet förvaltningsbesvär har minskat med 40 procent, vilket framför allt beror på införandet av en riksnorm men även på att rätten att överklaga innehållet i besluten tagits bort för vissa biståndsformer.
- Antalet laglighetsprövningar har fördubblats mellan åren 1997 och 1998. Inte i något fall har dock överklagan bifallits.
- Barnfamiljer har fått mindre genomsnittligt bidrag.

Uppgifter i länsstyrelsernas årsrapporter tyder på att den nya lagkonstruktionen och förändringarna när det gäller rätten att överklaga har medfört ökad rättsosäkerhet vid handläggning av försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd i andra fall. Länsstyrelserna ser också exempel på att riktlinjer som gäller det bistånd som är ett komplement till försörjningsstödet (6 g §) är restriktiva, vilket kan leda till en större begränsning av vad som bedöms som skälig levnadsnivå.

Utvärderingar av utvecklingsgarantin för ungdomar visar att många kommuner kunnat erbjuda deltagarna i utvecklingsgarantin ett varierat utbud av aktiviteter. Både uppmätta sysselsättningseffekter och deltagarnas egna bedömningar visar att införandet av utvecklingsgarantin har underlättat möjligheterna att få arbete.

Regeringens slutsatser

Under de senaste året har regeringen vidtagit flera åtgärder för att förbättra situationen för hemlösa och för kvinnor som utsatts för våld. Med hjälp av ökade medel och olika stimulansåtgärder har bl.a. en rad projekt igångsatts och i ett antal kommuner pågår arbete med att utveckla och förbättra insatserna för utsatta grupper.

Antalet hushåll som under en längre tid behöver socialbidrag måste minska. Fler invandrare och ungdomar måste få möjlighet att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden i stället för med hjälp av socialbidrag.

Utvecklingsgarantin har underlättat möjligheten för många ungdomar att komma ut på den reguljära arbetsmarknaden. Åtgärder behöver nu vidtas för att förbättra situationen också för de personer som är långvarigt socialbidragsberoende på grund av svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Den särskilde utredare som haft regeringens uppdrag att analysera problemet lämnar under september 1999 förslag till åtgärder för att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för dessa grupper.

En särskild utredare (dir. 1997:109) har haft i uppdrag att analysera och lämna förslag som rör en rad, för socialtjänsten, viktiga områden. Utredaren har nyligen avlämnat sitt betänkande. Förslagen omfattar socialtjänstlagens struktur och konstruktion, finansiering, uppgifter och kompetensområden samt organisationen och former för tillsynen över socialtjänsten. Utredaren lämnar även förslag om hur den ekonomiska ersättningen för äldre invandrare skall utformas.

Nämnda utredningsförslag skall remissbehandlas under hösten. Regeringen avser att återkomma till riksdagen under år 2000.

5.3.5 Alkohol och narkotika

Alkoholpolitik

Målet för den svenska alkoholpolitiken är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Detta skall åstadkommas dels genom åtgärder för att begränsa skadligt dryckesbeetende, dels genom att minska den totala alkoholkonsumtionen. I en nationell handlingsplan för alkohol- och narkotikaförebyggande arbete finns olika delmål preciserade. Insatser skall genomföras som vidmakthåller eller förstärker en opinion till förmån för återhållsamma alkoholvanor i befolkningen och för punktnykerhet när det gäller vissa grupper och i vissa situationer. Detta innebär att en alkoholfri uppväxt skall främjas i syfte att skjuta upp alkoholdebuten, att trafiken, kvinnans graviditetsperioder och arbetsplatserna skall vara alkoholfria och att återhållsamma alkoholvanor i befolkningen uppmuntras genom bland annat omfattande opinionsbildning.

Tillstånd och utveckling

Som helhet har perioden från början av 1980-talet fram till i dag varit tämligen stabil när man ser till såväl vuxna som ungdomars genomsnittliga alkoholkonsumtion. Det finns dock idag oroande tecken på att det sker en ökning av alkoholkonsumtionen bland allt yngre 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 sett i ett längre tidsperspektiv.

Det är framför allt starköl och illegala alkoholdrycker (hembrant och smuggelsprit) som har ökat. Ungefär 35 procent av spritkonsumtionen är illegal.

Systembolaget har aldrig sålt så mycket starköl som under år 1998. För vissa grupper, framför allt ungdomar, närmar sig ölkonsumtionen 1970-talets nivå.

Förutsättningarna att i fortsättningen bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik har ändrats i och med det svenska EU-inträdet och den ökade internationaliseringen. Det har medfört att statens insatser för att upprätthålla de alkoholpolitiska målen måste förändras.

I målet C-185/95, åklagaren mot Harry Franzén, prövade EG-domstolen de svenska bestämmelserna om Systembolagets detaljhandelsmonopol och dess funktionssätt mot artikel 31 i EG-fördraget (f.d. artikel 37), som reglerar anpassningen av statliga handelsmonopol. Domstolen slog fast att ett statligt detaljhandelsmonopol för alkoholdrycker utformat och anpassat såsom det svenska Systembolaget inte stred mot artikel 37 i EG-fördraget.

För svenskt vidkommande var EG-domstolens beslut mycket viktigt ur folkhälsopolitisk synvinkel. EG-domstolen kritiserade dock det svenska systemet med partihandelstillstånd och menade att detta utgör ett hinder för import av alkoholdrycker från övriga medlemsstater och att villkoren för att erhålla sådana tillstånd – bl.a. alltför höga avgifter och krav på lagringskapacitet – inte står i proportion till syftet att skydda folkhälsan. Med anledning av kritiken sänkte regeringen ansöknings- och tillsynsavgifterna samt förenklade föreskrifterna kring lager och distribution av alkoholdrycker.

EG-kommissionen har dock den 5 maj 1998 i en formell underrättelse och med stöd av EG-domstolens dom i Franzénmålet riktat kritik

bl.a. mot att de svenska tillsynsavgifterna för partihandlare fortfarande anses vara för höga och diskriminera utländska alkoholexportörer och försvåra framför allt för små företag att komma in på den svenska marknaden. Den formella underrättelsen innehåller även kritik mot att restauranger som har serveringstillstånd också måste ha partihandelstillstånd för att kunna importera alkoholdrycker för den egna verksamheten samt mot att det svenska regelsystemet inte möjliggör att alkoholdrycker kan sändas som gåva från ett annat EU-land till en mottagare i Sverige.

De viktigaste statliga insatserna

Med anledning av kritiken från EG-domstolen och EG-kommissionen har regeringen i propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) föreslagit att nuvarande partihandelstillstånd, som meddelas av Alkoholinspektionen, tas bort och ersätts av det godkännande som skattemyndigheten ger för att man som partihandlare skall få importera punkt-skattepliktiga alkoholvaror. I propositionen föreslås också att Systembolaget skall ges en viss begränsad import rätt och att införsel av spritdrycker, vin och starköl i form av gåvoförsändelser skall tillåtas under vissa förutsättningar. Vidare föreslås att det skall vara straffbart att bl.a. förvärva sprit eller spritdryck som är olovligt tillverkad.

Bestämmelserna i lagen (1978:763) med vissa bestämmelser om marknadsföring av alkoholdrycker föreslås bli inarbetade i alkohollagen. En särskild bestämmelse förs in i alkohollagen om att alkoholreklam inte får rikta sig särskilt till barn och ungdomar och inte heller får skildra sådana personer. I propositionen lämnar regeringen också förslag till nya riktlinjer för Systembolagets öppethållande.

Förändringarna på alkoholområdet har rest krav på nya arbetssätt och metoder som kan komplettera den nuvarande alkoholpolitiken för att förhindra en ökad konsumtion.

Regeringen har därför inrättat en nationell ledningsgrupp för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser under socialministerns ledning. Ledningsgruppens uppgift är att stödja ett förstärkt långsiktigt alkohol- och drogförebyggande arbete. Det är angeläget 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. Ledningsgruppen har tagit initiativ till ett antal nationella projekt i syfte att stimulera en sådan utveckling (se Narkotikapolitik). För bl.a. detta ändamål har 30 miljoner kronor årligen avsatts.

Regeringen har också tillsatt en kommitté som skall utveckla samarbetet mellan berörda myndigheter, försäkringsbolag och olika branschorganisationer på alkoholområdet. Kommittén kallar sig Oberoende Alkohol-samarbetet (OAS). Utgångspunkten för samarbetet är de prioriteringar som gjorts i den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Uppgiften är att uppmuntra olika aktörer, såsom företag, branschorganisationer, försäkringsbolag, berörda myndigheter och andra att engagera sig i arbetet mot missbruk och alkoholskador. 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. Här pågår en omfattande opinionsinsats som planeras fortsätta under de närmaste åren och som löpande kommer att utvärderas. Kostnaden för insatsen, som för år 1998 uppgick till ca 20 miljoner kronor, finansieras till hälften av staten och till hälften av branschorganisationerna. I propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) lägger regeringen fram förslag till bl.a. riktlinjer för det framtida OAS-samarbetet. Avsikten är att samarbetet på sikt skall ombildas till en allmännyttig ideell förening.

I syfte att samordna och effektivisera verksamheten på alkohol- och narkotikaområdet har Statskontoret haft i uppdrag att se över myndighetsstrukturen på alkohol- och narkotikaområdet utifrån en förändrad verklighet såväl centralt som regionalt. Statskontoret har den 1 oktober 1998 överlämnat ett principiellt förslag till en ny myndighetsstruktur och ansvarsfördelning på alkohol- och narkotikaområdet. Mot denna bakgrund har en organisationskommitté tillkallats med uppgift att föreslå en ombildning av Folkhälsoinstitutet till en myndighet med tydligare uppgifter av stabskaraktär på folkhälsoområdet

(dir. 1999:36). Uppgifter för den nya myndigheten bör vara att följa utvecklingen på hela folkhälsoområdet, ta fram fakta, utarbeta nationella handlingsplaner, stå för kunskapsförsörjning och utveckling av metoder samt arbeta med underlag och utredningsuppdrag som hör samman med regeringens ledning, styrning och utvärdering av folkhälsoområdet. Alkoholinspektionens uppgifter av övergripande tillsynskaraktär skall också tillföras den nya myndigheten liksom Läkemedelsverkets uppgifter när det gäller teknisk sprit. Organisationskommittén skall redovisa sina överväganden och förslag till regeringen senast den 1 juni år 2000.

Situationen på alkoholpolitikens område kräver en hög grad av samordning, effektivitet och en ledningsorganisation med hög beredskap för olika varierande insatser. På ledningsgruppens initiativ har ett arbete med att revidera den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser påbörjats under Svenska Kommunförbundets ledning (se Narkotikapolitik). Ett framtidsscenarioprojekt om hur alkohol- och narkotikasituationen i Sverige kan komma att se ut år 2005 har genomförts som ett av flera underlagsmaterial för revideringen av handlingsplanen.

Alkoholutredningen (dir. 1998:19 och 1998:52) tillsattes i mars 1998 med uppdrag att se över vissa bestämmelser i alkohollagen samt lagen om försäljning av teknisk sprit m.m. I uppdraget ingår att kartlägga hur lagstiftningen tillämpas och huruvida erfarenheterna från tillämpningen visar att ändringar, förtydliganden eller tillägg behövs på särskilda punkter. Utredningen skall slutredovisa uppdraget till regeringen senast den 31 december 1999.

Sverige har tillsammans med Finland erhållit medel från EU-kommissionen för att genomföra två länderjämförande studier om alkoholproblemets 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 EU-kommissionens fortsatta arbete med alkoholfrågan på folkhälsoområdet. Som ett led i förberedelserna inför det svenska ordförandeskapet har Sverige också tagit initiativ till gemensamma diskussioner med de närmast kommande ordförandeländerna i EU för att tillsammans utarbeta en EU-strategi på alkoholområdet. Vid EU:s senaste hälsominsterråd (juni 1999) fick Sverige starkt stöd för beho-

vet av en framtida EU-strategi på alkoholområdet.

Den svenska regeringen kommer att vara värd för Världshälsoorganisationens (WHO) ministerkonferens om alkohol och unga människor i Europa som kommer att hållas i Stockholm år 2000. En plan för WHO:s framtida hälsofrämjande arbete håller på att tas fram och kommer att presenteras på konferensen.

Regeringen har genom Allmänna arvsfonden under år 1997 beslutat om 15 miljoner kronor till Folkhälsoinstitutet för stöd till olika ideella organisationers barn- och ungdomsprojekt som ligger i linje med den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. För åren 1998 och 1999 har regeringen genom Allmänna arvsfonden tillskjutit ytterligare 10 miljoner kronor.

Effekter av de statliga insatserna

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. Flera nationella projekt har initierats och ett trettiotal regionala konferenser har hållits över hela landet för att få i gång lokala aktiviteter på området. Erfarenheterna från de projekt på nationell nivå som ledningsgruppen hittills har initierat är mycket goda. Branschsamarbetet har inneburit att nya kommunikationskanaler och kontaktytor ställts till förfogande för information i alkoholfrågan. Informationsmaterial har t.ex. kunnat spridas till samtliga livsmedelshandlare, restaurang-, bryggeri- och försäkringsanställda samt anställda vid berörda myndigheter m.fl. Utvärdering av de olika insatserna är inplanerade men det är ännu alltför tidigt att uttala sig om effekterna av de vidtagna åtgärderna. Regeringen bedömer dock att de insatser som hittills genomförts har fungerat bra och varit nödvändiga för att få igång en aktiv process. Regeringen har också en hög beredskap för att vidta ytterligare åtgärder om situationen så kräver. Även på europeisk nivå har olika framgångsrika initiativ tagits och ytterligare insatser planeras för att påverka framför allt EU att lyfta upp alkoholfrågan på dagordningen.

Regeringens slutsatser

Sveriges inträde i EU har förändrat förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken. Målet att begränsa alkoholens skadeverkningar genom att minska den totala konsumtionen av alkohol ligger fast. EU-medlemskapet gör det dock nödvändigt att söka nya metoder för det förebyggande arbetet för att kunna förverkliga målet. I den nya situationen behöver samhällets olika insatser på området samordnas bättre än hittills.

Den nationella ledningsgruppens insatser är därför av stor betydelse för det fortsatta alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet.

På alkoholforskningens område behöver konsumtionsforskningen utvecklas och stimuleras. Centrum för alkohol- och narkotikaforskning vid Stockholms universitet är under uppbyggnad under ledning av Socialvetenskapliga forskningsrådet. En föreståndarprofessur har nyligen tillsatts och verksamheten har påbörjats om än i blygsam omfattning. Regeringen anser att Folkhälsoinstitutets erfarenheter är av stort värde i det fortsatta uppbyggnadsarbetet. Även Folkhälsoinstitutets medel för alkohol- och narkotikaforskning bör därför samordnas med den tänkta verksamheten.

Narkotikapolitik

Narkotikapolitiska insatser skall syfta till att begränsa tillgången och efterfrågan på narkotika. Målet för den svenska narkotikapolitiken skall enligt regeringens skrivelse En narkotikapolitisk redogörelse (1997/98:172) vara att minska nyrekryteringen till missbruk, att fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk samt att tillgången på narkotika skall minska. Visionen är ett samhälle utan narkotika. Insatser och åtgärder inom narkotikapolitikens område skall baseras på kunskap om faktiska förhållanden och utvärderingar av effekterna av olika insatser.

Narkotikaförebyggande insatser skall 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. Rehabiliteringsinsatser skall bidra till att minska missbrukets konsekvenser för individen, närstående och samhälle. Samverkan mellan tull, polis och andra myndigheter skall utvecklas och fördjupas såväl nationellt och internationellt för att minska tillgången på narkotika.

Samarbete över nationsgränserna är en förutsättning för att på sikt komma tillrätta med ett växande globalt narkotikaproblem. Sveriges internationella engagemang i narkotika frågor är en integrerad del av den nationella politiken. Sverige motverkar aktivt alla försök till nedrustning av narkotikakontrollen.

Tillstånd och utveckling

Tillgången till och efterfrågan på narkotika ökar i hela världen. Europa är idag den största producenten av syntetiska droger. Samtidigt som produktionen av illegal narkotika ökar blir den illegala handeln med narkotika alltmer välorganiserad och svårare att bekämpa. Det finns idag knappt någon skillnad mellan renodlade konsument- och producentländer. Där det finns narkotika, där växer också missbruket.

Narkotika i olika former förekommer i praktiskt taget hela landet. Mellan 8 och 10 procent av den vuxna befolkningen uppger i regelbundet återkommande undersökningar att de någon gång under sin livstid prövat narkotika. Cannabis är det ojämförligt vanligast förekommande preparatet, både bland ungdomar och vuxna. Amfetamin har sedan 1960-talet dominerat det intravenösa missbruket. Heroinmissbruket i Sverige är relativt litet. Under 1990-talet har det dock rapporterats om tendenser till ett ökat missbruk av rökheroin. Tillgången på ecstasy och LSD, som ökade under 1990-talet, har stabiliserats de senaste åren.

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. Andelen ungdomar som någon gång prövat narkotika var under större delen av 1980-talet omkring 4 procent för att under 1990-talets första hälft successivt öka till omkring 8 procent år 1996. Därefter har det inte skett någon ökning totalt sett. Andelen ungdomar som uppger att de inte har prövat narkotika men haft lust att göra det har ökat något under 1990-talet, men ligger fortfarande på en låg nivå. Uppgifterna om en ny öppenhet att experimentera med droger bekräftas av personal och organisationer som verkar bland ungdomar. Drogliberala budskap får emellertid fortfarande mycket litet stöd bland ungdomar i åldern 15–24 år.

I en undersökning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning år 1992 uppskattades

antalet tunga missbrukare till mellan 14 000 och 19 000. År 1979, när en motsvarande kartläggning genomfördes fann man 10 000–14 000 tunga missbrukare. Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, som genomfört undersökningarna inträffade nyrekryteringen till gruppen tunga missbrukare huvudsakligen i slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet. Enligt CAN pekar flera av de indikatorer som används för att uppskatta det tunga missbruket på att missbruket har ökat under 1990-talet.

De viktigaste statliga insatserna

Folkhälsoinstitutet har ett särskilt ansvar för narkotikaprevention. Institutet följer konsumtions- och skadeutvecklingen, 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. Institutet hade under år 1998 drygt 100 lokala projekt i organisationslivet, vartill kommer ett 50-tal projekt av liknande karaktär som får stöd under två eller tre år. Socialstyrelsen svarar för tillsyn samt uppföljning och utvärdering av förebyggande insatser och vård och behandling inom socialtjänsten samt stöder metodutvecklingen inom området. Länsstyrelserna förfogar sedan år 1995 över 50 miljoner kronor årligen för utveckling av alkohol- och narkotikaförebyggande öppenvårdsinsatser.

Som tidigare nämnts (se Alkoholpolitik) finns under socialministerns ledning en nationell ledningsgrupp med uppgift att samordna och stödja ett förstärkt långsiktigt alkohol- och drogförebyggande arbete. I syfte att pröva nya metoder för att stärka unga människors vilja och förmåga att avstå från narkotika och skjuta upp alkoholdebuten har ledningsgruppen tagit initiativ till ett antal projekt av nationellt intresse. En gemensam utgångspunkt är att aktivt söka engagera ungdomarna själva och utgå ifrån deras egna erfarenheter och uppfattningar. Regeringen disponerar årligen 30 miljoner kronor för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder att användas bl.a. i detta arbete.

Ledningsgruppen står bakom bl.a. Drugsmart, ett alkohol- och narkotikapolitiskt forum på internet. Drugsmart, som startade höstterminen 1998, vänder sig främst till yngre tonåringar samt

deras lärare med information och kommunikation om alkohol och narkotika. Genom att öka kunskapen samt tillåta och stimulera till debatt i för många ungdomar väsentliga existentiella frågor om droger och droganvändning skall ungdomarna stödjas i valet av en drogfri livsstil. Drugsmart hade under sitt första år drygt en miljon besökare.

Ett annat initiativ är projektet Motståndskraft, som drivs med Svenska Kommunförbundet som huvudman i ett 25-tal kommuner. Inom projektet, som startade hösten 1997, engageras ungdomar i det drogförebyggande arbetet. Projektet avslutas år 1999, men verksamheten kommer att fortsätta under en eller två deltagande kommuners ledning. Syftet är att pröva och sprida fungerande modeller för lokalt förankrat arbete med och av ungdomar.

I syfte att öka kunskapen hos ungdomar i arbetslivet om hur alkohol och narkotika påverkar individen och arbetsplatsen, bl.a. vad gäller säkerhet och den egna hälsan, genomför Riksalna som är ett samarbetsorgan mellan arbetsmarknadens parter, ett tre-årigt projekt på arbetsplatser med många ungdomar. Projektet syftar till att stödja och stärka ungdomarnas vilja och förmåga att hjälpa och stötta varandra samt att ha beredskap för "tidig upptäckt" på arbetsplatserna.

Kunskapen om det tunga missbrukets utveckling samt missbruksutvecklingen i marginaliserade grupper är bristfällig. Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN) genomför därför på ledningsgruppens uppdrag ett drygt treårigt projekt som syftar till att undersöka det tunga narkotikamissbrukets omfattning och utveckling och att därvid särskilt uppmärksamma utvecklingen i sociala marginalgrupper. En central del i Max-projektet, som studien kallas, är en omfattande studie av det tunga missbruket i de tre storstäderna.

Som grund för det förstärkta drogförebyggande arbete som regeringen år 1994 beslutade om låg en nationell handlingsplan. Hösten 1998 påbörjades, på uppdrag av nationella ledningsgruppen och under Svenska Kommunförbundets ledning, ett arbete med att revidera handlingsplanen. Omkring 30 kommuner är involverade i arbetet, som kommer att utmynna i en handbok i drogförebyggande arbete som skall spridas och användas i det lokala arbetet med dessa frågor.

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 ändrades samtidigt för att den klart skall täcka alla de varor som idag anses vara narkotika. Från den 1 augusti 1999 skall svampar som innehåller ämnena psilocyn och psilocybin anses vara narkotika enligt narkotikastrafflagen, om svamparna är framodlade eller om de har torkats eller på annat sätt beretts.

Sedan hösten 1998 arbetar en särskild narkotikakommission (dir. 1998:18) med uppgift att utvärdera Sveriges narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet. Kommissionen skall lägga förslag till effektivisering av narkotikapolitiken. Kommissionen har börjat sitt arbete med att se över behovet av information om narkotikautvecklingen, lagstiftningen inom området, narkotikarelaterad dödlighet samt ungdomar och droger. Uppdraget skall redovisas före utgången av år 2000.

FN spelar en central roll i det internationella samarbetet mot narkotikan. Sverige är en av de största bidragsgivarna till FN:s narkotikakontrollprogram UNDCP. Vid FN:s Generalförsamlings särskilda möte om narkotika år 1998 antogs för första gången ett internationellt dokument om efterfrågedämpande åtgärder. Sverige har deltagit i utarbetandet av en handlingsplan för hur denna deklaration skall genomföras.

Sverige deltar också aktivt i Europarådets samarbetsgrupp för narkotikafrågor, den s.k. Pompidougruppen. Sverige har bl.a. medverkat med finansiering och genomförande av ett utbildnings- och träningsprogram för personal verkamma inom förebyggande arbete och vård och behandling i Central- och Östeuropa som avslutades under år 1997. Sverige deltar också i uppföljningsprojektet som startar hösten 1999.

Genom medlemskapet i EU har Sverige fått tillgång till ett utökat europeiskt samarbete kring narkotikafrågorna. I januari 1998 inrättades ett särskilt varningssystem för nya syntetiska droger inom EU. Systemet syftar till tidig upptäckt av nya droger på den illegala marknaden och en gemensam analys av dessa drogers farlighet. Folkhälsoinstitutet rapporterar för Sveriges del till varningssystemet.

Folkhälsoinstitutet är Sveriges nationella enhet för det arbete med informationsutbyte inom narkotikaområdet som är uppbyggt kring det europeiska narkotikacentret i Portugal (EMCDDA). Under kommande år kommer en av huvudpunkterna i arbetet vara att utveckla

indikatorer som skall göra det möjligt att bättre jämföra utvecklingen i de olika länderna vad gäller narkotikakonsumtion, dess negativa effekter, behandling och förebyggande arbete. Detta är en verksamhet som kräver medverkan från en rad myndigheter utöver Folkhälsoinstitutet t.ex. Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse och Rikspolisstyrelsen.

Effekter av de statliga insatserna

De statliga insatserna har varit inriktade på att hålla tillbaka missbruket samt upprätthålla en negativ attityd till användningen av narkotika. Även om det i vissa ungdomsgrupper finns tendenser till ökad erfarenhet av och en mer tillåtande inställning till droger visar tillgängliga undersökningar 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 inte i Sverige.

Regeringens slutsatser

Trots rapporter om ett ökat experimenterande med droger i ungdomsgrupper och rapporter om ändrade attityder till narkotika är narkotikamissbrukets omfattning i Sverige relativt begränsat, både i jämförelse med 1970-talet och i ett internationellt perspektiv. Det finns dock anledning att ta utvecklingen på allvar. 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. Riskerna att ett nyfikat experimenterande med droger skall leda till ett mer permanent bruk som leder till ett beroende kan inte negligeras.

Tillgången till narkotika i samhället är god och priserna relativt låga. Olika undersökningar pekar 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. Utvecklingen kommer också av allt att döma kräva stärkta insatser för att tillgodose rehabiliteringsbehovet hos en liten grupp etablerade och socialt belastade missbrukare.

FN:s narkotikakonventioner utgör en stabil grund för det internationella samarbetet och den internationella kontrollen av narkotika. Genom samarbete 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.

Narkotikakommissionen skall inom ramen för sitt uppdrag lägga förslag som skall stärka Sveriges internationella arbete. Utgångspunkten är att narkotikaproblemet är globalt till sin karaktär och därför kräver ett vittgående internationellt samarbete för att kunna få en lösning.

Vård av missbrukare

Målet är att åstadkomma en social omsorg av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskilde individens behov av stöd och bistånd i samband med missbruksproblem. Socialtjänsten skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel och därvid ägna särskild uppmärksamhet åt insatser för barn och ungdom. Den enskilde missbrukaren skall av socialtjänsten aktivt erbjudas den hjälp och den vård som han behöver för att komma ifrån sitt missbruk.

Tillstånd och utveckling

Ansvar för vården av missbrukare vilar främst på socialtjänsten och landstinget. Socialtjänsten ansvarar för den långsiktiga vården och andra stöd och hjälpinsatser medan sjukvården främst svarar för avgiftning och vård till personer med psykiska komplikationer till följd av missbruk. Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för tvångsvården av vuxna missbrukare och ungdomar med behov av särskild tillsyn. SiS har driftsansvar för 15 institutioner som huvudsakli-

gen tar emot vuxna som vårdas med stöd av lagen (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Missbrukarvård bedrivs också vid de 32 institutioner enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) som också ingår i SiS verksamhet. LVM-hemmen och de särskilda ungdomshemmen är den enda missbrukarvård som bedrivs med statligt huvudmannaskap. För övrig missbrukarvård är kommuner, landsting eller privata vårdgivare huvudman.

Under hotet av en aidsepidemi bland injektionsmissbrukare i mitten av 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad och förstärkning av missbrukarvården. Därefter har en marginell nedgång skett i antalet vårdplatser i frivilligvården medan det har gjorts kraftiga nedskärningar av antalet vårdplatser för vuxna tvångsvårdade. Den 1 november 1998 fick cirka 20 300 personer någon form av vårdinsats inom socialtjänsten. Omkring 80 procent av insatserna skedde i öppenvård. Antalet missbrukare i institutionsvård var drygt 3 500, vilket var något fler än året innan. Uppgången gällde både frivilligvården och tvångsvården. Andelen akuta omhändertaganden enligt LVM har ökat under de senaste åren och uppgår nu till cirka 70 procent av alla intagna på LVM-hem. Den genomsnittliga vistelsetiden i LVM-vård har minskat något jämfört med föregående år, från 90 dagar år 1997 till 84 dagar år 1998. Genomsnittlig vårdtid i frivillig institutionsvård var drygt 100 dagar.

Kommunerna har under senare år medvetet styrt över missbrukarvården från dygnet-runtvård i behandlingshem till öppna vårdformer som bedrivs lokalt. Enligt Socialstyrelsen skedde mellan åren 1994 och 1997 ingen allmän neddragning av resurser och insatser för vuxna missbrukare (Balans i missbrukarvården 1998:3). Mycket tyder enligt Socialstyrelsen på att många kommuner gjorde ekonomiska neddragningar inom detta område i början av 1990-talet. Nedgången i tvångsvården förefaller totalt sett kvantitativt ha kompenseras av andra frivilliga insatser. De problem som funnits sedan länge med att nå vissa grupper, t.ex. nya missbrukare och tunga missbrukare, finns fortfarande kvar. Olika samverkansmodeller har dock utvecklats kring svårt psykiskt störda missbrukare. Vad gäller det fortsatta utvecklingsarbetet inom missbrukarvården betonade Socialstyrelsen särskilt behovet att uppmärksamma sambandet mellan narkotikamissbruk och arbetslöshet, fattigdom och social marginalisering samt att sambandet

mellan alkohol- och narkotikamissbruk har blivit allt tydligare under senare år.

De viktigaste statliga insatserna

Sedan år 1995 förfogar länsstyrelserna över 50 miljoner kronor årligen för utveckling av öppenvårdsinsatser samt olika alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Socialstyrelsen har i uppdrag att inom ramen för en beredningsgrupp med representanter från länsstyrelserna, Statens institutionsstyrelse och Svenska Kommunförbundet planera och styra den allmänna inriktningen av utvecklingsarbetet samt följa upp och utvärdera de verksamheter som kommer till stånd.

Under många år har uppmärksamheten riktats mot missbrukare som har psykiska störningar. Inom ramen för utvärderingen av psykiatireformen har riksdagen anvisat medel som Socialstyrelsen fördelar till olika projekt som arbetar med att utveckla samarbetet mellan psykiatri och socialtjänst.

SiS har fortsatt sitt arbete med att höja kvaliteten på tvångsvården, bl.a. genom kompetenshöjande åtgärder bland personalen och en ökad differentiering av vården. Vidare arbetar SiS med att öka kontakterna mellan myndigheten och kommunerna i syfte att åstadkomma en bättre eftervård. Under år 1998 har flera nya studier om LVM-vården presenterats som ger en bättre kunskap om LVM-vården och de tvångsvårdade klienterna. Även inom ungdomsvården arbetar SiS för att utveckla behandling av missbrukare.

Socialstyrelsen har lagt om sin statistik inom vårdområdet för att bättre spegla de förändringar som sker inom hela området. Fr.o.m. i år redovisas samtliga vårdinsatser som sker för vuxna missbrukare, och inte som tidigare endast institutionsvård.

Effekter av de statliga insatserna

Vården av missbrukare har undergått stora förändringar de senaste tio åren. Uppgifter om vad utvecklingen har inneburit är dock motstridiga och bilden svårfångad. Medan somliga hävdar att det har skett en regelrätt nedrustning av vården påstår andra att det främst är fråga om en omstrukturering av insatserna, från institutionsvård till öppenvård och från tvångsvård till frivillig vård, samt en övergång till nya former

för rehabilitering. Med Socialstyrelsens nya statistik över vårdinsatser för vuxna missbrukare ges bättre förutsättningar att följa utvecklingen och bedöma behovet av förändringar.

Enligt länsstyrelserna har de medel som avsatts för att utveckla öppenvården samt olika förebyggande insatser fått avsedd effekt. Kommunerna har visat ett stort intresse att starta olika projekt med hjälp av dessa medel, vilket tyder på att det finns ett behov av olika åtgärder på detta område. Länsstyrelserna konstaterar också att utvecklingsmedlen har bidragit till att stimulera samverkan med såväl etablerade som nya samverkanspartners.

Förändringarna i socialtjänstlagen den 1 januari 1998 innebar bl.a. inskränkningar i rätten att överklaga beslut om missbrukarvård. Socialstyrelsen har i sin uppföljning av ändringarna i socialtjänstlagen särskilt granskat effekterna av den inskränkta överprövningsrätten på missbruksområdet. Socialstyrelsen konstaterar att tillgängliga uppgifter inte pekar på någon större förändring i vårdens omfattning efter det att besvärsträtten inskränktes. Flera i undersökningen ingående organisationer understryker dock att det är stora skillnader mellan olika kommuner, varför det är svårt att dra generella slutsatser. Av samtliga tillfrågade politiker och tjänstemän ansåg dock 85 procent att ändringarna missgynnade klienterna.

Regeringens slutsatser

Vård och behandling samt andra rehabiliteringsinsatser är grunden för att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Rehabilitering av missbrukare skall baseras på metoder som har visat sig framgångsrika och effektiva. Den enskildes integritet skall respekteras. Rehabilitering skall bidra till att minska missbrukets konsekvenser för individen, dennes närstående och samhället. Den som behöver stöd och hjälp för att upphöra med sitt missbruk skall ha tillgång till sådant stöd

Regeringen kan konstatera att det har skett en fortsatt förskjutning mot öppenvård, korta vårdtider och skyddat boende med stöd. Efterfrågan på tvångsvård verkar 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.

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.

Narkotikakommissionen (dir. 1998:18) har som ett av sina uppdrag att analysera utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens behandlingsprogram, 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. Kommissionens överväganden kommer att ligga till grund för framtida ställningstaganden i fråga om missbrukarvårdens utveckling.

5.4 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 1998 avseende myndigheternas verksamhetsområde.

5.5 Bedömning av personalkonsekvenser

Till följd av strukturförändringarna har Statens institutionsstyrelse (SiS) under de senaste åren sagt upp ett stort antal (ca 500) anställda, främst vid LVM-hem. Någon ytterligare minskning av personal är för närvarande inte aktuell då efterfrågan på SiS vård är stabil och beräknas öka något. Under förutsättning att regeringens förslag i propositionen 1998/99:134 Vissa alkoholfrågor, m.m. att ta bort Alkoholinspektionens verksamhet när det gäller tillståndsgivning och tillsyn av partihandel godkänns av riksdagen kommer detta att få konsekvenser för antalet anställda vid Alkoholinspektionen. Ett tiotal arbetstillfällen kan komma att beröras under år 2000 och 2001.

Utredningen om Handikappombudsmannens framtida förutsättningar och arbetsuppgifter

remissbehandlas för närvarande. Utredningen föreslår vissa förändringar i Handikappombudsmannens arbetsuppgifter och organisation som kan påverka personalsituationen.

5.6 Anslag

B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 5.2 Anslagsutvecklingen B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

| År | Slagslag | Beräknat | Utgifts- prognos | 2000 |
|------|----------|----------|---------------------|---------|
| 1999 | Anslag | 270 000 | ¹ | 230 000 |
| 2000 | Förslag | 260 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 250 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 150 000 | | |

¹ varav regeringen beslutat dra in 40 000 tkr.

Regeringen aviserade i propositionen, Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/97:113) att särskilda medel skulle avsättas för genomförande av prioriterade insatser för att förverkliga målen i handlingsplanen under åren 1999–2001. Riksdagen anslag för år 1999 270 miljoner kronor, varav 40 miljoner kronor har dragits in av regeringen.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Från anslaget har bidrag lämnats till följande aktiviteter under år 1999:

- *Fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda.* Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att utbetala medel för fortbildning av personer i arbetsledande befattningar inom äldreomsorgen till landets kommuner i förhållande till antalet personer 65 år och äldre som är folkbokförda i respektive kommun. Målet med fortbildningsinsatserna är att ge arbetsledare och biståndshandläggare inom äldreomsorgen bättre förutsättningar att klara de krav som ställs på deras insatser och den verksamhet som de ansvarar för mot bakgrund av de förändringar som vård och omsorg om äldre genomgått under 1990-talet. För att stödja kommunernas fortsatta arbete med fort-

bildning av arbetsledare och biståndshandläggare inom äldreomsorgen föreslås ett bidrag på 70 miljoner kronor år 2000. Under år 2000 kommer ett antal regionala konferenser för förtroendevalda verksamma inom äldreomsorgen att anordnas på flera platser i landet.

- *Stöd till anhöriga.* Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till landets kommuner i förhållande till antalet personer 65 år och äldre som är bosatta i respektive kommun. För att bidraget skall utges till en enskild kommun krävs att kommunen redovisar en treårig handlingsplan för arbetet med att utveckla stödet till anhöriga som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka. Handlingsplanen skall baseras på insatser som genomförs av kommunen i samverkan med anhörig- och frivilligorganisationer. Under hösten 1999 förväntas landets kommuner ha arbetat fram dessa handlingsplaner. Regeringen föreslår därför ett fortsatt stimulansbidrag om 100 miljoner kronor år 2000 för att åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga. Enligt riksdagens beslut (bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) bör medlen fördelas av Socialstyrelsen efter samråd med länsstyrelserna. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera och följa upp insatserna. Av anslaget kan en viss del användas till uppföljnings-, informations- och utbildningsinsatser.
- *Initiativmedel.* Regeringen föreslår att 90 miljoner kronor år 2000 anslås som ett särskilt stimulansbidrag för försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre. Medlen föreslås disponeras av regeringen. Under våren 1999 har regeringen fattat följande beslut:
 - försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre. Regeringen har beviljat ca 70 projekt inom flera prioriterade områden stöd. Huvudman för projekten är kommuner, landsting samt föreningar. Projekten är såväl ettåriga som fleråriga.

- försöksverksamheter med uppsökande verksamhet. Regeringen har beviljat stöd till 21 försöksverksamheter under åren 1999–2001. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att dokumentera, följa upp och utvärdera försöksverksamheterna.
- regionala FoU-centra inom äldreområdet. Regeringen har beviljat stöd till 15 regionala FoU-centra under åren 1999–2001
- telefonjourer. Under hösten 1999 kommer en nationell kartläggning av telefonupplysning riktad till äldre och deras anhöriga att göras.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 260 000 000 kronor anvisas under anslag B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken för år 2000. För år 2001 beräknas anslaget till 250 000 000 kronor och för år 2002 150 000 000 kronor.

B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 5.3 Anslagsutvecklingen B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|---------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 312 039 | Reservation | 78 353 |
| 1999 | Anslag | 275 000 | Utgifts- prognos | 275 000 |
| 2000 | Förslag | 330 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 345 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 345 000 | | |

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

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

Medlen fördelas av Socialstyrelsen till landstingen. Bidraget till rådgivning och annat stöd lämnas i enlighet med finansieringsprincipen för de ökade åtaganden landstingen fick genom

införandet av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Ca 21 700 personer hade vid årsskiftet 1998/99 beslut om insatsen råd och stöd enligt LSS. Insatserna skall vara ett komplement till t.ex. habilitering, rehabilitering och socialtjänst. Idag har drygt hälften av de landsting/kommuner som medverkat i Socialstyrelsens uppföljning år 1999 ett policydokument för tillämpningen av råd och stöd. Regeringsrätten avkunnade år 1997 fyra domar som innebar att innehållet i insatsen råd och stöd påtagligt minskade jämfört med tidigare praxis. Socialstyrelsens uppföljning visar att domarna fått genomslag både inom landsting/kommuner och i länsrätterna vilket inneburit en begränsning av innehållet i råd och stöd. Hur lagstiftningen används varierar dock som tidigare nämnts mellan olika län. Vilka insatser som bedöms ingå varierar mellan landsting/kommunerna. Den vanligaste insatsen är kuratorsinsats i form av stödsamtal, stöd i kontakten med och samordningen av olika myndigheters insatser samt stöd och handledning till anhöriga.

Socialstyrelsens uppföljning under åren 1994–1997 visade att statsbidraget i många fall använts till tjänster inom habiliteringsorganisationen men att det var oklart om insatserna kommit dem som omfattas av LSS till godo. Successivt har dock situationen förändrats.

Under anslaget föreslår regeringen att 55 miljoner kronor anvisas för särskilda åtgärder inom handikappområdet, vilka regeringen senare preciserar i en särskild proposition.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 330 000 000 kronor anvisas under anslaget B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till vardera 345 000 000 kronor.

B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.

Tabell 5.4 Anslagsutvecklingen B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 168 770 | Anslags-sparande | 58 828 |
| 1999 | Anslag | 144 617 | Utgifts-prognos | 183 000 |
| 2000 | Förslag | 183 019 | | |
| 2001 | Beräknat | 174 741 | | |
| 2002 | Beräknat | 165 987 | | |

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 när det gäller stöd åt studerande med rörelsehinder i anslutning till rh-anpassad gymnasieutbildning, är kostnader för elevhemsboende, omvårdnad i boendet och habilitering. 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.

Den förväntade ökningen av antalet vårdartjänst timmar per person har ännu inte fått den omfattning som beräknats. Antalet studerande vid riksgymnasierna fortsätter att öka men i lägre takt än tidigare. Anslagssparandet för 1998 uppgick därför till 58,8 miljoner kronor.

Mot denna bakgrund minskades anslagsnivån med 45 miljoner kronor för innevarande år och med 8 miljoner kronor för åren 2000 och 2001 och därefter. Enligt prognosen för år 1999 kommer anslagssparandet att uppgå till ca 20 miljoner kronor vid årets slut.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Antal kursdeltagare inom folkhögskolan med vårdartjänst var 2 597 elever under år 1998 (2 207 år 1997). Antal studenter inom universitet och högskola med vårdartjänst var 48 personer under år 1998 (34 personer år 1997). Antal avtalade elevplatser inom verksamhetsgrenen stöd inom riksgymnasieverksamheten var för läsåret 1997/98 165 platser och för läsåret 1998/99 170 platser.

Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att under år 2000, i fråga om ramanslaget B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m., besluta om bidrag som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 60 000 000 kronor under år 2001 och senare.

Slutsatser

I linje med förslag i prop. 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd har anslaget reducerats med 12,5 miljoner kronor för år 2001 och 25 miljoner kronor för år 2002 som en följd av att kostnadsansvaret fr.o.m. 1 juli 2001 delas mellan stat, kommun och landsting.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 183 019 000 kronor anvisas under anslaget B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m. för budgetåret 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 174 741 000 kronor respektive 165 987 000 kronor

Tabell 5.5 Bemyndigandetabell

Tusental kronor

| | 1998 utfall | 1999 prognos | 2000 beräknat | 2001 beräknat | 2002 – beräknat |
|--|----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|
| Utestående förpliktelser vid årets början | 0 | 0 | 60 000 | 60 000 | 40 000 |
| Nya förpliktelser | 0 | 60 000 | 60 000 | 40 000 | 40 000 |
| Infriade förpliktelser ¹ | 0 | 0 | 60 000 | 60 000 | 40 000 |
| Utestående förpliktelser vid årets slut | 0 | 60 000 | 60 000 | 40 000 | 40 000 |
| Erhållen/föreslagen bemyndiganderam | 0 | 60 000 | 60 000 | 40 000 | 40 000 |

¹ Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 5.6 Anslagsutvecklingen B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 78 275 | | |
| 1999 | Anslag | 78 394 | Utgifts- prognos | 78 394 |
| 2000 | Förslag | 78 394 | | |
| 2001 | Beräknat | 78 394 | | |
| 2002 | Beräknat | 78 394 | | |

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

- Synskadades Riksförbund (SRF) Hantverk AB för verksamhet för synskadade hantverkare
- SRF för inköp och tilldelning av ledarhundar för synskadade m.m.
- SRF för viss övrig verksamhet, bl a utgivning av ersättningstidningar för synskadade, individriktad verksamhet för synskadade med ytterligare funktionsnedsättning, stöd till synskadades sysselsättning, punktskriftprojekt och skrivtjänst
- Föreningen Sveriges dövblinda (FSDB) för utgivning av tidningar (ej medlems-tidningar) för dövblinda och för utveckling av databasen Telenet.
- 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

Resultatinformation

Organisationerna har redovisat hur förra årets bidrag har använts. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar de verksamheter som bedrivs med bidrag från anslaget. En första rapport har lämnats till regeringen om den särskilda uppföljning som skett angående ledarhundsverksamheten, FSDB:s tidningsutgivning samt Rekryteringsgruppens verksamhet.

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

Flertalet organisationer och andra verksamheter ansöker om ökade medel för att kompensera ökade kostnader och för att kunna utveckla verksamheten. Regeringen bedömer att organisationerna genom sina verksamheter svarar för insatser som är av stor betydelse för personer med funktionshinder. Det är angeläget att i ökad utsträckning följa upp och utvärdera de verksamheter som bedrivs med bidrag.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 78 394 000 kronor anvisas under anslaget B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till vardera 78 394 000 kronor.

B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer

Tabell 5.7 Anslagsutvecklingen B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|---------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 132 194 | | |
| 1999 | Anslag | 132 194 | Utgifts- prognos | 132 194 |
| 2000 | Förslag | 132 194 | | |
| 2001 | Beräknat | 132 194 | | |
| 2002 | Beräknat | 132 194 | | |

Statsbidrag lämnas till handikapp- och pensionärsorganisationer. Villkoren för bidraget till pensionärsorganisationer regleras i förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Bidraget till handikapporganisationerna regleras i förordningen (1994:951) om statsbidrag till handikapporganisationer. Regeringen beslutar om fördelningen av bidraget medan anslaget administreras av Socialstyrelsen.

Med anledning av att alltför handikapporganisationer har bildats och ansökt om bidrag har en särskild utredare på regeringens uppdrag sett över statsbidragen till organisationernas allmänna verksamhet bl.a. avseende kriterier för statsbidragsberättigande och riktlinjer för fördelningen av statsbidraget mellan organisationerna. Utredarens förslag bereds inom Regeringskansliet.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Handikapp- och pensionärsorganisationerna har en viktigt opinionsbildande roll och fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 132 194 000 kronor anvisas under anslaget B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till vardera 132 194 000 kronor.

B6 Ersättning för texttelefoner

Tabell 5.8 Anslagsutvecklingen B6 Ersättning för texttelefoner

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|----------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 14 948 | Anslags- sparande | 804 |
| 1999 | Anslag | 16 382 | Utgifts- prognos | 18 000 |
| 2000 | Förslag | 16 285 | | |
| 2001 | Beräknat | 16 656 | | |
| 2002 | Beräknat | 17 050 | | |

Syftet med ersättningen för texttelefoner 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 m. m. till dessa personer samt för texttelefoner till anhöriga, s.k. anhörigtelefoner. Ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen till landstingen kvartalsvis i efterskott. Verksamheten regleras i förordningen (1992:621) om statsbidrag till texttelefoner. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna under anslaget är antalet personer som har behov av texttelefon, utbyte av föråldrad utrustning och prisutvecklingen på framför allt ny teknik. Antalet ordinerade texttelefoner varierar år från år, varför det är svårt att göra säkra prognoser.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utreda frågan om bildtelefoni bl.a. på grundval av erfarenheter från den försöksverksamhet som bedrivits under år 1998 och år 1999. I redovisningen skall hänsyn bl.a. tas till den fortsatta teknikutvecklingen inom området telekommunikation. Socialstyrelsen har också sett över konstruktionen av statsbidraget. Uppdraget redovisades i augusti år 1999 och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 285 000 kronor anvisas under anslaget B6 Ersättning för texttelefoner för budgetåret 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 16 656 000 kronor respektive 17 050 000 kronor.

B7 Bilstöd till handikappade

Tabell 5.9 Anslagsutvecklingen B7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|----------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 211 721 | Anslags- sparande | - 7 812 |
| 1999 | Anslag | 178 078 | Utgifts- prognos | 179 000 |
| 2000 | Förslag | 230 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 227 000 | | |
| 2002 | 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 förutom nya bidragsberättigade som årligen tillkommer och antalet som söker förnyat stöd, är villkoren inom färdtjänsten och den försäkrades möjligheter att avsätta egna medel för bilinköp. 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

Resultatinformation

Utgifterna för bilstödet har legat relativt konstant de senaste åren. Under år 1998 beviljades 2 213 personer bilstöd. Andelen avslag, som årligen har legat runt 40 procent sedan det nuvarande bilstödet infördes år 1988, minskar fr.o.m. år 1996 och utgör nu 34 procent av samtliga beslut. Orsaken till detta är främst att den andra sjuårsperioden börjat, varvid tidigare bilstödsberättigade återkommit med ny ansökan. Anslagsnivån sänktes i tilläggsbudgeten år 1997 i syfte att bidra till finansieringen av de ökade kostnaderna för statlig assistansersättning. För att klara utgiftsbehoven för år 1999 omfördelades tillfälligt medel till anslaget. I enlighet med beräkningar i vårpropositionen föreslås en höjning av anslagsnivån för år 2000. Riksrevisionsverket överlämnade sin rapport 1 maj 1999 om den översyn verket på regeringens uppdrag gjort av bilstödets konstruktion och det framtida stödbehovet. Frågan om eventuella regelförändringar bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 230 000 000 kronor anvisas under anslaget B7 Bilstöd till handikappade för budgetåret 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 227 000 000 respektive 164 000 000 kronor.

B8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 5.10 Anslagsutvecklingen B8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|------------------|------------------|-----------|
| 1998 | Utfall | 3 884 178 | Anslags-sparande | 202 650 |
| 1999 | Anslag | 4 653 000 | Utgifts-prognos | 4 600 000 |
| 2000 | Förslag | 5 136 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 5 440 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 5 649 000 | | |

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 till assistansersättning gäller för svårt funktionshindrade personer som inte fyllt 65 år och som bor i eget boende, servicehus eller hos familj eller anhörig. Assistansersättning utgår under år 1999 med 173 kronor per 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 området är personkretsens omfattning, antalet beviljade assistanstimmar per vecka och beviljad assistansersättning per timme.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och den statliga assistansersättningen enligt lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionshinder. Detta har bl.a. framgått av Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen.

Utgifterna för den statliga assistansersättningen har ökat årligen sedan reformen trädde i kraft år 1994. Ökningen beror på att allt fler personer beviljas assistansersättning liksom att antalet beviljade assistanstimmar per vecka ökar. Prognoserna för år 1999 och 2000 bygger på antaganden om att den hittillsvarande utvecklingen fortsätter. Anslaget beräknas efter avdrag för kommunernas uppskattade kostnader de första 20 timmarna.

I juli 1999 hade i genomsnitt 8 160 personer assistansersättning. I genomsnitt uppgick antalet assistanstimmar per vecka till 83 vilket är dubbelt så många som beräknades i propositionen om LSS. Antalet personer med statlig assistansersättning är också ca 1 200 fler än de 7000 som då beräknades. Schablonen för assistansersättningen som infördes i september 1997 har inneburit en dämpning av ökningstakten i den genomsnittliga timersättningen under det senaste året. I genomsnitt utbetalades i juli 173,45 kronor per timme i assistansersättning.

Som ett led i en uppföljning av reformen har regeringen givit Riksförsäkringsverket i uppdrag att göra en översyn av ersättningen för personlig assistans och en rapport har inkommit i februari 1999. Ärendet bereds inom Regeringskansliet.

Slutsatser

Prognoser för anslaget tyder på att det finns risk för utgiftsökningar under den kommande treårsperioden. Mot bakgrund av den osäkerhet som föreligger angående utvecklingen av både antalet personer och hjälpbehov, gör regeringen bedömningen att de volymantaganden som låg till grund för de beräknade nivåerna i budgetpropositionen för 1999 tills vidare bör kvarstå som utgångspunkt för de beräknade utgiftsnivåerna för perioden 2000–2002. Regeringen avser att noga följa utvecklingen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 136 000 000 kronor anvisas under anslaget B8 Kostnader för statlig assistansersättning för budgetåret 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 5 440 000 000 kronor respektive 5 649 000 000 kronor.

B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m.

Tabell 5.11 Anslagsutvecklingen B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m.

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 52 000 | | |
| 1999 | Anslag | 63 000 | Utgifts- prognos | 63 000 |
| 2000 | Förslag | 63 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 63 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 63 000 | | |

Statsbidraget till missbrukarvård ingår sedan år 1996 inlagt i det generella statsbidraget till kommunerna. Genom Statens institutionsstyrelses (SiS) verksamhet har staten ett direkt ansvar för ungdomsvård och missbrukarvård. Staten har ett starkt intresse av att det råder balans mellan å ena sidan institutionsvården och å andra sidan den vård som bedrivs av kommunerna och består av förebyggande och olika slags öppenvårdsinsatser. Under de senaste budgetåren har därför ur anslaget avsatts särskilda utvecklingsmedel för att stimulera kommunerna att utveckla förebyggande och öppenvårdsinsatser. Länsstyrelserna har i uppdrag att årligen fördela 50 miljoner kronor till särskilt angelägna utvecklingsinsatser.

Under anslaget disponerar regeringen 4 miljoner kronor för insatser mot spelberoende och dess sociala konsekvenser.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Under senare år har kommunerna i stor utsträckning utvecklat förebyggande insatser och vård i öppna former för ungdomar och missbrukare. Länsstyrelserna bedömer att utvecklingsmedlen har bidragit till att stimulera samverkan med såväl redan etablerade som med nya samverkans partners.

Socialstyrelsens utvärdering för år 1998 av hur medlen använts visar att projektbidragen har använts på det sätt som regeringen avsett och så långt det går att bedöma har pengarna haft positiv effekt på ungdoms- och missbrukarvården. Länsstyrelserna har genom sin tillsynsverksamhet god kännedom om lokala förhållanden i länets kommuner och kunskap om eventuella brister och behov av särskilda utvecklingsmedel.

Dessa medel har också en naturlig funktion vid uppföljningen av vad som framkommer vid länsstyrelsens tillsynsarbete. Enligt Socialstyrelsen anser länsstyrelserna att utvecklingsmedlen bl.a. bidragit till en bättre dialog med kommunerna och att den stimulerat kommunerna att ta nya initiativ.

Medlen för åtgärder mot spelberoende har använts till forskning för att få ökade kunskaper om spelberoende.

Särskilda utvecklingsmedel bör även fortsättningsvis avsättas och fördelas av länsstyrelserna till att stimulera kommunerna att utveckla insatser i öppen vård för ungdomar och missbrukare. I socialtjänstlagen betonas betydelsen av tidig upptäckt och tidiga insatser för att förebygga och motverka ett mer omfattande behov av vård. Utvecklingsmedlen skall mot denna bakgrund också kunna användas för att utveckla metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser för ungdomar och missbrukare.

Från anslaget utgår i år 9 miljoner kronor till insatser för att genomföra den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige (prop. 1997/98:182) samt till åtgärder för att förbättra barns och ungdomars situation.

Användningsområdet för medlen bör syfta till att öka kunskapen om FN:s barnkonvention på alla nivåer i samhället samt till vidareutveckling och spridning av metoder för att genomföra konventionen. Vidare bör påbörjade insatser när det gäller utredning och utveckling rörande barnmisshandel, utveckling av basstatistik inom barnområdet, arbetet mot kvinnlig könsstympning samt arbetet med utsatta barn inom Östersjöregionen fortsätta.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 63 000 000 kronor anvisas under anslaget B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till vardera 63 000 000 kronor.

B10 Bidrag till organisationer på det sociala området

Tabell 5.12 Anslagsutvecklingen B10 Bidrag till organisationer på det sociala området

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 63 841 | | |
| 1999 | Anslag | 64 841 | Utgifts- prognos | 64 841 |
| 2000 | Förslag | 64 341 | | |
| 2001 | Beräknat | 64 341 | | |
| 2002 | Beräknat | 64 341 | | |

Från anslaget ges bidrag till olika frivilliga organisationer inom det sociala området. Sedan den 1 januari 1999 administreras bidragsgivningen av Socialstyrelsen. Kriterier för att få bidrag och för uppföljning av bidragen har också gjorts likformiga, enligt förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Under anslaget disponerar regeringen 500 000 kr för åtgärder mot sexuell exploatering av barn, i huvudsak för regeringens satsning i Östersjöregionen. För samma ändamål förstärktes anslaget under 1999 engångsvis med 500 000 kronor.

Bidrag lämnas till såväl länkarorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa före detta missbrukare och andra socialt utsatta grupper som organisationer som arbetar med att hjälpa barn och deras familjer samt organisationer som motverkar våld mot kvinnor. Nykterhetsorganisationer och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) erhåller också bidrag från detta anslag. Anslaget är för närvarande beräknat enligt följande:

- Bidrag till organisationer (inkl. vissa nykterhetsorganisationer), 55 677 000 kronor
- Bidrag till CAN, 8 164 000 kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Nykterhetsrörelsen får sedan lång tid tillbaka organisationsstöd för sin centrala verksamhet.

Resurser har dessutom avsatts för att stödja länkarorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa före detta missbrukare. Bidrag har kunnat utgå till såväl

klientorganisationer inom alkohol- och narkotikaområdet som till organisationer med kyrklig anknytning som bedriver verksamheter inriktade på socialt utsatta grupper. En del av bidragsgivningen har varit inriktad på organisationer som bedriver arbete för utsatta barn och deras familjer, respektive organisationer som motverkar våld mot kvinnor.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) är ett folkrörelseförankrat informationsorgan som har till uppgift att bedriva och främja saklig upplysning om verkningar av alkohol- och narkotikamissbruk, liksom om vägar och medel att förekomma och bekämpa alkoholskador samt motverka icke-medicinskt bruk av narkotika.

CAN skall i detta syfte förmedla basfakta om droger till organisationer, myndigheter, massmedia m.fl. En annan huvuduppgift för CAN är att utgöra ett serviceorgan för folkrörelser och organisationer i deras arbete med droginformation.

Slutsatser

Frivilliga organisationer gör på olika sätt viktiga insatser på det sociala området som komplement till samhällets insatser. Bidragsgivningen inom området har förts ihop till ett system.

Socialstyrelsen har i en rapport från den 31 maj 1999 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 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.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 64 341 000 kronor anvisas under

anslag B10 Bidrag till organisationer på det sociala området för budgetåret 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till vardera 64 341 000 kronor.

B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.13 Anslagsutvecklingen B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 35 248 | Anslags-sparande | 21 869 |
| 1999 | Anslag | 30 000 | Utgifts-prognos | 30 000 |
| 2000 | Förslag | 27 500 | | |
| 2001 | Beräknat | 27 500 | | |
| 2002 | Beräknat | 27 500 | | |

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 alkohol drycker. Den illegala alkoholhanteringen ökar. Ytterligare förändringar av nuvarande införsel- och partihandelsregler kommer att ske till årsskiftet om förslagen i propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) beslutas av riksdagen. Senast till den 1 juli år 2000 skall översynsförhandlingar när det gäller Sveriges rätt att begränsa resandeförseln av alkohol drycker vara genomförda. Förändringar här kan kraftigt påverka alkoholkonsumtionen och alkoholens tillgänglighet i Sverige som måste motverkas på andra sätt än tidigare.

Alkohol förekommer som berusningsmedel långt ner i åldrarna samtidigt som allt fler ungdomar uppger att de har prövat eller skulle vilja pröva narkotika. Narkotikan är alltmer lättillgänglig. Handeln via internet är ett exempel på detta. Mot den bakgrunden har bl.a. Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser tagit flera initiativ för att vända utvecklingen.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I syfte att stärka unga människors vilja och förmåga att avstå ifrån narkotika och skjuta upp alkoholdebuten har nationella ledningsgruppen under året initierat och finansierat ett antal ungdomsprojekt av nationellt intresse. De projekt som kommit till stånd utgår ifrån att inställningen till alkohol och narkotika är en fråga om värderingar och livsstil. En annan gemensam utgångspunkt har varit att aktivt engagera ungdomarna själva. Tillsammans med ett trettiotal kommuner pågår också arbetet med att revidera den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Bl.a. kommer en kommunal handbok att tas fram i drogskadeförebyggande verksamhet som skall vara ett verktyg för kommunerna i det lokala arbetet. Folkhälsoinstitutet, Oberoende Alkoholsamarbetet (OAS) och Svenska Kommunförbundet har också fått del av dessa medel för förstärkning av såväl det nationella som det lokala förebyggande arbetet.

Slutsatser

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 ledningsgruppen 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.

Regeringen har i propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) föreslagit olika åtgärder för att komma tillrätta med illegal hantering av alkoholdrycker. En överföring av medel till polismyndigheten finansieras genom en minskning av anslaget med 2,5 miljoner kronor.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 27 500 000 kronor anvisas under anslaget B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till vardera 27 500 000 kronor.

B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus)

Tabell 5.14 Anslagsutvecklingen B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus)

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------|
| 1998 | Utfall | 9 543 | Anslags-sparande | 2 066 |
| 1999 | Anslag | 8 447 | Utgifts-prognos | 9 630 |
| 2000 | Förslag | 8 663 | | |
| 2001 | Beräknat | 8 800 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 8 945 ² | | |

¹Motsvarar 8 663 tkr i 2000 års prisnivå.

²Motsvarar 8 663 tkr i 2000 års prisnivå.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) skall bidra till att uppnå målet för utgiftsområdet 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 kansli-service till Nämnden för Rh-anpassad utbildning. Sisus åtagande är här bredare än då det gäller omvårdnadsinsatserna, eftersom Sisus också direkt skall ta hänsyn till utbildningssidan av riksgymnasieverksamheten.

Av årsredovisningen för budgetåret 1998 framgår att Sisus anslagssparande när det gäller förvaltningsanslaget vid utgången av budgetåret 1998 uppgick till drygt 2 miljoner kronor, bl.a. beroende på lägre personalkostnader än vad som budgeterats. Myndigheten planerar att använda anslagssparandet till bl. a. implementering av ett nytt ekonomisystem flyttkostnader samt till redan påbörjade projekt för att förbättra kon-

trollen av statsbidragshanteringen vid folkhögskolorna, m.m.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I sin årsredovisning för år 1998 redovisar Sisus sin verksamhet under verksamhetsgrenarna stöd inom folkhögskoleområdet, stöd inom universitet och högskolor samt stöd inom riksgymnasieverksamheten för svårt rörelsehindrade ungdomar.

Regeringens bedömning är att myndigheten i allt väsentligt uppfyllt sina mål

Den största andelen personalresurser avsätts för insatser inom folkhögskoleområdet (6,42 personer uttryckt i årsarbetskraft). För riksgymnasieverksamheten respektive universitet/högskoleområdet är motsvarande andelar 4,11 respektive 2,82 årsarbetskrafter.

Personalresurserna är totalt sett lägre för år 1998 än för år 1997, vilket beror på långtids-sjukskrivningar.

Under år 1998 utgick statsbidrag för vårdartjänst till 45 av landets 147 folkhögskolor. Folkhögskoleområdet är den största verksamhetsgrenen inom Sisus. Mellan åren 1997 och 1998 ökade antalet kursdeltagare vid folkhögskolor med 18 procent. Ökningen beror delvis på att ett antal nya folkhögskolor öppnats de senaste åren. Timkostnaden för vårdartjänst vid folkhögskola har också ökat. Fördjupade studier som gjorts under 1998 visar att de fem skolorna med de högsta timkostnaderna alla har en relativt omfattande verksamhet för personer med rörelsehinder. Orsaken till högre timkostnader är bl. a. att dessa skolor har fast anställda assistenter, med högre utbildning och många tjänste-år och därmed högre lön.

Kostnaderna för omvårdnadsinsatserna vid riksgymnasierna ökade med 6 procent mellan åren 1997 och 1998 vilket är en betydligt mindre ökning än året innan då motsvarande ökning uppgick till 22 procent. Riksgymnasieverksamheten omfattade 170 elever under läsåret 1998/99 (varav 118 i elevhem) och 165 elever under läsåret 1997/98 (varav 113 i elevhem). Sisus bedömning är att riksgymnasieverksamheten nu har stabiliserats och att antalet platser sannolikt kommer att stanna vid 200.

Under 1998 fick 48 studenter vid universitet och högskolor assistans genom vårdartjänst-

anslaget. Detta kan jämföras med 34 elever året innan. Trots denna ökning har kostnaderna för vårdartjänsten minskat med 4 procent år 1998. Detta beror på att omfattningen av det stöd eleverna behöver har minskat. Sibus har även inom verksamhetsgrenen inhämtat och presenterat information på Internet om den fysiska tillgängligheten vid universitet och högskolor.

Ett av Sibus verksamhetsmål är att prioritera lösningar som möjliggör jämförelser mellan olika huvudmän vad gäller verksamheternas omfattning, inriktning och kvalitet i förhållande till använda resurser. Detta arbete har påbörjats under 1997 för folkhögskoleområdet och fortsatt för övriga verksamhetsgrenar under 1998.

Sibus 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 Sibus får en helhetsbild av handikappinsatserna på folkhögskolorna. Den bidragsfinansierade verksamheten skall ha som mål full kostnadstäckning. Sibus fick 45 000 kr av Folkbildningsrådet under 1998 för att sköta denna administration.

Regeringen har i prop. 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd, bl.a. föreslagit att kostnadsansvaret för riksgymnasieverksamheten skall delas mellan stat, kommun och landsting. De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 juli 2001. Riksdagen kommer att behandla propositionen under hösten.

Slutsatser

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 177 000 kronor.

Tabell 5.15 Beräkning av anslaget för år 2000

| Tusental kronor | |
|-------------------------|-------|
| Anslag 1999 | 8 447 |
| Pris- och löneomräkning | 39 |
| Justering av premier | 177 |
| Förslag 2000 | 8 663 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 663 000 kronor anvisas under anslaget B12 Statens institut för särskilt utbild-

ningsstöd (Sibus) för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 8 800 000 kronor respektive 8 945 000 kronor.

B13 Handikappombudsmannen

Tabell 5.16 Anslagsutvecklingen B13 Handikappombudsmannen

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|--------------------|------------------|-------|
| 1998 | Utfall | 8 481 | Anslags-sparande | - 111 |
| 1999 | Anslag | 7 857 | Utgifts-prognos | 7 746 |
| 2000 | Förslag | 8 159 | | |
| 2001 | Beräknat | 8 295 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 8 438 ² | | |

¹ Motsvarar 8 159 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 8 159 tkr i 2000 års prisnivå.

Handikappombudsmannen skall bidra till att uppnå målet för utgiftsområdet genom att bevaka frågor som angår funktionshindrade personers rättigheter och intressen samt verka för att personer med funktionshinder uppnår full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkoren.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I årsredovisningen för budgetåret 1998 redovisar Handikappombudsmannen sin verksamhet under verksamhetsgrenarna ärendehandläggning, uppföljning och analys samt information och kunskapsöverföring. Myndigheten har också i särskild ordning lämnat en rapport till regeringen om sin verksamhet och utvecklingen inom handikappområdet samt förslag till åtgärder.

Verksamheten har bedrivits i enlighet med målet.

Handikappombudsmannen har utvecklat effektiva och ändamålsenliga handläggningsrutiner. Enkla ärenden skall besvaras inom 14 arbetsdagar. Anmälningensärenden och skriftliga rådgivningsärenden skall besvaras inom tre månader. Myndigheten har systematiskt kunnat handlägga de anmälningensärenden som inkommit till myndigheten trots den ökning av anmälningensärenden (41 procent) som skett jämfört med år 1996. De vanligast förekommande

anmälningarna under år 1997 gällde tillgänglighet i vid bemärkelse, dvs. yttre miljö, färdtjänst/kommunikationer och tillgång till information. En uppföljning av ärendena som var aktuella åren 1995 och 1996 visar att Handikappombudsmannens insatser har lett till förändringar i drygt hälften av ärendena (73 av 134 anmälningar). Det rör sig om både direkta effekter där den anmälde går anmälan till mötes, men också om generella effekter där även andra funktionshindrade har gagnats. Från och med den 1 november 1997 finns också juridisk rådgivning på internet.

Handikappombudsmannen har sedan myndigheten inrättades år 1994 utvecklat sitt analysarbete genom att ha tillgång till könsuppdelad statistik. Myndigheten har också spridit information om behovet av könsuppdelad statistik och nödvändigheten av ett genderperspektiv inom handikappforskningen.

Förutom barn med funktionshinder och psykiskt funktionshindrade har genderfrågor prioriterats under år 1998.

Inom Socialdepartementets ansvarsområde finns en rad myndigheter som omfattas av genderarbetet. Iakttagelser från Handikappombudsmannen om tillämpningen av lagar och regler kan tillföra dessa myndigheter värdefull information i ett genderperspektiv.

Den nya lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder innebär nya arbetsuppgifter för Handikappombudsmannen. Myndigheten bedömer att det behövs ytterligare resurser för att lösa det nya kompetenskrav som uppstått med anledning av detta. Regeringen avser att återkomma i frågan.

En särskild utredare har haft regeringens uppdrag att göra en översyn av Handikappombudsmannens arbete (dir. 1997:131). Utredningen överlämnade sitt betänkande Handikappombudsmannens framtida förutsättningar och arbetsuppgifter (SOU 1999:73) i juni 1999. Den bereds för närvarande inom regeringskansliet. I uppdraget har ingått att pröva vilken betydelse ombudsmannen haft för utvecklingen inom handikappområdet i stort samt bedöma om och i så fall hur ombudsmannens roll och arbetsuppgifter bör förändras.

Slutsatser

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 187 000 kronor.

Tabell 5.17 Beräkning av anslaget för år 2000

Tusental kronor

| | |
|------------------------------|-------|
| Anslag 1999 | 7 857 |
| Pris- och löneomräkning | 249 |
| Justering av premier | 187 |
| Bottenbudgetering av lokaler | -134 |
| Förslag 2000 | 8 159 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 159 000 kronor anvisas till Handikappombudsmannen för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 8 295 000 kronor respektive 8 438 000 kronor.

B14 Barnombudsmannen

Tabell 5.18 Anslagsutvecklingen B14 Barnombudsmannen

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------|
| 1998 | Utfall | 7 725 | Anslags-sparande | -198 |
| 1999 | Anslag | 7 717 | Utgifts-prognos | 7 519 |
| 2000 | Förslag | 8 450 | | |
| 2001 | Beräknat | 8 583 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 8 723 ² | | |

¹ Motsvarar 8 450 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 8 450 tkr i 2000 års prisnivå.

Barnombudsmannens (BO) del av effektmålet inom utgiftsområdet är att verka för att barns och ungdomars rättigheter och intressen tillgodoses. Barnombudsmannen skall i sin verksamhet informera om FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och medverka till att den genomförs på alla nivåer i samhället. Ombudsmannen skall 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 barnkonvention.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Barnombudsmannens förslag har fått gehör inom många områden men genomförandet av barnkonventionen är en långsiktig process. Många aktörer måste samverka för att uppnå en attitydförändring som stärker barnets rättigheter. Barnombudsmannen har en opinionsbildande och attitydpåverkande roll som innebär att i första hand söka påverka bl.a. regering och riksdag, kommuner, landsting och myndigheter att vidta initiativ och åtgärder som syftar till att förbättra barns och ungdomars livsvillkor.

Barnombudsmannens måluppfyllelse har varit god under 1998. Barnombudsmannen har under budgetåret bl.a. publicerat en handbok om barnkonventionens genomförande i kommuner och landsting som är riktad till politiker och tjänstemän. Ombudsmannen har vidare genomfört enkätundersökningar om landstingens och myndigheters arbete med barnkonventionen. Kartläggningarna utgör en del av processen när det gäller den del av strategiarbetet som Barnombudsmannen skall genomföra med anledning av den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (prop. 1997/98:182).

Myndigheten har vidare samordnat frivilligorganisationerna, i informationssatsningen Dags för barnkonventionen, som syftar till föra ut barnkonventionen till kommuner och landsting. Barnombudsmannen har när det gäller barn i utsatta situationer bl.a. lämnat remissyttranden, anordnat och deltagit i konferenser samt delfinansierat en rapport om sexuella övergrepp. Insatserna har gett underlag till riksdag och regering samt lett till stort mediagenomslag kring frågor som rör utsatta barn. Inom området barnsäkerhet och samhällsplanering har Barnombudsmannen bl.a. genomfört en uppföljningsstudie av barnolyckor. Ombudsmannen har dessutom stärkt det tvärssektoriella arbetet inom ramen för sitt barnsäkerhetsnätverk. Nya aktörer har tillkommit och samverkansmöjligheterna har förbättrats. Dödsolyckorna bland barn och ungdom fortsätter att minska. Barnombudsmannen har genomfört enkätundersökningar bland mellanstadiebarn kring frågan om inflytande och medbestämmande i skola och samhälle. I samarbete med Statistiska centralbyrån har Barnombudsmannen gett ut en statistikpublikation som syftar till att samla kunskap och skapa en överblick om barns och ungdomars

situation och villkor. Ombudsmannen har vidare genomfört en enkätstudie om 10-åringars vardagstillvaro samt medverkat i nätverk, expertgrupper m.m. i syfte att öka kunskapen om barns och ungas levnadsvillkor. Barnombudsmannens egen hemsida och en internetkanal för dialog med barn och unga har haft många besökare, vilket har inneburit en direktdialog med barnen och en möjlighet att inhämta barns synpunkter samt låta barnen själva bli delaktiga i genomförandeprocessen av barnkonventionen.

Barnombudsmannen pekar i sin årsredovisning på att statistik från olika register uppvisar brister när det gäller barn och ungdomar ur ett genderperspektiv. I många fall är det inte möjligt att få uppgifter och statistik särredovisade på flickor och pojkar. Myndigheten har ambitionen att i sitt samarbete med t.ex. Statistiska centralbyrån påverka och utveckla statistiken om barn och ungdomars uppväxtvillkor.

Den särskilde utredare som hade att se över Barnombudsmannens verksamhet och organisation överlämnade under våren sitt betänkande Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar (SOU 1999:65). Betänkandet remissbehandlas för närvarande.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Barnombudsmannen har utnyttjat en stor del av sin beviljade anslagskredit. Riksrevisionsverket rekommenderar Barnombudsmannen att även fortsättningsvis kontinuerligt följa upp anslagsutfallet noggrant samt överväga att ansöka om utökad anslagskredit hos regeringen.

Myndighetens kostnader och intäkter för budgetåret 1999 ligger på en avsevärt högre nivå jämfört med föregående period. Prognosen för budgetåret 1999 pekar på att myndigheten inte behöver utnyttja beviljad anslagskredit, vilket innebär en förbättring av utfallet jämfört med föregående år.

Slutsatser

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 174 000 kronor.

Tabell 5.19 Beräkning av anslaget för år 2000*Tusental kronor*

| | |
|-------------------------|-------|
| Anslag 1999 | 7 717 |
| Pris- och löneomräkning | 559 |
| Justering av premier | 174 |
| Förslag 2000 | 8 450 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 450 000 kronor anvisas under anslaget B14 Barnombudsmannen för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 8 583 000 kronor respektive 8 723 000 kronor.

B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tabell 5.20 Anslagsutvecklingen B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor*Tusental kronor*

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------|
| 1998 | Utfall | 5 920 | Anslags-sparande | 494 |
| 1999 | Anslag | 6 745 | Utgifts-prognos | 7 239 |
| 2000 | Förslag | 6 908 | | |
| 2001 | Beräknat | 7 021 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 7 140 ² | | |

¹ Motsvarar 6 908 tkr i 2000 års prisnivå.² Motsvarar 6 908 tkr i 2000 års prisnivå.

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

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

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

Sverige har i maj 1997 ratificerat 1993 års Haag-konvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner. Enligt lagen (1997:191) om Sveriges tillträde till konventionen är NIA svensk centralmyndighet.

När det är fråga om adoption av ett utländskt barn utan medverkan av auktoriserad samman-

slutning skall NIA enligt lagen om internationell adoptionsförmedling pröva om förfarandet är godtagbart.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Antalet barn som adopteras till Sverige har uppgått till 800–1000 per år under de senaste åren. För år 2000 görs bedömningen att 1000 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.

Slutsatser

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 139 000 kronor.

Tabell 5.21 Beräkning av anslaget för år 2000*Tusental kronor*

| | |
|-------------------------|-------|
| Anslag 1999 | 6 745 |
| Pris- och löneomräkning | 24 |
| Justering av premier | 139 |
| Förslag 2000 | 6 908 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 908 000 kronor anvisas under anslaget B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 7 021 000 respektive 7 140 000 kronor.

B16 Statens institutionsstyrelse

Tabell 5.22 Anslagsutvecklingen B16 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 1998 | Utfall | 496 449 | Anslags-sparande | -25 669 |
| 1999 | Anslag | 524 848 | Utgifts-prognos | 499 000 |
| 2000 | Förslag | 557 032 | | |
| 2001 | Beräknat | 562 100 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 570 515 ² | | |

¹ Motsvarar 554 032 tkr i 2000 års prisnivå.

² Motsvarar 554 032 tkr i 2000 års prisnivå.

Statens institutionsstyrelse (SiS) är sedan 1 juli 1993 central förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Från och med 1 april 1994 övertog SiS det formella huvudmannskapet från landsting och kommuner för de institutioner som bedömdes motsvara behovet av efterfrågan av vårdplatser.

Under anslaget beräknas kostnader för tio platser enligt lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård. Prognosen pekar på behov av ytterligare platser de närmaste åren.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Verksamheten vid Statens institutionsstyrelse är mycket omvärldsberoende och därför svårplanerad. Den är ständigt utsatt för krav på förändring och anpassning. Därtill skall den vård som tillhandahålls tillgodose vitt skilda behov och samtidigt ha en hög kvalitet. SiS är i hög grad beroende av intäkter från vårdavgifter för finansieringen av verksamheten. Avgiftsintäkterna beräknas enligt SiS till 785 miljoner kronor för år 1999 och 760 miljoner kronor för år 2000.

Myndigheten lägger stor vikt vid att uppnå balans mellan den vård som efterfrågas och de resurser som kan erbjudas, utan att vårdens kvalitet har eftersatts.

Prognosen för budgetåret 1999 pekar på att verksamheten är i balans. Antalet vårdplatser överensstämmer i stort med nuvarande efterfrågan. Tidvis är dock efterfrågan hög, speciellt inom ungdomsvården, vilket kan medföra viss väntetid för plats. SiS genomför organisatoriska åtgärder för att öka flexibiliteten och därmed tillgodose efterfrågan av platser.

En särskild utredare, som haft regeringens uppdrag att se över SiS organisationsstruktur, finansiella styrning och framtida platsbehov överlämnade i september 1998 sitt betänkande Effektivitet och kvalitet i tvångsvården (SOU 1998:140). Utredarens förslag rörde bl.a. vårdavgifterna, fastighetsfrågan, huvudkontorets stöd till institutionerna samt behovet av bättre prognoser vad gäller efterfrågan av vårdplatser. Betänkandet behandlades vid ett seminarium i maj 1999 där samtliga berörda myndigheter och departement deltog.

Regeringen bedömer att det för närvarande inte finns behov av ytterligare åtgärder med anledning av utredningens förslag. Institutionsstyrelsen har skapat särskilda nätverk och arbetsgrupper inom myndigheten för att ta tillvara den samlade kunskapen och utveckla arbetet i olika frågor. Skolnätverk har skapats för att utveckla skolverksamheten för ungdomarna inom 12 § vården och inom LVM-vården har ett nätverk bildats för att utveckla arbetsmetoder för att hjälpa missbrukare med svåra psykiska problem. En arbetsgrupp har också bildats inom SiS som har utarbetat ett förslag till handlingsprogram för genderfrågor. Konkreta frågor för SiS att ta upp är t.ex. vilka könsroller som förmedlas på institutionerna, vilka behov flickor och pojkar har behandlingsmässigt, att kvinnor och män får tillgång till vård på lika villkor samt vilken betydelse kvinnlig respektive manlig personal har för vården och behandlingen inom SiS verksamhet.

Tabell 5.23 Beställningsbemyndigande för beviljande av forsknings- och utvecklingsmedel och beräknad anslagspåverkan under perioden 1999–2001

Tusental kronor

| | 1998 utfall | 1999 prognos | 2000 beräknat | 2001 beräknat | 2002 – beräknat |
|--|----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|
| Utestående förpliktelser vid årets början | 11 467 | 11 934 | 10 567 | 11 567 | 12 567 |
| Nya förpliktelser | 11 415 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Infriade förpliktelser ¹ | 10 948 | 11 367 | 9 000 | 9 000 | 9 000 |
| Utestående förpliktelser vid årets slut | 11 937 | 10 567 | 11 567 | 12 567 | 13 567 |
| Erhållen/föreslagen bemyndiganderam | 0 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |

¹ Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Slutsatser

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 26 591 000 kronor. För åren 2001 respektive 2002 har anslaget minskats med 3 000 000 kronor på grund av finansiering av åtgärder inom handikappområdet.

Tabell 5.24 Beräkning av anslaget för år 2000

Tusental kronor

| | |
|-------------------------|----------------|
| Anslag 1999 | 524 848 |
| Pris- och löneomräkning | 5 593 |
| Justering av premier | 26 591 |
| Förslag 2000 | 557 032 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 557 032 000 kronor anvisas under anslag B16 Statens institutionsstyrelse för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas 562 100 000 respektive 570 515 000 kronor.

B17 Alkoholinspektionen

Tabell 5.25 Anslagsutvecklingen B17 Alkoholinspektionen

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------------|----------------------|--------|
| 1998 | Utfall | 12 690 | Anslags- sparande | 5 873 |
| 1999 | Anslag | 11 013 | Utgifts- prognos | 14 500 |
| 2000 | Förslag | 6 984 | | |
| 2001 | Beräknat | 7 094 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 7 209 ² | | |

¹ Motsvarar 6 984 tkr i 2000 års prisnivå.² Motsvarar 6 984 tkr i 2000 års prisnivå.

Alkoholinspektionen skall bidra till att uppfylla målet för utgiftsområdet genom att övervaka efterlevnaden av alkohollagen, dvs. tillse att bestämmelser avseende hanteringen av alkoholdrycker efterlevs och bidrar till att samhällets alkoholpolitiska mål uppfylls.

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 regeringen i propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) föreslagit att nuvarande partihandelstillstånd tas bort och ersätts

av det godkännande som skattemyndigheten ger för att man som partihandlare skall få importera punktskattepliktiga alkoholvaror. Det betyder för Alkoholinspektionens del att deras verksamhet när det gäller tillståndsgivning och tillsyn av partihandeln faller bort.

Alkoholinspektionen har ett anslagssparande från år 1998 på 5 873 000 kronor vilket delvis är avsett att användas till utvecklingskostnader för myndighetens databaserade tillstånds- och tillsynsregister.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Alkoholinspektionen har arbetat i enlighet med de mål som regeringen satt upp i regleringsbrevet. Handläggning av tillstånds- och tillsynsärenden har prioriterats. Vissa problem finns vad gäller kvaliteten och användningen av det tillstånds- och tillsynsregister som förutom de egna tillverknings- och partihandelstillstånden även skall omfatta samtliga kommuners ca 12 000 serveringstillstånd med personregister över styrelseledamöter, föreståndare och tillståndshavare. I enlighet med ett regeringsuppdrag har inspektionen den 15 juli 1999 till regeringen redovisat det uppbyggnadsarbete av registret som skett sedan myndighetens tillkomst liksom problem och utvecklingsmöjligheter av registerfunktionen.

Under det gångna budgetåret har 105 ansökningsärenden avgjorts till en total kostnad av 2 174 000 kr. Jämfört med de intäkter som betalas in i ansökningsavgift med sammanlagt 258 000 kr uppstår här ett underskott på 1 916 000 kr. Utbildningsinsatser och informations spridning har genomförts enligt vad som planerats. Ett flertal konferenser och andra initiativ har genomförts för att bl.a. utveckla länsstyrelsernas regionala tillsyn. Samarbetet med andra myndigheter har utvecklats i tillsynsarbetet och Alkoholinspektionen redovisar i årsredovisningen en omfattande samverkan med andra myndigheter och organisationer.

Tillsynsbesök med ingående kontroller har gjorts vid 62 företag. Tillsynsbesöken har medfört att ett tillstånd har återkallats och 24 påpekanden har gjorts. Den totala kostnaden för tillsynsverksamheten inklusive resor och konsultarvoden uppgick 1998 till 3 680 000 kr. I sam-

band med tillsyn har sex tillstånd återkallats och 34 påpekanden har gjorts. Sex ansökningar om partihandelstillstånd har avslagits.

Slutsatser

Alkoholinspektionens verksamhet finansieras genom ramanslag på statsbudgeten som bestäms av riksdagen samtidigt som deras och länsstyrelsernas verksamhet på alkoholområdet skall motsvaras av de avgifter som tas in från tillverkare och partihandlare inom alkoholbranschen. Med anledning av EG-domstolens dom i det s.k. Franzénmålet och fortsatt kritik från EU-kommissionen föreslås i propositionen Vissa alkoholfrågor, m.m. (prop. 1998/99:134) att nuvarande tillstånds- och tillsynssystem avseende partihandel med alkoholdrycker tas bort och ersätts med det godkännande skattemyndigheten ger för motsvarande verksamhet. Om förslaget antas av riksdagen innebär detta att också avgiftsintäkter faller bort från årsskiftet. Detta medför att Alkoholinspektionens anslag föreslås minska till 7 miljoner kronor och länsstyrelsernas anslag med 5 miljoner kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har minskats med 16 000 kronor.

Tabell 5.26 Beräkning av anslaget för år 2000

Tusental kronor

| | |
|---------------------------|--------|
| Anslag 1999 | 11 013 |
| Justering av anslagsnivån | -4 013 |
| Justering av premier | -16 |
| Förslag 2000 | 6 984 |

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 984 000 kronor anvisas under anslag B17 Alkoholinspektionen för år 2000. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 7 094 000 kronor respektive 7 209 000 kronor.

B18 Alkoholsortimentsnämnden**Tabell 5.27 Anslagsutvecklingen B18 Alkoholsortimentsnämnden***Tusental kronor*

| | | | | |
|-------------|----------------|------------------|----------------------|-----|
| 1998 | Utfall | 108 | Anslags- sparande | 918 |
| 1999 | Anslag | 687 | Utgifts- prognos | 200 |
| 2000 | Förslag | 691 | | |
| 2001 | Beräknat | 701 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 710 ² | | |

¹ Motsvarar 691 tkr i 2000 års prisnivå.² Motsvarar 691 tkr i 2000 års prisnivå.

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

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. År 1998 avgjorde nämnden 12 av 16 inkomna ärenden.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 691 000 kronor anvisas under anslag B18 Alkoholsortimentsnämnden för år 2000. Härefter ingår pris- och löneomräkning med 4 000 kronor. För åren 2001 och 2002 beräknas anslaget till 701 000 kronor respektive 710 000 kronor.

B19 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa**Tabell 5.28 Anslagsutvecklingen B19 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa***Tusental kronor*

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1999 | Anslag | 10 000 | Utgifts- prognos | 10 000 |
| 2000 | Förslag | 10 000 | | |
| 2001 | Beräknat | 10 000 | | |
| 2002 | Beräknat | 0 | | |

Regeringens överväganden

Under senare år har hemlösheten uppmärksamats alltmer. Trots att det inte med säkerhet går att konstatera att problemet blivit vanligare är det mycket som talar för att hemlösheten ökat och att de hemlösas situation försvårats. I flera undersökningar har det uttryckts farhågor för att allt fler personer med psykiska funktionshinder återfinns bland dem som kan betraktas som hemlösa. Enligt Socialstyrelsen fanns det i slutet av april i år cirka 12 000 personer i Sverige som var uteliggare eller bodde på härbärg. Totalt finns det enligt Socialstyrelsen cirka 8 400 hemlösa i landet.

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att människor i utsatta situationer får det stöd och hjälp de behöver. I många kommuner är man medveten om de ökade svårigheterna för gruppen hemlösa och det pågår ett aktivt utvecklingsarbete för att finna relevanta stödformer. Också frivilligorganisationerna gör ett mycket värdefullt arbete för de hemlösa. Mycket tyder på att de ideella organisationernas roll inom området har ökat.

Staten har emellertid de senaste åren tagit olika initiativ i syfte att hjälpa de mest utsatta grupperna. I mars 1997 beslutade regeringen att under en treårsperiod avsätta sammanlagt 30 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden. Medlen skall användas för ideella organisationers kostnader för att tillsammans med berörda kommuner utveckla och pröva nya modeller för stöd och boende för personer med psykiska funktionshinder. För att få aktuella kunskaper om problemets omfattning har Socialstyrelsen fått i uppdrag att kartlägga omfattningen av hemlösheten i Sverige och redovisa de insatser som görs för hemlösa. Uppdraget skall redovisas den 31 december 1999.

För att ytterligare stärka stödet till utveckling av nya former för stödet till de hemlösa tillsatte regeringen i december 1998 en parlamentarisk kommitté (dir. 1998:108). Kommittén skall i dialog med berörda myndigheter, organisationer och andra föreslå och initiera åtgärder som syftar till att skapa en bättre situation för de hemlösa och förhindra att hemlöshet uppstår. Kommittén skall bereda och till regeringen lämna förslag till stöd till projekt som finansieras av utvecklingsmedel för åtgärder för hemlösa. Kommittén skall vara verksam till och med utgången av år 2001.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under anslag B19 Utvecklingsmedel för åtgärder för hemlösa för budgetåret 2000. För år 2001 beräknas anslaget till 10 000 000 kronor. Inga medel beräknas för år 2002.

5.7 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 1998 till 15 494,8 miljoner, en ökning med 30,8 miljoner kronor eller 0,2 procent jämfört med 1997. Försäljningen av spritdrycker minskade med 4,3 procent vilket troligen beror på en ökad illegal försäljning. Vinförsäljningen ökade däremot med 1,9 procent och starkölsförsäljningen med 2,1 procent. Resultatet efter finansiella intäkter och kostnader uppgick 1998 till 350,9 Mkr.

Tabell 5.29 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren

| Miljoner kr | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | 1998 | 1997 | 1996 | 1995 | 1994 |
| Omsättning | 15 495 | 15 464 | 15 837 | 16 063 | 16 199 |
| Resultat efter finansiella poster | 351 | 239 | 145 | 88 | 342 |
| Justerat eget kapital | 1 179 | 1 040 | 962 | 854 | 842 |
| Räntabilitet på JEK, % | 29,7 | 22,9 | 13,6 | 18,5 | 35,1 |
| Antal anställda | 3270 ¹ | 3364 ¹ | 2746 | 2658 | 2552 |

¹Beräkningsgrunderna för medelantalet anställda har ändrats varvid 1997 års uppgifter justerats.

Bolaget har för närvarande 400 butiker runt om i landet. Under 1998 ökade produktiviteten i butiksarbetet med 2,2 procent och lageromsättningen i butikerna med 12,0 procent. Två nya butiker öppnades och en lades ned. Under första halvåret 1999 har det öppnats ytterligare tre butiker.

Systembolaget hade vid årsskiftet 1998/99 totalt 2 586 märken eller 3 155 artiklar (inklusive olika förpackningar) till försäljning. Under 1998 lanserades totalt 871 märken.

I slutet av året fanns det cirka 300 företag med partihandelstillstånd för handel med Systembolaget, vilket kan jämföras med ett fyra 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. Den svenska alkoholmarknaden har genomgått en kraftig förändring sedan Sverige blev medlem i EU och Systembolaget har därigenom fått ökade uppgifter. En central uppgift för Systembolaget kommer dock fortfarande att vara att uppfylla EU:s krav på objektiv behandling av produkter och leverantörer.

6 Forskning

Verksamhetsområdet omfattar väsentliga delar av det forsknings- och utvecklingsarbete som ges stöd eller genomförs inom Socialdepartementets ansvarsområde.

Till verksamhetsområdet hör en myndighet, Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR).

Kunskapsbehovet är stort och kontinuerligt inom hela det socialvetenskapliga, socialpolitiska och folkhälsopolitiska området och kan till stor del endast tillgodoses genom satsning på forskning och utvecklingsarbete. Inom Socialdepartementets ansvarsområde har därvid Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) en mycket viktig roll, såväl som finansiär gentemot forskningvärlden som sådan som idégivare, inspiratör och samarbetspartner för övriga myndigheter under Socialdepartementet.

Omkring hälften av de drygt ca 200 miljoner kronor som inom Socialdepartementets område årligen avsätts till forskning slussas genom SFR. Andra myndigheter som ger stöd till eller utför forsknings- och utvecklingsarbete inom ramen för sina ramanslag är bl.a. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Statens institutionsstyrelse, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Institutet för psykosocial medicin och Smittskyddsinstitutet. Från och med 1999 har även Riksförsäkringsverket givits möjlighet att stödja forskning inom socialförsäkringsområdet som ett komplement till den mera allmänna forskning som stöds av SFR. Riksförsäkringsverkets pågående modernisering av sina databaser är viktig för den framtida socialförsäkringsforskningens tillgång till grundläggande data på området.

SFR:s forskningssatsningar är i huvudsak av grundforskningskaraktär i den meningen att den syftar till att uppnå fördjupad förståelse av pro-

blem och mekanismer inom problemområdet. I princip all forskning som SFR stöder bedöms ha hög samhällsrelevans och utgör grund för tillämpade studier på olika områden. När det gäller forskning och utvecklingsarbete som stöds eller bedrivs av andra myndigheter under Socialdepartementet så är deras satsningar på forskning vanligtvis direkt verksamhetsmotiverade. En viktig eftersträvd effekt av att medge att andra myndigheter än SFR får satsa på kunskapsinhämtning genom forskning är att dessa måste bygga upp sin kompetens och överblick över annan relevant forskning på sina respektive områden.

I regeringens proposition 1996/97:5 Forskning och samhälle redovisades planerade insatser och prioriteringar inom Socialdepartementets verksamhetsområde. Dessa prioriteringar gäller fortfarande, dock med förstärkt prioritering av äldreforskningen som även givits betydande medelstillskott. Vidare skall noteras att regeringen i den ekonomiska vårpropositionen aviserade en handikappolitisk proposition och att den kommer att beröra behovet av viss förstärkning av handikappforskningen.

Ett högt prioriterat område är forskningen kring folkhälsa, som också hittills resursmässigt varit det största av SFR:s forskningsområden. De problem som finns inom detta område kräver vanligtvis insatser av både medicinskt, samhällsvetenskapligt och beteendevetenskapligt utbildade forskare. SFR lade efter samarbete med andra myndigheter och intressenter, bl.a. Folkhälsoinstitutet och Medicinska forskningsrådet, 1998 fram ett nationellt forskningsprogram om ojämlikhet i hälsa. Flera universitet och högskolor medverkar till att genomföra programmet. Även resultat från IPM har inneburit vä-

sentlig kunskapsökning på området, främst när det gäller psykosociala faktorerens betydelse. Många landsting satsar också resurser på området för att få en grund för främst det förebyggande arbetet.

Den kraftsamling som eftersträvades inom alkoholforskningsområdet har genom insatser från SFR och FHI lett till att Centrum för alkohol- drogforskning inrättats vid Stockholms universitet. En samrådsgrupp som leds av SFR arbetar vidare för att ytterligare förstärka forskningen inom området.

Bland andra Socialstyrelsen har gjort insatser för att bidra till utveckling av arbetsmetodiken inom socialtjänstområdet. Det bör också noteras att Socialstyrelsens databaser utgör en ovärderlig grund för såväl medicinsk som samhällsvetenskaplig forskning.

Nästan all den forskning som bedrivs med medel från olika myndigheter under Socialdepartementet utförs vid universitet och högskolor. Genom Vårdalstiftelsens försorg sker väsentliga satsningar på vård- respektive allergiforskning. Stiftelsen samarbetar med bl.a. FHI och SFR.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

SFR ska främja och stödja betydelsefull grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsopolitik samt sprida information om kunskapsläget och aktuell forskning. Genom sin verksamhet ska SFR bidra till målet att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

SFR har ett väl utvecklat samarbete med forskningsråd under Utbildningsdepartementet, främst MFR, HSNR och FRN, vissa andra forskningsfinansiärer och med myndigheter under Socialdepartementet.

6.1 Omfattning

SFR disponerar två ramanslag, ett för forskning respektive ett för administration. Totalt uppgår anslagen 1999 till 114 miljoner kronor.

6.2 Utgiftsutvecklingen

Tabell 6.1 Utgiftsutvecklingen

Miljoner kronor (löpande priser)

| Utfall 1998 | Anslag 1999 | Utgifts- prognos 1999 | Förslag anslag 2000 | Beräknat anslag 2001 | Beräknat anslag 2002 |
|----------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 102 | 114 | 104 | 127 | 140 | 142 |

Höjningen av nivån 1999–2001 avser en successiv utökning av äldreforskningen och nödvändig administration till en nivåhöjning med 30 miljoner kronor jämfört med 1998 utifrån vad regeringen aviserade i propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop 1997/98:113). År 2000 föreslås SFR även tillföras ytterligare en miljon kronor för att kunna förstärka Centrum för alkohol- och drogforskning med ytterligare en professur. Förstärkning av handikappforskningen kommer att diskuteras i den handikappolitiska proposition som regeringen aviserade i den ekonomiska vårpropositionen.

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

Verksamheten har bedrivits med tillfredsställande målpuppfyllelse. Verksamhetens inriktning är långsiktig och omprövas främst i samband med forskningspropositionerna som presenteras vart tredje eller fjärde år då även SFR:s roll i hela det svenska forskningssystemet skärskådas.

Administrationsanslaget har utnyttjats fullt ut och anslagskredit har tagits i anspråk. För 1999 finns dock utrymme för utökade åtaganden. På forskningsanslaget finns ett anslagssparande som tillfälligt kommer att öka under 1999 vilket dock skall ses mot bakgrund av verksamhetens långsiktiga karaktär och framåtsyftande planering.

Förändringar

Strukturen och formerna för rådets grundläggande verksamhet ligger fast vilket dock inrymmer en successiv utökning av verksamhetsvolymen i takt med att mera forskningsmedel tillförts, och i det följande föreslås tillföras rådet.

SFR kan i ännu okänd omfattning komma att beröras av de förslag som för närvarande utreds rörande myndighetsorganisationen för forskningsfinansiering.

Prioriteringar

Regeringen har deklarerat sin avsikt att under 2000 lägga fram en ny forskningsproposition vilken kan komma att påverka den fortsatta prioriteringen inom SFR:s ansvarsområde. Behovet av kunskap inom Socialdepartementets ansvarsområde genom forskning kommer dock även fortsättningsvis att vara mycket stort och drastiska omkastningar av den långsiktiga inriktningen skulle vara olycklig. Några viktiga frågor under 2000 kommer att vara:

- fullföljandet av den ökade satsningen på äldreforskning
- fortsatt utveckling av stödet till forskning kring ojämlikhet i hälsa
- handikappforskningen
- ytterligare insatser för att skapa fler möten mellan forskare, praktiker och myndigheter för information och diskussion kring forskningsresultat och forskningsbehov.

6.3 Resultatbedömning

Socialvetenskapliga forskningsrådets verksamhet har i stort sett bedrivits i enlighet med målen. När det gäller forskning kring barn och handikappade har regeringens intentioner dock ännu inte kunnat fullföljas helt, men sammanfattningsvis konstaterar regeringen att de insatser som genomförts redan har lett till ökad kunskap eller är nödvändiga led i arbetet med att säkra kunskapstillväxten på sikt. Regeringen bedömer därför att målet, att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd, nåtts.

Ett ökat antal ansökningar har kommit in till rådet de senaste åren och fler har beviljats stöd än

tidigare. Projektstödet utgör den största andelen av utgifterna för forskning men har dock minskat de senaste åren, medan finansieringen av program och tjänster har ökat. Detta speglar bl.a. rådets satsning på yngre forskare, vilket svarar mot målen för verksamheten. Rådet satsar också på forskarnätverk, utländska gästforskare, publiceringsstöd m.m. och inte minst att skapa välordnade tillfällen för möten mellan forskare och praktiker.

I förhållande till hur många ansökningar som män respektive kvinnor lämnar in, så beviljar SFR män och kvinnor stöd i lika utsträckning. Vidare bevakar SFR vid sin prövning av ansökningar att dessa beaktat alla för respektive projekt relevanta aspekter, t.ex. könsperspektivet. Gendermålet bedöms därför uppfyllt. Etnisk och kulturell mångfald är andra viktiga perspektiv att uppmärksamma i sammanhanget.

I enlighet med målen har SFR:s informationsverksamhet och kontakterna med övriga myndigheter under Socialdepartementet utökats.

Vidare har rådet genom ett omfattande programarbete förberett den ökade satsningen på äldreforskning som påbörjats under 1999. Rådet har också bidragit till att Centrum för alkohol- och drogforskning inrättats och att verksamheten fortsätter att utvecklas.

Regeringen bedömer att måluppfyllelsen är tillfredsställande men kommer i samband med den pågående s.k. tvåårsöversynen och arbetet med den forskningspolitiska propositionen även att se över SFR:s mål.

6.4 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Tabell 6.2 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser
Tusental kronor

| | 1998 utfall | 1999 prognos | 2000 beräknat | 2001 beräknat |
|--|----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Utestående förpliktelser vid årets början | 182 200 | 150 000 | 241 400 | 318 000 |
| Nya förpliktelser | 90 000 | 190 000 | 207 000 | 110 000 |
| Infriade förpliktelser* | 122 200 | 72 700 | 120 000 | 126 000 |
| Utestående förpliktelser vid årets slut | 150 000 | 267 300 | 328 400 | 312 400 |
| Erhållen/föreslagen bemyndiganderam | 230 000 | 330 000 | 340 000 | 350 000 |

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

6.5 Anslag

C1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning

**Tabell 6.3 Anslagsutvecklingen C1 Socialvetenskapliga
forskningsrådet: Forskning**
Tusental kronor

| 1998 | Utfall | 94 631 | Anslags- sparande | 3 009 |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|--------|
| 1999 | Anslag | 104 580 | Utgifts- prognos | 95 450 |
| 2000 | Förslag | 117 655 | | |
| 2001 | Beräknat | 129 766 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 131 997 ² | | |

² Motsvarar 127 655 tkr i 2000 års prisnivå.

³ Motsvarar 127 655 tkr i 2000 års prisnivå.

Anslagssparandet på 3 milj kr från 1998 uppstod bl.a. på grund av förseningar i tillsättningen av vissa tjänster samt besked om nya programstöd.

Utgiftsprognosen för 1999 pekar på att anslagssparandet kommer att uppgå till ca 12 miljoner kronor vilket framför allt beror på att de noggranna förberedelserna för den kraftiga ökningen av äldreforskningen tagit något längre tid än regeringen tidigare bedömde. Det skall dock betonas att forskningssatsningen är långsiktigt inriktad och successivt skall växa i volym vilket innebär att anslagssparandet kan förutses minska kraftigt redan under nästa år.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Flertalet av de forskningsanslag som SFR beviljar är fleråriga. Regeringen föreslår därför bemyndigande enligt tabellen ovan.

Regeringens slutsatser

Socialvetenskapliga forskningsrådets organisation och verksamhet har en sådan utformning att rådets nuvarande inriktning, arbetssätt och prestationer kan förväntas innebära att de generella målen för forskning uppnås även framdeles. Regeringen överväger därför att utarbeta vissa nya och mer situationsanpassade mål för SFR.

Regeringen instämmer i SFR:s bedömning att fluktuationerna på anslaget måste ses i ljuset av verksamhetens planering av resursanvändningen som sträcker sig minst 3–6 år framåt och bedömer därför att det prognoserade anslagssparandet kommer att behövas för planerade satsningar.

I enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) föreslår regeringen att Socialvetenskapliga forskningsrådets ramanslag förstärks med ytterligare 11 miljoner kronor 2000 respektive 10 miljoner kronor 2001. Vidare föreslås att SFR tillförs 1 miljon kronor för inrättande av ytterligare en professur vid Centrum för alkohol- och drog-forskning.

Tabell 6.4 Beräkning av anslaget för 2000
Tusental kronor

| | |
|---------------------------|----------------|
| Anslag 1999 | 104 580 |
| Pris- och löneomräkning | 1 075 |
| Förstärkning av forskning | 12 000 |
| Förslag 2000 | 117 655 |

Regeringen föreslår att 117 655 000 kronor anvisas under anslaget Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning samt att anslaget för åren 2001 och 2002 beräknas till 129 766 000 kronor respektive 131 997 000 kronor.

C2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning

**Tabell 6.5 Anslagsutvecklingen C2 Socialvetenskapliga
forskningsrådet: Förvaltning**

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|----------------------|-------|
| 1998 | Utfall | 7 566 | Anslags- sparande | -94 |
| 1999 | Anslag | 8 968 | Utgifts- prognos | 8 100 |
| 2000 | Förslag | 9 735 | | |
| 2001 | Beräknat | 9 888 ¹ | | |
| 2002 | Beräknat | 10 049 ² | | |

² Motsvarar 9 735 tkr i 2000 års prisnivå.

³ Motsvarar 9 735 tkr i 2000 års prisnivå.

De disponibla medlen på anslaget överskreds med 94 tkr under 1998 efter att även 1997 ha överskridits i ungefär samma omfattning. Anslaget förstärktes 1999 med 1 mkr bl.a. med hänsyn till de ökade åliggandena i samband med den kraftiga satsningen på äldreforskning. Aktuell prognos för 1999 pekar på att SFR kommer att få ett anslagssparande.

Regeringens slutsatser

Regeringens bedömer att rådets nuvarande ramanslag för förvaltning i princip är tillfyllest för att SFR skall klara att genomföra de utökade forskningssatsningarna liksom de ökade kraven på forskningsinformation i olika former.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts för att korrigera tidigare i anslaget inlagd kompensation för premierna för avtalsförsäkringarna. Anslaget har tillförts 714 000 kronor.

Tabell 6.6 Beräkning av anslaget för 2000

Tusental kronor

| | |
|-------------------------|-------|
| Anslag 1999 | 8 968 |
| Pris- och löneomräkning | 53 |
| Justering av premier | 714 |
| Förslag 2000 | 9 735 |

Regeringen föreslår att 9 735 000 kronor anvisas under anslaget Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning samt att anslaget för åren 2001 och 2002 beräknas till 9 888 000 kronor respektive 10 049 000 kronor.

7 Övrig statlig verksamhet

7.1 Allmänna arvsfonden

Allmänna arvsfonden har till ändamål att främja verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionshinder. Stöd ur fonden skall i första hand lämnas för förnyelse- och utvecklingsverksamhet till organisationer som bedriver ideell verksamhet. Stöd får inte lämnas till enskild person. Närmare bestämmelser om fonden finns i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden.

Fonden förvaltas av Kammarkollegiet som en särskild fond.

Den övergripande beslutanderätten i ärenden som rör Allmänna arvsfonden ligger hos regeringen. Den 1 juli 1994 inrättades Arvsfondsdelegationen som organisatoriskt sorterar under Socialdepartementet. Arvsfondsdelegationen fördelar stöd ur fonden, följer upp projekt som beviljats stöd och informerar allmänheten om

fondens ändamål och medlens användningsområde. Om stödet bedöms överstiga 300 000 kronor eller om ärendet är av principiell betydelse eller annars av större vikt, överlämnas ärendet till regeringen för beslut.

Socialdepartementet ansvarar för handläggningen av arvsfondsärenden som rör barn under 12 år och för ärenden som rör personer med funktionshinder. Kulturdepartementet ansvarar för handläggningen av ärenden som rör ungdomar i åldrarna 12–25 år.

Regeringen har i skrivelse Redovisning av fördelningen av medel från Allmänna arvsfonden under budgetåret 1998 (1998/99:125) lämnat en fullständig redovisning av de medel som fördelats under berört budgetår och också lämnat förslag till kommande inriktning av stödet.

För budgetåret 1999 är det sammanlagda utdelningsbara beloppet ca 200 miljoner kronor.