9

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Förslag till statens budget för 2020

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

Tabellförteckning ... 6

Diagramförteckning ... 10

1 Förslag till riksdagsbeslut ... 13

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ... 15
- 2.1 Omfattning ... 15
- 2.2 Utgiftsutveckling ... 15
- 2.3 Skatteutgifter ... 16
- 2.4 Mål för utgiftsområdet ... 17

3 Hälso- och sjukvårdspolitik ... 19
- 3.1 Omfattning ... 19
- 3.2 Utgiftsutveckling ... 19
- 3.3 Mål för området ... 20
- 3.4 Resultatredovisning ... 20
  - 3.4.1 Resultatindikatorer och bedömningsgrunder ... 20
  - 3.4.2 Resultat ... 20
  - 3.4.3 Analys och slutsatser ... 46
  - 3.4.4 Tillkännagivanden ... 49
- 3.5 Den årliga revisionens iakttagelser ... 51
- 3.6 Politikens inriktning ... 51
- 3.7 Budgetförslag ... 58
  - 3.7.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ... 58
  - 3.7.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ... 59
  - 3.7.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ... 59
  - 3.7.4 1:4 Tandvårdsförmåner ... 60
  - 3.7.5 Internationellt samarbete för horisontspaning på nya läkemedel ... 61
  - 3.7.6 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna ... 61
  - 3.7.7 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård ... 62
  - 3.7.8 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden ... 65
  - 3.7.9 1:8 Bidrag till psykiatri ... 66
  - 3.7.10 1:9 Läkemedelsverket ... 68
  - 3.7.11 1:10 E-hälsomyndigheten ... 69

3.7.12 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna....70
3.7.13 8:1 Socialstyrelsen....71
3.7.14 8:2 Inspektionen för vård och omsorg....72
3.7.15 Övrig verksamhet....73

4 Folkhälsopolitik....75
4.1 Omfattning....75
4.2 Utgiftsutveckling....75
4.3 Mål för området....76
4.4 Resultatredovisning....76
4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder....76
4.4.2 Resultat....76
4.4.3 Analys och slutsatser....96
4.5 Politikens inriktning....96
4.6 Budgetförslag....103
4.6.1 2:1 Folkhälsomyndigheten....103
4.6.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap....104
4.6.3 2:3 Bidrag till WHO....106
4.6.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar....107
4.6.5 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel....107

5 Funktionshinderspolitik....109
5.1 Omfattning....109
5.2 Utgiftsutveckling....109
5.3 Mål för området....110
5.4 Resultatredovisning....110
5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder....110
5.4.2 Resultat....110
5.4.3 Analys och slutsatser....114
5.5 Politikens inriktning....114
5.5.1 En funktionshinderspolitik som utgår från mänskliga rättigheter....114
5.5.2 Styrningen av funktionshinderspolitiken....114
5.5.3 Förbättrad statistik om personer med funktionsnedsättning....115
5.5.4 Hjälpmedel och välfärdsteknik....115
5.5.5 Boende i gruppbostad eller i bostad med särskild service enligt LSS....115
5.6 Budgetförslag....115
5.6.1 3:1 Myndigheten för delaktighet....115
5.6.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer....116

6 Politik för sociala tjänster....117
6.1 Omfattning....117
6.2 Utgiftsutveckling....117
6.3 Mål för området....118
6.4 Förslag om nytt mål för området omsorg om äldre....118
6.5 Resultatredovisning....120
6.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder....120
6.5.2 Resultat....122

6.5.3 Analys och slutsatser ... 148
6.6 Politikens inriktning ... 153
6.6.1 Omsorg om äldre ... 154
6.6.2 Individ- och familjeomsorgen ... 155
6.6.3 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning ... 157
6.7 Budgetförslag ... 157
6.7.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ... 157
6.7.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet ... 158
6.7.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning ... 159
6.7.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning ... 160
6.7.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet ... 161
6.7.6 4:6 Statens institutionsstyrelse ... 163
6.7.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ... 164

7 Barnrättspolitik ... 167
7.1 Omfattning ... 167
7.2 Utgiftsutveckling ... 167
7.3 Mål för området ... 168
7.4 Resultatredovisning ... 168
7.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder ... 168
7.4.2 Resultat ... 168
7.4.3 Analys och slutsatser ... 173
7.5 Politikens inriktning ... 173
7.6 Budgetförslag ... 175
7.6.1 5:1 Barnombudsmannen ... 175
7.6.2 5:2 Barnets rättigheter ... 175

8 Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning ... 177
8.1 Omfattning ... 177
8.2 Utgiftsutveckling ... 177
8.3 Mål för området ... 178
8.4 Resultatredovisning ... 178
8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder ... 178
8.4.2 Resultat ... 178
8.4.3 Analys och slutsatser ... 179
8.5 Den årliga revisionens iakttagelser ... 179
8.6 Politikens inriktning ... 179
8.7 Budgetförslag ... 180
8.7.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning ... 180
8.7.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning ... 180

Bilaga International Horizon Scanning Initiative Membership Dossier

Tabellförteckning

Tabell 1.1	Anslagsbelopp	14
Tabell 1.2	Beställningsbemyndiganden	14
Tabell 2.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	15
Tabell 2.2	Härledning av ramnivån 2020–2022. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
Tabell 2.3	Ramnivå 2020 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
Tabell 2.4	Skatteutgifter	16
Tabell 3.1	Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik	19
Tabell 3.2	Hälso- och sjukvårdsutgifter 2012–2017	21
Tabell 3.3	Kostnader för läkemedel, 2012–2018	40
Tabell 3.4	Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd, 2009–2018	45
Tabell 3.5	Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	58
Tabell 3.6	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	58
Tabell 3.7	Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	59
Tabell 3.8	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	59
Tabell 3.9	Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	59
Tabell 3.10	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	60
Tabell 3.11	Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner	60
Tabell 3.12	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:4 Tandvårdsförmåner	60
Tabell 3.13	Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	61
Tabell 3.14	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	62
Tabell 3.15	Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	62
Tabell 3.16	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	65
Tabell 3.17	Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	65
Tabell 3.18	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	66
Tabell 3.19	Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri	66
Tabell 3.20	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:8 Bidrag till psykiatri	68
Tabell 3.21	Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket	68
Tabell 3.22	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:9 Läkemedelsverket	69
Tabell 3.23	Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten	69
Tabell 3.24	Offentligrättslig verksamhet	69
Tabell 3.25	Uppdragsverksamhet	69

Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:10 E-hälsomyndigheten ... 70
Tabell 3.27 Anslagsutveckling 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna ... 70
Tabell 3.28 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna ... 70
Tabell 3.29 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen ... 71
Tabell 3.30 Offentligrättslig verksamhet ... 71
Tabell 3.31 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 8:1 Socialstyrelsen ... 72
Tabell 3.32 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg ... 72
Tabell 3.33 Offentligrättslig verksamhet ... 72
Tabell 3.34 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg ... 73
Tabell 3.35 Offentligrättslig verksamhet ... 73
Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik ... 75
Tabell 4.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten ... 103
Tabell 4.3 Offentligrättslig verksamhet ... 103
Tabell 4.4 Uppdragsverksamhet ... 103
Tabell 4.5 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:1 Folkhälsomyndigheten ... 104
Tabell 4.6 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap ... 104
Tabell 4.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap ... 105
Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap ... 106
Tabell 4.9 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO ... 106
Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:3 Bidrag till WHO ... 106
Tabell 4.11 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar ... 107
Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar ... 107
Tabell 4.13 Anslagsutveckling 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel ... 107
Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel ... 108
Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom funktionshinderspolitik ... 109
Tabell 5.2 Andelen sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen. ... 111
Tabell 5.3 Andel ungdomar 16-29 år som varken arbetar eller studerar. ... 111
Tabell 5.4 Högsta utbildningsnivå, 2018 ... 111
Tabell 5.5 Inkomna anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning ... 112
Tabell 5.6 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet ... 115
Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 3:1 Myndigheten för delaktighet ... 115
Tabell 5.8 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer ... 116
Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer ... 116
Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster ... 118
Tabell 6.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre ... 125

Tabell 6.3 Antalet kvinnor och män med hemtjänst respektive plats i särskilt boende 126
Tabell 6.4 Personalkontinuitet inom hemtjänsten 127
Tabell 6.5 Väntetid till särskilt boende för äldre 127
Tabell 6.6 Antal kommuner med ett underskott på särskilda boendeformer för äldre 128
Tabell 6.7 Kvinnor och män med insats enligt LSS 2009–2018 143
Tabell 6.8 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd 157
Tabell 6.9 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd 158
Tabell 6.10 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet 158
Tabell 6.11 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet 159
Tabell 6.12 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning 159
Tabell 6.13 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning 160
Tabell 6.14 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning 160
Tabell 6.15 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning 161
Tabell 6.16 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet 161
Tabell 6.17 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet 162
Tabell 6.18 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet 162
Tabell 6.19 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse 163
Tabell 6.20 Uppdragsverksamhet 163
Tabell 6.21 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:6 Statens institutionsstyrelse 164
Tabell 6.22 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. 164
Tabell 6.23 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. 165
Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik 167
Tabell 7.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen 175
Tabell 7.3 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 5:1 Barnombudsmannen 175
Tabell 7.4 Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter 175
Tabell 7.5 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 5:2 Barnets rättigheter 176
Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom området 177
Tabell 8.2 Anslagsutveckling för 7:1 Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd: Förvaltning 180
Tabell 8.3 Uppdragsverksamhet 180
Tabell 8.4 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning 180
Tabell 8.5 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning 180

Tabell 8.6 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 7:2 Forskingsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning 181
Tabell 8.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning 181

Diagramförteckning

Diagram 3.1 Landstingens intäkter 2018, procentuellt fördelade på intäktsslag 21
Diagram 3.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2018, procentuellt fördelade på verksamhetsområde....21
Diagram 3.3 Andelen i befolkningen som instämmer helt eller delvis att de har tillgång till den sjukvård de behöver....22
Diagram 3.4 Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), kvinnor....24
Diagram 3.5 Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), män....24
Diagram 3.6 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), kvinnor....25
Diagram 3.7 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), män....25
Diagram 3.8 Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, kvinnor....25
Diagram 3.9 Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, män....25
Diagram 3.10 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, kvinnor....26
Diagram 3.11 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, män....26
Diagram 3.12 Uppfyllnadsgrad – Vårdgarantin – Operation/behandling inom 90 dagar 27
Diagram 3.13 Uppfyllnadsgrad – Besök – Vårdområden....28
Diagram 3.14 Antal legitimerade läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården....30
Diagram 3.15 Antal legitimerade sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvården....30
Diagram 3.16 Antalet legitimerade barnmorskor sysselsatta i hälso- och sjukvården....31
Diagram 3.17 Femårsöverlevnad cancer....34
Diagram 3.18 Kostnader för läkemedelsförmånerna 2008–2018....40
Diagram 3.19 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist för undersökning....45
Diagram 4.1 Återstående medellivslängd vid 0 års ålder, kvinnor och män, 2008–2018....77
Diagram 4.2 Återstående friska levnadsår (HLY) vid 0 års ålder, kvinnor och män, 2016....77
Diagram 4.3 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, kvinnor och män, 2009–2018....77
Diagram 4.4 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, utbildningsnivå, kvinnor, 2008–2017....78
Diagram 4.5 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, utbildningsnivå, män, 2008–2017....78
Diagram 4.6 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer 2008–2017....79
Diagram 4.7 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, 2008–2017....79
Diagram 4.8 Antal döda i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare, kvinnor och män, utbildningsnivå, 2017....79

Diagram 4.9 Antal fall per 100 000 invånare i hjärtinfarkt, kvinnor och män, 35–79 år, utbildningsnivå, 2017 79
Diagram 4.10 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet i bröstcancer, kvinnor, 35–79 år, utbildningsnivå, 2013–2017 80
Diagram 4.11 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet i prostatacancer, män, 35–79 år, utbildningsnivå, 2013–2017 80
Diagram 4.12 Andel som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande (baserat på GHQ5), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018 80
Diagram 4.13 Andel som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande (baserat på GHQ5), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018 80
Diagram 4.14 Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, utbildningsnivå, kvinnor 81
Diagram 4.15 Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, utbildningsnivå, män 81
Diagram 4.16 Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), kvinnor och män, 2009–2018 84
Diagram 4.17 Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, kvinnor och män, 2009–2018 84
Diagram 4.18 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, kvinnor och män, 16–84 år, 2009–2016, 2018 87
Diagram 4.19 Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker (0–1,3 gånger/dag), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018 87
Diagram 4.20 Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker (0–1,3 gånger/dag), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018 87
Diagram 4.21 Andel invånare i åldern 16–84 år som uppgav övervikt, fetma eller övervikt och fetma fördelat på kön under perioden 2009–2018 88
Diagram 4.22 Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka, kvinnor och män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2018 88
Diagram 4.23 Andel som anger att de sitter minst 10 timmar per dygn, kvinnor och män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2018 88
Diagram 4.24 Andelen elever i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 som använt nätdroger någon gång, 2012–2018 90
Diagram 4.25 Andel som anger att de har en riskkonsumtion av alkohol, kvinnor och män, 25–84 år, 2009–2018 90
Diagram 4.26 Andel som anger att de röker dagligen, kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018 90
Diagram 4.27 Andel som anger att de röker dagligen, män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018 91
Diagram 4.28 Andel som anger att de använt cannabis senaste 12 månaderna, kvinnor och män, 16–84 år, 2009–2016, 2018 91
Diagram 4.29 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet enligt alkoholindex (antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2013–2017 92

Diagram 4.30 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet enligt alkoholindex (antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2013–2017.....92
Diagram 4.31 Antal fall per 100 000 invånare i narkotikarelaterad dödlighet (dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2008–2017.....93
Diagram 4.32 Antal fall per 100 000 invånare i narkotikarelaterad dödlighet (dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2008–2017.....93
Diagram 6.1 Andel vuxna biståndsmottagare i befolkningen fördelat på inrikes och utrikes födda kvinnor respektive män.....136
Diagram 6.2 Statlig assistansersättning från Försäkringskassan och personlig assistans enligt LSS 2008–2018. Antal personer på vänster axel och utgifter i miljoner kronor på höger axel.....146

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringens förslag:

1. Riksdagen godkänner Sveriges medlemskap i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) och bemyndigar regeringen att under 2020–2027 för anslagen 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* och 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* besluta om en årlig medlemsavgift på högst 5 400 000 kronor respektive på högst 2 700 000 kronor (avsnitt 3.7.5).
2. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2020 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor (avsnitt 3.7.7).
3. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2020 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskaps-investeringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor (avsnitt 3.7.7).
4. Riksdagen godkänner att målen för den nationella äldrepolitiken kompletteras med ett femte mål (avsnitt 6.4).
5. Riksdagen anvisar ramanslagen för budget-året 2020 under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt tabell 1.1.
6. Riksdagen bemyndigar regeringen att under 2020 ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst de belopp och inom den tidsperiod som anges i tabell 1.2.

Tabell 1.1 Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag		
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	37 320
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	87 923
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	152 349
1:4	Tandvårdsförmåner	7 069 781
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	29 680 000
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	9 257 886
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	498 187
1:8	Bidrag till psykiatri	2 160 393
1:9	Läkemedelsverket	149 768
1:10	E-hälsomyndigheten	119 603
1:11	Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna	2 900 000
2:1	Folkhälsomyndigheten	434 599
2:2	Insatser för vaccinberedskap	88 500
2:3	Bidrag till WHO	45 665
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	75 502
3:1	Myndigheten för delaktighet	60 896
3:2	Bidrag till funktionshindersorganisationer	188 742
4:1	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	27 598
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	797 514
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	263 395
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	24 450 971
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	1 427 490
4:6	Statens institutionsstyrelse	1 157 143
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	749 351
5:1	Barnombudsmannen	26 257
5:2	Barnets rättigheter	22 261
6:1	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	95 629
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	36 488
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	661 503
8:1	Socialstyrelsen	699 850
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	744 578
Summa		**84 167 142**

Tabell 1.2 Beställningsbemyndiganden

Tusental kronor

Anslag		Beställnings-bemyndigande	Tidsperiod
2:2	Insatser för vaccinberedskap	405 000	2021-2023
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	770 000	2021-2023
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	2 800 000	2021-2026
	Summa beställningsbemyndiganden under utgiftsområdet	**3 975 000**	

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

2.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar områdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik, Funktionshinderspolitik, Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning samt Barnrättspolitik.

Utgiftsområdet omfattar även anslagen 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* och 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning*.

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Hälso- och sjukvårdspolitik	45 255	50 346	50 213	**53 557**	52 847	50 016
Folkhälsopolitik	762	768	763	**740**	737	743
Funktionshinderspolitik	249	249	249	**250**	251	252
Politik för sociala tjänster	31 495	29 468	27 768	**28 873**	28 684	28 719
Barnrättspolitik	46	48	48	**49**	49	49
Forskningspolitik	612	667	660	**698**	699	699
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	**78 418**	**81 545**	**79 701**	**84 167**	**83 266**	**80 477**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2020–2022. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**81 277**	**81 277**	**81 277**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	83	138	193
Beslut	3 441	2 162	-2 025
Varav BP20 [3]	2 159	2 347	2 429
Övriga makroekonomiska förutsättningar	380	227	209
Volymer	-1 002	-498	869
Överföring till/från andra utgiftsområden		-1	-1
Varav BP20 [3]			
Övrigt	-13	-40	-45
Ny ramnivå	**84 167**	**83 266**	**80 477**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Tabell 2.3 Ramnivå 2020 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2020
Transfereringar [1]	78 988
Verksamhetsutgifter [2]	5 158
Investeringar [3]	21
Summa ramnivå	**84 167**

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2018 samt kända förändringar av anslagens användning.
[1] Med transfereringar avses inkomstöverföringar, dvs. utbetalningar av bidrag från staten till exempelvis hushåll, företag eller kommuner utan att staten erhåller någon direkt motprestation.
[2] Med verksamhetsutgifter avses resurser som statliga myndigheter använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.
[3] Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

2.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på budgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. En skatteutgift uppstår om skatteuttaget för en viss grupp eller en viss kategori av skattebetalare är lägre än vad som är förenligt med normen inom ett visst skatteslag. Förutom skatteutgifter redovisas i förekommande fall även skattesanktioner, där skatteuttaget är högre än den angivna normen inom skatteslaget.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika områden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar budgetens saldo och kan därför jämställas med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna har redovisats i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2019 (skr. 2018/19:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

Tabell 2.4 Skatteutgifter

Miljoner kronor

	Prognos 2019	Prognos 2020
Nedsatt förmånsvärde alkolås	-	-
Läkemedel	2 480	2 530
Totalt för utgiftsområde 9	**2 480**	**2 530**

Ett ”-” innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

Nedsatt förmånsvärde alkolås

Enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229) ska förmåner som fås på grund av tjänst tas upp till beskattning i inkomstslaget tjänst. Bilförmån är en sådan förmån som ska tas upp till beskattning. Extrautrustning i bilen höjer förmånsvärdet. För att få till stånd en ökad användning av alkolås i fordon undantas alkolås från den extrautrustning som höjer förmånsvärdet (61 kap. 8 § inkomstskattelagen). Skatteutgiften utgörs av skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

Läkemedel

För läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt enligt 3 kap. 23 § och 10 kap. 11 § mervärdesskattelagen (1994:200). Det innebär att försäljningen är undantagen från mervärdesskatt men att ingående mervärdesskatt är avdragsgill. (Icke receptbelagda läkemedel beskattas med normal skattesats.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

2.4 Mål för utgiftsområdet

I det följande redovisas de mål som gäller för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg och underliggande områden.

Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 3)

– Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

Folkhälsopolitik (avsnitt 4)

– Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).
– Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203).
– Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Funktionshinderspolitik (avsnitt 5 och 6)

– Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Politiken för sociala tjänster (avsnitt 6)

Omsorg om äldre
Äldre ska
– 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 (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Individ- och familjeomsorg
Målet är
– att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
– att stärka skyddet för utsatta barn (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Personer med funktionsnedsättning
– Målet är att med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Barnrättspolitik (avsnitt 7)

– Barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Forskningspolitik (avsnitt 8)

– Målet redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning avsnitt 6.2 Mål för området.

3 Hälso- och sjukvårdspolitik

3.1 Omfattning

Hälso- och sjukvårdspolitiken omfattar statliga insatser riktade mot hälso- och sjukvården.

De anslag som omfattas av avsnittet rör tandvårdsförmåner, läkemedelsförmåner, bidrag till folkhälsa och sjukvård, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till psykiatri samt prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna.

Avsnittet omfattar även anslag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket, E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Myndigheternas verksamheter rör i vissa avseenden flera avsnitt under utgiftsområdet.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Hälso- och sjukvårdspolitik						
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	35	36	36	**37**	38	39
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	79	84	85	**88**	89	91
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	142	145	146	**152**	155	157
1:4 Tandvårdsförmåner	6 457	6 772	6 823	**7 070**	7 241	7 422
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	27 067	28 419	28 428	**29 680**	29 680	29 680
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	7 711	8 949	8 827	**9 258**	9 389	6 346
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	493	519	492	**498**	505	511
1:8 Bidrag till psykiatri	1 634	2 113	2 073	**2 160**	1 033	1 033
1:9 Läkemedelsverket	134	137	136	**150**	156	158
1:10 E-hälsomyndigheten	141	118	117	**120**	121	123
1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna		1 620	1 620	**2 900**	3 000	3 000
8:1 Socialstyrelsen	671	664	679	**700**	685	691
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	690	771	751	**745**	756	766
Summa Hälso- och sjukvårdspolitik	**45 255**	**50 346**	**50 213**	**53 558**	**52 848**	**50 016**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

3.3 Mål för området

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Behovens storlek ska styra vårdens prioriteringar. Patienten ska också ges möjlighet att delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden för en patientcentrerad vård.

En samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård till befolkningen. En hälso- och sjukvård av god kvalitet innebär bl.a. att den ska baseras på bästa tillgängliga kunskap.

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor, män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen.

En vård som är tillgänglig i alla delar av landet innebär bl.a. att den är lätt att komma i kontakt med och att vården ges i rimlig tid.

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken bidrar också till Sveriges genomförande av mål och delmål i FN:s Agenda 2030, särskilt mål 3 God hälsa och välbefinnande, mål 5 Jämställdhet och mål 10 Minskad ojämlikhet.

3.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen avser att belysa hur de statliga insatserna bidragit till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Strukturen på resultatredovisningen utgår från olika verksamhetsområden. Under rubriken Analys och slutsatser behandlas resultaten i förhållande till målet, dvs. att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet och att en sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

3.4.1 Resultatindikatorer och bedömningsgrunder

Måluppfyllelsen inom hälso- och sjukvårdspolitiken bedöms bl.a. utifrån följande indikatorer:

- undvikbara slutenvårdstillfällen och sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall,
- dödlighet efter diagnos i några av de stora sjukdomsgrupperna,
- omdömen avseende centrala aspekter inom hälso- och sjukvården,
- väntetider inom hälso- och sjukvården, och besöksfrekvens inom tandvården.

Indikatorn undvikbara slutenvårdstillfällen mäts som vårdtillfällen inom slutenvården som orsakats av utvalda sjukdomstillstånd och som enligt bedömningen hade kunnat undvikas. Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Vad gäller indikatorn omdömen avseende centrala aspekter inom hälso- och sjukvården avses t.ex. patientupplevd kvalitet i primärvården och upplevd tillgång till sjukvård. Där det är möjligt redovisas resultaten uppdelat på kön, ålder och socioekonomi. Indikatorer och bedömningsgrunder som används för att följa upp måluppfyllelsen bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer.

3.4.2 Resultat

Hälso- och sjukvården utgår till stor del från den kommunala självstyrelsen

Statens ansvar för hälso- och sjukvården omfattar att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet. Landstingen och i viss utsträckning kommunerna har ett primärt ansvar för hälso- och sjukvårdens planering, drift och finansiering.

Det delade ansvaret för hälso- och sjukvården avspeglas i tabell 3.2 som redovisar utgiftsutvecklingen inom området. De totala utgifterna för hälso- och sjukvården som del av BNP har legat relativt konstant de senaste åren, se tabellen nedan.

Tabell 3.2 Hälso- och sjukvårdsutgifter 2012–2017

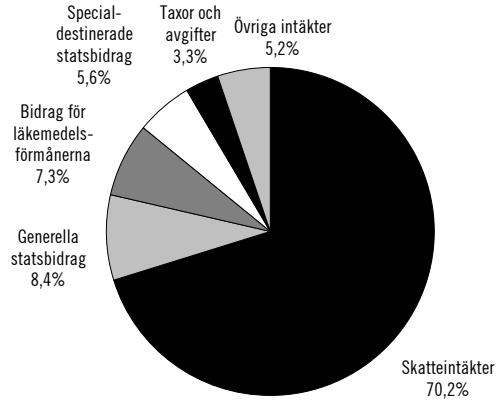
Miljarder kronor, löpande priser (andel i procent av utgifterna för offentlig sektor)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017[1]
Offentlig sektor[2]	337,0 (84)	348,9 (83)	365,6 (83)	385,3 (83)	401,4 (83)	422,3 (84)
Varav staten	6,6 (2)	7,0 (2)	7,0 (2)	7,0 (2)	7,3 (2)	7,7 (2)
Varav kommuner	101,3 (30)	105,5 (30)	110,5 (30)	116,7 (30)	120,9 (30)	128,6 (30)
Varav landsting	229,1 (68)	236,4 (68)	248,1 (68)	261,7 (68)	273,2 (68)	285,9 (68)
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	2,0 (0)	2,4 (1)	2,5 (1)	2,7 (1)	2,9 (1)	3,2 (1)
Hushållens ideella organisationer	0,3 (0)	0,3 (0)	0,6 (0)	0,6 (0)	0,6 (0)	0,7 (0)
Företag	1,7 (0)	1,8 (0)	1,8 (0)	2,1 (0)	2,5 (1)	2,5 (0)
Hushållens utgifter ur egen ficka	62,1 (15)	65,0 (16)	68,0 (16)	71,6 (15)	73,8 (15)	75,8 (15)
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	**403,1**	**418,4**	**438,5**	**462,3**	**481,2**	**504,5**
Andel av bruttonationalprodukt (BNP)	10,8	11,1	11,1	11,0	11,0	11,0

[1] Uppgifterna är baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.
[2] Offentlig sektor är en delsumma baserad på uppgifterna för stat, landsting och kommuner. Andelen för stat, landsting och kommuner baseras följaktligen på delsumman för offentlig sektor som nämnare.
Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna)

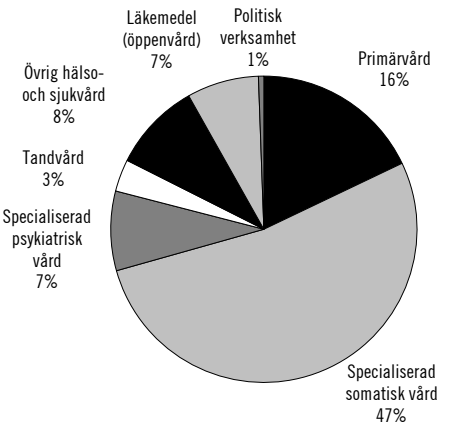
I diagram 3.1 redovisas fördelningen av landstingens intäkter och i diagram 3.2 redovisas fördelningen av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård. Av landstingens totala kostnader 2018 uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvård till cirka 90 procent. Skatteintäkter och avgifter finansierar 80 procent av verksamheterna.

Diagram 3.1 Landstingens intäkter 2018, procentuellt fördelade på intäktsslag



Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

Diagram 3.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2018, procentuellt fördelade på verksamhetsområde



Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har vägt samman olika mått som mäts inom ramen för den nationella patientenkäten, 2016–2018, för att få en bild av om vården är patientcentrerad. Resultatet visar att ca 80 procent av patienterna instämmer i att vårdmötet är personcentrerat. Ålder och självskattad hälsa har betydelse för hur vårdmötet uppfattas. Äldre personer är mer positiva än yngre och patienter med god självskattad hälsa är mer positiva än personer med dålig självskattad hälsa.

Delaktighet i vården

När det gäller delaktighet för patienter visar uppföljningar att Sverige får sämre resultat jämfört

med andra länder. Den internationella studien International Health Policy visar till exempel att patienter i Sverige i mindre utsträckning har diskuterat målsättningar, prioriteringar och olika behandlingsalternativ i kontakt med hälso- och sjukvården. Undersökningen visar också att bara hälften av patienterna fick skriftlig information om vad de skulle göra när de kom hem och vilka symtom de skulle hålla uppsikt över efter en sjukhusvistelse. Samordning och kontinuitet är också områden där den svenska hälso- och sjukvården uppvisar sämre resultat än andra länder som ingår i undersökningen.

När förutsättningar för patientdelaktighet brister och vårdinsatser inte anpassas efter patientens behov finns en risk för att förtroendet för vården minskar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter i rapporten Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården fram att tillgänglighet, samordning och kontinuitet är avgörande för befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården.

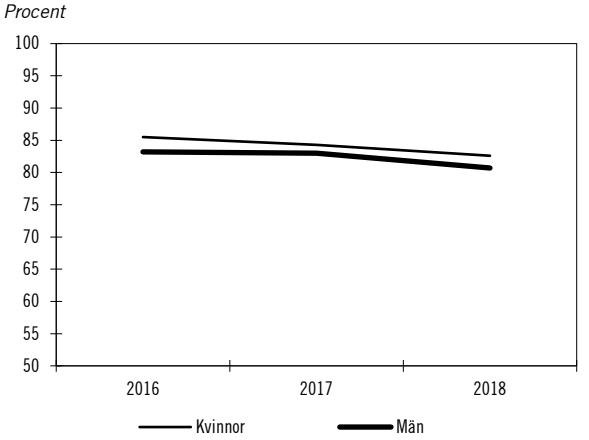
Förtroendet för hälso- och sjukvården varierar

Förtroende för och attityder till vården mäts årligen av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Undersökningen görs bland invånare i åldrarna 18–80 år eller äldre. En sammanställning av resultaten från 2018 visar att sex av tio invånare har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården som helhet i det egna landstinget, män har något högre förtroende än kvinnor (62 procent jämfört med 59 procent). Vården som bedrivs på sjukhusen har dock ett större förtroende hos befolkningen än vården som bedrivs på vårdcentralerna. Resultaten skiljer sig också relativt mycket åt mellan de olika landstingen, från 51 procent bland invånare i Västernorrland till mer än 70 procent i Jönköping och Kalmar.

Personer som upplever att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd har högre förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet (två av tre har ett stort eller mycket stort förtroende) än personer som anser att de har ett dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd (fyra av tio har ett stort eller mycket stort förtroende).

Åtta av tio invånare anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver (drygt 82 procent av kvinnorna och knappt 81 procent av männen). Personer med bra eller någorlunda bra hälsotillstånd samt personer som är 70 år eller äldre är i något högre grad än övriga nöjda med tillgången till hälso- och sjukvård. Personer som är födda i Sverige eller övriga Norden är mer nöjda än de som är födda utanför Norden.

Diagram 3.3 Andelen i befolkningen som instämmer helt eller delvis att de har tillgång till den sjukvård de behöver



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Hälso- och sjukhusbarometern.

Av Hälso- och sjukvårdsbarometern framgår vidare att 55 procent av männen och 45 procent av kvinnorna som svarat 2018 anser att vården ges på lika villkor och efter behov. Det är en signifikant lägre siffra än året innan då 61 procent av männen och 52 procent av kvinnorna ansåg att vård ges på lika villkor. Andelen som uppfattar att vården ges på lika villkor har minskat i samtliga landsting sedan den förra mätningen och minskningen är störst i Blekinge och Uppsala. Invånare på Gotland uppger i högst utsträckning att de uppfattar att vården ges på lika villkor.

I vårdbarometern ingår även mätningar av förtroende för 1177 Vårdguiden. Andelen i riket som har förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa via webben fortsätter att öka, från 64 procent för kvinnor och 57 procent för män 2016 och 66 procent för kvinnor och 59 procent för män 2017, till knappt 68 procent för kvinnor och 61 procent för män i 2018 års undersökning. Förtroendet för 1177 via webben är som högst i de yngsta åldersgrupperna (18–39 år) medan förtroendet för 1177 via telefon är som högst i de äldsta åldersgrupperna (70 år eller äldre).

Hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen

Regeringen har vidtagit ett antal insatser i syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen. En redogörelse för dessa återfinns i utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Nationell uppföljning av vårdens resultat och processer för jämlik och jämställd vård

En förutsättning för uppföljning av vårdens resultat och processer för jämlik och jämställd vård är de hälsodataregister som Socialstyrelsen ansvarar för och som möjliggör uppföljning, analys och rapportering om hälsa och sociala förhållanden. Tillsammans med huvudmännens egna (ofta diagnosspecifika) kvalitetsregister utgör registren huvudkällor till öppen redovisning av sjukvårdens och äldreomsorgens resultat, bland annat i Socialstyrelsens öppna jämförelser och utvärderingar av vårdens kvalitet i relation till de nationella riktlinjerna. Därutöver utgör registren värdefulla källor för forskning och innovation.

För 2019 ingick staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en ettårig överenskommelse med syfte att ge kvalitetsregister och registerhållare förutsättningar att behålla den utveckling som åstadkommits inom ramen för tidigare satsningar. Satsningarna på kvalitetsregistren har exempelvis lett till en ökad inrapportering och förbättringar på forskningsområdet, t.ex. har forskning baserad på kvalitetsregister ökat markant 2012–2016 mätt genom vetenskapliga publikationer i peer-review-tidskrifter.

Dock finns utvecklingsområden kvar att arbeta med för en förbättrad uppföljning för jämlik och jämställd vård. Viktiga områden är bland annat fortsatt utveckling av nationella kvalitetsregister, förbättrad tillgänglighet och utvecklad uppföljning av väntetider, standardiserade variabler, patientrapporterade mått samt tydligare integration både mellan journalsystem och kvalitetsregister och mellan register. Patienter bör få bättre tillgång till relevant information som registreras i kvalitetsregister. Centralt är också att följa och anpassa uppföljningen till omställningen som pågår till en mer nära hälso- och sjukvård.

Goda resultat inom hälso- och sjukvården men brister i jämlikhet

I internationell jämförelse står sig den svenska sjukvården bra. Inom flera områden uppvisar hälso- och sjukvården i Sverige även förbättrade resultat de senaste åren. Exempelvis överlever fler patienter som drabbas av hjärtinfarkt eller cancer. Inom flera områden finns dock fortfarande betydande könsskillnader, regionala skillnader och ojämlikheter utifrån socioekonomi, exempelvis personer med kort utbildning, personer med funktionsnedsättning och utlandsfödda personer. Det är därför av stor vikt att hälso- och sjukvården fortsatt arbetar aktivt med att uppmärksamma och utveckla arbetet för att motverka omotiverade skillnader.

Skillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå är tydligast för indikatorer som påverkas av faktorer som delvis ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll, som livsvillkor relaterade till bland annat arbetsliv och boende. Detta har i sin tur betydelse för andra bestämningsfaktorer för hälsan, exempelvis levnadsvanor och sociala kontakter. Skillnader i kunskap samt ekonomiska och sociala förutsättningar kan även påverka efterfrågan på hälso- och sjukvård som inte är direkt kopplad till skillnader i vårdbehov.

Öppna jämförelser av kvaliteten inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av kvaliteten inom hälso- och sjukvården. För att fastställa om skillnaderna beror på ojämlik hälso- och sjukvård behövs dock ofta fördjupade analyser. Inom uppdraget ligger därför också att ta fram särskilda öppna jämförelser av jämlik vård.

Under 2017 publicerades en kartläggning med fokus på vården efter förlossning. Här görs det tydligt att det finns omotiverade regionala skillnader och att det inom flera områden behövs mer kompetens för att kunna erbjuda en jämlik och individanpassad vård – exempelvis kopplat till språkliga och kulturella skillnader.

Att se till att alla kvinnor får en trygg och säker förlossning och att skapa en sammanhållen vårdkedja mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård samt att stärka sjukvården som ansvarar för vård till kvinnor i övrigt är prioriterade frågor för regeringen.

Under 2018 och 2019 har Socialstyrelsen publicerat rapporter som särskilt belyser vård och omsorg om äldre. Det framkommer bland annat att psykisk ohälsa är vanligare hos personer som är över 65 år än hos personer som är mellan 18 och 64 år. Rapporterna visar även att det finns stora regionala skillnader, exempelvis i läkemedelsanvändning och dokumentation av skyddsåtgärder. Det behövs dock fler analyser lokalt och regionalt för att bättre förstå orsaker till skillnaderna.

Socialstyrelsen har även genomfört en kartläggning av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens behov av kunskapsstöd om lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Den

visar att kunskapen om den s.k. minoritetslagen fortfarande är bristfällig i många av Sveriges kommuner och landsting. Kartläggningen identifierar ett antal faktorer som försvårar det kunskapshöjande arbetet och på andra sätt påverkar minoritetslagens genomslag inom bl.a. hälso- och sjukvården. Det framkommer exempelvis att det saknas förståelse för varför de nationella minoriteterna har särskilda rättigheter och att det råder brist på personal med minoritetsspråks- och minoritetskulturskompetens.

Resultat för stora sjukdomsgrupper illustrerar utvecklingen inom hälso- och sjukvården

För att illustrera utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet presenteras i det följande stycket resultat utifrån de vanligaste sjukdomsrelaterade dödsorsakerna i Sverige (se även avsnitt 4 Folkhälsopolitik).

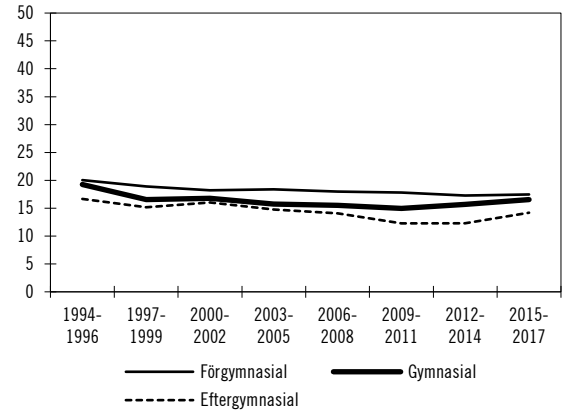
Dödligheten i olika sjukdomar ser olika ut för kvinnor och män. Exempelvis har män en tydligt högre förtida dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom och stroke medan dödligheten i psykiatriska sjukdomar (enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister) är dubbelt så hög för kvinnor som för män. Även om det förekommer könsspecifika skillnader går merparten av skillnaden i dödlighet mellan kvinnor och män att härleda till stora folksjukdomar där den åldersstandardiserade dödligheten är högre bland män. Under 2017 var den åldersstandardiserade dödligheten per 100 000 män drygt 98 jämfört med knappt 69 för kvinnor.

För indikatorer som avgränsas till enskilda patientgrupper eller behandlingar och därför påverkas i högre grad av kvaliteten, uppvisar hälso- och sjukvården på övergripande nivå oftast mindre skillnader mellan grupper, exempelvis dödlighet efter att en person fått en stroke eller hjärtinfarkt. Dock finns fortfarande brister i det medicinska omhändertagandet inom vissa grupper. Exempelvis får patienter med allvarlig psykisk sjukdom i mindre grad än psykiskt friska ett adekvat medicinskt omhändertagande vid somatisk sjukdom och kvinnor med insatser enligt LSS som insjuknar i bröstcancer får oftare sin diagnos i ett senare skede än andra bröstcancerpatienter.

I diagram 3.4 och 3.5 visas andelen patienter som dog inom 90 dagar efter en förstagångsstroke. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Därför fångar den även in effekter av samverkan mellan landstingens olika verksamheter och kommunernas hälso- och sjukvård. En åldersstandardiserad jämförelse visar att andelen patienter som dog inom 90 dagar efter en förstagångsstroke har sjunkit under en längre tid men de senaste åren legat på ungefär samma nivå, kring 20 procent. Den åldersstandardiserade dödligheten inom 90 dagar är de flesta år något högre bland kvinnor än bland män. För respektive kön har andelen döda bland personer med kortare utbildning varit generellt högre sedan år 2000 och ingen tydlig minskning av skillnaden ses över tid.

Diagram 3.4 Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), kvinnor

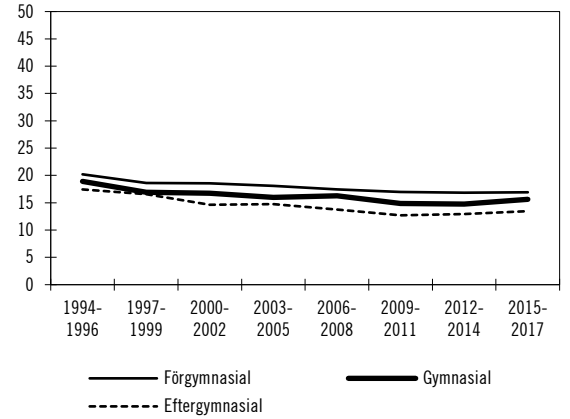
Procent



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 3.5 Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), män

Procent



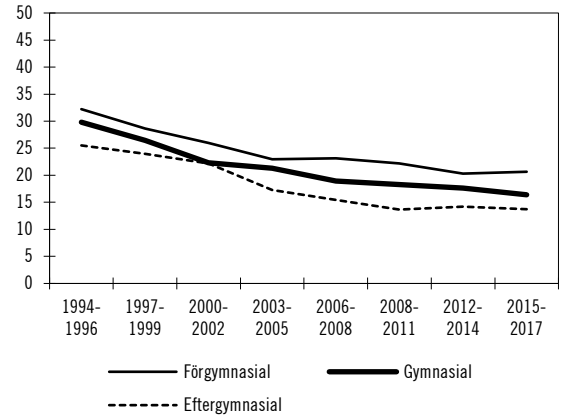
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (diagram 3.6 och 3.7) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Även det måttet syftar till att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan. Värdena för riket har kontinuerligt förbättrats sedan början av 1990-talet, även om en utplaning kan ses för de senare perioderna – dock är värdet 2017 för första gången under

25 procent. Skillnaderna mellan könen har minskat och är lägst för den senaste perioden 2015–2017. Bland både kvinnor och män i åldern 35 till 79 år med endast förgymnasial utbildning avled omkring 20 procent inom 28 dagar 2017. Motsvarande andel för personer med eftergymnasial utbildning är 14 procent.

Diagram 3.6 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), kvinnor

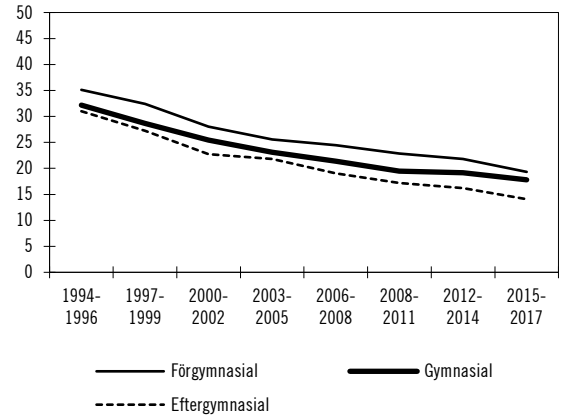
Procent



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 3.7 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), män

Procent



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

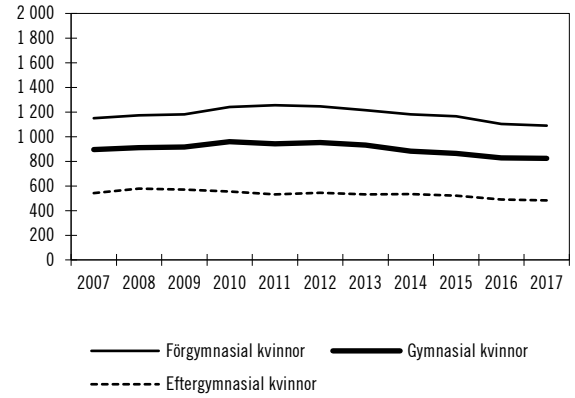
Positiv utveckling i hälso- och sjukvården trots vissa ojämlikheter och problem

Hälso- och sjukvården kännetecknas av en positiv utveckling i stort, bl.a. vad gäller medicinska resultat, trots vissa konstaterade ojämlikheter och problem. Detta styrks bl.a. av sammanfattande indikatorer som tagits fram för att följa utvecklingen på en övergripande nivå.

Indikatorerna påverkbar slutenvård och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet visar på skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå. Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett väl fungerande omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården för att på så vis förhindra att sjukhusvård behövs. Antalet påverkbara slutenvårdsbesök vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL under 2017 var totalt 686 per 100 000 invånare i hela riket, vilket är en nedgång med drygt 16 fall jämfört med 2016 (se diagram 3.8 och 3.9). För samtliga utbildningsgrupper vårdas män i högre utsträckning än kvinnor inom slutenvården. Oavsett kön är det vanligast med påverkbar slutenvård för kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning. Antalet slutenvårdsperioder har dock minskat för samtliga grupper de senaste åren.

Diagram 3.8 Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, kvinnor

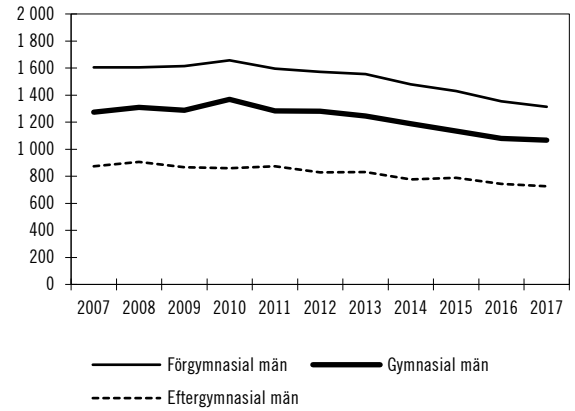
Antal



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 3.9 Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, män

Antal



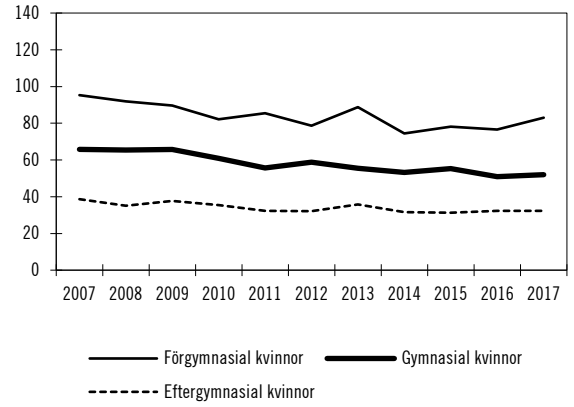
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som i högre utsträckning bedöms vara möjliga att påverka med

medicinska insatser. Exempel på diagnoser som ingår är hjärtinfarkt, stroke, diabetes, lunginflammation och olika typer av cancer. Totalt sett utgjorde dödsfall till följd av dessa diagnoser nära en tredjedel av alla dödsfall före 75 års ålder 2017 (diagram 3.10 och 3.11). Denna andel har minskat över tid, främst till följd av en minskad dödlighet i hjärtinfarkt och stroke. Män har en högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet än kvinnor i samtliga utbildningsnivågrupper.

Diagram 3.10 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, kvinnor

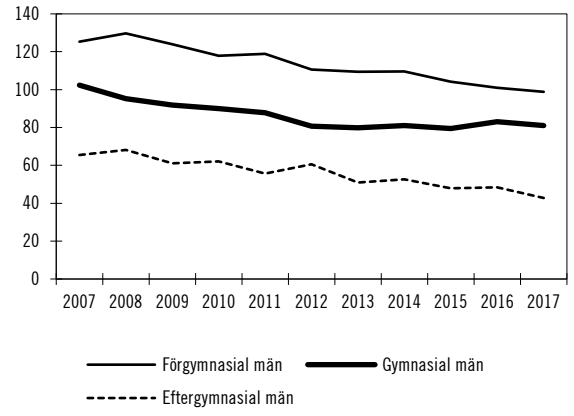
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 3.11 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, män

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Överenskommelser med betydelse för jämställdhetsarbetet

Regeringen har ingått flera överenskommelser med SKL som har relevans för jämställdhetsarbetet inom hälso- och sjukvården, bl.a. den som rör förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Målen är att uppnå en mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningssjukvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård, som bidrar till att främja kvinnors hälsa. Regeringen och SKL har för 2018–2020 även ingått en övergripande överenskommelse för att stärka jämställdhetsarbetet på lokal och regional nivå, som berör både landsting och kommuner. Överenskommelsen ska bidra till att knyta samman den nationella nivån med det arbete som bedrivs lokalt och regionalt samt att SKL ska utveckla särskilda insatser för att uppnå målet om jämställd hälsa och målet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar

En sällsynt sjukdom är enligt de svenska kriterierna en sjukdom som drabbar högst 100 personer per en miljon invånare. Samtidigt som varje sjukdom är sällsynt i sig är antalet sällsynta sjukdomar stort och ökar, bl.a. till följd av förbättrad diagnostik och kunskap. Mellan 3 och 5 procent av den svenska befolkningen beräknas ha en sällsynt diagnos. Dessa tillstånd är inte sällan obotliga och kräver i de fallen livslång vård och behandling.

Regeringen beslutade i maj 2019 att fortsätta arbetet inom ramen för en långsiktig satsning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar. Satsningen syftar till att stärka de befintliga vårdstrukturerna, stärka och utveckla den nationella samordningen samt stärka patientperspektivet när det gäller vård och behandling av personer med sällsynta sjukdomar. Inom ramen för satsningen tillfördes 2019 varje centrum för sällsynta diagnoser medel. Vidare tilldelades medel till SKL för arbete med den nationella samordningen av sällsynta diagnoser och till Socialstyrelsen för att fördelas till organisationer inom området.

Steg för bättre hälsa bland transpersoner

Den 30 augusti 2018 beslutade regeringen om att inhämta Lagrådets synpunkter på förslag till ny lag om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ny lag om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. Lagrådet avstyrkte regeringens förslag och framförde allvarlig kritik.

Regeringens högt ställda ambitioner om att ge transpersoner makt över sina liv och sin identitet kvarstår. Transpersoner drabbas i högre grad än samhället i stort av psykisk ohälsa. Regeringens ambition är att stärka individens integritet och makten över sitt eget liv.

Regeringen kommer att inhämta nödvändigt beredningsunderlag för att arbeta fram ett reviderat lagförslag.

Tillgänglighet i vården

Vården ska vara lätt tillgänglig. En tillgänglig vård innebär bl.a. en vård som är lätt att komma i kontakt med och som ges i rimlig tid. Att vården har en handlingsplan är också en viktig förutsättning för ett systematiskt tillgänglighetsarbete. Enligt Socialstyrelsen har t.ex. omkring 25 procent av vårdcentralerna tagit fram en handlingsplan för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Väntetiderna till vården innebär en fortsatt utmaning för svensk hälso- och sjukvård.

Den nationella vårdgarantin

Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta för att komma i kontakt med vården och få den vård som behövs. För besök i specialistvården handlar det om att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården. Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar. Inom primärvården gäller sedan den 1 januari 2019 en förstärkt vårdgaranti, som innebär att patienten ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar från det att kontakt sökts med primärvården. Tillgänglighetsgarantin, som innebär att en patient ska komma i kontakt med primärvården samma dag som kontakt sökts, är densamma som förut.

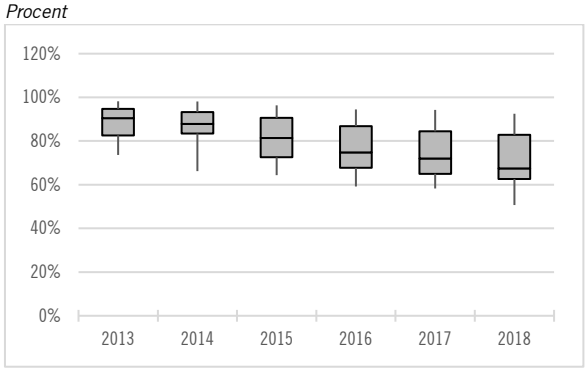
Andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser har minskat sedan 2014. Detta gäller för alla fyra tidsgränser i vårdgarantin. Det innebär att allt fler patienter väntar en längre tid på vård i dag. Under 2018 fick 87 procent telefonkontakt med primärvården samma dag, jämfört med 92 procent 2013. Under våren 2019 fick 82 procent av kvinnorna respektive männen en medicinsk bedömning inom tre dagar, i enlighet med den nya förstärkta vårdgarantin.

I december 2018 hade 79 procent av kvinnorna respektive männen som väntade på vård väntat kortare än 90 dagar på ett läkarbesök inom den specialiserade vården. Jämförbara siffror för 2013 var 89 procent för båda könen. I december 2018 hade 72 procent av kvinnorna och 71 procent av männen som väntade på vård väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd inom den specialiserade vården. Jämförbara siffror för 2013 var 91 procent för kvinnorna och 89 procent för männen.

Antalet patienter som väntat längre än vårdgarantins gränser ökar. Mellan 2013 och 2018 har medelvärdet för antalet patienter som väntat längre än 90 dagar på ett planerat besök inom specialistvården ökat med 120 procent. Samtidigt får fortfarande många vård snabbt, medianen för antalet väntedagar för ett genomfört besök var 29 dagar i december 2013 och 27 dagar i december 2018. För operationer och behandlingar uppgick antalet medianväntedagar till 33 respektive 36 för 2013 och 2018.

Väntetiderna i vården varierar mycket mellan olika specialistområden och mellan olika landsting. År 2018 var skillnaden mellan landstingen med bäst respektive sämst efterlevnad av vårdgarantins tidsgränser 33 procentenheter. Skillnaderna i måluppfyllelse mellan landstingen ser ut att ha ökat över tid från 2013 till 2018, allra mest vad gäller att komma till operation eller behandling inom 90 dagar. År 2013 var skillnaden i uppfyllnadsgrad mellan landstingen 24 procentenheter. År 2018 var motsvarande skillnad 41 procentenheter, se diagram 3.12 nedan.

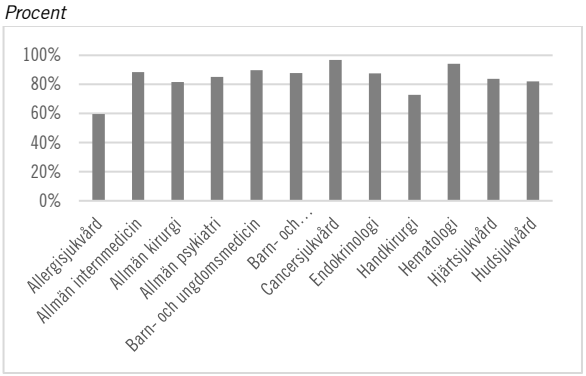
Diagram 3.12 Uppfyllnadsgrad – Vårdgarantin – Operation/behandling inom 90 dagar



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Vad gäller olika specialistområden varierade väntetiderna i december 2018 från 60 procent genomförda besök inom 90 dagar inom allergisjukvården till 98 procent inom cancervården, se diagram 3.13 nedan.

Diagram 3.13 Uppfyllnadsgrad – Besök – Vårdområden



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Att köerna till vården växer har olika orsaker. En anledning är att befolkningen växer och att andelen äldre ökar och att fler människor därför är i behov av vård.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att göra årliga mätningar av väntetider inom hälso- och sjukvården samt att göra särskilda mätningar vid sjukhusbundna akutmottagningar. I det uppdrag som gavs i maj 2018 ingick även att göra tematiska mätningar av väntetider inom sjukdomsområden med särskilt långa väntetider och utifrån dessa erbjuda huvudmännen stöd i förbättringsarbetet. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i april 2019. Den studie av fyra landsting som gjorts inom ramen för uppdraget pekar på betydelsen av att ledningen förmår skapa ett gemensamt förhållningssätt till väntetider i hela organisationen. Studien visade också att tydliga regelverk och stödfunktioner är viktiga för att omsätta mål och visioner till handling. För att kunna få ett bättre grepp om sambanden mellan väntetider, resurser och produktion efterfrågade landstingen mer stöd för analyser av de data som samlas in.

För 2019 finns ett särskilt anslag om 1,62 miljarder kronor för prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kom i juni 2019 överens om att fördela 1,61 miljarder kronor till en ny, uppdaterad kömiljard. Överenskommelsen syftar till att öka tillgängligheten och korta väntetiderna i vården. Landstingen får del av överenskommelsens medel om de kortar väntetiderna till besök inom specialistvården eller till operation, jämfört med föregående år. Jämförelsen görs inom det egna landstinget. Den nya modellen tar på så vis hänsyn till varje landstings specifika förutsättningar.

Av medlen i överenskommelsen betalades 320 miljoner kronor ut till landstingen i juni 2019 och är avsedda att bl.a. användas till förbättrad inrapportering av statistik om väntetider. Det är viktigt för att i större utsträckning kunna ta hänsyn till behoven hos patienter med kroniska sjukdomar.

Av medlen kommer 1,28 miljarder kronor att betalas ut i december 2019, direkt baserat på förbättringar i form av kortare väntetider inom specialistvården. Landstingen kan även kvalificera sig till att ta del av medlen genom att ha en hög uppfyllnadsgrad av vårdgarantin inom specialistvården.

Utveckling av uppföljning av väntetider

Uppföljningen av väntetider behöver utvecklas för att kunna följa upp olika aspekter av tillgänglighet. Det är även centralt att kunna följa patientens väg genom vården. Som situationen är i dag är det framför allt väntetider inom ramen för vårdgarantins tidsgränser som följs upp. Det går i dagsläget inte att få en heltäckande bild av patientens samlade väntan på vård. Det är t.ex. viktigt att allmänheten kan följa väntetiderna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att information om patienternas behov är nödvändig för att kunna värdera väntetidernas utveckling och analysera om tillgängligheten är jämlik (Löftesfri garanti? – en uppföljning av den nationella vårdgarantin). Detta är inte möjligt att göra i dag eftersom det saknas information om behov och diagnoser i väntetidsdatabasen. Det påbörjade arbetet med att följa väntetider enligt principen patientens väg genom vården ska vidareutvecklas.

Strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård

Den påbörjade omställningen av svensk hälso- och sjukvård till en mer nära vård med fokus på primärvården kommer att pågå under flera år och involvera en rad aktörer. Syftet är en mer patientcentrerad och samordnad hälso- och sjukvård. Regeringen har tagit ett steg i omställningen genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019 och som innebär att landstingen ska organisera hälso- och sjukvården så att den kan ges nära befolkningen. Den enskilde ska också inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården detta inom ramen för vårdgarantin.

Regeringen tillsatte 2017 en utredning som fick i uppdrag att stödja sjukvårdshuvudmännen (landsting och kommuner), berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen, som tog namnet Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade sitt andra delbetänkande (SOU 2018:39) i juni 2018. Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Utredningen lämnade en delredovisning i juni 2019, God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29) och har i uppdrag att lämna sitt slutbetänkande i mars 2020.

Stöd till sjukvårdshuvudmännen i omställningsarbetet

För att stödja utvecklingen mot en mer nära vård med fokus på primärvården slöt regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i juni 2019. Syftet är att främja omställningen till en god och nära vård med utgångspunkt i den målbild och färdplan som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit i delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Totalt avsätts 1,95 miljarder kronor inom ramen för överenskommelsen 2019 för att bl.a. skapa förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att fortsatt förbättra och utveckla tillgängligheten i primärvården.

I juni 2019 beslutade regeringen att bevilja en ansökan från Norra sjukvårdsregionförbundet gällande medel för insatser som rör samordnad utveckling för en god och nära vård med ett glesbygdsperspektiv i de fyra norrlandstingen.

Regeringen har i maj 2019 även uppdragit åt Socialstyrelsen att analysera vilka insatser myndigheten kan genomföra för att stödja sjukvårdshuvudmännen i den pågående långsiktiga omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården.

Uppföljning av primärvården en del av omställningen till den nära vården

För att kunna bidra till en mer jämlik nära vård som är till gagn för den enskilda patienten är det centralt att uppföljningen av primärvården utvecklas. Socialstyrelsen fick därför i juli 2019 i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården, bl.a. genom att se över möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter på området, samt att följa omställningen till den nära vården.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fick i juni 2019 i uppdrag att föreslå hur myndigheten kan bidra till den pågående omställningen genom myndighetens tillsyn. I uppdraget ingår att föreslå hur IVO:s nationellt samordnade tillsyn inom den nära vården kan förstärkas under 2020–2022 och hur resultatet av detta kan utgöra underlag för dialog mellan hälso- och sjukvårdssystemets olika aktörer när det gäller omställningen.

Patientmiljarden har bidragit till att sätta fokus på tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården

I december 2017 slöt regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om den s.k. patientmiljarden. Överenskommelsen syftade till att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. I överenskommelsen ingick att landstingen skulle förbereda införandet av den förstärkta vårdgarantin och patientkontrakt. För att främja arbetet med samordning och kontinuitet i vården har regeringen tagit initiativ till införandet av patientkontrakt. Patientkontrakt ska på sikt vara en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser som ska visualiseras via 1177 Vårdguiden. Socialstyrelsens uppföljning av arbetet för 2018 med överenskommelsen visar att den har bidragit till ett ökat fokus på tillgänglighet och kontinuitet och samordning i hälso- och sjukvården samt till att förstärka den pågående omställningen i landstingen mot en god och nära vård. Inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019 fortsätter regeringen att stödja landstingens arbete med att införa patientkontrakt genom att avsätta cirka 450 miljoner kronor för detta.

Högspecialiserad vård

Regeringen har genomfört flera förändringar för att omstrukturera svensk hälso- och sjukvård. Syftet är bl.a. att göra vården mer behovsanpassad och patientcentrerad.

Regeringen arbetar även för att högspecialiserad vård ska koncentreras till färre enheter i landet. Syftet är att uppnå en mer jämlik och säker hälso- och sjukvård. Den 1 juli 2018 ändrades hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i enlighet med de förslag som regeringen presenterat i pro-

positionen En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40). Ändringarna innebar att en ny beslutprocess infördes för nationell högspecialiserad vård, som ersatte samordningen av rikssjukvården och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa upp och återrapportera om genomförandet av och tidsplanen för den nya beslutsprocessen. En viktig del av Socialstyrelsens arbete handlar om att utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag till vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård. I mars 2019 presenterades de första förslagen av sakkunniggrupperna. Tre områden föreslås bli nationell högspecialiserad vård: avancerad kirurgi vid endometrios, viss vård inom trofoblastsjukdomar och viss vård inom avancerad fostermedicin. Socialstyrelsen har tilldelats 19 miljoner kronor för arbetet med högspecialiserad vård under 2019.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård bidrar till en hållbar hälso- och sjukvård

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård är en förutsättning för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård och kan bidra till att minska eller skjuta fram insjuknandet i de flesta kroniska sjukdomar. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lyfter i delbetänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39) att det förebyggande arbetet inte är tillräckligt prioriterat i hälso- och sjukvården i förhållande till vilken nytta det kan göra för patienterna.

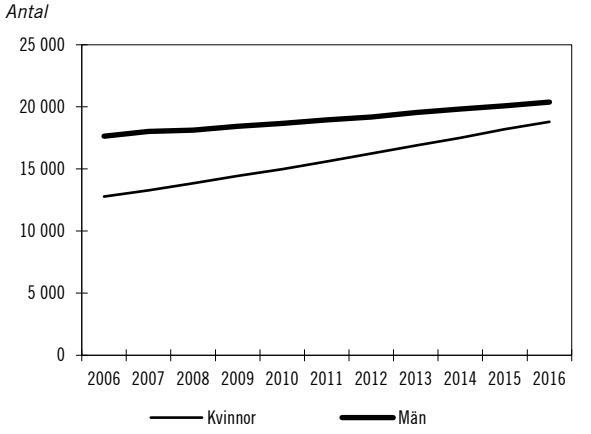
Utredningen konstaterar i samma delbetänkande att primärvården har en central roll i det förebyggande arbetet och föreslår att detta tydliggörs i en reglering av primärvårdens grunduppdrag. Utredningens förlag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

För att stödja hälso- och sjukvården i det förebyggande arbetet har Socialstyrelsen fått flera uppdrag av regeringen som ska bidra till att främja genomförandet i hälso- och sjukvården av nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor med särskilt fokus på patienter med psykisk ohälsa.

Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården

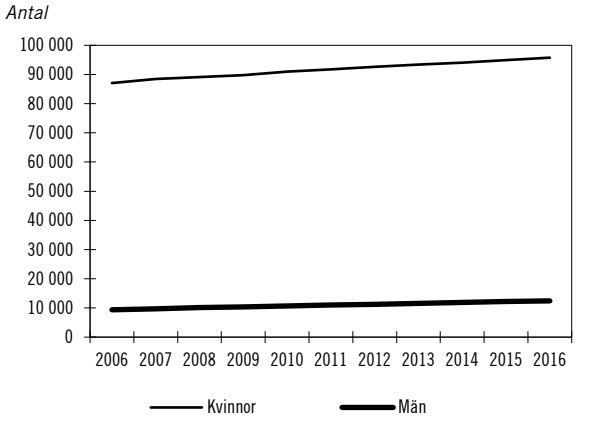
Kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården är en förutsättning för att befolkningens behov av god vård ska kunna tillgodoses. En viktig fråga för regeringen är att stödja landstingen och kommunerna i de utmaningar som finns med bemanningen inom hälso- och sjukvården. I juni 2019 beslutade därför regeringen, genom en överenskommelse med SKL, om en samlad satsning om knappt 3,4 miljarder kronor för att bl.a. öka möjligheterna för heltidsarbete, förbättrad kompetensutveckling och en mer ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter. En del, cirka 400 miljoner kronor, fördelas till att få fler sjuksköterskor att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor.

Diagram 3.14 Antal legitimerade läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården



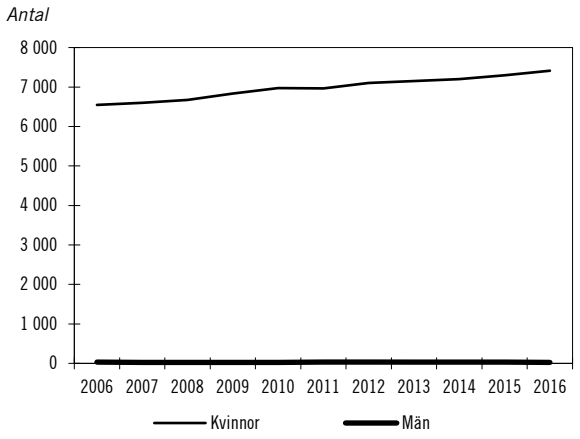
Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen.

Diagram 3.15 Antal legitimerade sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvården



Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen.

Diagram 3.16 Antalet legitimerade barnmorskor sysselsatta i hälso- och sjukvården



Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen.

För de flesta hälso- och sjukvårdsyrken ökar antalet utfärdade legitimationer men trots det beskriver landstingen att det råder personalbrist inom många yrken. Orsakerna till detta bedöms bl.a. vara pensionsavgångar och ökad efterfrågan på vårdens tjänster.

Socialstyrelsens kartläggning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården visar att för hela landet har antalet legitimerade och sysselsatta ökat eller varit på en jämn nivå mellan 2000 och 2016 för samtliga 22 legitimationsyrken utom för receptarier, där antalet sysselsatta har minskat. Samma sak gäller för antalet sysselsatta per 100 000 invånare. Kartläggningen visar att landstingen bedömer att det råder brist på personal inom flera legitimationsyrken trots en generellt ökande tillgång till legitimerad personal över tid.

Regeringen har genomfört stora satsningar för att förbättra landstingens förutsättningar att rekrytera och behålla personal, bl.a. genom de s.k. personalmiljarderna och professionsmiljarden, samt genom utbyggnad av utbildningarna till sjuksköterska, barnmorska och specialistsjuksköterska.

Regeringen verkar för att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha adekvat kompetens. Sedan den 1 juli 2019 är hälso- och sjukvårdskurator ett nytt legitimationsyrke. Med en anpassad yrkesexamen och legitimation kan yrkesgruppens kompetens höjas och kvalitetssäkras.

Regeringen har även arbetat för att modernisera läkarutbildningen och vidareutbildningen till specialistläkare i strävan att skapa ett sammanhållet utbildningssystem för läkare. Detta har bl.a. lett till att det kommer införas en förnyad läkarutbildning och förändrade regler för läkarlegitimation som innebär att man direkt efter läkarexamen ska kunna ansöka om att få läkarlegitimation och att allmäntjänstgöringen avskaffas. Denna förändring av läkarutbildningen och vägen till legitimation medför behov av förändring av läkarnas specialisering. En strukturerad introduktion till svensk hälso- och sjukvård, som ska benämnas bastjänstgöring, ska införas som ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt vid specialisering för alla läkare. Avsikten med reformerna avseende läkarnas utbildning och specialisering är bl.a. att det ska gå snabbare att bli färdig specialist. Bastjänstgöring för läkare ska trädda i kraft den 1 juli 2020.

Regeringen gav i oktober 2017 en särskild utredare i uppdrag att överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) överlämnades till Socialdepartementet i april 2019 med bl.a. förslag om att en skyddad yrkestitel ska införas för yrket undersköterska. Betänkandet har remitterats.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att årligen bedöma tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen fick i mars 2018 ett kompletterande uppdrag att även kartlägga hälso- och sjukvårdens tillgång till och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter. Syftet är att kartläggningen ska kunna fungera som ett stöd till landstingen i deras arbete med att mer långsiktigt planera för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har också bedrivit ett arbete med att se över hur tillgången till utbildad personal inom hälso- och sjukvården kan säkras genom ökad samverkan mellan berörda aktörer. Den 30 augusti 2019 redovisade myndigheterna uppdraget och de har gett förslag på utformandet av nationella och regionala samverkansarenor på kompetensförsörjningsområdet.

Behörighet att arbeta som hälso- och sjukvårdspersonal

Socialstyrelsen ansvarar för att pröva ansökningar om och utfärda legitimationer och bevis om specialistkompetens för samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det är viktigt både för den enskilde och för vården att prövningen är så effektiv som möjligt.

Socialstyrelsen verkar för att effektivisera handläggningen av ansökningar. Exempelvis är det sedan juni 2017 möjligt för den som är utbildad i Sverige att ansöka om legitimation direkt via Socialstyrelsens webbplats. I dessa ärenden har handläggningstiden minskat från i genomsnitt 15 dagar 2017 till 11 dagar 2018. Enligt myndigheten har även den genomsnittliga handläggningstiden för prövning av specialistkompetensbevis för personer med svensk utbildning minskat från 33 dagar 2017 till 21 dagar 2018.

Tillvaratagande av kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal med utbildning från andra länder

Kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kräver att kompetensen hos personer med utbildning från andra länder tas tillvara. Kompetensen hos de som väljer att studera utomlands eller hos personer som flyttar till Sverige är en betydelsefull resurs och regeringen har genom olika satsningar verkat för att förbättra möjligheter för validering av behörigheter och legitimation.

Enligt Socialstyrelsens kartläggning av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal bedömer nästan alla landsting att det är brist på tandläkare och tandhygienister. Regeringen har verkat för att en särskild ordning har börjat gälla som gör det möjligt för personer med polsk tandläkarexamen att genomgå praktisk tjänstgöring i Sverige och därigenom kunna få svensk tandläkarexamen.

Socialstyrelsen har beslutat föreskrifter och inrättat en valideringsprocess för personer med utbildning från ett land utanför EU/EES eller Schweiz. Regeringen har för arbetet 2018 tillfört myndigheten 10 miljoner kronor utöver de 42 miljoner kronor som myndigheten årligen erhåller för insatser på detta område. Under 2018 fattade Socialstyrelsen 1 895 beslut om granskning av utbildning från tredjeland. Under 2017 var det något fler ärenden som prövades, 2 166 stycken. Den tid det tar för respektive sökande att klara samtliga steg mot legitimation är individuell och det är därför inte relevant att mäta den genomsnittliga tiden från första ansökan till legitimation. Däremot konstaterade myndigheten 2018 att den genomsnittliga tiden från inkommen ansökan till beslut om granskning, i ett urval av ärenden, var cirka tre månader. Socialstyrelsen bekostar kunskapsproven och kursen i svenska författningar för samtliga 22 legitimationsyrken.

För den enskilde kan det vara svårt att ta sig igenom valideringsprocessen och regeringen har därför verkat för att det ska anordnas utbildningar i svenska språket samt teoretisk och praktisk medicin för asylsökande och nyanlända med hälso- och sjukvårdsutbildning från länder utanför EU/EES eller Schweiz. För detta ändamål har regeringen 2018 och 2019 gett Länsstyrelsen i Stockholms län i uppdrag att fördela medel till utbildningar för de nämnda grupperna.

En kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

En hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska vara jämlik är att varje patientmöte baseras på bästa tillgänglig kunskap. Efter mer än tio år av öppna jämförelser av vårdens resultat är vården dock fortfarande inte jämlik över landet. Just nu pågår en omfattande omstrukturering av hälso- och sjukvården mot en god och nära vård och koncentrering av den högspecialiserade vården. Denna omstrukturering måste göras med bibehållen och förbättrad kvalitet och jämlikhet för patienterna.

Regeringen har beslutat om flera insatser som tillsammans ska bidra till att utveckla ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje enskilt patientmöte. En särskild utredare har fått i uppdrag att stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (dir. 2018:95). Utredningen har tagit namnet Sammanhållen kunskapsstyrning och dess arbete består dels av dialog och samverkan med berörda aktörer, dels av fördjupade analyser av valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48).

Regeringen har också gett Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att var och en lämna förslag på hur nationell uppföljning av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet.

Samordnat arbete för att styra med kunskap
Sedan 2015 samverkar en rad myndigheter inom Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (rådet). Kopplat till rådet finns också den s.k. huvudmannagruppen som består av landstings- och kommunpolitiker. I enlighet med huvudmannagruppens prioriteringar presenterade Socialstyrelsen i november 2018 en förstudie om den kommunala hälso- och sjukvården. Hösten 2015 initierade rådet ett samverkansprojekt om äldre med psykisk ohälsa. Slutrapporten presenterades i oktober 2018 och visar att en tredjedel av alla över 65 år har vårdats för psykisk sjukdom alternativt använt psykofarmaka. Suicid är också vanligare bland äldre, främst män. En omvärldsanalys som genomfördes under 2018 har lett fram till ett antal konkreta områden för samverkan och utveckling inom ramen för rådets myndigheter.

Statskontorets utvärdering av en mer samlad styrning med kunskap
Statskontoret fick 2015 i uppdrag att följa och utvärdera regeringens förslag om en mer samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. En delrapport lämnades 2016 och slutrapporten 2018. Statskontoret bedömer i slutrapporten att samverkan mellan myndigheterna i rådet och mellan rådet och huvudmännen har fördjupats ytterligare efter att delrapporten lämnats. Myndigheterna samordnar nu sina kunskapsunderlag bättre och underlagen är mer anpassade utifrån vad huvudmännen behöver. Statskontoret bedömer att rådet fyller en viktig funktion och bör få fortsätta sitt arbete. Enligt Statskontoret återstår det dock flera utmaningar för rådets myndigheter att hantera innan kunskapsstyrningen uppfyller förordningens syfte om en samordnad, effektiv och behovsanpassad kunskapsstyrning.

Landstingens nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård
Landstingen fastställde 2018 en sammanhållen nationell samarbetsstruktur med syfte att skapa ett långsiktigt stöd för styrning med kunskap på olika nivåer för en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Vid ingången av februari 2019 hade 24 nationella programområden och sju nationella samverkansgrupper startats. På regional nivå anpassar och utvecklar också landstingen sina kunskapsstyrningsorganisationer för att kunna koppla samman dessa med den nationella nivån.

Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården
Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst har tillsammans med landstingens nya struktur för kunskapsstyrning utvecklat en modell för långsiktigt samarbete på nationell nivå. Modellen kallas Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. De myndigheter som ingår är Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Socialstyrelsen samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Syftet med partnerskapet är ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd. Målet är att resurserna i hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient.

Regeringens insatser för en mer jämlik cancervård

Mer effektiv och jämlik vård till följd av standardiserade vårdförlopp i cancervården
Regeringen har sedan 2015 satsat 500 miljoner kronor per år för att öka tillgängligheten och jämlikheten i cancervården, i huvudsak genom att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) och på så sätt korta köerna. Regeringen och SKL har ingått en överenskommelse även för 2019 som innebär att arbetet med de standardiserade vårdförloppen fortsätter och utvecklas.

Ett standardiserat vårdförlopp startar då välgrundad misstanke väcks och avslutas vid start av behandling. Ledtiderna i vårdförloppen anger hur många kalenderdagar det tar för att med god kvalitet och säkerhet utföra alla nödvändiga moment i en utredning, under förutsättning att det inte förekommer någon kötid eller andra organisatoriska fördröjningar.

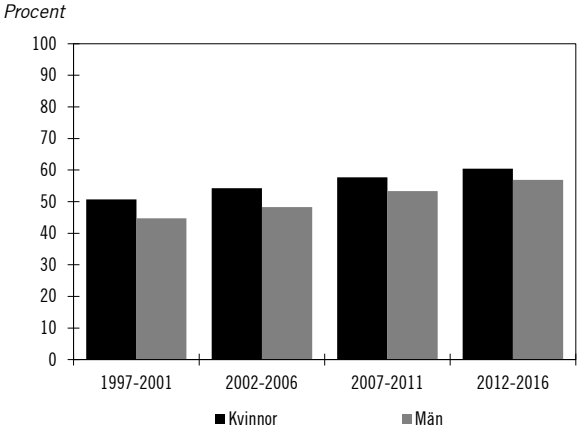
Satsningen, som är förhållandevis ny, har bidragit till att väntetiderna kortats för flera cancersjukdomar, framför allt för de som tidigare hade längst väntetider. Sammanlagt är 31 standardiserade vårdförlopp implementerade i cancervården och dessa täcker över 95 procent av alla cancerdiagnoser. År 2018 utreddes över 100 000 personer enligt ett standardiserat vårdförlopp. Det är en ökning med 133 procent sedan 2016. Detta be-

tyder att allt fler får en sammanhållen och förutsägbar vårdkedja fram till start av behandling, oavsett var i landet de bor.

Cancervård med goda medicinska resultat

Den svenska cancervården har överlag goda medicinska resultat. Överlevnaden i cancer är hög och ökande för såväl kvinnor som män. Kvinnor har i genomsnitt högre relativ femårsöverlevnad jämfört med män (se diagram 3.17). Överlevnaden vid cancer har generellt sett ökat under de senaste 20 åren. Dessa förbättringar beror bl.a. på att vården har fått bättre möjligheter att ställa tidig diagnos och erbjuda effektiv behandling. Canceröverlevnaden har ökat mer bland män än bland kvinnor, vilket resulterat i att skillnaden mellan könen minskat vad avser detta övergripande mått. Kvinnor och män med kortare utbildning har generellt kortare överlevnad efter en cancerdiagnos. I avsnitt 4 Folkhälsopolitik beskrivs folkhälsans utveckling mer i detalj.

Diagram 3.17 Femårsöverlevnad cancer



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Arbetet med att utveckla cancervården har sin utgångspunkt i den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11). För att vidareutveckla cancerstrategin presenterade regeringen i maj 2018 en långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården. Den långsiktiga inriktningen fokuserar på arbetet fram till 2025, men har också en vision och mål för arbetet med en ännu längre horisont.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingick i slutet av 2017 en överenskommelse om kortare väntetider i cancervården för 2018. I denna gav regeringen bl.a. stöd till elva insatser som de regionala cancercentrumen (RCC) skulle genomföra under året. Arbetet visar goda resultat. Exempelvis har uppföljningen av nya cancerläkemedel förbättrats genom en modul som RCC har arbetat fram och som landstingen har genomfört. RCC har framställt ett underlag för ett stärkt arbete med prevention och tidig upptäckt av hudcancer. De har även gett stöd till landstingens arbete med implementering av screening för tarmcancer. Arbetet med kvalitetsregister och vårdprogram har vidareutvecklats, bl.a. har en modul för uppföljning av cancerrehabilitering skapats. Den digitala versionen av Min vårdplan har färdigställts och under 2018 har ett 20-tal verksamheter i landstingen påbörjat ett införande av vårdplanen.

Regeringen beviljade i juli 2018 även en ansökan från SKL om 8,4 miljoner kronor för att genom RCC ge stöd till landstingen att kartlägga och ge strukturerad information kring PSA-provtagning. PSA-prov är ett blodprov och förkortningen står för prostataspecifikt antigen. Slutrapporten från februari 2019 visar att samtliga landsting under hösten och vintern 2018 gjort förstudier kring nuläget för PSA-testningen i respektive landsting och vad som skulle krävas för en övergång till organiserad prostatacancertestning enligt RCC:s rekommendationer. Flera landsting ställer sig positiva till att påbörja särskilda projekt för att förbättra organiseringen av PSA-testningen.

Förstärkning av förlossningsvården och vården som rör kvinnors hälsa

Att alla kvinnor får en trygg och säker förlossning är en prioriterad fråga för regeringen. Regeringen har även prioriterat att stärka andra delar av sjukvården som ansvarar för vård till kvinnor.

Regeringen inledde 2015 en flerårig satsning för att bidra till att stärka förlossningsvården och vården gällande kvinnors hälsa i övrigt. År 2018 utvidgades ändamålet till att även omfatta neonatalvården. År 2018 avsattes cirka 1,8 miljarder kronor till förlossningsvård och kvinnors hälsa.

Huvuddelen av medlen fördelas till landstingen inom ramen för överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med syftet att genomföra de insatser som effektivast stärker mödravården, förlossningsvården och kvinnors hälsa samt fr.o.m. 2018 även neonatalvården.

Resterande medel utbetalas till myndigheter för genomförande av uppdrag inom satsningens

område. Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt Statens beredning för medicinsk och social omsorg (SBU) har alla flera pågående uppdrag på området.

Landstingens insatser 2018–2019 med stöd av medel via överenskommelserna

Enligt överenskommelserna mellan staten och SKL på området förlossningsvård och kvinnors hälsa ska landstingen redovisa vilka insatser de valt att genomföra för medlen och vilket kompetensbehov de har.

Landstingen har under 2018 använt 65 procent av medlen till bemanningsfrågor.

De flesta landsting bedömer att de behöver öka kompetensnivån gällande allvarliga bristningar vid förlossning samt avsätta mer tid för handledning och kompetensöverföring. Landstingen redovisar ett högt deltagande i utbildningar som gäller att förebygga bristningar. Det återspeglas även i Graviditetsregistret med minskande förekomst av allvarliga bristningar i samband med förlossning.

Samtliga landsting beskriver att de arbetar med att på olika sätt stärka vårdkedjan i samband med graviditet, förlossning och eftervård samt att ett stort fokus ligger på att stärka eftervården. Många landsting beskriver att deras förbättringsarbete under det gångna året till större del än tidigare har syftat till att stärka vårdkedjan samt att samverkan mellan olika delar av vårdkedjan har förbättrats. Flera landsting redovisar även att de har infört gemensamma utbildningssatsningar över organisationsgränserna för att stärka vårdkedjan. Utbildningarna omfattar bl.a. att förebygga bristningar och psykisk ohälsa samt frågor relaterade till amning.

Flera landsting har infört multiprofessionella eftervårds- eller bäckenmottagningar för stärkt efterkontroll samt stärkta åtgärder vid förlossningsskador eller sena besvär. Flera landsting har även utvecklat sina rutiner för att öka andelen kvinnor som följs upp efter förlossning.

SKL startade under 2018 ett projekt i syfte att skapa en enkät som ska gå ut till alla gravida kvinnor. Enkäten innehåller frågor om kvinnans upplevelser av vården i samband med graviditet och förlossning och besvaras via 1177. Ett pilotförsök har genomförts under våren 2019 och enkäten kommer därefter lanseras nationellt.

I SKL:s rapport till regeringen i mars 2019 redovisas resultat utifrån ett antal parametrar jämfört med 2015 för att ge en bild av hur arbetet går. Uppgifterna baseras på landstingens redovisningar och visar bland annat att andelen kvinnor som var mycket nöjda med sin förlossning var 47 procent 2015, jämfört med 52 procent 2018, att andelen kvinnor som gick på efterkontrollen efter förlossningen var 79 procent 2015, jämfört med 85 procent 2018, samt att andelen kvinnor som drabbats av allvarliga bristningar var 2,5 procent 2015, jämfört med 2,1 procent 2018.

Särskilda insatser för livmoderhalscancerscreening, bäckenrehabilitering samt graviditet och cancer

Under 2018 började det nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention genomföras. Insjuknandet i livmoderhalscancer har ökat under de senaste åren och under 2018 har SKL och RCC därför samordnat ett arbete med syfte att utreda orsakerna till ökningen. Utredningen visade att ökningen främst gäller kvinnor som deltagit i screening och fått normalt provsvar samt att insjuknandet varierar mellan olika landsting i Sverige. För att komma till rätta med det ökade insjuknandet har SKL uppmanat landstingen att skyndsamt införa det nya vårdprogrammet, att genomföra egna analyser av orsakerna samt att ta fram handlingsplaner för att åstadkomma en förbättring av utvecklingen. Ett it-stöd för att underlätta uppföljning av cellprov som tagits i ett annat landsting än det där kvinnan är folkbokförd håller på att utvecklas.

Förutsättningarna för att rehabilitera patienter med funktionella besvär efter cancer i bäckenet är mycket olika över landet. För att kunna ge ett stöd för vården i omhändertagande av bäckencancerberörda patienter oavsett vårdgivare har en nationell klinisk vägledning för bäckencancerrehabilitering utarbetats under 2018. SKL har aktivt arbetat med informationsaktiviteter och workshops för att sprida kunskapen och tillämpningen av vägledningen i landstingen.

SKL redovisar att på området graviditet och cancer har landstingen tagit fram en vägledning för vård och bemötande. Landstingen arbetar under 2019 med att utifrån vägledningen ta fram nationell patientinformation rörande cancer i samband med graviditet samt om möjligheten att bli gravid efter cancerbehandling.

Resultat av myndighetsuppdrag

Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård och behandling av endometrios blev klara i december 2018. Cirka 250 000 kvinnor har sjukdomen och riktlinjerna kommer att finnas som

ett stöd för en förbättrad vård och ett bättre bemötande av patientgruppen. Riktlinjerna väntas på sikt även medföra en bättre och mer jämlik endometriosvård över landet.

Socialstyrelsen slutredovisade 2018 uppdraget om dödfödda barn. Enligt de resultat som framkommit i rapporten är tillväxthämning hos fostret den största enskilda komplikation som leder till dödföddhet. Socialstyrelsen föreslår att ett kunskapsstöd tas fram till hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt gällande tillväxtmätning, samt att information om riskfaktorer som kan leda till dödföddhet vid graviditet, såsom övervikt hos modern, förbättras. Socialstyrelsen föreslår även att när barn föds dödfödda ska systematiska genomgångar av medicinska journaler göras på nationell nivå av multiprofessionella team, i syfte att öka kunskapen om de bakomliggande orsakerna.

SBU har haft i uppdrag att föreslå en prioritering av kunskapsluckor gällande förlossningsskador. SBU:s rapport visar att för att kvinnors förlossningsskador ska kunna förebyggas, diagnostiseras och behandlas effektivare behövs mer kunskap. Rapporten innehåller en sammanställning med prioriteringar av den viktigaste forskningen inom fem områden gällande diagnostik och behandling av förlossningsskador.

SBU har även haft i uppdrag att kartlägga kunskapsläget för smärttillstånd hos kvinnor. Rapporten visar att det i stort sett saknas systematiska översikter om behandling av långvariga, muskuloskeletala smärttillstånd specifikt hos kvinnor, trots att långvarig smärta är vanligare hos kvinnor. Rapporten visar även att det finns systematiska översikter som utvärderar ett stort antal behandlingar av dessa tillstånd, men att det saknas översikter som utvärderar metoder för att välja rätt behandling. De systematiska översikter som finns uppvisar olikheter som påverkar vilka slutsatser man kan dra om behandlingarnas användbarhet. Bland annat skiljer sig definitioner och klassificeringar av både behandlingar och smärttillstånd åt mellan olika översikter och uppföljningstiden av effekten av behandlingarna varierar.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnade i juni 2019 in en delredovisning av sitt uppdrag att följa och analysera regeringens satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. I delrapporten konstaterar myndigheten att det finns väsentliga skillnader i processer och resultat mellan landsting och förlossningskliniker i graviditetsvårdkedjan. Flera påverkbara faktorer bidrar till att skillnaderna uppstår, till exempel vårdens styrning och organisering, kompetens och resurser samt rutiner och praxis. Det kvarstår väsentliga regionala skillnader även när man tar hänsyn till patientsammansättning och flera av skillnaderna i graviditetsvårdkedjan är omotiverade. Det pågår utvecklingsarbete i verksamheterna och inom flera områden har resultaten förbättrats under senare år, ett sådant exempel där förbättringar skett är allvarliga bristningar under förlossning. Enligt rapporten har framgångsfaktorer för de förbättringar som skett till exempel varit en sammanhängande styrning och gemensamt mål, tillgång till aktuella data, tillgängliggjorda kunskapsstöd, stärkt professionell kompetens, strukturer för förbättringsarbete samt motivation till förändring. Myndigheten lämnar förslag inom tre utvecklingsområden med syftet att minska omotiverade skillnader i vården: stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård, stärkta förutsättningar för regionalt och lokalt förbättringsarbete samt utvecklad kunskapsstyrning

Socialstyrelsen redovisade även sin slutrapport av uppdraget att se över kunskapsläget gällande myalgisk encefalomyelit (ME/CFS, kroniskt trötthetssyndrom) och att bedöma förutsättningarna för att stödja hälso- och sjukvården med exempelvis kunskapsstöd och försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens bedömning enligt rapporten är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och att det saknas samsyn i professionen och att det därför inte är möjligt att ta fram behandlingsrekommendationer inom området.

Psykiatri och tvångsvården

För insatser som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa har staten för 2019 avsatt drygt 2,1 miljarder kronor. Övriga insatser inom området psykisk hälsa beskrivs i avsnitt 4 Folkhälsopolitik och utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, avsnitt 14 Ungdomspolitik.

Utredning för att begränsa tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa gavs i december 2016 i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen

(1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Samordnaren lämnade i januari 2018 betänkandet För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111). Betänkandet har remitterats.

Patientsäkerhet

Skador i vården minskar

Varje år drabbas omkring 8 procent av patienterna i sjukhusvård av vårdskador, dvs. undvikbara skador. Detta motsvarar ca 110 000 patienter. Andelen vårdskador minskade från 62 procent till 58 procent mellan 2013 och 2017. Andelen vårdrelaterade infektioner ligger dock på ungefär samma nivå sedan 2009. Vårdskador är vanligare bland personer som är 65 år eller äldre, samt vanligare bland män jämfört med kvinnor (8 resp. 7,4 procent under perioden 2013–2017). Socialstyrelsen har fått i uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå. I det uppdraget ingår att utarbeta en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens arbete med ökad patientsäkerhet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2019. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att vidareutveckla ett samlat stöd till vårdpersonalen och analysera utvecklingen på patientsäkerhetsområdet 2018. Regeringen har dessutom tilldelat SKL medel för patientsäkerhet för att arbeta för en långsiktig hantering och integrering av det nationella patientsäkerhetsarbetet som en del av kunskapsstyrningssystemet.

Digitalisering möjliggör vårdens utveckling

Statliga insatser som stöder aktörer inom området

Regeringen gör olika insatser för att stödja tillvaratagande av digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården. Exempelvis har Socialstyrelsen under 2017–2018 haft i uppdrag att ta fram ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar utifrån gällande rätt riktat till personer som arbetar i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Under 2019 fick Socialstyrelsen ett uppdrag att vidareutveckla det digitala stödet med särskilt fokus på det juridiska stödet för dokumentation.

Socialstyrelsen hade även under 2018 i uppdrag att kartlägga omfattning och inriktning på de digitala vårdtjänster som riktar sig mot patienter. I uppdraget ingick att ta fram rekommendationer för vilken typ av vård som lämpar sig, respektive inte lämpar sig, att hantera via digitala vårdtjänster. I slutrapporten presenterades fyra principer. Det handlar bl.a. om att tjänsten måste anpassas till patienternas förutsättningar samt att vårdgivarna måste säkerställa att nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer möjliggörs. I uppdraget ingick vidare att ge förslag på hur den digitala vården kan följas upp. Socialstyrelsen har fått ett fortsatt uppdrag på området under 2019 med fokus på att vidareutveckla förslagen om hur den digitala vården kan följas upp samt kartlägga omfattningen av och inriktningen på användningen av artificiell intelligens inom hälso- och sjukvården.

Digitala vårdtjänster är också ett av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) prioriterade tillsynsområden 2018–2020. Syftet med denna tillsyn är, förutom att säkerställa patientsäkerheten, att bidra till att vårdgivare som erbjuder digitala vårdtjänster lever upp till lagar och föreskrifter samt utvecklar kvaliteten i verksamheterna.

Under 2018 har arbetet med den nationella läkemedelslistan fortsatt i syfte att ge landsting, apotek och patienter en samlad och aktuell bild av en patients samtliga förskrivna och uthämtade läkemedel. Bland annat har E-hälsomyndigheten haft i uppdrag att förbereda anslutning till den nationella läkemedelslistan för de vård- och apotekssystem som berörs.

IVO är sedan den 1 augusti 2018 även en av de myndigheter som ska utöva tillsyn enligt lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. IVO ska ansvara för tillsyn inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Nationell samordning

Arbetet har fortsatt inom ramen för den överenskommelse som har ingåtts mellan regeringen och SKL om Vision e-hälsa 2025. I den gemensamma styr- och samverkansorganisationen som har upprättats för att stärka samordningen på e-hälsoområdet har bl.a. en samordningsplan för 2019 arbetats fram, där planerade initiativ inom de tre insatsområdena regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder redovisas. Ytterligare områden som har lyfts fram som viktiga för det fortsatta arbetet rör samverkan för tydligare vägledning vid införande av digitala

tjänster samt samordning av gemensamma insatser avseende arbetet med den nationella läkemedelslistan.

Som en del i arbetet med områdena enhetligare begreppsanvändning och standarder har E-hälsomyndigheten i mars 2019 fått i uppdrag att sammanställa och tillgängliggöra gemensamma nationella specifikationer, dvs. överenskommelser om hur standarder ska tillämpas i olika situationer för att underlätta informationsutbyte, inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. I uppdraget ingår att inrätta en funktion dit berörda målgrupper kan vända sig för att få information om vilka gemensamma specifikationer som finns samt vägledning i hur de kan tillämpas. Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag om en ändamålsenlig informationsstruktur och enhetliga begrepp har myndigheten under 2018 fortsatt att ge användarstöd genom bl.a. regionala utbildningar och webbinarier riktade till verksamhets- och systemutvecklare. Socialstyrelsen tar vidare fram specifikationer som beskriver hur information ska struktureras och kodas på detaljerad nivå inom specifika områden, för att underlätta för kommuner och landsting i deras arbete med att anpassa och utveckla sina informationssystem.

Sverige har vidare varit aktivt i internationella e-hälsofrågor.

Översyn av frågor som rör personuppgiftshantering
Sverige har kommit långt när det gäller användning av it-system som stöd i den dagliga verksamheten, samt när det gäller säkerhet och behörighet. Den rättsliga regleringen för behandling av personuppgifter inom och mellan landsting och kommuner samt privata verksamheter finns i dag i bl.a. dataskyddsförordningen och annan särlagstiftning, t.ex. patientdatalagen. Den senaste ändringen av lagstiftningen på området gjordes för drygt tio år sedan och såväl den tekniska utvecklingen som rättsläget har förändrats sedan dess. Mot bakgrund av detta har regeringen tillsatt en särskild utredare som ska göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37). Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård samt utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder.

Hälso- och sjukvårdens beredskap

I och med det försvarspolitiska inriktningsbeslutet (prop. 2014/15:109) har planeringen för totalförsvaret återupptagits. Där ingår även hälso- och sjukvården som en del av det civila försvaret. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt hälso- och sjukvårdens huvudmän har under 2018 tilldelats 40 miljoner kronor för arbete med totalförsvarsplaneringen. I Folkhälsomyndighetens årsredovisning för 2018 framgår att myndigheten under året genomfört flera olika åtgärder för att stärka det civila försvaret och robustheten inom myndigheten. Under året har bl.a. myndighetens krigsorganisation tagits fram och krigsplacering av personal genomförts. Vidare har myndighetens ansvar, prioriterade områden och förutsättningar under höjd beredskap tydliggjorts. I Socialstyrelsens återrapportering framgår att myndigheten under 2018 genomfört åtgärder för att stärka det civila försvaret, bl.a. är personal på myndigheten krigsplacerade vid höjd beredskap. Vidare har Socialstyrelsens signalskyddsorganisationsförmåga ökat genom utbildning samt planering för att kunna verka från alternativ och/eller skyddad ledningsplats. Både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har deltagit i övningar till följd av arbetet med totalförsvaret. Därtill visar Socialstyrelsens rapport om kapaciteten i sjukvården att svensk sjukvård, genom det regionala och nationella arbetet med katastrofmedicinsk beredskap, initialt kan hantera en allvarlig händelse samtidigt som andra rapporter visar att den katastrofmedicinska beredskapen fortsatt kan förbättras. Vidare lyfts hälso- och sjukvårdens beredskap fortsatt som ett prioriterat område i Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps nationella risk- och förmågebedömning.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja landstingen i deras arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap. I Socialstyrelsens delrapportering av regeringsuppdraget framgår att landstingen har en grundläggande krisberedskapsförmåga, därtill har utvecklingsområden identifierats. Landstingen behöver analysera vilka resurser som krävs för att hantera extraordinära eller allvarliga händelser. Landstingen behöver även öka förmågan att ge och ta emot hjälp samt utveckla rutiner och planer för att dels upprätthålla de samhällsviktiga verksamheter som de själva har identifierat, dels upprätta kort- och långsiktiga planer för utbildning och övning.

Socialstyrelsen har identifierat tre områden där relevant kunskapsstöd behövs för att stödja landstingen i det fortsatta arbetet. Det rör sig om ”Ledning och samverkan för aktörer inom hälso- och sjukvården vid kris, höjd beredskap och krig”, ”Särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården vid kris, höjd beredskap och krig som är framtvingade av olika former av resursbrist” och ”Utbildnings- och övningsplaner som utgår från identifierade behov och kunskapsstöd”. En slutrapport ska redovisas senast juni 2020.

Regeringen beslutade i augusti 2018 om kommittédirektiv (dir. 2018:77) till en utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2020.

Läkemedel och medicinteknik

En nationell läkemedelslista

Arbetet med att ta fram en nationell läkemedelslista, som utgår från lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista, fortsätter. I april 2019 presenterade E-hälsomyndigheten, som kommer att föra det nya registret, de krav som kommer att ställas på den som vill ansluta sig till den nationella läkemedelslistan. Vårdgivare, öppenvårdsapotek och andra aktörer som berörs kan göra de systemförändringar som krävs för att uppfylla kraven. Det övergripande målet med det nya registret är att bidra till ökad patientsäkerhet och en mer effektiv ordinationsprocess, samtidigt som patienters personliga integritet skyddas från otillbörlig behandling av personuppgifter.

Parallellt med det tekniska utvecklingsarbetet har ett flertal myndigheter, däribland Socialstyrelsen och Läkemedelsverket, fått särskilda uppdrag för att underlätta införandet av den nationella läkemedelslistan. Uppdragen handlar till stor del om strukturering och standardisering av sådan läkemedelsinformation som behöver hanteras vid både ordination och förskrivning av läkemedel. Resultatet av myndigheternas arbete har delredovisats för regeringen mellan december 2018 och juni 2019.

Även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har inom ramen för två överenskommelser bidragit med aktiviteter som stöder det pågående arbetet med den nationella läkemedelslistan, främst genom att bidra till strukturerad läkemedelsinformation och till att kartlägga förutsättningar för en ändamålsenlig behörighetsstyrning. Även dessa aktiviteter har redovisats för regeringen.

Lagen om nationell läkemedelslista kommer den 1 juni 2020 att ersätta lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.

Den nationella läkemedelsstrategin

I slutet av 2018 avslutades arbetet med den nationella läkemedelsstrategin för perioden 2016–2018. Visionen för strategin är Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. En övergripande sammanfattning av aktiviteter som har genomförts sedan strategin började och de resultat som dessa aktiviteter har lett till beskrivs i rapporten Den nationella läkemedelsstrategin 2011–2018 – Bred samverkan för bättre läkemedelsanvändning. Rapporten går att hitta på Läkemedelsverkets webbplats. Etableringen av en process för ordnat införande, förutsättningar för att ta fram en nationell läkemedelslista och riktade insatser för sårbara patientgrupper är exempel på sådana resultat.

Bland de uppdrag som har redovisats sedan hösten 2018 finns en samlad slutrapport som TLV har lämnat för två regeringsuppdrag, ett om värdering av behandlingseffekt i klinisk vardag och ett om förbättrade förutsättningar för uppföljning av cancerläkemedel. Myndigheten har genom analyser kartlagt möjligheter och svårigheter med att använda data från kliniska prövningar och integrera dem med data som har dokumenterats i klinisk vardag. Med utgångspunkt i dessa analyser har myndigheten fått ett nytt regeringsuppdrag för 2019. TLV ska bl.a. undersöka möjligheten att använda alternativa datakällor med koppling till sjukvårdens grunddata för olika typer av uppföljning, t.ex. genom extraktion av journaldata.

Ett annat exempel på uppdrag som har slutredovisats är Socialstyrelsens förberedande arbete för genomförande av s.k. uppmärksamhetsinformation i vårdens it-system. Informationen omfattar bl.a. överkänsligheter eller hälsotillstånd hos patienter som hälso- och sjukvårdspersonal behöver känna till innan en patient behandlas. Socialstyrelsen har också tagit fram och redovisat en diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre.

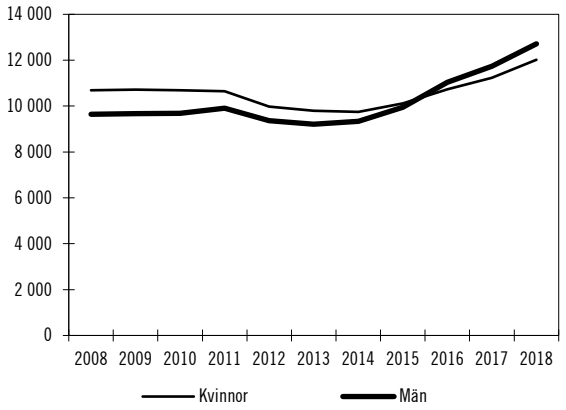
Fortsatt uppgång i kostnader för läkemedelsförmånerna

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna minskade under en period fram till 2013 men har därefter ökat kraftigt. År 2017 var kostnadsökningen drygt fem procent. För 2018 uppgick kostnaderna till 24 749 miljoner kronor vilket är en ökning med sju procent jämfört med 2017. Bidragande faktorer till de ökade kostnaderna är att befolkningen ökar, att andelen äldre blir större, introduktion av nya kostsamma produkter mot bl.a. cancer samt en ökad användning av vissa äldre produkter. Dessutom har särskilda satsningar gjorts under de senaste åren på läkemedel mot hepatit C.

I diagram 3.18 nedan visas utvecklingen av kostnader för läkemedelsförmånerna sedan 2008. Länge var kostnaderna för kvinnor högre än kostnaderna för män i fråga om läkemedelsförmånerna, men sedan år 2016 är kostnaderna högre för män, vilket bl.a. beror på att nya läkemedel mot prostatacancer ingår i förmånerna sedan 2015.

Diagram 3.18 Kostnader för läkemedelsförmånerna 2008–2018

Miljoner kronor (exklusive mervärdesskatt)



Källa: E-hälsomyndigheten.

Tabell 3.3 Kostnader för läkemedel, 2012–2018

Miljoner kronor (exklusive mervärdesskatt)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Läkemedelsförmånerna[1]	19 367	19 025	19 100	20 089	21 796	22 983	24 749
Patientens kostnad[2]	5 407	5 700	5 733	5 887	5 533	5 629	5 908
Andel patientkostnad[3]	27,9%	23,1%	23,1%	22,7%	20,2%	19,7 %	19,3 %
Receptläkemedel utan förmån[4]	2 000	2 102	2 871	3 636	3 595	3 100	4 252
Slutenvård[5]	6 975	6 999	7 194	7 843	7 965	8 374	9 041
Receptfritt[6]	3 841	3 986	4 127	4 369	4 598	4 665	4 754
Total	37 590	37 812	39 024	41 824	43 487	44 751	48 704
Läkemedelskostnadernas andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna[7]	**9,4%**	**9,1%**	**9,1%**	**9,1%**	**9,4%**	**9,1%**	-

[1] Läkemedel samt förbrukningsartiklar inom förmånen.
[2] Avser egenavgift och merkostnad.
[3] Beräknat som andel av förmån och patientens kostnad.
[4] Inklusive smittskyddsläkemedel.
[5] Avser humanläkemedel på rekvisition inom sluten- och öppenvård. Slutenvårdskostnaderna är svåra att jämföra mellan åren beroende på att nettopriser införts successivt och avsaknad av data vissa år. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.
[6] Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandeln. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.
[7] Uppgifter om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas för 2018. Uppgifterna inkluderar mervärdesskatt.
Källa: E-hälsomyndigheten och Statistiska centralbyrån, Hälsoräkenskaperna.

Siffror avseende hur stor del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som läkemedelskostnaderna utgjorde saknas fortfarande för 2018 men för 2017 var andelen 9,1 procent.

Kostnadsdämpande insatser

Återbäring från sidoöverenskommelser och prissänkningar har haft en dämpande effekt på kostnadsökningen. Sidoöverenskommelser mellan landsting och läkemedelsföretag har resulterat i återbäring om 720 miljoner kronor 2016, 947 miljoner kronor 2017 och 2 796 miljoner kronor 2018. Ökningen av återbäringen under 2018 beror till stor del på nya sidoöverenskommelser om läkemedel mot hepatit C som började gälla januari 2018, men även som följd av att nya sidoöverenskommelser för andra läkemedel har tecknats. Dessa besparingar tillföll landstingen i sin helhet fram till 2017. Från och med 2017 delar staten och landstingen på besparingen. Under 2018 tillföll 60 procent av återbäringen landstingen och 40 procent tillföll staten.

Utöver det genomför TLV regelbundet omprövningar av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Omprövningarna resulterade i besparingar om totalt 623 miljoner kronor år 2014–2017. År 2018 uppgick besparingen till fyra miljoner kronor.

Den så kallade 15-årsregeln innebär att priserna på läkemedel som är äldre än 15 år från tidpunkten för när läkemedlet godkändes för försäljning sänks med 7,5 procent. Prissänkningsregeln är sedan den 1 november 2014 reglerad i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och i TLV:s föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2014:9) om prissättning av äldre läkemedel. Besparingar till följd av 15-årsregeln var totalt 569 miljoner kronor år 2014–2017 och 29 miljoner kronor år 2018.

Utfallet av 2018 års överenskommelse med SKL kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna

Överenskommelsen för 2018 innebar bl. a. att staten ersatte landstingen med ca 27 789 miljoner kronor för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. I beloppet ingick ett bidrag på 1 044 miljoner kronor för kostnader som landstingen haft för behandling av patienter med hepatit C. Landstingens kostnader för läkemedel för behandling av hepatit C blev högre än överenskommet belopp vilket innebar att staten, i enlighet med överenskommelsens vinst- och förlustdelningsmodell fick betala ytterligare ca 173 miljoner kronor till landstingen. Enligt överenskommelsen skulle också staten och landstingen dela på den återbäring som gemensamt framtagna sidoöverenskommelser inom ramen för TLV:s ärendehantering resulterar i. Under 2018 skulle 60 procent av återbäringen tillfalla landstingen och 40 procent tillfalla staten. Återbäringen uppgick år 2018 till 2 774 miljoner kronor totalt, av vilket 1 664 miljoner kronor tillföll landstingen och 1 110 miljoner tillföll staten.

Överenskommelse 2019 kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna

Regeringen och SKL enades i januari 2019 om en överenskommelse kring formerna för statens bidrag till landstingen avseende läkemedelsförmånerna m.m. som i utformning och upplägg överensstämmer med överenskommelsen föregående år. Överenskommelsen innebär bl.a. att landstingen 2019 får ett statligt bidrag om 29 680 miljoner kronor för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. Beloppet omfattar även bidrag för vissa andra kostnader inom läkemedelsområdet som tidigare finansierats på motsvarande sätt. Överenskommelsen innebär också att landstingen och staten ska dela på den återbäring som gemensamt framtagna sidoöverenskommelser inom ramen för TLV:s ärendehantering resulterar i. Under 2019 ska 60 procent av återbäringen tillfalla landstingen och 40 procent tillfalla staten.

Utredning om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel

Dagens system när det gäller läkemedelskostnader är både komplext och svåröverskådligt. Det övergripande målet när regeringen tillsatte läkemedelsutredningen (dir. 2016:95) var att se över hur man kan skapa ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Läkemedelsutredningen är den första genomgripande översynen av finansieringsordningen för förmånsläkemedel som gjorts sedan 1998, då kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna övergick från staten till landstingen. Avsikten var då att staten efter en övergångsperiod i enlighet med finansieringsprincipen skulle kompensera landstingen via det generella statsbidraget till kommuner och landsting. Detta skedde dock inte

utan i stället har pengar givits i ett särskilt bidrag till landstingen, vanligtvis efter förhandlingar och överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

I januari 2019 överlämnade Läkemedelsutredningen sitt slutbetänkande till regeringen (SOU 2018:89). Utredningen föreslår bl.a. att statens nuvarande särskilda bidrag för läkemedel till landstingen inordnas i det generella statsbidraget. Enligt utredningen innebär förslaget att landstingen i större utsträckning får förutsättningar att påverka den långsiktiga kostnadsutvecklingen för läkemedel och att de får behålla hela utfallet från de avtal som upprättas mellan landstingen och läkemedelsföretagen. Vidare föreslås att det ska införas ett särskilt statligt stöd till landstingen för användning av nya läkemedel som innebär ökad nytta men också ökade kostnader inom hälso- och sjukvården. Staten föreslås också finansiellt stödja de landsting som har ovanligt stora kostnader för vissa läkemedel mot sällsynta sjukdomar och som fått en positiv nationell rekommendation. Slutbetänkandet har remitterats. Utredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Kostnadsfria läkemedel för barn

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp reformen om kostnadsfria läkemedel för barn. Delrapporten visar att uttaget av samtliga receptbelagda läkemedel till barn inom läkemedelsförmånen har ökat med 18 procent, justerat för befolkningsökning. Ökningen har i princip varit lika stor för pojkar som för flickor. Mjukgörande salvor följt av sömnmedlet melatonin och allergiläkemedel hade störst ökning av antal uttag.

Kostnaderna för samtliga receptbelagda läkemedel som hämtats ut till barn inom läkemedelsförmånen har sedan reformens ikraftträdande 2016 ökat med 49 procent, från 1,5 miljarder kronor 2015 till 2,2 miljarder kronor 2017. Justerat för befolkningsökningen har förmånskostnaderna ökat med 43 procent. Förmånskostnaderna har ökat något mer för läkemedel till pojkar än för flickor.

Uppdraget ska slutredovisas i oktober 2019.

Internationella prisjämförelser

TLV har jämfört läkemedelspriserna i Sverige 2018 med 19 andra europeiska länder. Myndigheten har delat in läkemedel i två segment baserat på förutsättningen för konkurrens i Sverige. Läkemedel som inte är utbytbara räknas till segmentet läkemedel utan konkurrens, det vill säga med patent, medan produkter som är utbytbara och som ingår i periodens vara-systemet (PV-systemet) räknas till segmentet läkemedel med konkurrens.

För det värdemässigt största segmentet, läkemedel utan konkurrens, ligger Sveriges priser strax över genomsnittet. Priserna har dock minskat sedan 2014 i relation till övriga länder. Mellan 2014 och 2015 sänktes priserna i Sverige jämfört med övriga länder genom flera omprövningar. Under 2018 har 8 av 20 länder högre priser än Sverige och 11 länder har lägre priser. För läkemedel utan konkurrens har Sveriges index sjunkit med omkring tio procentenheter. Omkring sextio procent av denna förändring hänför sig till förändringen i valutakurs (kronan har blivit svagare), och omkring fyrtio procent till förändring i listpriser.

Segmentet läkemedel med konkurrens inkluderar alla läkemedelsgrupper i urvalet som fanns med i PV-systemet 2018. I Sverige utgör läkemedel inom PV-systemet cirka 60 procent av den totala läkemedelsanvändningen i volym, men endast 20 procent av värdet. Sverige har låga priser på dessa läkemedel och endast Danmark har lägre priser än Sverige. Mellan 2014 och 2018 har Sveriges priser sjunkit med cirka 25 procentenheter.

Medicinteknik

I regeringens proposition Anpassningar till EU:s nya förordningar om medicinteknik – del 1 (prop. 2016/17:197) föreslog regeringen att ansvaret för anmälda organ på det medicintekniska området skulle flyttas från Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (Swedac) till den myndighet som regeringen bestämmer. Regeringen beslutade i oktober 2017 att Läkemedelsverket skulle vara denna nya myndighet (se förordningen [1993:876] om medicintekniska produkter). I propositionen föreslogs också att myndighetens nya uppgifter skulle finansieras genom avgifter. Myndigheten ska utöver de uppgifter den tidigare fått avseende anmälda organ utarbeta vetenskapliga yttranden till anmälda organ. De nya uppgifterna som Läkemedelsverket ska ägna sig åt kräver resurser. Regeringen beslutade därför att Läkemedelsverket från och med den 1 juni 2019 ska ta ut avgifter för arbetet att ta fram vetenskapliga yttranden (se förordningen [2017:932]

om avgifter för anmälda organ för medicintekniska produkter).

Under 2019 kommer även en departementspromemoria att arbetas fram med förslag till anpassningar av svensk rätt till de nya EU-förordningarna om medicinteknik som ska börja tillämpas den 26 maj 2020 respektive den 26 maj 2022.

Minskat utrymme för manipulering av recept och oegentlig förskrivning

Regeringen har gett Läkemedelsverket i uppdrag att införa elektronisk förskrivning som huvudregel för samtliga humanläkemedel som hämtas ut på öppenvårdsapotek, med möjlighet till vissa reglerade undantag. Jämfört med andra förskrivningssätt innebär elektronisk förskrivning att utrymmet för manipulering av recept och omotiverad förskrivning av t.ex. narkotiska läkemedel minskar. Förutsättningarna för patientsäkra förskrivningar blir bättre även genom att uppgifter om enskildas läkemedelsförskrivningar blir mer heltäckande i den kommande nationella läkemedelslistan.

I uppdraget till Läkemedelsverket ingår förutom införandet av elektronisk förskrivning som huvudregel bl.a. att uppdatera receptblanketten med nya säkerhetsdetaljer, att ta bort möjligheten att förskriva läkemedel via faxrecept samt att göra det otillåtet att byta receptformat från elektroniska förskrivningar till pappersrecept, förutom i reglerade undantagssituationer. I tillägg till detta uppdrag fortsätter E-hälsomyndighetens arbete med att göra anslutningen till myndighetens register säkrare och förbättra kontroller av hälso- och sjukvårdspersonalens identitet, legitimation och när det är aktuellt individuella förskrivarbehörigheter.

Restnoteringar

Arbetet med hantering av restnoteringar har kommit i en ny fas. Läkemedelsverket har i samverkan med ett stort antal aktörer identifierat olika sätt att hantera bristsituationer, genom bl.a. åtgärder i olika delar av logistikkedjan, från tillverkning till lagerhållning och i förekommande fall administrering av läkemedel. En del av dessa åtgärder bygger på det it-stöd för ärendehantering och publicering av information om restnoteringar som Läkemedelsverket satt i drift i början av 2018. Samtidigt som Läkemedelsverket fortsätter att optimera systemet, fick myndigheten i augusti 2019 i uppdrag att beskriva vilka steg som i nuläget kan tas av myndigheten för att informera om restnoteringar och bristsituationer samt begränsa deras effekter. Inom ramen för uppdraget ska Läkemedelsverket i samråd med sjukvården utveckla ett forum för att under organiserade former dela information om restnoteringar och bristsituationer mellan berörda aktörer, i första hand sjukvården.

Förbättrad uppföljning

Införandet av den nationella läkemedelslistan kommer att innebära att uppgifter om förskrivna och uthämtade läkemedel blir mer heltäckande samtidigt som fler uppgifter kommer kunna följas upp, t.ex. orsaken till att ett läkemedel har ordinerats (ordinationsorsak). Hösten 2018 färdigställde E-hälsomyndigheten ett verktyg för distribution och förvaltning av den nationella källan för ordinationsorsak. Socialstyrelsen, som tagit fram denna källa, redovisade i sin tur hur kodsystemet har gjorts färdigt för implementering i vårdens it-system fr.o.m. första kvartalet 2019. Uppföljningsperspektivet har också fortsatt beaktats i framtagningen av den nationella läkemedelslistan samt i arbetet med Life sciencestrategin.

Biobanker

Den 28 mars 2019 fattade regeringen beslut om propositionen Vissa ändringar som gäller PKU-biobanken (prop. 2018/19:85). Sedan den 1 juli 2019 får de tester som görs på nyfödda för att identifiera allvarliga medfödda sjukdomar (s.k. PKU-screening) även omfatta andra sjukdomar än ämnesomsättningssjukdomar och det är Socialstyrelsen som beslutar om vilka sjukdomar som PKU-screeningen får omfatta. Vidare ska bestämmelserna om PKU-biobanken och PKU-registret även gälla för PKU-prover från barn som inte har lämnat sådana prov som nyfödda, exempelvis barn som fötts i ett annat land.

Läkemedel och miljö

Regeringen verkar för ökad miljöhänsyn både i EU:s läkemedelslagstiftning och internationellt. Frågan om läkemedel i miljön har kopplingar till arbetet mot antibiotikaresistens, se avsnitt 4 Folkhälsopolitik, och behandlas även inom utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård. På uppdrag av regeringen har Läkemedelsverket inrättat ett kunskapscentrum för läkemedel i miljön. Fokus för kunskapscentrumet kommer att vara samverkan, dialog och kunskapsspridning.

Läkemedelsverket har på uppdrag av regeringen tagit fram en handlingsplan för hur myndigheten fram till 2020 ska verka för att uppnå miljömålen. Läkemedelsverket har i det arbetet identifierat sex övergripande åtgärder samt aktiviteter inom respektive åtgärd. Vidare pågår det ett arbete inom myndigheten, i syfte att bättre följa läkemedelssubstanser med miljöpåverkan samt ta fram statistik om försäljning av mängd aktiv substans för drygt 30 olika läkemedelssubstanser. Statistiken ses som ett komplement till miljöövervakning och påvisar behovet av övervakning.

Säkerhetsdetaljer
Riksdagen har beslutat om propositionen Anpassningar av svensk lag med anledning av EU-förordningen om säkerhetsdetaljer på läkemedel (prop. 2018/19:106). I propositionen föreslås vissa lagändringar i syfte att anpassa svensk rätt till ett EU-rättsligt regelverk som syftar till att förhindra att förfalskade läkemedel kommer in i den legala läkemedelsförsörjningskedjan. Lagändringarna trädde i kraft den 1 augusti 2019.

Brexit
Som en följd av att Storbritannien ska lämna den Europeiska unionen har Läkemedelsverket övertagit en stor del av Storbritanniens arbetsuppgifter inom Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA). Sverige är t.ex. det land i EU som har tilldelats flest rapportör- och medrapportörskap inom EMA:s vetenskapliga kommitté för humanläkemedel, CHMP, de tre senaste åren, 2016–2018. Regeringen har vidare fört en nära dialog med Läkemedelsverket i fråga om brexit i syfte att förebygga att det uppstår brister på läkemedel eller medicinteknik. Läkemedelsverket har i sin tur fört dialog med industrin och andra intressegrupper för att informera om vikten av förberedelse. Flera seminarier har anordnats på verket och regeringen har deltagit i Europeiska kommissionens tekniska seminarier om läkemedel och medicintekniska produkter.

Apotekmarknadens utveckling

TLV:s uppföljning av apoteksmarknaden
I november 2018 presenterade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) sin rapport om 2018 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling. Myndigheten bedömer att marknaden på en övergripande nivå fortsätter att visa en god försäljningsutveckling och lönsamhet. Myndigheten anser även att det finns förutsättningar för en fortsatt god tillgänglighet till läkemedel och kvalificerad rådgivning. Utifrån de resultat som framkommer i uppföljningen anser TLV att det inte finns skäl att aktualisera en ny översyn av handelsmarginalens nivå eller utformning.

Läkemedelsverkets arbete med returer
Den 1 augusti 2018 infördes en rätt för apoteken att returnera läkemedel till partihandeln. I oktober 2018 delrapporterade Läkemedelsverket ett regeringsuppdrag om uppföljning av denna lagändring. Myndighetens plan är att varje februari under åren 2019–2021 redovisa antal förpackningar per returkod samt det ekonomiska värdet av dessa till Socialdepartementet.

Apoteksstöd i glesbygd
Under 2019 har TLV för verksamhetsåret 2018 beviljat sammanlagt 33 apotek stöd enligt förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Det totala utbetalade beloppet uppgick till strax under 11 miljoner kronor.

Nya regler på apoteksmarknaden
Den 1 januari 2019 trädde nya bestämmelser i kraft om verksamhet som bedrivs av apoteksombud, förstärkt krav på erfarenhet hos den som utses till läkemedelsansvarig på ett apotek och ett förtydligande av att apotekens lokaler ska vara utformade så att kundernas integritet skyddas vid rådgivning.

Utökade möjligheter till utbyte av läkemedel på apotek
I juni 2020 börjar nya regler att gälla om att läkemedel som förskrivits utanför läkemedelsförmånerna ska kunna bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel som ingår i förmånerna, vilket innebär att patienten kan få ett läkemedel som omfattas av högkostnadsskyddet. TLV och E-hälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att förbereda införandet av reformen.

Fortsatt god tandhälsa men ojämlik tandvård

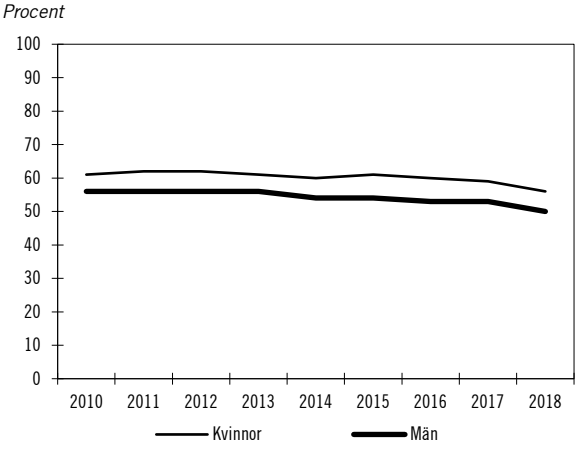
Tandhälsan hos den vuxna befolkningen har förbättrats över tid. Sedan 2009 har antalet lagade tänder minskat med 2,8 tänder för personer i åldersgruppen 22–65 år samtidigt som antalet kvarvarande tänder varit relativt stabilt. Med ökad

ålder ökar också antalet lagade tänder. Tidigare lagade tänder ökar behovet av såväl förebyggande som reparativ tandvård.

År 2017 hade 71 procent av den vuxna befolkningen besökt tandvården minst en gång de senaste två åren och 77 procent hade gjort ett besök minst en gång de senaste tre åren. Skillnaden mellan könen är relativt stor, 81 procent av kvinnorna och 74 procent av männen besökte tandvården under en treårsperiod.

Besöksfrekvensen för t.ex. basundersökningar skiljer sig även åt mellan personer med olika utbildningsbakgrund och beroende på var i landet de bor. Under åren 2015–2017 gjorde t.ex. 75 procent av den vuxna befolkningen i Halland minst en basundersökning. Motsvarande siffra för Norrbotten var 55 procent. Andelen som besöker tandvården stiger generellt med inkomst för såväl kvinnor som män, ju bättre privatekonomi desto högre andel har besökt tandvården under det senaste året. För gruppen med lägst inkomst var andelen besökare 52 procent, vilket kan jämföras med 82 procent besökare i gruppen med högst inkomst.

Diagram 3.19 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist för undersökning



Källa: Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån

Tabell 3.4 Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd, 2009–2018

Miljoner kronor

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Allmänt tandvårdsbidrag[1]										
Kvinnor	459	530	503	488	527	525	535	532	558	964
Män	401	464	439	431	464	461	469	467	488	844
Summa allmänt tandvårdsbidrag	860	994	942	919	991	986	1 004	999	1 046	1 808
Särskilt tandvårdsbidrag[2]										
Kvinnor					11	18	24	29	33	36
Män					5	9	11	13	15	16
Summa särskilt tandvårdsbidrag					16	27	35	42	48	52
Högkostnadsskydd[3]										
Kvinnor	1 872	1 957	1 958	1 970	2 094	2 120	2 130	2 255	2 320	2 259
Män	1 838	1 957	1 955	1 961	2 075	2 113	2 118	2 261	2 351	2 275
Summa högkostnadsskydd	3 710	3 914	3 913	3 931	4 169	4 233	4 248	4 516	4 671	4 534
Samtliga tre tandvårdsstöd										
Kvinnor	2 331	2 487	2 461	2 458	2 632	2 663	2 683	2 816	2 911	3 259
Män	2 239	2 421	2 394	2 392	2 544	2 583	2 598	2 742	2 854	3 135
Totalt	**4 571**	**4 910**	**4 856**	**4 854**	**5 184**	**5 253**	**5 291**	**5 558**	**5 775**	**6 394**

[1] Det allmänna tandvårdsbidraget ska stimulera till regelbundna besök hos tandläkare och är främst tänkt att användas för undersökningar och förebyggande tandvård.
[2] Det särskilda tandvårdsbidraget riktar sig till personer som har sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för försämrad tandhälsa. Det särskilda tandvårdsbidraget infördes 2013.
[3] Högkostnadsskyddet innebär att den försäkrade vid större behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv.
Källa: Försäkringskassan

De totala tandvårdsutgifterna för stat, landsting och hushåll uppgick till 27,4 miljarder kronor för 2017, enligt preliminära uppgifter från Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna). Landstingens utgifter uppgick till 6,9 miljarder kronor, kommunernas utgifter uppgick till 12 miljoner kronor och hushållens utgifter för tandvård uppgick till 16,4 miljarder kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter cirka 60 procent.

Totalt betalade staten ut 6,4 miljarder kronor i statligt tandvårdsstöd för 2018. Detta var 0,6 miljarder kronor mer än 2017 vilket till största delen beror på att reformen om höjd nivå för allmänt tandvårdsbidrag trädde i kraft den 15 april 2018.

Förbättrad information till tandvårdspatienter
För att öka kännedomen om såväl det statliga tandvårdsstödet som de tandvårdsstöd som administreras och finansieras av landstingen har Försäkringskassan på uppdrag av regeringen under 2018 utökat sin befintliga webbinformation med information om landstingens tandvårdsstöd och därmed blivit mer heltäckande avseende de tandvårdsstöd som finns att tillgå.

Utvärdering av de landstingsfinansierade tandvårdsstöden
På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen utvärderat de landstingsfinansierade tandvårdsstöden. Resultateten visar på bedömningssvårigheter beträffande vilka personer som har rätt till de olika stöden och det finns stora variationer mellan landstingen i hur många som får ta del av stöden. Förfarandet kring läkarintyg för att få tillgång till denna typ av stöd upplevs som besvärligt av såväl patienter som professionen. Det finns även svårigheter att utvärdera stöden och det vetenskapliga underlaget är begränsat för de sjukdomar som ingår i stöden. Det är färre män än kvinnor som nyttjar tandvårdsstöden.

Utvärdering av det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB)
Socialstyrelsen har även utvärderat STB. Det är få som tar del av STB i relation till att det vid införandet av bidraget 2013 uppskattades att målgruppen skulle uppgå till ca 286 000 personer. Under 2018 var det ca 63 000 personer som tog del av STB. Även för STB upplevs förfarandet med obligatoriskt läkarintyg som krångligt och det vetenskapliga underlaget för vilka sjukdomar som ska omfattas av stödet är begränsat. Det är mer än dubbelt så många kvinnor som tar del av STB jämfört med män.

Tandvårdspatienter är nöjda med vården
Befolkningen är generellt mycket nöjd med tandvården jämfört med många andra branscher enligt 2018 års mätning från Svenskt Kvalitetsindex. Mätningen visar dock att nöjdheten sjönk något 2018 jämfört med året innan för branschen som helhet.

3.4.3 Analys och slutsatser

Nedan redovisas regeringens analys och slutsatser utifrån målet för hälso- och sjukvårdspolitiken, dvs. att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Många kvinnor och män bedömer att de har tillgång till den vård de behöver. Det finns dock vissa fortsatta utmaningar vad gäller patientdelaktighet och samordning av vårdens insatser.

Regeringen bedömer att fortsatta förbättringar är motiverade för att hälso- och sjukvården i större utsträckning ska ges utifrån den enskildes behov. Att främja delaktighet i den egna hälso- och sjukvården kan bidra till att den bättre motsvarar den enskildes behov. Hälso- och sjukvården präglas inte sällan av ett organisations- och funktionsperspektiv snarare än ett tydligt patient- och individperspektiv. För många patienter med omfattande och komplexa vårdbehov är också samordningen mellan vård och omsorg betydelsefull. En insats som syftar till att stimulera detta är möjligheten att införa patientkontrakt till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov.

Inom ramen för arbetet med att införa standardiserade vårdförlopp i cancervården skapas förutsättningar för en mer behovsanpassad och sammanhållen vård där cancerpatienterna även erbjuds en kontaktsjuksköterska som har det övergripande ansvaret för patienten och närstående under hela vårdkedjan.

Effektiv hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvårdsområdet bedrivs ett aktivt arbete för att främja effektivitet.

Arbetet som bedrivs inom ramen för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) förväntas bidra till en mer effektiv hälso- och sjukvård genom att vården ges närmare medborgarna. För att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera vården. På så sätt kan såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande uppnås.

Professionernas kompetens är en oumbärlig resurs inom hälso- och sjukvården. Tillgången på personal har i vissa avseenden förbättrats över de senaste åren, men brister kan fortfarande påvisas. Regeringen bedömer att det finns förbättringspotential vad gäller planering och användning av professionernas kompetens. Det kan t.ex. handla om att frigöra tid för patienten genom mindre administration. Det är ett av flera områden inom ramen för överenskommelsen Investeringar för förbättrade förutsättningar för vårdens medarbetare som regeringen har avsatt medel till. Medlen kan användas för att landstingen ska kunna utveckla arbetssätt i syfte att vårdpersonal ska arbeta kvar inom hälso- och sjukvården, vilket är en viktig faktor för att hälso- och sjukvården ska kunna bedrivas effektivt.

E-hälsa och digitalisering bär med sig stora möjligheter för hälso- och sjukvården såväl när det gäller patientsäkerhet som effektivitet. Samtidigt bör digitaliseringen genomföras på ett sätt som säkerställer användarvänlighet för digitalt ovana patienter samt för personalen. Vidare måste skyddet av säkerhetskänslig information, och sådana verksamheter som hanterar sådan information, säkras och skyddet för den personliga integriteten ständigt beaktas för att Sverige fullt ut ska kunna använda digitaliseringens möjligheter. Sverige har goda förutsättningar för att ta tillvara möjligheterna som digitaliseringen inom hälso- och sjukvården ger för bl.a. vård, prevention, forskning och innovation. För att förbättra möjligheterna till en ändamålsenlig informationshantering krävs ökad samordning och samverkan inom e-hälsoområdet. Ett ofta uppmärksammat problemområde rör svårigheter för olika informationssystem att kommunicera med varandra, t.ex. inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att bl.a. ge medarbetarnas tillgång till rätt information har regeringen gjort olika insatser för att stödja verksamheter och medarbetare på detta område. Regeringen har bl.a. tillsatt en särskild utredare som ska göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet. Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten har även på regeringens uppdrag tagit fram ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar utifrån gällande rätt. Stödet riktar sig bl.a. till personal med journalföringsplikt inom vård och omsorg.

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård kan bidra till en mer effektiv hälso- och sjukvård. Genom att arbeta mer främjande och förebyggande kan hälso- och sjukvården bl.a. bli mer kostnadseffektiv.

God kvalitet i hälso- och sjukvården

Svensk hälso- och sjukvård kännetecknas av hög kvalitet inom flera områden, vilket t.ex. yttrar sig i goda medicinska resultat. Den intensiva kunskapsutvecklingen inom området ställer höga krav på styrning med kunskap för att upprätthålla den höga kvaliteten.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat är grundläggande för ett gott kvalitetsutvecklingsarbete och för forskning och innovation. Regeringens arbete med att förbättra den statliga styrningen med kunskap tillsammans med landstingens samlade kunskapsstyrningsarbete bidrar på ett positivt sätt till hälso- och sjukvårdens förutsättningar att erbjuda en vård av hög kvalitet.

I detta avseende levererar kvalitetsregister och kunskapsstöd såsom nationella riktlinjer, öppna jämförelser och andra nationella uppföljningar och utvärderingar viktiga resultat. Tillsynen bidrar också med kunskap för förbättringsarbete.

En kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

För att varje patientmöte ska vara baserat på den bästa kunskapen krävs att hälso- och sjukvården är en lärande organisation. För detta krävs tillgång till aktuell kunskap genom till exempel kunskapsstöd, uppföljning och lärande samt en tillitsfull miljö där förbättringsarbete är en naturlig del av vardagen.

Sedan Kunskapsstödsutredningen lämnade sitt betänkande (SOU 2017:48) i juni 2017 har både

staten och sjukvårdshuvudmännen tagit, och står inför att ta, viktiga steg för att förbättra det nationella arbetet för en kunskapsbaserad vård. Landstingen bygger upp ett gemensamt nationellt kunskapsstyrningssystem.

I takt med att landstingen tar ett allt större ansvar för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik vård behöver staten på motsvarande sätt utveckla sin styrning med kunskap så att staten och sjukvårdshuvudmännen tillsammans kan skapa ett sammanhållet nationellt system. Det är även viktigt att partnerskapet inom hälso- och sjukvårdsområdet samverkar med partnerskapet inom socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård för att få till en helhet inom det samlade kunskapsstyrningssystemet.

Regeringen bedömer att det krävs en sammanhållande kraft som verkar för att de olika delarna i systemet hänger ihop och tillsammans skapar en fungerande helhet. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare med ett genomförandeuppdrag. Regeringen bedömer att det kommer att krävas ett hållbart och långsiktigt engagemang från alla ingående aktörer för att garantera en mer kunskapsbaserad och jämlik vård för patienterna.

En jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Regeringen bedömer att det återstår arbete för att hälso- och sjukvården i större utsträckning ska vara jämlik och jämställd.

Regeringen vidtar åtgärder som främjar en mer jämlik vård, t.ex. insatserna avseende dels tillgängligheten och styrningen med kunskap, inklusive olika kunskapsstöd, dels cancervården. Reformen för den högspecialiserade vården syftar också till att skapa en mer jämlik vård för den mest specialiserade vården på nationell nivå. Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning har bl.a. i uppdrag att stödja utvecklingen av den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården.

Satsningen på förlossningsvården och kvinnors hälsa har nu pågått i några år och landstingen har vidtagit flera viktiga insatser. Den överenskommelse som regeringen ingått med SKL bedöms kunna leda till bättre förutsättningar för medarbetarna i vården och för de kvinnor som har behov av vård. Regeringens bedömning är att bristerna i fråga om tillgänglighet till förlossningsvården, kontinuitet i vårdkedjan före, under och efter graviditet samt eftervård av kvinnor som får förlossningsskador måste åtgärdas.

Regeringen konstaterar att tandhälsan är god på befolkningsnivå, dock skiljer sig tandhälsan mellan olika grupper i samhället.

Regeringen bedömer att det är angeläget att systematiskt följa upp kvinnors och mäns, flickors och pojkars hälsa respektive vård och omsätta resultaten i arbetet för en mer jämställd vård i alla delar av landet. Arbetet bidrar på ett övergripande plan till uppfyllelsen av de jämställdhetspolitiska målen. En god hälsa för kvinnor och män respektive flickor och pojkar bidrar till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället i stort.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Behoven av vård har ökat, bland annat på grund av en åldrande befolkning men också till följd av ökade behandlingsmöjligheter. Stora pensionsavgångar och en ansträngd personalsituation innebär utmaningar för att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats. Tillgängligheten till vård behöver förbättras.

Vårdproduktionen har ökat men inte tillräckligt mycket för att motsvara de ökade behoven. Tillgängligheten kan öka bl.a. genom att de möjligheter som digitala verktyg och distanslösningar ger tillvaratas. Tillgänglighetsfrågan i vården måste lösas genom flera olika insatser utifrån det specifika hälso- och sjukvårdssystem vi har i Sverige. Regeringen bedömer att den påbörjade strukturförändringen av vården, en förstärkt vårdgaranti och en uppdaterad kömiljard är viktiga steg mot en förbättrad tillgänglighet till en vård som ges närmre befolkningen. Regeringen bedömer att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Det finns fortfarande utmaningar och brister i tillgången till vissa yrkesgrupper, men den sammantagna bedömningen är att de åtgärder som vidtagits och som ska vidtas kommer att leda till att utvecklingen går i en positiv riktning.

På läkemedelsområdet finns utmaningar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har t.ex. tidigare konstaterat att det finns regionala skillnader i vilka läkemedel landstingen erbjuder. Staten har genom överenskommelsen med SKL inom läkemedelsområdet bidragit till en god tillgång till effektiv läkemedelsbehandling. Vidare

har insatserna inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin gett resultat, men mycket arbete kvarstår för att utveckla ett mer långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel.

Statens kostnader för tandvårdsförmånerna ökade under 2018 med cirka 600 miljoner kronor jämfört med 2017. Den primära orsaken till detta är att regeringen dubblerade det allmänna tandvårdsbidraget den 15 april 2018, vilket innebar att kostnaderna för det allmänna tandvårdsbidraget blev cirka 800 miljoner kronor högre 2018 jämfört med 2017. Syftet med dubbleringen var att öka incitamentet för regelbundna tandvårdsbesök genom att minska patienternas kostnader och på så sätt göra tandvården mer tillgänglig. Kostnaderna i övrigt inom tandvårdsförmånen har varit relativt stabila under de senaste åren. Sammantaget uppgick statens kostnader för tandvårdsförmånerna till cirka 6,4 miljarder kronor 2018. Regeringen har på senare år genomfört fler satsningar inom tandvårdsområdet, t.ex. genom att utöka den avgiftsfria tandvården för unga upp till och med det år man fyller 23 år. Den ökade kostnaden för tandvårdsförmånerna kan till största delen hänföras till de förändringar regeringen gjort inom området.

3.4.4 Tillkännagivanden

Tillkännagivande om den nationella läkemedelslistan

Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör överväga om det går att tidigarelägga tidpunkterna för ikraftträdande av lagen om nationell läkemedelslista (bet. 2018/19:SoU7 punkt 1, rskr. 2018/19:138).

Regeringen anser att det är viktigt att införandet av en nationell läkemedelslista inte dröjer längre än nödvändigt. Ikraftträdandedatumen bestämdes dock för att säkerställa att den lösning som valts ska bli tekniskt och juridisk hållbar samt genomtänkt ur informations- och cybersäkerhetssynvinkel.

Regeringen har en kontinuerlig dialog med E-hälsomyndigheten och efter kontakter med myndigheten har det framkommit att det nya registrets tekniska och juridiska hållbarhet inte kan garanteras om datum för ikraftträdande tidigareläggs och anser därför att ikraftträdande bör ske det datum riksdagen tidigare beslutat om.

Regeringen anser i och med detta att tillkännagivandet är slutbehandlat.

Tillkännagivande om överutnyttjande av tandvårdsstödet

Riksdagen har tillkännagett att regeringen, i det pågående arbetet med att utreda förutsättningarna för att avsluta tandvårdsgivare som missköter sig från ersättningssystemet, bör beakta att likvärdiga villkor liksom likvärdig tillsyn och uppföljning ska gälla för alla aktörer som verkar inom tandvården oavsett driftsform (bet. 2017/18:SoU7 punkt 1, rskr. 2017/18:187). Tillkännagivandet beslutades med anledning av regeringens skrivelse till riksdagen, Riksrevisionens rapport om överutnyttjande av tandvårdsstödet till följd av överbehandling (skr. 2017/18:65). I skrivelsen redovisar regeringen sin bedömning av Riksrevisionens iakttagelser i rapporten.

I sin rapport föreslår Riksrevisionen bl.a. att Försäkringskassan bör ges utökade kontroll- och sanktionsmöjligheter. Regeringen instämde i Riksrevisionens bedömning i denna del och har genom ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdssystem gett Försäkringskassan utökade möjligheter att avsluta tandvårdsgivare som missköter sig. Vidare ska även vårdgivare som beviljats anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd före den 1 juli 2017 utan dröjsmål anmäla till Försäkringskassan om en person som har en ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande hos vårdgivaren, ersätts av en annan person eller om någon annan person tillkommer. Vårdgivare ska också, utan dröjsmål, anmäla om de inte längre uppfyller kraven på att ha legitimerad personal i verksamheten och, i förekommande fall, att inneha F-skatt. Förordningsändringarna trädde i kraft den 15 april 2019.

Beträffande likvärdig tillsyn och uppföljning av tandvårdsgivare betonades i departementspromemorian (Ds 2018:36) som låg till grund för ovanstående förordningsändringar att de bestämmelser om avanslutning som föreslogs i promemorian omfattade alla tandvårdsgivare, oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. Mot bakgrund av detta anser regeringen att tillkännagivandet är tillgodosett och att det därmed är slutbehandlat.

Tillkännagivande om att utveckla patientlagen

Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör ta initiativ till en översyn av patientlagen (2014:821) med syftet att stärka patientens ställning och återkomma till riksdagen (bet. 2016/17:SoU10 punkt 5, rskr. 2016/17:254).

Patienters möjligheter till inflytande över och delaktighet i vård och behandling är en central fråga för regeringen. Patientlagen är ett viktigt led i arbetet med att åstadkomma detta.

Lagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Det är dock landstingens ansvar att se till att lagstiftningen genomförs i hälso- och sjukvården. I detta arbete bör självklart patienter ha en roll. Regeringen stödjer landstingens arbete med att skapa en patientcentrerad vård på andra sätt. Regeringen har bl.a. avsatt den s.k. patientmiljarden som ska bidra till en mer tillgänglig och samordnad vård. I detta ingår att ge landstingen incitament för att införa så kallade patientkontrakt. Med patientkontrakt avses en sammanhållen vårdplan som ska underlätta för patienten att få en överblick över samtliga vårdkontakter och att vara delaktig i utformningen av vården. Regeringen har också inom ramen för satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar stimulerat landstingen att utveckla patientcentrerade arbetssätt som tar hänsyn till patienters förutsättningar och behov. Sveriges Kommuner och Landsting publicerade i maj 2018 en sammanställning av personcentrerad vård i Sverige. Rapporten visar att en mängd aktiviteter pågår i landet t.ex. utbildningsinsatser, stärkt patient- och brukarmedverkan och implementeringsforskning. Landstingens utmaningar handlar om att kunna mäta och följa effekterna av personcentreringen, skapa tid för den kulturförändring som personcentreringen innebär samt ha utvecklade stödsystem för arbetssättet. Nästa steg för landstingen är att koppla personcentreringen till kunskapsstyrning, digitalisering och utvecklingen av den nära vården. Kartläggningen visar att 13 av 21 landsting har fattat ett övergripande beslut om att skapa förutsättningar och samordna insatser för personcentrerad vård.

Regeringen har 2019 inrättat ett patientråd som forum för dialog mellan regeringen och civilsamhällesorganisationer som företräder patienternas intressen. Patientrådet är ett led i regeringens ambition att skapa en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård. Syftet med rådet är att föra en dialog om angelägna hälso- och sjukvårdsfrågor för att fördjupa och bredda regeringens kunskap och perspektiv i olika frågor som rör patienternas intressen.

Dessa rapporter och initiativ har tydlig koppling till genomförandet av patientlagen och visar att ett omfattande arbete pågår i landstingen. Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följde genomförandet av patientlagen under perioden 2014–2017, vilket innebär att de resultat som myndigheten redovisade i februari 2017 baserades på knappt två år med gällande lagstiftning. Regeringen avser mot den bakgrunden att initiera en förnyad uppföljning av lagens efterlevnad samt av det övriga arbete som pågår för att stärka patientens ställning i svensk hälso- och sjukvård. Frågan om hur patientlagen eventuellt kan utvidgas för att stärka patientens inflytande prövas i detta sammanhang. Regeringen avser därför att återkomma till riksdagen med anledning av tillkännagivandet. Tillkännagivandet är inte slutbehandlat.

Tillkännagivande om att göra kvalitetsregister mer tillgängliga

Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att ta fram förslag på hur de nationella kvalitetsregistren kan bli tillgängliga för den enskilde så att kvaliteten mellan olika vårdmottagningar kan jämföras och tillkännagett detta för regeringen (bet. 2017/18:SoU9 punkt 10, rskr. 2017/18:293).

Tillsammans med de hälsodataregister som Socialstyrelsen ansvarar för och som möjliggör uppföljning, analys och rapportering om hälsa och sociala förhållanden utgör huvudmännens egna (ofta diagnosspecifika) kvalitetsregister huvudkällor till öppen redovisning av sjukvårdens och äldreomsorgens resultat. Redan i dag tillgängliggörs resultat, förutom i myndigheternas och huvudmännens rapporter, också i flera fall via exempelvis sökbara webbtjänster kopplade till kvalitetsregister.

Regeringen är dock medveten om att det inom vissa sjukvårdsområden i dag finns begränsningar i att fullt ut följa upp och tillgängliggöra information om vårdens kvalitet. Att förbättra individens tillgång till information och stärka möjligheterna

för en god uppföljning på nationell nivå är därför en central fråga för regeringens fortsatta arbete. En förutsättning för att stärka tillgången till information om vårdens kvalitet är att uppföljningen inom hälso- och sjukvården utvecklas. Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har därför under 2019, på regeringens uppdrag, lämnat förslag på hur uppföljningen av vården kan utvecklas. Särskild vikt har lagts på användande av patientrapporterade utfalls- och upplevelsemått. Dessa rapporter utgör viktiga underlag för regeringens fortsatta arbete. För 2019 har regeringen även ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till kvalitetsregister där en central del är att ytterligare stärka och utveckla registren för att skapa förutsättningar till jämförelser och tillgängliggörande av vårdens kvalitet.

Ärendet bereds fortsatt inom Regeringskansliet och tillkännagivandet är därmed inte slutbehandlat.

Tillkännagivande om den nationella cancerstrategin

Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör ta fram en ny cancerstrategi. (bet. 2017/18:SoU9 punkt 27, rskr. 2017/18:293).

I budgetpropositionen för 2019 angav regeringen att den ansåg att tillkännagivandet var tillmötesgått och därmed slutbehandlat mot bakgrund av den långsiktiga inriktningen för det nationella arbetet med cancervården (prop. 2018/19:1 utg.omr. avsnitt 3).

Vid behandlingen av budgetpropositionen delade riksdagen inte regeringens bedömning att tillkännagivandet var slutbehandlat. Riksdagen tillkännagav därmed på nytt att regeringen bör ta fram en ny cancerstrategi enligt tillkännagivandet som riksdagen gjorde 2018 (bet. 2018/19:SoU1 punkt 2, rskr 2018/19:111).

Betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) har sedan 2009 utgjort grunden för arbetet med att utveckla cancervården i Sverige. Regeringen anser att den inriktning som anges i denna strategi fortsatt ska vara vägledande för arbetet. Däremot behöver cancerstrategin förnyas för att möta de utmaningar som den svenska cancervården står inför i dag och i framtiden.

Från och med 2020 kommer regeringen därför årligen uppdatera den nationella cancerstrategin genom överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting. Detta kommer bidra till att cancerstrategin förnyas och hålls relevant. På detta sätt avser regeringen att tillgodose riksdagens tillkännagivande. Regeringen avser återkomma till riksdagen i budgetpropositionen 2021.

3.5 Den årliga revisionens iakttagelser

E-hälsomyndigheten har fått en revisionsberättelse med reservation avseende sin årsredovisning för 2018. Som grund för uttalande om reservation anger Riksrevisionen följande. Regeringen har i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten specifikt efterfrågat återrapportering avseende grunderna för hur myndigheten har beräknat storleken på avgifterna enligt 25 § lagen (1996:1156) om receptregister och 14 § lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. I årsredovisningen som lämnades den 22 februari 2019 saknas sådan information.

E-hälsomyndigheten har i enlighet med 28 § myndighetsförordningen (2007:515) inkommit till regeringen med en redovisning av vilka åtgärder myndigheten avser att vidta med anledning av Riksrevisionens uttalande. Myndigheten avser bl.a. att komplettera resultatredovisningen med tydliga hänvisningar till myndighetens instruktion, se över processen för årsredovisningen samt utförligt redovisa grunderna för hur myndigheten har beräknat storleken på avgifterna i årsredovisningen för 2019.

3.6 Politikens inriktning

Sverige ska ha en vård i yttersta världsklass för alla. Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig väl i jämförelse med andra länder. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är gott och stigande. Samtidigt står svensk hälso- och sjukvård inför en rad utmaningar och problem. Kraven på såväl bättre tillgänglighet som utökad samordning, gott bemötande, delaktighet och rätt

information i rätt tid ökar från befolkningen. Köerna i svensk hälso- och sjukvård måste kortas och vård ska ges efter behov.

Vården behöver ställas om genom en vidareutveckling av den nära vården. Den potential som finns i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver tas tillvara. Inte minst behöver den ökande psykiska ohälsan motverkas.

Rätt kompetens i hälso- och sjukvården är en grundläggande förutsättning för att vården ska fungera väl och för att de satsningar som görs ska ge önskade resultat. För att möta personalbrist är det avgörande att vården också arbetar för att utnyttja kompetensen bättre. Nya arbetssätt tillsammans med en ökad användning av digitala verktyg och ny teknik kan bidra till den önskade utvecklingen.

Den enskildes valfrihet är en central del av den svenska välfärdsmodellen. Därför behövs en mångfald av aktörer och goda villkor för enskilt drivna verksamheter inom välfärden som underlättar den enskildes aktiva val. Alla aktörer inom välfärden oavsett driftsform ska ha likvärdiga villkor. Patienternas rättigheter ska stärkas och principen om vård efter behov tryggas. Patientens rätt till information och rätt att välja ska värnas och utvecklas.

Tillgängligheten till vården förbättras

Kortare köer och minskade väntetider genom en uppdaterad kömiljard

Regeringen bedömer att väntetiderna till vård generellt sett är för långa i Sverige. De skiljer sig också åt mellan landstingen. Regeringen avsätter därför cirka 2,9 miljarder kronor för 2020 för en uppdaterad kömiljard med syfte att korta köerna och minska väntetiderna i hälso- och sjukvården. Den kömiljard som beslutades i juni 2019 kommer att utvecklas inför 2020 års överenskommelse. Landstingen kommer även att tilldelas medel för insatser som syftar till att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin.

Ytterligare insatser för förbättrad tillgänglighet

Ökad tillgänglighet i vården kräver en kombination av lösningar. Regeringen avser att genomföra ytterligare insatser för att stödja landstingen i arbetet med att korta väntetiderna och minska köerna och i processen med att ta fram regionala planer. Regionala planer ska bl.a. innehålla regionala målsättningar samt en beskrivning av hur landstingen avser att arbeta strukturerat för att uppnå en mer tillgänglig vård. De regionala planerna kommer att utgöra grunden för en generalplan för kortare köer och ökad tillgänglighet. För att patienterna ska kunna följa väntetiderna ska dessa finnas lätt tillgängliga t.ex. via 1177. Informationen bör kompletteras med kvalitetsparametrar exempelvis patientnöjdhet. Vidare ska ett mål om köfri barn- och ungdomspsykiatri slås fast.

Satsningar på kompetensförsörjning och omställningen till den goda och nära vården är viktiga delar i regeringens samlade arbete för att människor ska få vård i tid. Andra centrala delar är de fortsatta satsningarna på cancervården och på att förebygga och skapa förutsättningar för tidiga och lättillgängliga insatser vid psykisk ohälsa, inklusive för asylsökande och nyanlända.

Vården för personer med lättare psykisk ohälsa behöver förbättras

En ny vårdform där patienter snabbt får hjälp vid lättare psykisk ohälsa ska utredas. Det är viktigt att en sådan vårdform går i takt med den strukturomvandling som nu pågår inom hälso- och sjukvården. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård kommer att utreda hur en sådan vårdform kan utformas (dir. 2019:49). När det gäller barn och unga med lättare psykisk ohälsa har utredningen i uppdrag att för barn och unga föreslå hur insatser bättre ska samordnas för att uppnå en sammanhängande vårdkedja, vilket är särskilt viktigt för barn och unga med psykisk ohälsa. Förslagen ska bl.a. bidra till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser.

Standardiserade vårdförlopp för tillgänglig och effektiv vård med god kvalitet

Inriktningen att utöka satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården till att omfatta flera sjukdomsområden har funnits med en längre tid. År 2019 investerar regeringen 100 miljoner kronor på att inleda arbetet med att ta fram standardiserade vårdförlopp för nya sjukdomsområden och förbereda verksamheterna i sjukvårdsregionerna på genomförande av dessa under 2020. Under 2020 intensifierar regeringen detta arbete och avsätter 300 miljoner kronor till

standardiserade vårdförlopp, för en jämlik och effektiv vård med god kvalitet.

Patientens ställning stärks genom patientkontrakt

En patientcentrerad vård där patienten får vara delaktig, blir informerad och erbjuds en samordnad vård efter behov är en prioriterad fråga för regeringen. Det gäller även stöd och information till närstående.

Landstingen ska fortsätta utveckla arbetet med att få en mer personcentrerad vård. Det kan t.ex. ske genom införandet av patientkontrakt. Ett patientkontrakt är tänkt att vara en sammanhållen vårdplan över patientens samtliga vårdinsatser som kan visualiseras på 1177. Det syftar till att ge patienten en överblick och underlätta samordningen av patientens vårdsinsatser i hälso- och sjukvården. Inriktningen är att patientkontrakt ska leda till utvecklade arbetssätt som underlättar för vårdens medarbetare och inte leder till administrativt merarbete.

Det är viktigt med öppenhet i fråga om väntetider, tillgänglighet och kvalitet inom vården. Rätt information ska ges i rätt tid och på ett sätt som alla kan ta till sig och förstå. Regeringen avser att se över hur patienterna kan få tydlig och lättillgänglig information om till exempel tillgänglighet och vårdkvalitet på nationell nivå.

I denna proposition föreslår regeringen även att det införs en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter. Läs mer i utgiftsområde 10 Ekonomiskt trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, avsnitt 3.6.

Enkel, enhetlig och rättssäker klagomålshantering i hälso- och sjukvården

En patient som har varit med om en brist i vården och vill föra fram sitt klagomål eller synpunkt behöver få ett professionellt omhändertagande, bli respektfullt bemött och lyssnad på för att känna förtroende och tillit till vården. Klagomålsprocessen behöver hållas samman och upplevas sömlös. Under 2019 påbörjades ett arbete med att utveckla en väg in via 1177 Vårdguiden som ska kunna stödja både patienten och vården i en mer enhetlig och säker hantering av klagomål. Regeringen kommer att fortsätta stödja denna utveckling under 2020.

Utveckling mot en god och nära vård genom en primärvårdsreform

En omställning i hälso- och sjukvården med fokus på primärvård

Primärvården är den vård som finns närmast människor, som till exempel vårdcentralerna. Att primärvården fungerar väl i alla delar av landet är avgörande för att vården som helhet ska hålla hög kvalitet. I landstingen och kommunerna har det därför påbörjats en omställningsprocess med syfte att skapa en god, nära och samordnad vård. Primärvården ska vara navet i och bidra till samordning och kontinuitet av vårdinsatser oavsett huvudman eller vårdaktör. För att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården kommer regeringen att generellt avsätta tre miljarder kronor 2020.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnar förslag som rör en stärkt primärvård i betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39). Förslagen innefattar exempelvis en ändrad definition av primärvård, förslag till ett nationellt grunduppdrag för primärvården och ett förtydligande om möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården. Rätten till en fast läkarkontakt ska säkras. Förslagen bereds i Regeringskansliet.

Mot bakgrund av den strukturomvandling som har påbörjats inom hälso- och sjukvården där primärvården ska stärkas finns anledning att stärka också arbetet med patientsäkerheten inom primärvården inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen kommer att fortsätta att stödja olika patientsäkerhetsinsatser som syftar till att identifiera vårdskador inom primärvården inklusive hemsjukvård. IVO har bl.a. fått i uppdrag att förstärka den nationellt samordnade tillsynen inom den nära vården.

Insatser behöver även göras för att öka attraktiviteten för olika yrkesgrupper som läkare eller sköterskor att arbeta i primärvården.

Utveckling av uppföljningen av primärvården

Regeringen har ett övergripande ansvar för vården och behöver kunna följa att utvecklingen går åt rätt håll. Förutom att regeringen behöver kunna följa resultat av omstruktureringar och

andra reformer på nationell nivå kan också vårdgivare och huvudmän ha behov av förbättrade förutsättningar för uppföljning.

I dag följs den specialiserade öppen- och slutenvården upp i patientregistret som förvaltas av Socialstyrelsen. Både den öppna och den slutna vården har lagstadgad uppgiftsskyldighet till patientregistret, men primärvården är undantagen uppgiftsskyldigheten. För att följa upp primärvårdens kvalitet, vårdens jämlikhet och förbättra möjligheten för uppföljning av omställningen av den nära vården är det viktigt att uppföljningen utvecklas. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården.

En sammanhållen barn- och ungdomsvård
Samordningen av barn- och ungdomshälsovården behöver stärkas. I dag är vården fragmentiserad med flera huvudmän och vårdgivare både när det gäller somatisk och psykisk hälsa. Ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyller 18 år, behöver samordnas. En utredning ska tillsättas senast 2020 om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan.

Satsning på psykiatrisk tvångsvård för barn
Regeringen avser att lämna förslag till riksdagen om ändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:11:29) om rättspsykiatrisk vård. Regeringen satsar därför 100 miljoner kronor årligen fr.o.m. 2020 för att förbättra kvaliteten på den psykiatriska tvångsvården för barn. Insatserna förväntas bidra till ökad kvalitet, ett stärkt barnrättsperspektiv och ökad rättssäkerhet inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. Förslagen kan även bidra till minskad användning av tvångsåtgärder inom den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården. För att kompensera landstingen för det utökade åtagande som ändringarna beräknats innebära ökas anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna med 100 miljoner kronor fr.o.m. 2020. För att finansiera ökningen minskas anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg med motsvarande belopp.

Cancervården stärks

Cancervården ska fortsatt stärkas. Regeringen avsätter därför 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2020 till att utveckla bl.a. vården, tillgängligheten och jämlikheten inom cancerområdet. För att möta den snabba utvecklingstakt som bl.a. digitalisering och innovation möjliggör kommer regeringen årligen att förnya den nationella cancerstrategin genom överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Genom årliga uppdateringar av insatserna kommer Sverige bättre kunna tillvarata de möjligheter som nya medicinska och tekniska framsteg medför.

Ökad tillgänglighet i cancervården genom standardiserade vårdförlopp
Det nationella systemet med standardiserade vårdförlopp har visat på goda resultat och på att tillgängligheten till cancervården ökat, trots de stora utmaningar som vården står inför. Regeringens satsning för att förbättra tillgängligheten och minska de regionala skillnaderna inom cancervården ska därför fortsätta.

Patienten ska stärkas genom alla skeden
Utöver satsningen på tillgänglighet genom standardiserade vårdförlopp kommer regeringen fr.o.m. 2020 att avsätta medel för att stärka patienten genom alla centrala skeden kopplat till cancer. Det handlar om att minska behoven av vård och behandling genom prevention och tidig upptäckt, att utveckla och effektivisera behandlingsmetoder och att utöka insatserna kopplat till det som händer efter behandling såsom rehabilitering, uppföljning och palliativ vård.

En förstärkt cancervård handlar också om att utveckla barncancervården och att trygga övergången mellan barn- och vuxenvården, att utveckla kompetensförsörjningen i cancervården samt primärvårdens kunskap och förmåga kopplat till cancer. Även HPV-vaccin för pojkar är en viktig del i kampen mot cancer. Se mer i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Kvinnors hälsa och förlossningsvården stärks

Förlossningsvården har under många år haft en ansträngd situation med brist på personal och kontinuitet i vårdkedjan för kvinnan i samband med graviditet och förlossning. Att alla kvinnor

får en trygg och säker förlossning är en prioriterad fråga för regeringen. Även andra delar av sjukvården som ansvarar för vård till kvinnor behöver stärkas, bl.a. vad gäller sexualbrottsutsatta och offer för hedersrelaterat våld och förtryck (se avsnitt 4 Folkhälsopolitik, avsnitt 6 Politik för sociala tjänster och utg.omr. 13, Jämställdhet).

Den pågående satsningen som bidrar till att stärka förlossningsvården och vården gällande kvinnors hälsa kommer därför fortsätta och regeringen avsätter 1 miljard kronor 2020 och beräknar 1 miljard kronor per år 2020–2022. Regeringens avsikt är att satsningen ska bidra till ökad tillgänglighet till och kvalitet i förlossningsvården och annan vård till kvinnor och ser den som ett viktigt bidrag till att stärka jämställdheten mellan kvinnor och män.

Det finns även ett tydligt behov av att utveckla eftervården efter förlossning, vilket kommer att fortsätta vara ett fokusområde under mandatperioden. Regeringen ser positivt på det utvecklingsarbete landstingen har startat inom satsningens område och kommer att fortsätta följa området noga.

Regeringen stöder en långsiktig kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Nationella och regionala samverkansarenor för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.
Det finns i dag inte något forum där den framtida kompetensförsörjningen inom vården på nationell och regional nivå kartläggs och samordnas. För att långsiktigt tillgodose behovet av personal inom hälso- och sjukvården behöver en nationell samordning vad gäller långsiktig planering av personal- och kompetensförsörjning inom vården införas. Detta framgår även av förslagen i redovisningen av det gemensamma uppdrag som Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet lämnade den 31 augusti 2019. Förslagen bereds i Regeringskansliet.

En investering för bättre förutsättningar för vårdens medarbetare
Rätt kompetens i hälso- och sjukvården är en grundläggande förutsättning för att vården ska fungera väl och för att de satsningar som görs av regeringen ska ge önskade resultat. Regeringen kommer att avsätta knappt 3 miljarder kronor 2020 för att landstingen och kommunerna fortsatt ska kunna bedriva olika insatser till stöd för kompetensutvecklingen och kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Det kommer att handla om att öka medarbetarnas tid för patientnära insatser och utvecklingsarbete samt att stärka landstingens och regionernas planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård. För att möta bristen på personal är det avgörande att vården också arbetar för att utnyttja kompetensen bättre. Nya arbetssätt och digitala verktyg kan också bidra till den önskade utvecklingen.

Kompetensförsörjning inom sjukvårdssektorn är central för att klara vårdens behov. Behovet av specialistsjuksköterskor i vården är stort och förväntas öka framgent och det är därför viktigt att fler sjuksköterskor vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor. Därför kommer regeringen utöka satsningen med ytterligare 100 miljoner kronor för ändamålet för 2020 respektive för 2021 och 2022 utöver det tidigare tillskottet om 400 miljoner kronor per år. Medlen ska bl.a. stimulera sjuksköterskor att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska inom områden där de nationella behoven är stora. För att öka attraktiviteten att bli specialistsjuksköterska och för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter föreslås också en satsning på karriärtjänster. Satsningen omfattar motsvarande 100 miljoner kronor årligen fr.o.m. 2020.

Insatser för privata utförare
För många utförare inom hälso- och sjukvården, inte minst små aktörer på landsbygden, krävs flexibilitet vad gäller bemanning. Ny praxis från Högsta förvaltningsdomstolen och EU-domstolen om mervärdesskatt för inhyrd personal har inneburit kostnadsökningar för privata utförare inom hälso- och sjukvård som hyr in vårdpersonal. Regeringen föreslår att medel avsätts till landstingen för att de ska kunna ersätta de berörda aktörerna. Regeringen avser också att skyndsamt tillsätta en utredning, för att se över om det finns EU-rättsliga förutsättningar för att i stället införa en alternativ ordning, som innebär att dagens effekter neutraliseras för berörda aktörer. Om sådana föreligger så ska förslag lämnas.

Reglering av yrket undersköterska
Utredningen om reglering av yrket undersköterska har föreslagit hur yrket undersköterska ska kunna regleras. Regeringen ser behov av att främja undersköterskeyrket och att säkerställa att undersköterskors kompetens tas tillvara inom vården och omsorgen. Utredningen föreslår bl.a. att undersköterska ska bli en skyddad yrkestitel. Genom utredningens förslag kan kvaliteten i verksamheterna förbättras och intresset för att utbilda sig till och arbeta som undersköterska kan öka. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen har vidare tillsatt en utredning om så kallad fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

Digitalisering – en förutsättning för att klara vårdens utmaningar

För individer kan digitaliseringen erbjuda bättre möjligheter till egenvård och till att följa den egna hälsoutvecklingen. För närstående kan digitaliseringen erbjuda bättre möjligheter att få information om anhörigas vård. Även för personalen kan digitaliseringen erbjuda ökad flexibilitet i utförandet av arbetet, vilket i sin tur kan bidra till minskad stress, samt ökad patientsäkerhet om personalen har tillgång till adekvat information vid vårdtillfället. Digitaliseringen av vårdinformation bidrar också till ökade möjligheter för utvecklingsarbete och forskning. Samtidigt som utveckling är nödvändig måste digitalisering genomföras på ett sätt som säkerställer skyddet av säkerhetskänslig verksamhet, informationssäkerheten och skyddet för den personliga integriteten. Detta är viktiga delar i att bibehålla förtroendet för hälso- och sjukvården bland medborgare.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingick 2016 en överenskommelse om Vision e-hälsa 2025. Inom ramen för detta planerar regeringen en ny handlingsplan för 2020–2022. Handlingsplanen är en gemensam plattform för staten och huvudmännen och pekar ut vilka områden och insatser parterna tillsammans behöver prioritera för att uppnå e-hälsovisionen. Inom ramen för den uppdaterade handlingsplanen genomförs ett antal satsningar som syftar till att skapa bättre förutsättningar för att bl.a. informationshanteringen inom vården ska möta behoven hos såväl verksamheterna och medarbetarna som patienterna.

Uppföljning en förutsättning för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård

Regeringen ser behov av att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården för att det ska vara möjligt att bl.a. följa de stora strukturreformer som pågår t.ex. gällande omställningen av den nära vården och den högspecialiserade vården. Uppföljningen behöver kunna identifiera var behoven är som störst i vårdens strukturer, processer och resultat, för att stödja en jämlik, jämställd och resurseffektiv hälso- och sjukvård. Förbättrade möjligheter till uppföljning bidrar också till Rådets för styrning med kunskaps arbete med samordnad, effektiv och behovsanpassad kunskapsstyrning.

Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har därför haft i uppdrag att fördjupa den nationella uppföljningen av vårdens jämlikhet och kvalitet, framför allt genom att stärka möjligheterna att identifiera orsakssamband och följa patientens väg genom vården. Regeringen har även tillsatt utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning som bland annat har i uppdrag att stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning.

Regeringen fortsätter satsa på barnhälsovården

För att utjämna hälsoskillnader behövs tidiga insatser i samverkan mellan flera aktörer för de allra yngsta barnen. Barnhälsovården spelar en viktig roll i att utjämna de sociala hälsoskillnaderna och främja en god och jämlik hälsoutveckling. Regeringen fortsätter därför satsningen på barnhälsovården och utökade hembesöksprogram, där barnhälsovård och socialtjänsten samarbetar i områden med socioekonomiska utmaningar under 2020 och avsätter 137 miljoner kronor. Under 2020 sjösätter Socialstyrelsen på regeringens uppdrag en pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa bland barn.

Läkemedel för en säker och effektiv hälso- och sjukvård

Restnoteringar
Läkemedel tar allt oftare slut på öppenvårdsapotek eller inom hälso- och sjukvården. Detta är en trend som syns i många länder. I takt med att

kunskapen om samspelet mellan olika faktorer i logistikkedjan ökar kommer Sverige att fortsätta vidta de åtgärder som krävs för att underlätta hantering av bristsituationer nationellt. Sverige fortsätter också att lyfta behovet av insatser riktade mot de bakomliggande orsakerna till restnoteringar både inom EU och på global nivå.

Läkemedelsutredningen

Läkemedelsutredningen konstaterar att den finns en besparingspotential motsvarande cirka 700 miljoner kronor och att detta i någon mån måste ses som ett mått på bristande prisdynamik i Sverige. Utredningen föreslår därför att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ges i uppdrag att inom två år genomföra prissänkningar (omprövningar av subvention) på läkemedel äldre än fem år om totalt 700 miljoner kronor, varav 560 miljoner kronor avser förmånskostnaderna och 140 miljoner kronor egenavgifter.

Beräkningsgrunden till besparingspotentialen baseras på en analys som gjordes i betänkandet Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden (SOU 2012:75, s.381 f.). Det finns en viss otydlighet i hur beräkningspotentialen är beräknad och det har framförts i några remissynpunkter att besparingspotentialen kan vara något högt värderad. TLV har i sitt remissvar angett att verket ser fortsatta möjligheter att reducera onödigt höga läkemedelskostnader men att det är tillsammans med andra aktörer som kostnadsreduktioner kan åstadkommas. Vidare anförs att det besparingsbeting som utredningen föreslår ska ges till TLV inte förefaller orimligt men att det måste utföras med hjälp av verktyget trepartsöverläggningar tillsammans med att regionerna aktivt styr volymer.

Det är viktigt med en grundlig analys av besparingspotentialen och hur lång tid det skulle ta att nå upp till besparingen innan besparingskrav införs. Regeringen anser att frågan om prissänkningar på läkemedel äldre än fem år efter omprövningar av subvention behöver ses över och har för avsikt att ge TLV ett uppdrag om att göra en analys av besparingspotentialen och hur lång tid det skulle ta att nå upp till besparingen. Övriga förslag i läkemedelsutredningen bereds fortsatt i Regeringskansliet.

Strukturerad och standardiserad läkemedelsinformation

Regeringen lägger stor vikt vid att arbetet med strukturering och standardisering av läkemedelsinformation fortsätter med oförminskad styrka 2020. Övergången från en situation där hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar samma uppgifter i olika format eller fritext till att en stor del av dokumentationen kan ske i samma struktur och enligt samma standarder minskar risken för missförstånd och gör det lättare att dela information mellan olika system, verksamheter och personer.

I Sverige sker satsningen på strukturering och standardisering av läkemedelsinformation genom bred samverkan inom Nationell läkemedelsstrategi, där bl.a. ett flertal myndigheter och SKL ingår. Genom denna samverkan säkerställs att arbetet synkroniseras med Socialstyrelsens uppdrag om Nationell informationsstruktur och med Läkemedelsverket genomförande av internationella standarder för identifiering av läkemedelsprodukter (IDMP, Identification of Medicinal Products). När begreppsanvändning inom hälso- och sjukvården ensas med begrepp som används av t.ex. tillverkare och distributörer, vilket är ett av syftena med IDMP-standarder, främjar detta också en effektiv uppföljning av läkemedelsanvändning. På så sätt förbättras även förutsättningar för satsningar på Life science.

Strukturering och standardisering av läkemedelsinformation är också en viktig förutsättning för införandet av en nationell läkemedelslista, i enlighet med den lag med samma namn som riksdagen fattade beslut om i juni 2018. Syftet med detta nya register är, förutom ökad patientsäkerhet, också att ordination och förskrivning av läkemedel effektiviseras, bl.a. genom att strukturerade och standardiserade uppgifter ska kunna hämtas från nationella källor i samband med att de registreras i den nationella läkemedelslistan. På mer övergripande nivå är strukturering och standardisering ett led i hälso- och sjukvårdens digitalisering såsom den beskrivs i Vision e-hälsa 2025.

I samband med omregleringen av apoteksmarknaden tog Läkemedelsverket 2009 över ansvaret för Läkemedelsboken från Apoteksbolaget AB. Den har sedan 1977 fyllt en viktig funktion genom att förse förskrivare och allmänhet med producentobunden läkemedelsinformation. Sedan 2016 publiceras den enbart på

webben. Regeringen anser att det är viktigt att det finns producentobunden läkemedelsinformation och att Läkemedelsboken har varit ett viktigt kunskapsstöd för hälso- och sjukvården. Regeringen följer frågan.

Beredskap inom hälso- och sjukvården

Svensk krisberedskap ska stärkas. En god krisberedskapsförmåga baseras på en väl fungerande ordinarie verksamhet som kan ta höjd för extra belastning. Grunderna för den ordinarie krishanteringen bör därtill utgöra grunden för den ytterligare planering som krävs för det civila försvaret. Till detta kommer även försörjning av läkemedel och annan sjukvårdsmateriel som behövs för att kunna säkerställa hälso- och sjukvårdens funktionalitet.

Regeringens bedömning är att den svenska hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap behöver utvecklas. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare som ska göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas.

Regeringen bedömer också att det finns behov av fortsatt uppbyggnad och utveckling av katastrofmedicinsk beredskap i landstingen. Dessutom finns det behov av att förstärka de myndigheter som har uppgifter inom området, bl.a. bör E-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket bli bevakningsansvariga myndigheter inom sina respektive områden. Vidare behövs en förstärkt förmåga att hantera nationella och internationella hälsohot. I det ligger bl.a. en säkerställd förmåga till högisoleringsvård och förmåga att transportera högsmittsamma patienter.

Tandvård

Regeringen ser behov av att ta ett samlat grepp om tandvården. Genom den utredning som tillsattes i mars 2018 görs en grundlig översyn av hela tandvårdssystemet. Det handlar ytterst om att skapa ett tandvårdssystem som är mer jämlikt och resurseffektivt, som gynnar en regelbunden och förebyggande tandvård och som syftar till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen.

3.7 Budgetförslag

3.7.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tabell 3.5 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

2018	Utfall	35 006	Anslags-sparande	1 223
2019	Anslag	35 831 [1]	Utgifts-prognos	36 468
2020	**Förslag**	**37 320**		
2021	Beräknat	37 918 [2]		
2022	Beräknat	38 518 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 37 320 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 37 320 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 3.6 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**35 831**	**35 831**	**35 831**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	1 489	2 087	2 687
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**37 320**	**37 918**	**38 518**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 37 320 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 37 918 000 kronor respektive 38 518 000 kronor.

3.7.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering'

Tusental kronor

2018	Utfall	78 796	Anslags-sparande	4 595
2019	Anslag	83 526 [1]	Utgifts-prognos	85 017
2020	**Förslag**	**87 923**		
2021	Beräknat	89 200 [2]		
2022	Beräknat	90 516 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 87 878 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 87 879 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

I syfte att renodla finansieringen av SBU föreslås anslaget öka med 3,15 miljoner kronor 2020 för arbete med nationella riktlinjer och utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvården, vilket är verksamhet av permanent karaktär som tidigare har finansierats via anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* beräknas öka med motsvarande belopp 2021 och framåt. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**83 526**	**83 526**	**83 526**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	1 324	2 600	3 870
Beslut	3 073	3 074	3 120
Varav BP20 [3]	3 150	3 150	3 150
Varav [3]			
Renodling av myndigheters finansiering	3 150	3 150	3 150
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**87 923**	**89 200**	**90 516**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 87 923 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 89 200 000 kronor respektive 90 516 000 kronor.

3.7.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

2018	Utfall	142 074	Anslags-sparande	3 817
2019	Anslag	144 660 [1]	Utgifts-prognos	145 777
2020	**Förslag**	**152 349**		
2021	Beräknat	154 640 [2]		
2022	Beräknat	156 919 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 152 348 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 152 349 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

I syfte att renodla finansieringen av TLV föreslås anslaget öka med 5,4 miljoner kronor 2020 för arbete med utvärdering av medicintekniska produkter. Detta är en verksamhet av permanent karaktär som tidigare har finansierats via anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* beräknas öka med motsvarande belopp 2021 och framåt. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**144 660**	**144 660**	**144 660**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	2 289	4 499	6 697
Beslut	5 400	5 481	5 562
Varav BP20 [3]	5 400	5 400	5 400
Varav [3]			
Renodling av myndigheters finansiering	5 400	5 400	5 400
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**152 349**	**154 640**	**156 919**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 152 349 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 154 640 000 kronor respektive 156 919 000 kronor.

3.7.4 1:4 Tandvårdsförmåner

Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

2018	Utfall	6 457 233	Anslags-sparande	-158 840
2019	Anslag	6 771 752 [1]	Utgifts-prognos	6 822 849
2020	**Förslag**	**7 069 781**		
2021	Beräknat	7 241 356		
2022	Beräknat	7 422 011		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statliga tandvårdsförmåner enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, enligt socialförsäkringsbalken och enligt lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. En mindre del av anslaget får användas för utgifter för kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Regeringens överväganden

Anslagsnivån för 2020 och framåt revideras jämfört med anvisade medel 2019 eftersom anslaget är regelstyrt och nivån anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år. Anslaget beräknas öka successivt under prognosperioden till följd av befolknings- och prisökningar.

Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**6 771 752**	**6 771 752**	**6 771 752**
Förändring till följd av:			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-2 384	-16 996	-34 458
Volymer	300 413	486 600	684 717
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**7 069 781**	**7 241 356**	**7 422 011**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 7 069 781 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 7 241 356 000 kronor respektive 7 422 011 000 kronor.

3.7.5 Internationellt samarbete för horisontspaning på nya läkemedel

Medlemskap i internationell överenskommelse

Regeringens förslag: Riksdagen godkänner Sveriges medlemskap i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) och bemyndigar regeringen att under 2020–2027 för anslagen 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* och 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* besluta om en årlig medlemsavgift på högst 5 400 000 kronor respektive på högst 2 700 000 kronor.

Skälen för regeringens förslag: Horisontspaning är en process för att kartlägga vilka nya läkemedel som väntas komma till marknaden under de närmaste åren. Sjukvården och myndigheterna får på så sätt bättre framförhållning i arbetet med att förbereda vården för introduktion av nya läkemedel. Det som behöver förberedas kan vara hälsoekonomiska utvärderingar, utbildning till sjukvårdspersonal, prisförhandlingar med läkemedelsföretagen, budgetarbete, rekommendation kring hur läkemedlet ska användas i förhållande till befintlig behandling och register för uppföljning. Med horisontspaning skapas förutsättningar för tidig värdering, eventuell omställning i vården samt överläggningar med läkemedelsföretaget.

Horisontspaningsarbetet bedrivs sedan 2010 gemensamt av fyra landsting och är det första steget i det nationella arbetet med ordnat införande av nya läkemedel. Eftersom de flesta länder bedriver och har nytta av horisontspaning så finns det effektiviseringsvinster om man samarbetar. International Horizon Scanning Initiative (IHSI) är en organisation för samarbete kring horisontspaning. Sverige har lämnat en preliminär intresseanmälan att gå med i IHSI.

Dagens horisontspaningsarbete vid landsting och myndigheter skulle underlättas väsentligt av ett medlemskap i IHSI. De resurser som i dag läggs på tidskrävande sammanställning av information om kommande läkemedel kan frigöras till mer avancerade analyser, planering och överläggningar med företag.

Riksdagen föreslås därför godkänna att Sverige ingår den internationella överenskommelsen om medlemskap IHSI och bemyndigar regeringen att under 2020–2027 för anslagen 1.5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* och 1.6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* besluta om en årlig medlemsavgift på högst 5 400 000 kronor respektive på högst 2 700 000 kronor (avsnitt 3.7.6 och 3.7.7).

3.7.6 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

2018	Utfall	27 067 447	Anslags-sparande	2 098
2019	Anslag	28 419 000 [1]	Utgifts-prognos	28 428 151
2020	**Förslag**	**29 680 000**		
2021	Beräknat	29 680 000		
2022	Beräknat	29 680 000		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Syftet är att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskrivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Anslaget får även användas för att ersätta landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för vissa kostnader inom läkemedelsområdet som inte ingår i läkemedelsförmånerna.

Regeringens överväganden

Under 2018 beslutades och utbetalades bidrag om ca 27,06 miljarder kronor till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna m.m.

I januari 2019 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen innebär att statens bidrag till landstingen för deras kostnader 2019

uppgår till 29 680 miljoner kronor. I detta belopp ingår ett bidrag om 1 028 miljoner kronor för läkemedel för behandling av hepatit C. Därutöver får landstingen ett bidrag för ett antal kostnadsposter som inte heller ingår i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. I överenskommelsen uppgår detta belopp till 1 620 miljoner kronor. Bidraget till landstingen från anslaget utbetalas med två månaders fördröjning, vilket medför att överenskommet belopp och faktisk anslagsbelastning skiljer sig åt.

I samband med propositionen Vårändringsbudget för 2019 (prop. 2018/19:99) ökades anslaget med 630 miljoner kronor för att hantera ökade läkemedelskostnader.

För 2020 finns ännu ingen överenskommelse med SKL. Regeringen bedömer dock att anslaget behöver ökas även 2020. Anslaget bör ökas med 1 891 miljoner kronor vilket är samma nivå som landstingen erhållit för sina kostnader under 2019. Regeringen föreslår således att 29 680 miljoner kronor anvisas under anslaget för 2020, samt för 2021 och 2022. Eventuella förändringar med anledning av förslagen i Läkemedelsutredningen kan komma att påverka bidraget (SOU 2018:89). Utredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**27 789 000**	**27 789 000**	**27 789 000**
Förändring till följd av:			
Beslut	1 891 000	1 891 000	1 891 000
Varav BP20	1 891 000	1 891 000	1 891 000
Varav			
Ökade kostnader för läkemedelsförmånerna	1 891 000	1 891 000	1 891 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**29 680 000**	**29 680 000**	**29 680 000**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 29 680 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 29 680 000 000 kronor respektive 29 680 000 000 kronor.

3.7.7 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

2018	Utfall	7 711 244	Anslags-sparande	198 868
2019	Anslag	8 949 286 [1]	Utgifts-prognos	8 827 017
2020	**Förslag**	**9 257 886** [2]		
2021	Beräknat	9 388 886		
2022	Beräknat	6 345 886		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Den beräknade statliga ålderspensionsavgiften för 2020 uppgår till 363 tkr. Beloppet består av en preliminär avgift om 427 tkr för 2020 samt regleringsbelopp för 2017 om –64 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare. Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Anslaget får dessutom användas till bidrag till nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci. Medel på anslaget får också användas för ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med

Pandemrix. Anslaget får även användas till beredskapslager av antivirala läkemedel. Inom ramen för anslaget finns också medel för ersättning till steriliserade i vissa fall, samt till talidomidskadade i vissa fall. Dessa medel får användas för att bevilja medel till personer som ansöker om ersättning för sådana skador eller ingrepp, i enlighet med de riktlinjer som tidigare har använts.

Anslaget får också användas för statsbidrag till landsting för ersättning till privata utförare inom vårdsektorn för bemanningstjänster. Anslaget får även användas för statsbidrag till landsting för karriärtjänster för sjuksköterskor.

Beredskapsinvesteringar

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att för 2020 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor.

Regeringen bemyndigas att för 2020 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis behövs låneramar i samma storlek som tidigare fastställda, för att ha en beredskap om det inträffar allvarliga händelser som medför att materiel behöver införskaffas, t.ex. tillgång till läkemedel för att förhindra utbrott av smittsamma sjukdomar eller annan hälso- och sjukvårdsutrustning. Även utifrån att planeringen för totalförsvaret nu har återupptagits föreligger ett behov av att ha den föreslagna låneramen för eventuella beredskapsinvesteringar.

Utifrån sitt ansvarsområde behöver Folkhälsomyndigheten en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar, t.ex. influensapandemier. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2020 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår högst till 350 miljoner kronor för beredskapsinvesteringar.

Utifrån sitt ansvarsområde behöver Socialstyrelsen en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera allvarliga händelser som kan medföra konsekvenser för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2020 besluta att Socialstyrelsen får ta upp ett lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår högst till 100 miljoner kronor för beredskapsinvesteringar.

Regeringens överväganden

Under de senaste åren har ett antal insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet påbörjats. Däribland kan nämnas insatser för kvinnors hälsa och förlossningsvård, patientmiljarden, professionsmiljarden och personalsatsningen.

Under perioden 2015–2018 har det inom anslaget avsatts 500 miljoner kronor per år för insatser inom cancervården. I samband med riksdagens beslut om budgeten för 2019 tillfördes anslaget 500 miljoner kronor 2019 för cancerområdet. För 2020 föreslår regeringen att motsvarande nivå tillförs anslaget och för 2021 och framåt beräknas 500 miljoner kronor per år.

Anslaget ökades med 200 miljoner kronor 2015 och 400 miljoner kronor 2016–2019 för insatser som rör förlossningsvård och kvinnors hälsa. I budgetpropositionen för 2018 aviserade regeringen att anslaget skulle tillföras 1 000 miljoner kronor per år till och med 2022 för insatser för förlossningsvård och för neonatalvård. För 2020 föreslås anslaget minska med 400 miljoner kronor då den satsning som inleddes 2015–2016 avslutas.

Anslaget ökades med 130 miljoner kronor 2016–2019 för en riktad primärvårdssatsning med fokus på kvinnor, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. För 2020 föreslås anslaget minska med 130 miljoner kronor eftersom satsningen upphör, i enlighet med vad som aviserades i budgetpropositionen för 2016.

För 2018 och 2019 ökade anslaget med 137 miljoner kronor för att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa, samt för att förstärka arbetet med information och kommunikation om vaccinationer. Inom anslaget föreslås samma nivå 2020. Anslaget beräknas minska med 137 miljoner kronor 2021 då satsningen upphör, i enlighet med

vad som aviserades i budgetpropositionen för 2018.

Anslaget ökades med 141 miljoner kronor 2018 och framåt för att kvinnor i Sverige ska erbjudas avgiftsfri gynekologisk cellprovtagning. Från och med 2020 föreslås ersättningen regleras i det generella statsbidraget i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Anslaget minskas därmed med 141 miljoner kronor och anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med motsvarande belopp.

Anslaget föreslås minska med 39,4 miljoner kronor 2020 för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Läkemedelsverket samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och som hittills finansierats inom anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Anslaget beräknas för samma ändamål minska med 39,4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2021. Dessa myndigheters förvaltningsanslag föreslås öka eftersom verksamheterna nu ska finansieras inom respektive myndighets förvaltningsanslag.

En ny lag om nationell läkemedelslista träder i kraft den 1 juni 2020 (prop. 2017/18:223, bet. 2017/18:SoU35, rskr. 2017/18:369) vilket innebär utökade arbetsuppgifter för E-hälsomyndigheten. Anslaget tillfördes 5 miljoner kronor 2019. Anslaget föreslås med anledning av denna lag ökas med 50 miljoner kronor 2020. För 2021 beräknas anslaget öka med 43 miljoner kronor för detta ändamål.

Anslaget föreslås minska med 5 miljoner kronor 2020 och beräknas minska med motsvarande belopp fr.o.m. 2021 för att finansiera Folkhälsomyndighetens arbete med klassificering av nya psykoaktiva substanser. Anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* föreslås öka för att kompensera myndigheten för det utökade ansvaret.

Anslaget föreslås minska med 56 miljoner kronor 2020 och beräknas minska med motsvarande medel från och med 2021 för att finansiera vaccination av pojkar mot humant papillomvirus (HPV). Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med motsvarande belopp.

I samband med riksdagens beslut om budgeten för 2019 ökades anslaget med 1 500 miljoner kronor 2019 och därefter med 3 000 miljoner kronor per år för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Regeringen föreslår att anslaget ökas med 1 500 miljoner kronor 2020 för samma ändamål så att satsningen uppgår till 3 000 miljoner kronor. Från och med 2021 beräknas sammantaget 3 000 miljoner kronor per år.

I samband med riksdagens beslut om budgeten för 2019 ökades anslaget med 100 miljoner kronor 2019 för införande av fler standardiserade vårdförlopp i hälso- och sjukvården. För detta ändamål föreslås 300 miljoner kronor 2020 och beräknas 500 miljoner kronor per år från och med 2021.

Anslaget ökades med 400 miljoner kronor 2019 och framåt i samband med riksdagens beslut om budgeten för 2019, för bättre villkor för sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor. För att möjliggöra specialistutbildning för sjuksköterskor föreslås anslaget öka med ytterligare 100 miljoner kronor 2020. För 2021 och 2022 beräknas motsvarande nivå.

Därutöver föreslås anslaget öka med ytterligare 100 miljoner kronor 2020 och beräknas öka med motsvarande nivå fr.o.m. 2021 med anledning av satsning på karriärtjänster för specialistsjuksköterskor.

I budgetpropositionen för 2018 aviserade regeringen att anslaget skulle höjas med 2 000 miljoner kronor per år 2018–2021 med syftet att bl.a. stödja landstingens arbete med att skapa en god arbetsmiljö. Satsningens sista år är 2021 och anslaget beräknas därför minska med 2 000 miljoner kronor 2022.

I budgetpropositionen för 2018 aviserade regeringen att anslaget skulle höjas med 1 000 miljoner kronor per år 2018–2021 för den s.k. patientmiljarden. I beslutad budget för 2019 avvecklas satsningen från och med 2020 och regeringen föreslår därför att anslaget minskar med 1 000 miljoner kronor.

För att Apotek Produktion och Laboratorier AB (APL) ska ha möjlighet att utföra sitt av riksdagen särskilt beslutade samhällsuppdrag, som innebär ett ansvar att utveckla och tillhandahålla ett medicinskt ändamålsenligt och kvalitetssäkrat sortiment av extemporeläkemedel och lagerberedningar, behöver ett kapitaltillskott om högst 75 miljoner kronor tillföras bolaget. Regeringen föreslår därför att anslaget 1:17 *Kapitalinsatser i statligt ägda företag* under utgiftsområde 24 Näringsliv ökas med 75 miljoner kronor 2020. Finansiering föreslås ske genom att anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* minskas med motsvarande belopp.

För många utförare inom hälso- och sjukvården, inte minst små aktörer på landsbygden, krävs flexibilitet vad gäller bemanning. Ny praxis från Högsta förvaltningsdomstolen och EU-domstolen om mervärdesskatt för inhyrd personal har inneburit kostnadsökningar för privata utförare inom hälso- och sjukvård som hyr in vårdpersonal. Regeringen föreslår att medel avsätts till landstingen för att de ska kunna ersätta de berörda aktörerna. Regeringen föreslår därför att anslaget ökas med 210 miljoner kronor 2020 och beräknar motsvarande belopp 2021 och 2022.

Anslaget uppgick till ca 3 200 miljoner kronor 2017 och till ca 7 700 miljoner kronor 2018. Under 2019–2021 uppgår anslaget till ca 9 000–9 400 miljoner kronor per år. Den totala anslagsnivån beräknas minska med ca 3 000 miljoner kronor 2022, vilket till största delen förklaras av utfasning av tidsbegränsade satsningar som nämnts ovan.

Tabell 3.16 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**8 949 286**	**8 949 286**	**8 949 286**
Förändring till följd av:			
Beslut	308 600	439 600	-2 603 400
Varav BP20	93 600	168 600	168 600
Varav			
Finansiering kapitaltillskott APL	-75 000		
Obligatoriskt HPV-vaccin pojkar	-56 000	-56 000	-56 000
Renodling av myndigheters finansiering	-44 400	-44 400	-44 400
Vidareutbildning till specialistsjuksköterska	100 000	100 000	100 000
Karriärtjänster för sjuksköterskor	100 000	100 000	100 000
Ersättning bemanningstjänster	210 000	210 000	210 000
Livmoderhalsscreening	-141 000	-141 000	-141 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**9 257 886**	**9 388 886**	**6 345 886**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 9 257 886 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 9 388 886 000 kronor respektive 6 345 886 000 kronor.

3.7.8 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.17 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

2018	Utfall	492 817	Anslags-sparande	-27 787
2019	Anslag	519 068 [1]	Utgifts-prognos	491 735
2020	**Förslag**	**498 187**		
2021	Beräknat	504 618		
2022	Beräknat	511 208		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för vårdförmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, gällande överenskommelser om social trygghet som Sverige tecknat med andra länder samt för sådan övrig vård som Sverige vid tillämpning av EU-rätten är skyldigt att erbjuda.

Kompletterande information

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden är en följd av det svenska EU-medlemskapet och de avtal om sjukvård som Sverige tecknat med andra länder. Vilka ersättningar som Försäkringskassan genom ovan nämnda åtaganden ska utge till landstingen för tillhandahållen vård framgår bl.a. i förordningen (2013:711) om ersättningar för vissa kostnader för gränsöverskridande vård.

Regeringens överväganden

Det är svårt att prognostisera anslaget eftersom utgifterna på anslaget bestäms av faktorer som till övervägande del är svåra att påverka eller förutse. Utgifterna beror av människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Det finns även administrativa förhållanden som bidrar till osäkerhet i prognoserna för vård i internationella förhållanden, som exempelvis förändringar i växelkurser samt eftersläpning i debiteringen från andra länder för turist- och pensionärsvård. Regeringen justerar anslagsnivån utifrån prognostiserade utgifter. De prognostiserade utgifterna för anslagsposten innebär att anvisad anslagskredit överskrids. Regeringen föreslår därför i propositionen Höständringsbudget för 2019 att anslaget ökas med 43 miljoner kronor 2019.

Tabell 3.18 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**476 068**	**476 068**	**476 068**
Förändring till följd av:			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	42	42	42
Volymer	22 077	28 508	35 098
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**498 187**	**504 618**	**511 208**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 498 187 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 504 618 000 kronor respektive 511 208 000 kronor.

3.7.9 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 3.19 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

2018	Utfall	1 634 062	Anslags-sparande	121 431
2019	Anslag	2 112 993 [1]	Utgifts-prognos	2 073 121
2020	**Förslag**	**2 160 393**		
2021	Beräknat	1 032 893		
2022	Beräknat	1 032 893		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

Kompletterande information

Insatserna har i huvudsak bestått av uppdrag till myndigheter och överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Regeringens överväganden

Den psykiska ohälsan ökar i befolkningen, framför allt bland barn och unga. Med anledning av detta ökades anslaget med 100 miljoner kronor under 2018 och 2019. Medlen ska bidra till en förstärkning riktad till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inklusive första linjens psykiatri i primärvården genom en förstärkning av regeringens befintliga satsning på psykisk hälsa (prop. 2015/16:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.5). Satsningen föreslås kvarstå under 2020. Anslaget beräknas därmed minska med 100 miljoner kronor 2021.

Anslaget ökades med 280 miljoner kronor 2016–2019 för att möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år. Satsningen pågår t.o.m. 2019, i enlighet med tidigare avisering i budgetpropositionen för 2016. Anslaget minskar därför med 280 miljoner kronor 2020 och framåt.

Anslaget ökades med 40 miljoner kronor per år 2017–2020 i budgetpropositionen för 2017 för att

motverka psykisk ohälsa i gruppen asylsökande och nyanlända. Regeringen föreslår motsvarande medel 2020. Anslaget beräknas minska med motsvarande nivå 2021.

Regeringen har tagit initiativ till förstärkningar av de pågående satsningarna på psykisk hälsa, med särskilt fokus på första linjens psykiatri för barn och unga samt psykiatrisk vård för vuxna. Anslaget ökade med 500 miljoner kronor 2018 och ökade med ytterligare 500 miljoner kronor 2019 så att satsningen uppgår till 1 000 miljoner kronor år 2019. Regeringen föreslår 1 000 miljoner kronor även 2020. Satsningen planeras att avslutas 2020 och därmed beräknas anslaget minska 2021 med motsvarande nivå.

Anslaget 13:1 *Stöd till idrotten* inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid ökade med 7,5 miljoner kronor 2018 och 2019 för att öka sysselsättningen. Finansiering skedde från anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*. Regeringen föreslår motsvarande ökning 2020 av anslaget 13:1 *Stöd till idrotten* samt motsvarande minskning av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* år 2020.

Anslaget minskades med 5 miljoner kronor 2018 och minskade med 1 miljon kronor 2019 till följd av en försämrad valutakurs för den svenska kronan samt att WHO:s medlemsstater har beslutat att höja medlemsavgiften med tre procent. Anslaget föreslås minskas med 5 miljoner kronor 2020. Anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* föreslås öka med motsvarande belopp.

Anslaget minskades med 150 miljoner kronor 2019 för att finansiera ökningen av anslaget 1:17 *Kapitalinsatser i statliga ägda företag* under utgiftsområde 24 Näringsliv som skedde i syfte att finansiera ett kapitaltillskott till Apotek Produktion & Laboratorier AB.

Anslaget föreslås öka med 35 miljoner kronor 2020 för bidrag till civilsamhället i syfte att stärka det suicidpreventiva arbetet. Finansiering sker genom en motsvarande neddragning av anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*. Från och med 2021 beräknas motsvarande anslagsökningar.

Regeringen avser att lämna förslag till riksdagen om ändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:11:29) om rättspsykiatrisk vård som syftar till att förbättra kvaliteten på den psykiatriska tvångsvården för barn. För att kompensera landstingen för det utökade åtagande som ändringarna innebär föreslås anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* minska med 100 miljoner kronor fr.o.m. 2020 samtidigt som anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna föreslås öka med motsvarande belopp. För 2021 och framåt beräknas motsvarande nivåer.

Inom ramen för anslaget har Folkhälsomyndigheten tilldelats medel för arbete med att samordna och utveckla det förebyggande arbetet med psykisk hälsa. Medlen för detta arbete föreslås överföras till Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag i syfte att renodla myndighetens finansiering och användas för samma ändamål. Anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* föreslås därför minska med 15 miljoner kronor 2020 och beräknas minska med motsvarande nivå 2021 och framåt. Anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* föreslås öka med motsvarande nivåer för detta ändamål.

Anslaget föreslås minska med 30 miljoner kronor 2020 och beräknas minska med motsvarande belopp 2021 och 2022 för att öka bidraget till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning. Anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* ökas med motsvarande medel för denna verksamhet.

I samband med propositionen God och jämlik hälsa – en utveckling av folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249) aviserade regeringen att Folkhälsomyndigheten skulle få utökat ansvar för att utveckla uppföljnings- och utvärderingssystemet för folkhälsoarbetet. I detta ingår arbete mot psykisk ohälsa. Med anledning av detta föreslås anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* minska med 10 miljoner kronor 2020 och beräknas minska med motsvarande belopp 2021 och framåt för att finansiera en motsvarande ökning av anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*.

Regeringen har uppmärksammat den kraftiga ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. För att bidra till en förstärkning av barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och insatser för barn och unga med psykisk ohälsa föreslår regeringen att anslaget ökas med 300 miljoner kronor 2020 och beräknar motsvarande belopp för 2021 och 2022. Medel kommer att fördelas till huvudmännen med syfte att öka tillgänglighet och korta köerna.

Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**2 202 993**	**2 202 993**	**2 202 993**
Förändring till följd av:			
Beslut	-77 600	-1 205 100	-1 205 100
Varav BP20	140 000	145 000	145 000
Varav			
Begränsa tvångsåtgärder mot barn i psykiatri	-100 000	-100 000	-100 000
WHO	-5 000		
Tillskott personliga ombud	-30 000	-30 000	-30 000
Renodling av myndigheters finansiering	-25 000	-25 000	-25 000
Tillskott BUP	300 000	300 000	300 000
Överföring till/från andra anslag	35 000	35 000	35 000
Varav BP20	35 000	35 000	35 000
Varav			
Flytt av medel för suicidprevention	35 000	35 000	35 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**2 160 393**	**1 032 893**	**1 032 893**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 160 393 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 1 032 893 000 kronor respektive 1 032 893 000 kronor.

3.7.10 1:9 Läkemedelsverket

Tabell 3.21 Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

2018	Utfall	134 398	Anslags-sparande	18
2019	Anslag	136 845 [1]	Utgifts-prognos	136 070
2020	**Förslag**	**149 768**		
2021	Beräknat	155 734 [2]		
2022	Beräknat	157 805 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 153 618 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 153 619 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket för:

- tillsyn av medicintekniska produkter,
- producentobunden läkemedelsinformation,
- utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,
- strukturerad uppföljning av nya läkemedel,
- utökade ansvarsområden till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områden för kosmetika, medicinteknik, och avancerade terapier,
- utökade ansvarsområden som ålagts Läkemedelsverket efter apoteksomregleringen,
- tillsyn av tatueringsfärger,
- centrum för läkemedel och miljö,
- tillsyn enligt förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler,
- drift av substansregister, samt
- tillsyn över systemstöd i vården.

Regeringens överväganden

I syfte att renodla finansieringen av Läkemedelsverket föreslås anslaget öka med 10,77 miljoner kronor 2020 för arbete med ett centrum för läkemedel och miljö, drift av substansregister, tillsyn av införsel av och handel med sprutor och kanyler, samt tillsyn av medicintekniska produkter, tatueringsfärger och systemstöd i vården. Dessa är verksamheter av permanent karaktär som tidigare har finansierats via bidrag från anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* beräknas öka med motsvarande belopp 2021 och framåt. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

Tabell 3.22 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**136 845**	**136 845**	**136 845**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	2 094	4 008	5 881
Beslut	10 770	10 918	11 063
Varav BP20 [3]	10 770	10 770	10 770
Varav [3]			
Renodling av myndigheters finansiering	10 770	10 770	10 770
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt	59	3 963	4 015
Förslag/beräknat anslag	**149 768**	**155 734**	**157 805**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 149 768 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 155 734 000 kronor respektive 157 805 000 kronor.

3.7.11 1:10 E-hälsomyndigheten

Tabell 3.23 Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

2018	Utfall	140 815	Anslags-sparande	8 059
2019	Anslag	117 584 [1]	Utgifts-prognos	117 217
2020	**Förslag**	**119 603**		
2021	Beräknat	121 486 [2]		
2022	Beräknat	123 374 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 119 603 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 119 603 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för E-hälsomyndighetens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för de merkostnader som uppkommer till följd av E-hälsomyndighetens omlokalisering till Kalmar.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.24 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomst-titel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018		178 033	184 873	-6 840	39 980
Prognos 2019		186 634	185 153	1 481	41 461
Budget 2020		184 800	203 000	-18 200	23 261

Intäkterna som avser offentligrättslig verksamhet tas ut via avgifter enligt lagen (1996:1156) om receptregister, lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning samt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Myndigheten disponerar intäkterna från verksamheten. Den offentligrättsliga verksamheten har sedan tidigare uppvisat ett ackumulerat överskott.

Tabell 3.25 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018	26 499	25 664	835	8 864
(varav tjänsteexport)	0	0	0	0
Prognos 2019	20 179	28 673	-8 494	370
(varav tjänsteexport)	0	0	0	0
Budget 2020	20 000	27 500	-7 500	-7 130
(varav tjänsteexport)	0	0	0	0

Intäkterna som avser uppdragsverksamhet regleras främst i myndighetens instruktion. Det rör bl.a. granskning av elektroniska system som ska ansluta till myndighetens register och tillhandahållande av en teknisk plattform för uppgifter om läkemedel och andra varor som landsting subventionerar utöver läkemedelsförmånerna.

Regeringens överväganden

Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**117 584**	**117 584**	**117 584**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	2 771	4 666	6 566
Beslut	-752	-764	-776
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**119 603**	**121 486**	**123 374**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 119 603 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *E-hälsomyndigheten* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 121 486 000 kronor respektive 123 374 000 kronor.

3.7.12 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna

Tabell 3.27 Anslagsutveckling 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna

Tusental kronor

2018	Utfall		Anslags-sparande	
2019	Anslag	1 620 000 [1]	Utgifts-prognos	1 620 000
2020	**Förslag**	**2 900 000**		
2021	Beräknat	3 000 000		
2022	Beräknat	3 000 000		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för prestationsbundna statsbidrag till landstingen för att kontinuerligt arbeta för att korta köer och väntetider samt förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Medel inom anslaget får också användas för bidrag till Sveriges Kommuner och Landsting och till myndigheter för att stödja och följa upp landstingens tillgänglighetsarbete.

Regeringens överväganden

Riksdagen beslutade i december 2018 att föra upp ett nytt ramanslag om 1 620 miljoner kronor på statens budget för 2019, Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna. Vidare beslutade riksdagen att införandet av en s.k. kömiljard stegvis skulle påbörjas under 2019 (bet. 2018/19:SoU1, rskr. 2018/19:111).

Att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården genom att fler får vård i tid och att köerna minskar kommer att vara en av de viktigaste frågorna för regeringen under innevarande mandatperiod. Regeringen har nyligen beslutat om en första uppdaterad kömiljard för 2019 och avser även att stödja landstingen i arbetet med att korta väntetiderna och minska köerna och i processen med att ta fram regionala planer. Anslagets ändamål har utformats så att de medel som har tillförts anslaget kan användas för insatser som ligger i linje med regeringens kommande arbete. Regeringen föreslår mot bakgrund av detta att anslaget ökar till 2,9 miljarder kronor 2020 och beräknar att anslaget ökar till en nivå om 3 miljarder kronor per år fr.o.m. 2021.

Tabell 3.28 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**1 620 000**	**1 620 000**	**1 620 000**
Förändring till följd av:			
Beslut	1 280 000	1 380 000	1 380 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**2 900 000**	**3 000 000**	**3 000 000**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 900 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 3 000 000 000 kronor respektive år.

3.7.13 8:1 Socialstyrelsen

Tabell 3.29 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

2018	Utfall	670 745	Anslags-sparande	12 399
2019	Anslag	664 451 [1]	Utgifts-prognos	679 181
2020	**Förslag**	**699 850**		
2021	Beräknat	684 616 [2]		
2022	Beräknat	690 730 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 674 368 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 670 429 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Socialstyrelsens förvaltningsutgifter och för förvaltningsutgifter för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.30 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomst-titel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018	19 126				
Prognos 2019	19 500				
Budget 2020	20 000				

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer, intyg m.m.

Regeringens överväganden

Anslaget ökades 2017 och 2018 med 10 miljoner kronor för att etablera ett kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga vid Socialstyrelsen kronor. För 2019 tillfördes 5 miljoner kronor för detta ändamål och för 2020 föreslås samma nivå för ändamålet. För 2021 beräknas anslaget minska med 5 miljoner kronor då satsningen avslutas.

I budgetpropositionen för 2019 tillförde regeringen 24 miljoner kronor för myndighetens arbete med nivåstrukturering av högspecialiserad vård. Anslaget föreslås öka med 19 miljoner kronor 2020 och beräknas öka med 4 miljoner kronor 2021 jämfört med nivåerna 2018. År 2022 beräknas anslaget minska med 4 miljoner kronor i enlighet med budgetpropositionen för 2018.

Anslaget föreslås öka med 5,3 miljoner kronor 2020 för att finansiera webbplatsen Kunskapsguiden. Webbplatsen fungerar som samlingspunkt för publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer m.m. från myndigheter och andra aktörer. Från och med 2021 beräknas 5,3 miljoner kronor för motsvarande verksamhet.

Anslaget föreslås öka med 4 miljoner kronor 2020 och beräknas öka med samma belopp fr.o.m. 2021 för att uppdatera och utveckla det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). FMB ger stöd till såväl läkare som Försäkringskassan i en sjukskrivningssituation. Finansiering sker genom neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

I syfte att renodla finansieringen av Socialstyrelsen föreslås anslaget öka med 16,2 miljoner kronor 2020 för arbete med patientsäkerhet och nationell registerservice. Verksamheterna är av permanent karaktär och har tidigare finansierats via anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* beräknas öka med motsvarande belopp 2021 och framåt. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

Tabell 3.31 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**664 451**	**664 451**	**664 451**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	10 196	20 448	30 625
Beslut	25 203	-283	-4 346
Varav BP20 [3]	25 500	25 500	25 500
Varav [3]			
Medel till Kunskapsguiden	5 300	5 300	5 300
Socialstyrelsens arbete med försäkringsmedicinskt beslutsstöd	4 000	4 000	4 000
Renodling av myndigheters finansiering	16 200	16 200	16 200
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**699 850**	**684 616**	**690 730**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 699 850 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 684 616 000 kronor respektive 690 730 000 kronor.

3.7.14 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 3.32 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

2018	Utfall	689 803	Anslags-sparande	18 938
2019	Anslag	770 591 [1]	Utgifts-prognos	751 241
2020	**Förslag**	**744 578**		
2021	Beräknat	755 551 [2]		
2022	Beräknat	766 434 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 744 578 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 744 578 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.33 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018	2 776				
Prognos 2019	114 373				
Budget 2020	64 920				

Intäkter för offentligrättslig verksamhet avser avgifter för tillstånd rörande blodverksamhet och verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. Från den 1 januari 2019 gäller nya regler för vilka verksamheter enligt socialtjänstlagen (2011:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som behöver tillstånd från IVO. För 2019 och 2020 avser intäkterna därmed även tillståndsprövningar avseende dessa nya verksamheter, bl.a. hemtjänst samt ledsagarservice.

Regeringens överväganden

Anslaget tillfördes 73,8 miljoner kronor 2019 till följd av myndighetens utökade uppgifter avseende ägarprövning (prop. 2017/18:158). För 2020 föreslås 38,8 miljoner kronor för detta ändamål. Samma nivå beräknas permanent fr.o.m. 2021.

Riksdagen har antagit propositionen om biståndsbedömt trygghetsboende för äldre (prop. 2017/18:273, bet. 2018/19:SoU4, rskr. 2018/19:11). Riksdagen beslutade i budgeten för 2019 att ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att tillståndspröva och utöva tillsyn över boendeformen. För detta ändamål beslutade riksdagen att anslaget engångsvis skulle ökas med 9,2 miljoner kronor för 2019, och anslaget beräknades öka med 2 miljoner kronor från 2020

och framåt. För 2020 föreslås 2 miljoner kronor för detta ändamål och efter 2020 beräknas motsvarande nivå. Därmed föreslår regeringen att anslaget minskas med 7,2 miljoner kronor 2020 jämfört med 2019.

I budgeten för 2017 tilldelades IVO en tidsbegränsad förstärkning på 40 miljoner kronor för förstärkning av ärendehanteringen och tillsynen med anledning av flyktingsituationen. För 2018 uppgick tillskottet till 25 miljoner kronor och 2019 till 10 miljoner kronor. År 2019 är sista året i denna tillfälliga resursförstärkning och därmed föreslår regeringen att anslaget minskas med 10 miljoner kronor 2020 jämfört med 2019.

Tabell 3.34 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**770 591**	**770 591**	**770 591**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	26 187	37 929	49 575
Beslut	-52 200	-52 969	-53 732
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**744 578**	**755 551**	**766 434**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 744 578 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 755 551 000 kronor respektive 766 434 000 kronor.

3.7.15 Övrig verksamhet

Avgiftsfinansierad verksamhet vid Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar bl.a. för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Läkemedelsverket utövar även bl.a. tillsyn över kosmetiska och hygieniska produkter. Verksamheten finansieras främst genom avgifter, anslag och bidrag. Avgiftsfinansieringen är den största finansieringskällan och genererade 75,2 procent av intäkterna 2018. Anslagsintäkten utgjorde 15,7 procent, bidrag 9 procent och finansiella intäkter 0,1 procent.

Under 2018 omsatte Läkemedelsverket cirka 854 miljoner kronor vilket var en minskning med 826 000 kronor från föregående år.

Tabell 3.35 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018	1 638	636 930	639 947	-3 017	51 877
Prognos 2019	1 638	682 888	708 588	-25 700	26 177
Budget 2020	1 638	692 096	716 914	-24 818	1 359

4 Folkhälsopolitik

4.1 Omfattning

I avsnitt 4 Folkhälsopolitik redovisas folkhälsans utveckling i stort samt resultat från insatser inom området som har genomförts med finansiering från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Avsnittet omfattar anslag för Folkhälsomyndigheten, insatser för vaccinberedskap, insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar samt Sveriges bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. I avsnittet ingår även bidrag till frivilligorganisationer, alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser samt insatser mot spelberoende. Anslag av betydelse för folkhälsopolitiken som behandlas under avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik är t.ex. anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* och anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Folkhälsopolitiken är en central del i Sveriges genomförande av Agenda 2030, bl.a. genom det tvärsektoriella angreppssättet.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
2:1 Folkhälsomyndigheten	382	399	401	**435**	441	447
2:2 Insatser för vaccinberedskap	87	89	89	**89**	89	89
2:3 Bidrag till WHO	38	39	41	**46**	36	36
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	74	76	75	**76**	76	76
6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	181	166	157	**96**	96	96
Summa Folkhälsopolitik	**762**	**768**	**763**	**740**	**737**	**743**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

4.3 Mål för området

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).

Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203). Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Inom politikområdet finns även delmålet Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla (2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).

Jämställd hälsa är ett delmål inom jämställdhetspolitiken.

4.4 Resultatredovisning

Folkhälsans utveckling påverkas av insatser som genomförs inom många olika utgiftsområden: hanteringen av smitta mellan djur och människor, s.k. zoonoser, livsmedelsfrågor och bra matvanor inom utgiftsområdet för areella näringar, landsbygd och livsmedel (utg.omr. 23), jämställdhet (utg.omr. 13), trafiksäkerhet (utg.omr. 22), utbildning och universitetsforskning (utg.omr. 16), arbetsmarknad och arbetsliv (utg.omr. 14), miljö- och naturvård (utg.omr. 20) samt insatser inom utgiftsområdet för kultur, medier, trossamfund och fritid (utg.omr. 17).

Många myndigheter bidrar till genomförandet av regeringens folkhälsopolitik. Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar inom folkhälsoområdet.

Riksdagen har beslutat om en sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur för det samlade folkhälsoarbetet. Den består av åtta målområden:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Resultatredovisningen i detta kapitel inleds med en beskrivning av hälsoutvecklingen i Sverige. Därefter följer resultatredovisning avseende psykisk ohälsa, smittsamma sjukdomar, sexuell och reproduktiv hälsa, matvanor och fysisk aktivitet samt alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Följande resultatindikatorer och bedömningsgrunder används för att redovisa och beskriva utvecklingen av folkhälsan:

- Medellivslängd
- Antal insjuknade och döda i folksjukdomar
- Förekomsten av smittsamma sjukdomar
- Sunda levnadsvanor

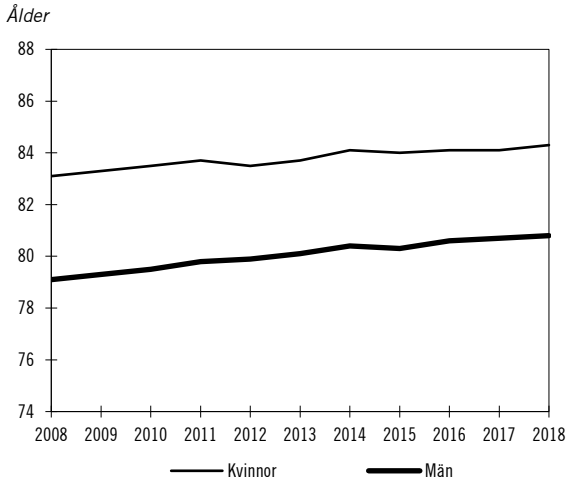
Resultatindikatorerna bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Indikatorer och bedömningsgrunder ska beakta kön och inkluderar ibland även andra relevanta parametrar, såsom socioekonomiska faktorer.

4.4.2 Resultat

Folkhälsan blir bättre men är ojämlik

I en internationell jämförelse har Sverige en god folkhälsa. Under många år har folkhälsan haft en positiv utveckling. Medellivslängden år 2018 var ca 84,3 år för kvinnor och ca 80,8 år för män (diagram 4.1). Mellan 2006 och 2017 ökade medellivslängden med 1,6 år och den förtida dödligheten minskade. Även kvinnors och mäns självskattade hälsa har ökat något.

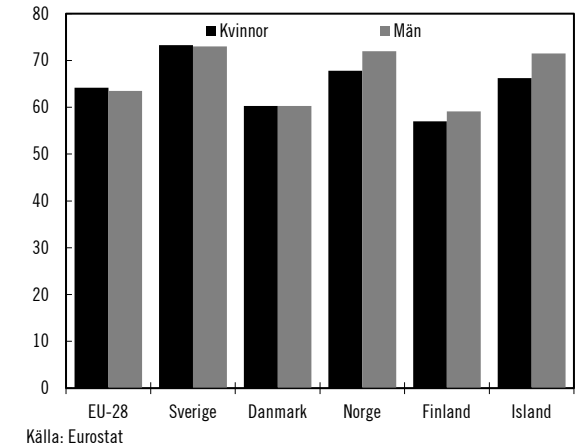
Diagram 4.1 Återstående medellivslängd vid 0 års ålder, kvinnor och män, 2008–2018



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

Ett sätt att mäta hälsa på är återstående hälsosamma levnadsår vid 65 års ålder (Healthy life years, HLY). Enligt WHO finns det stora skillnader mellan olika länder i Europa. I jämförelse med många andra länder har Sverige ett högt antal hälsosamma levnadsår såväl för kvinnor som för män (diagram 4.2).

Diagram 4.2 Återstående friska levnadsår (HLY) vid 0 års ålder, kvinnor och män, 2016



Källa: Eurostat

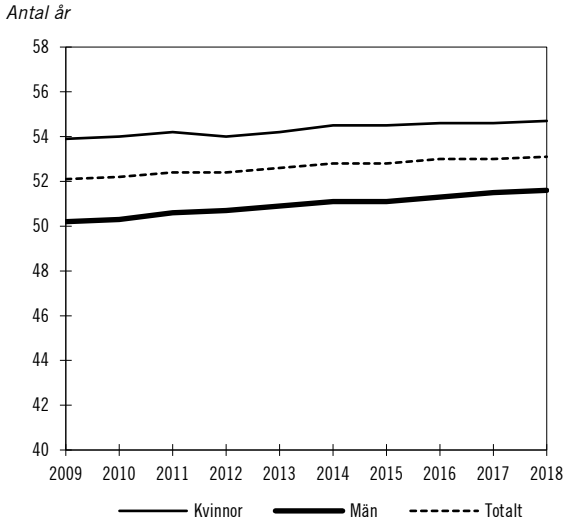
Många bestämningsfaktorer och mått på hälsa visar att det finns skillnader i Sverige avseende såväl hälsa som levnadsvanor och livsvillkor för både kvinnor och män samt mellan socioekonomiska grupper. Genom att mäta utbildningsnivå kan den sociala positionens betydelse för hälsa illustreras. Det finns därutöver vissa samhällsgrupper i särskilt utsatta situationer och hos vilka hälsoutvecklingen har varit långsammare eller varit relativt oförändrad. Det gäller t.ex. personer med vissa funktionsnedsättningar, nationella minoriteter, nyanlända, personer som står utanför arbetsmarknaden samt hbtq-personer.

Folkhälsan och dess bestämningsfaktorer är i stor utsträckning påverkbara. Hälsan påverkas av både politiska beslut och kvinnors och mäns egna val. Folkhälsan är en angelägenhet för aktörer inom olika områden, på såväl nationell som regional och lokal nivå. Intersektoriellt samarbete är nödvändigt.

Miljöfaktorer har betydelse för folkhälsan. Resultaten i Miljöhälsorapport 2017, framtagen av Folkhälsomyndigheten, talar för att exponeringen för många miljöfaktorer som kan ha negativ effekt på hälsan inte minskar och att det finns ojämlikheter i befolkningen både när det gäller exponering och besvär.

Det finns skillnader mellan kvinnor och män avseende återstående medellivslängd vid 30 års ålder. Skillnaderna har minskat något de senaste 10 åren. Det finns dock ökande skillnader vad gäller den återstående medellivslängden vid 30 års ålder för kvinnor och män med olika utbildningsnivåer (diagram 4.3, diagram 4.4 och diagram 4.5).

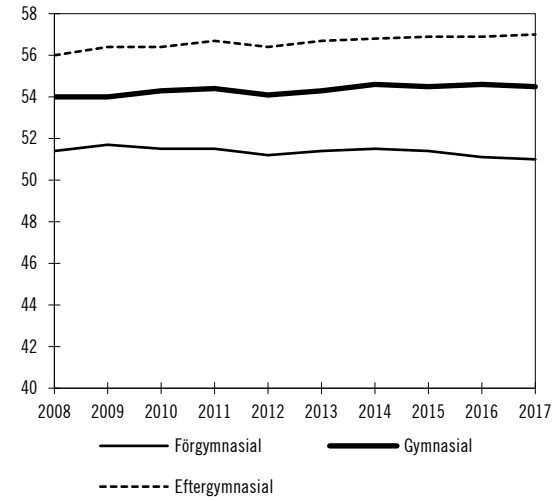
Diagram 4.3 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, kvinnor och män, 2009–2018



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

Diagram 4.4 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, utbildningsnivå, kvinnor, 2008–2017

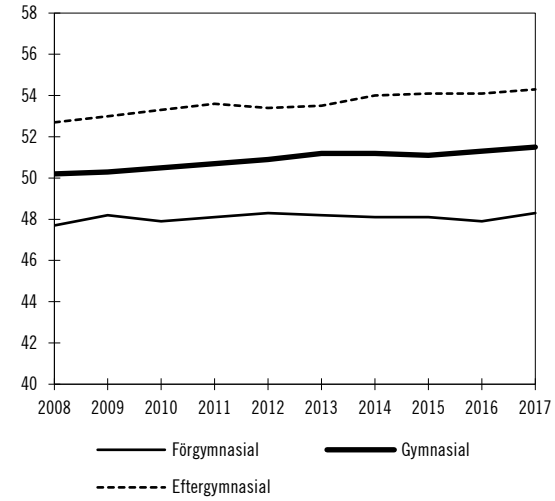
Antal år



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

Diagram 4.5 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, utbildningsnivå, män, 2008–2017

Antal år



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

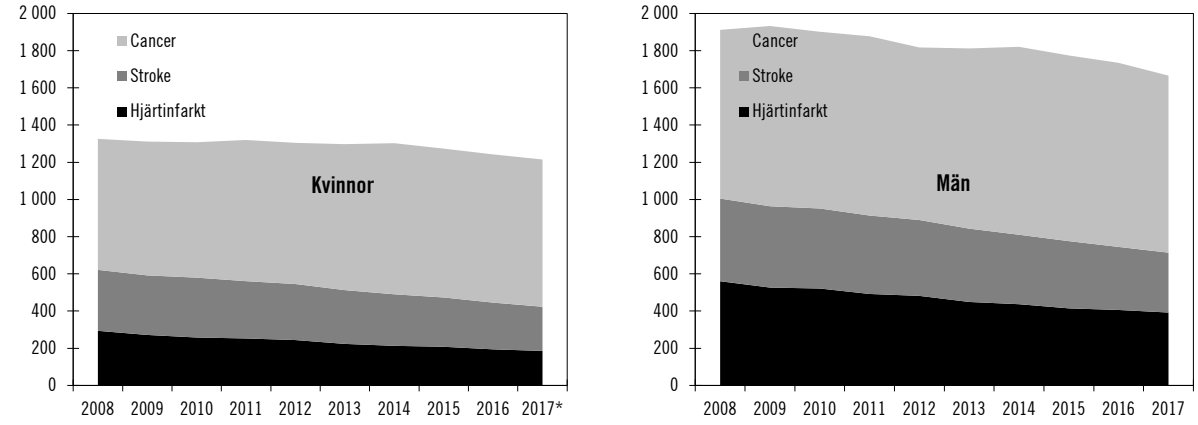
Insjuknande och dödlighet i folksjukdomar

De sjukdomar som orsakar störst dödlighet i Sverige i dag är icke-smittsamma sjukdomar. Risken att insjukna i icke-smittsamma sjukdomar påverkas av de systematiska skillnader i livsvillkor och levnadsvanor som finns i samhället. Detta leder till ojämlikhet i hälsa.

Det senaste decenniet har kvinnor och män insjuknat allt mindre i hjärtinfarkt och stroke medan insjuknandet i cancer har ökat (diagram 4.6). Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer har minskat mellan 2008 och 2017 (diagram 4.7). Den sociala gradienten för män och kvinnor är tydlig avseende dödlighet i hjärtsjukdom samt vad gäller hjärtinfarkt (diagram 4.8 och diagram 4.9). Kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning dör i högre utsträckning i bröstcancer respektive prostatacancer jämfört med dem med högre utbildning (diagram 4.10 och diagram 4.11).

Diagram 4.6 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer 2008–2017

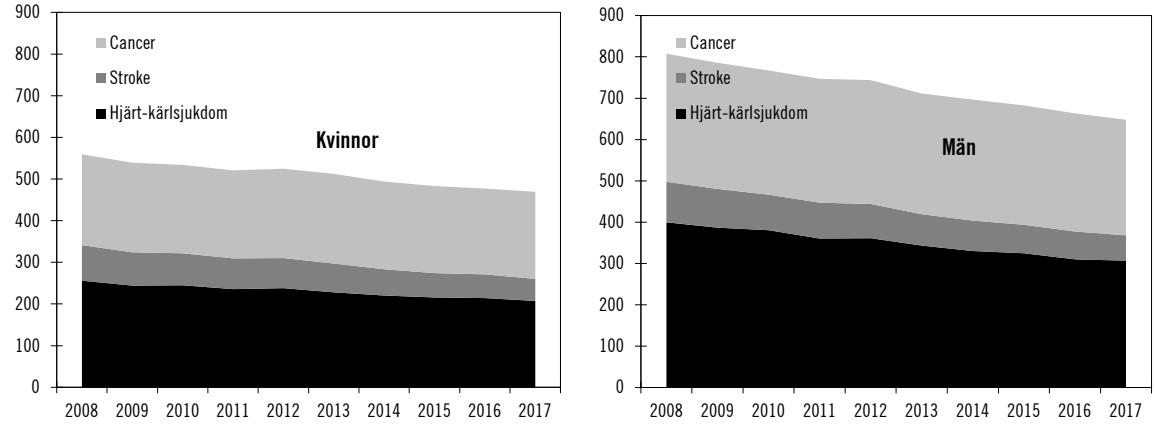
Antal



Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.7 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, 2008–2017

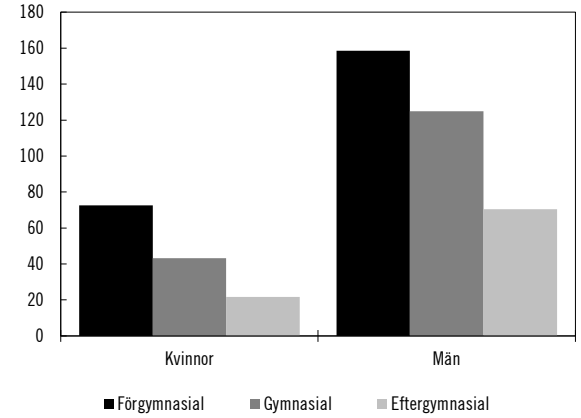
Antal



Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.8 Antal döda i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare, kvinnor och män, utbildningsnivå, 2017

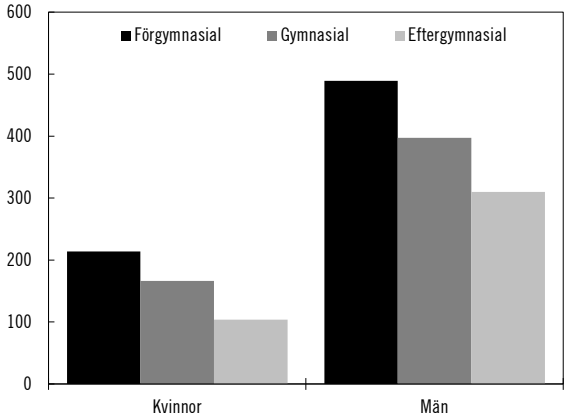
Antal döda per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardiserade värden.
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret

Diagram 4.9 Antal fall per 100 000 invånare i hjärtinfarkt, kvinnor och män, 35–79 år, utbildningsnivå, 2017

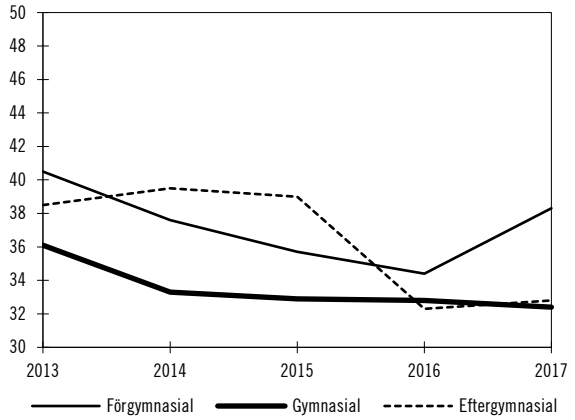
Antal fall per 100 000 invånare



Anm. Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa. Socialstyrelsen

Diagram 4.10 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet i bröstcancer, kvinnor, 35–79 år, utbildningsnivå, 2013–2017

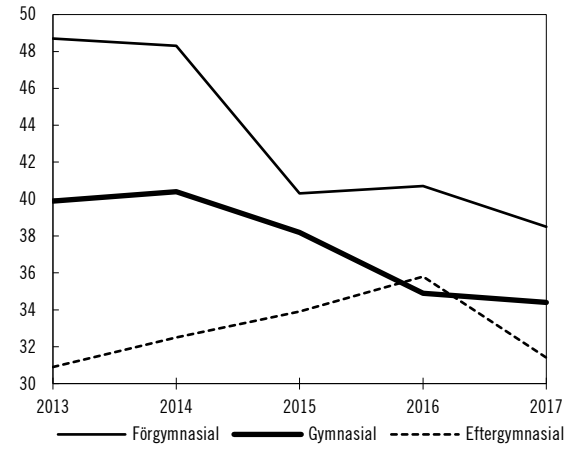
Antal döda per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Socialstyrelsen, Cancerregistret och Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.11 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet i prostatacancer, män, 35–79 år, utbildningsnivå, 2013–2017

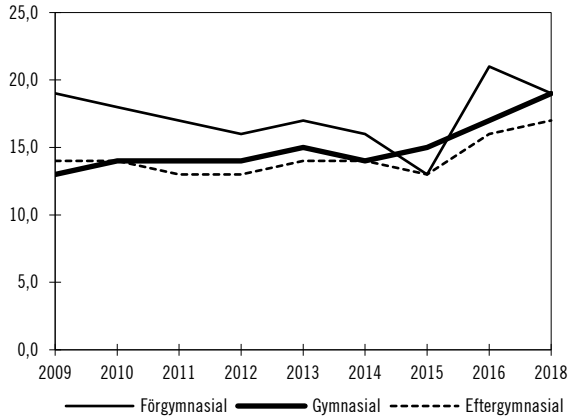
Antal döda per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Socialstyrelsen, Cancerregistret och Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.12 Andel som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande (baserat på GHQ5), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018

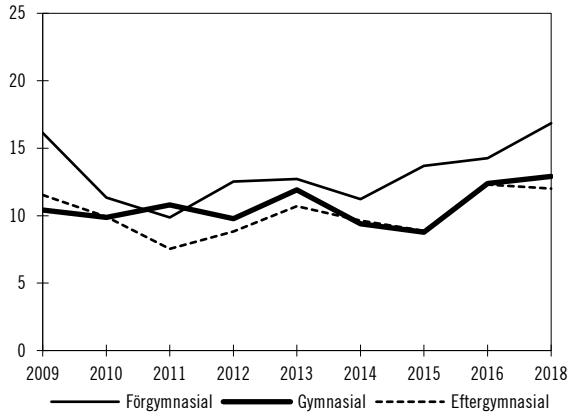
Procent



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.13 Andel som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande (baserat på GHQ5), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018

Procent



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Psykisk ohälsa i befolkningen

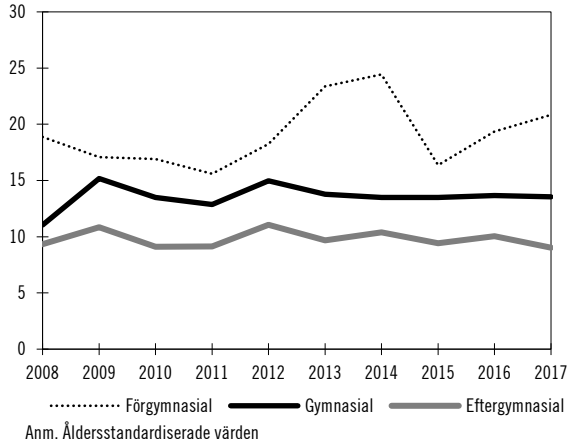
Den psykiska ohälsan är ett allvarligt folkhälsoproblem. Det gäller såväl i Sverige som i övriga Europa. Andelen med nedsatt välbefinnande har ökat de senaste åren såväl för kvinnor som för män. Personer med lägre utbildningsnivå har lägre grad av psykiskt välbefinnande (diagram 4.12 och diagram 4.13). Psykisk ohälsa är utbredd bland personer med funktionsnedsättning. Ungas psykiska hälsa beskrivs även inom utgiftsområde 17. Psykiatriska diagnoser är den vanligaste sjukskrivningsorsaken både bland kvinnor och män (utg. omr. 10).

Suicid

I dag är antalet dödsfall i suicid nästan sex gånger större än antalet dödsfall i trafiken. Antalet suicid per 100 000 har legat på relativt oförändrade nivåer de senaste tio åren. Under 2017 var antalet avlidna i suicid bland män 20 per 100 000 invånare samt 8 för kvinnor. Personer med förgymnasial utbildningsnivå dör i större utsträckning till följd av suicid än personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Fler män än kvinnor dör i suicid. Det är drygt tre gånger så många män som kvinnor som avlider av suicid i åldersgruppen 65–84 år. Se mer i diagram 4.14 respektive 4.15.

Diagram 4.14 Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, utbildningsnivå, kvinnor

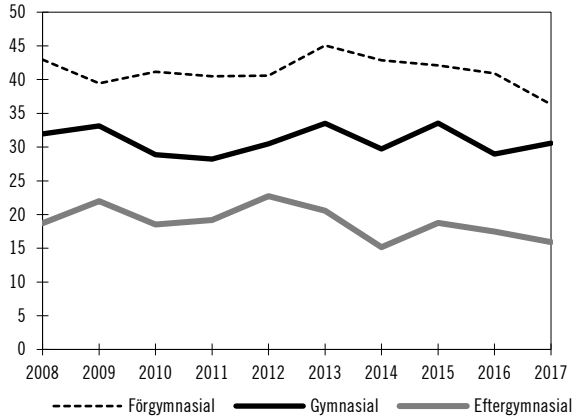
Antal fall per 100 000 invånare



Anm. Åldersstandardiserade värden
Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.15 Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, utbildningsnivå, män

Antal fall per 100 000 invånare



Anm. Åldersstandardiserade värden
Källa: Socialstyrelsen

Folkhälsoarbete inom EU och internationellt

Folkhälsoarbetet inom EU drivs genom det s.k. hälsoprogrammet. EU:s hälsoprogram är EU:s finansieringsmekanism för åtgärder inom folkhälsoområdet. Under 2019 har stöd från hälsoprogrammet gått till olika samarbetsprojekt mellan myndigheter i EU:s medlemsstater bl.a. rörande kost och fysisk aktivitet, stärkt beredskap för insatser vid biologiska och kemiska terrorattacker och digitala stöd för patientcentrerad vård. Vidare har stöd gått från EU:s hälsoprogram för europeiskt samarbete vad gäller patientregister för ovanliga sjukdomar samt för det fortsatta arbetet för att minska antibiotikaresistens.

Sverige har gett stöd till arbetet inom Världshälsoorganisationen (WHO).

Världshälsoförsamlingen antog i maj en strategi för hälsa, miljö och klimatförändringar. Strategin anger att miljöfaktorer orsakar 13 miljoner förtida dödsfall per år, vilket kan motverkas genom att miljö, klimat och hälsa hanteras i ett samlat grepp.

Insatser för att stärka den psykiska hälsan

Regeringen satsar 2019 ca 2,1 miljarder kronor för att stärka arbetet med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Strategin för psykisk hälsa 2016–2020 utgår från fem fokusområden: förebyggande och främjande arbete, tidiga insatser, enskildas delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation.

Regeringen avsatte 2019 ca 1,8 miljarder kronor i överenskommelsen Insatser inom området psykisk hälsa, mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Merparten av medlen fördelas till landsting och kommuner för att förstärka huvudmännens insatser för att möta psykisk ohälsa. I överenskommelsen finns vissa områden som regeringen bedömt som särskilt problematiska eller särskilt viktiga för att kunna möta utmaningarna med psykisk ohälsa hos befolkningen. Dessa områden är första linjens vård för barn och unga, minskade köer till barn- och ungdomspsykiatrin, ungdomsmottagningarna samt samverkan inom och mellan olika huvudmän för personer som behöver insatser från flera aktörer.

Socialstyrelsen inkom i maj 2019 med en uppföljning av 2016–2018 års överenskommelser inom området psykisk hälsa mellan staten och SKL. Uppföljningen visar bl.a. att överenskommelserna har resulterat i många utvecklingsarbeten i kommuner och regioner vilka sammantaget stärker förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg. Huruvida och i vilken utsträckning detta utvecklingsarbete också har medfört lokalt och regionalt förbättrad tillgänglighet till vård och omsorg av högre kvalitet än tidigare, har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa via denna uppföljning.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen arbetar inom myndigheternas respektive ansvarsområden med att förebygga och motverka psykisk ohälsa. Regeringen har, genom ett generellt uppdrag att genomföra kartläggningar och

analyser, gett Socialstyrelsen större möjligheter att själva planera sin verksamhet kring arbetet med psykisk ohälsa. I vissa frågor som t.ex. samsjuklighet, beroende och annan psykisk ohälsa, har regeringen även gett Socialstyrelsen särskilda uppdrag. Dessutom har Folkhälsomyndigheten bl.a. fått i uppdrag att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå samt inom den ideella sektorn inom området psykisk hälsa.

SKL har i rapporten Psykiatrin i siffror, visat att antalet besök inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och vuxenpsykiatrin sammanlagt ökat med knappt 400 000 mellan åren 2016 och 2018. Inom BUP har det framkommit ytterligare positiva resultat med en ökad bemanning genom att antalet läkare och antalet sjuksköterskor har ökat med 8 respektive 4 procent mellan åren 2016 och 2017. Dock har andelen personer som söker vård för psykisk ohälsa ökat i en högre takt, vilket innebär att köerna till vård fortfarande är långa på vissa håll i landet.

Regeringen har under 2019 avsatt 108 miljoner kronor för att stärka civilsamhällets arbete med psykisk hälsa/ohälsa.

Regeringen har sedan 2016 årligen avsatt 500 miljoner kronor i syfte att stimulera tillgången till behandling- och rehabiliteringsinsatser för patienter med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärtproblematik inom ramen för överenskommelsen En effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess, som slutits mellan SKL och regeringen.

Asylsökande och nyanländas psykiska hälsa

Regeringen har 2016–2019 avsatt 40 miljoner kronor årligen för insatser som syftar till att stärka psykiatrisk traumavård för asylsökande och nyanlända. Medel har inom satsningen bl.a. fördelats till Röda Korset och Vårsta Diakonigård för att stärka och utveckla verksamhet kring traumastöd.

Från och med 2018 avsätter regeringen 50 miljoner kronor årligen för insatser som syftar till att stärka psykisk hälsa hos bl.a. asylsökande och nyanlända barn och unga. Medel inom satsningen 2019 har bl.a. fördelats till organisationer inom civilsamhället som arbetar för att stärka psykisk ohälsa hos målgruppen.

Vård och behandling i hälso- och sjukvården vid beroendesjukdomar

Andelen personer i befolkningen som vårdats inom hälso- och sjukvårdens slutenvård eller den specialiserade öppenvården, med en diagnos som indikerar ett pågående beroende, ökar medan frivilliga insatser enligt socialtjänsten minskar (Individ- och familjeomsorgen, lägesrapport, Socialstyrelsen 2018).

Andelen i befolkningen som vårdats inom hälso- och sjukvården för alkoholberoende har ökat bland kvinnor och män som är 65 år eller äldre. Inom slutenvården har andelen i åldern 75–84 år med alkoholberoende ökat 2006–2016 (för kvinnor med 73 procent och för män med 63 procent). Samordning mellan missbruks- och beroendevården och äldreomsorgen är betydelsefull vid risk- och missbruk av alkohol bland personer som har insatser från äldreomsorgen. År 2018 hade 39 procent av kommunerna en aktuell rutin för ett samordnat stöd. Det är en förbättring jämfört med 2017, då motsvarande siffra var 35 procent.

Statistiken för 2006–2016 visar även en stor ökning av andelen av både kvinnor och män som har haft en vårdkontakt inom hälso- och sjukvården med diagnos som är relaterad till drogberoende, särskilt inom den specialiserade öppenvården. Bland kvinnor inom slutenvården har ökningen varit störst i åldersgruppen 25–34 år och bland män har den varit störst inom åldersgruppen 15–19 år (Individ- och familjeomsorg, lägesrapporten 2018, Socialstyrelsen).

Behov av ökad samverkan mellan landsting och kommun

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterade 2018 att samverkan även fortsatt är ett utvecklingsområde inom vård- och omsorg. Tillsynen visar att det krävs mer samverkan när det gäller vård och omsorg för personer med missbruk och beroende, både inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården, och mellan kommuner och landsting. Andelen kommuner som har överenskommelser med landsting om vård och stöd för personer med beroendeproblematik har ökat, men utvecklingen de senaste två åren har varit negativ. Under 2019 hade 47 procent av kommunerna en sådan överenskommelse, jämfört med 53 procent 2018 och 56 procent 2017.

Personer med samsjuklighet mellan beroende och annan psykisk ohälsa är en särskilt utsatt grupp. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik samt att vid behov lämna förslag på hur vård och omsorg kan förbättras genom samverkan. Regeringen har även avsatt medel, inom ramen för

överenskommelsen med SKL inom området psykisk hälsa, till insatser som syftar till att förbättra samverkan mellan landsting och kommun för personer med samsjuklighet.

Förebyggande arbete mot suicid
Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att bygga upp, utveckla och samordna det nationella arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga suicid i hela befolkningen. Myndigheten har för 2019 fördelat 25 miljoner kronor till 29 ideella organisationer som bedriver främjande eller förebyggande arbete inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Återrapporteringen av 2018 års medel visar att bidraget har använts till relevanta verksamheter som stärkt det suicidförebyggande arbetet och förbättrat den psykiska hälsan.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en fördjupningsstudie samt fördela medel rörande psykisk hälsa och suicidprevention riktat till transpersoner.

Skydd mot smittsamma sjukdomar

Förebyggande och hantering av globala hälsohot
Regeringen beslutade i november 2018 att avsätta 40 miljoner kronor till Världshälsoorganisationens (WHO:s) krisfond (”Contingency Fund for Emergencies”) som inrättades 2015 efter en utvärdering av WHO:s respons till ebolautbrottet i Västafrika 2014. Fonden är central för WHO:s möjligheter att agera vid hälsorelaterade kriser och bidrar därmed till det globala arbetet mot hälsohot och stärkt folkhälsa.

Folkhälsomyndigheten är utsedd till nationell myndighet för inneslutning av poliovirus. Folkhälsomyndigheten har år 2018 granskat och som första land i världen beviljat ett intyg om deltagande till en svensk vaccinproducent. Certifikatet innebär början på en certifieringsprocess med syfte att bli en så kallad polio-essentiell anläggning. Dessa anläggningar kommer att vara de enda ställen där poliovirus får förvaras eller handhas, och är nödvändiga för bland annat vaccinproduktion.

Folkhälsomyndigheten har fortsatt att stödja WHO:s arbete med frivilliga externa utvärderingar om hur väl det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) har införts i olika länder.

Global Health Security Agenda (GHSA) lanserades 2014 av USA som ett femårigt initiativ för att bidra till ökad global säkerhet genom att framför allt lyfta frågan om hälsosäkerhetshot från smittsamma human- och djursjukdomar till en högre politisk nivå. Vid det femte högnivåmötet på Bali i Indonesien antogs det nya ramverket för en fortsättning av GHSA efter 2019 (GHSA 2024). Sverige har valt att fortsatt delta i arbetet vad avser antimikrobiell resistens och zoonoser.

Sverige har deltagit i arbetet som bedrivs av EU:s hälsosäkerhetskommitté och dess undergrupper, som bland annat arbetar med risk- och krisbedömningar. Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) är här en central aktör, vars arbete och mandat på området är avgörande.

Folkhälsomyndigheten har deltagit i flera europeiska övningar för att hantera hälsohot, t.ex. med fokus på laboratoriernas förmåga att hantera biorisker inklusive åtgärder vid en eventuell laboratorieincident.

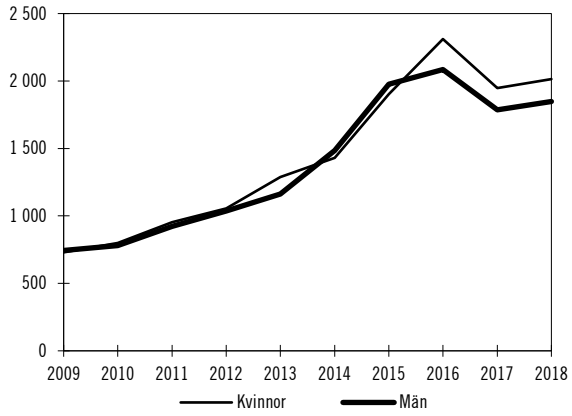
Folkhälsomyndigheten har förstärkt beredskapen vad gäller beredskapslager av vissa smittskyddsläkemedel (antivirala läkemedel och antibiotika) genom att teckna avtal om köp av antiviraler för långtidslagring. Folkhälsomyndigheten har även säkerställt förutsättningar för att fortsatt genomföra hållbarhetstester på lagerhållna antiviraler som har passerat godkänt hållbarhetsdatum. I början av år 2019 gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgången till vissa antibiotika för beredskapsändamål. Uppdraget gäller till och med år 2021. Regeringen gav även Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgång till vaccinbehandling för befolkningen vid en pandemi.

Antibiotikaresistens – ett globalt hälsohot som ökar i omfattning
Folkhälsomyndigheten rapporterar att antibiotikaresistensen hos människor i Sverige ökar. Antalet fall med anmälningspliktig resistens beräknas fördubblas till 2030 och mer än fyrfaldigas till 2050. De sammanlagda kostnaderna för antibiotikaresistens beräknas av Folkhälsomyndigheten uppgå till nästan 16 miljarder kronor fram till 2050. Resistensläget i Sverige är emellertid bättre än i många andra länder och antibiotikaanvändningen är relativt sett låg.

Utvecklingen vad gäller antalet anmälda fall av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) presenteras i diagram 4.16. Under 2018 var det totala antalet anmälda fall 3 864 (2015 bland kvinnor och 1 849 bland män).

Diagram 4.16 Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), kvinnor och män, 2009–2018

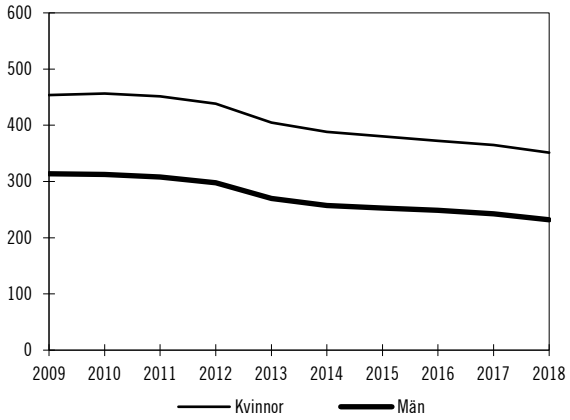
Antal fall



Källa: SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Diagram 4.17 Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, kvinnor och män, 2009–2018

Antal recept per 1 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Problemet med antibiotikaresistens behöver angripas tvärsektoriellt, enligt ”one health”-konceptet. Det innebär att bl.a. människors och djurs hälsa, miljö, forskning, utbildning och internationellt utvecklingssamarbete involveras. Regeringen har gett i uppdrag till mer än 20 myndigheter att ingå i en nationell samverkansfunktion som även involverar icke-statliga aktörer. Inom ramen för samverkansfunktionen utfördes det under 2018 en rad aktiviteter i enlighet med den handlingsplan som tagits fram.

I Sverige har ett enträget arbete mot antibiotikaresistens under flera år lett till att antibiotikaförsäljningen på recept stadigt har sjunkit. Under 2018 minskade den totala expedieringen av antibiotika jämfört med 2017, från 304 till 291 expedieringar per 1 000 invånare och år. Antalet expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare 2018 var 351 för kvinnor och 232 för män (diagram 4.17). Antibiotikaförsäljningen sjönk även i åldersgruppen 0–6 år.

Antibiotikaförskrivningen inom tandvården minskade med ca 31 procent under perioden 2009–2017. Det finns dock stora regionala skillnader i förskrivningen. Skåne, Stockholms och Västmanlands län har störst andel antibiotikaförskrivningar. I Västerbottens län får minst andel tandvårdspatienter antibiotika. Det finns också skillnader i förskrivningen mellan Folktandvården och privata mottagningar. Andelen patienter som får en antibiotikaförskrivning i Folktandvården har minskat med 44 procent mellan 2009 och 2017. Under samma period var minskningen inom den privata tandvården betydligt mindre (10 procent).

Resistensläget i Sverige påverkas av utvecklingen internationellt. Sverige verkar för att driva frågan framåt inom Europeiska unionen (EU) och globalt. Sverige har aktivt bidragit till de rådsslutsatser om antimikrobiell resistens som togs fram under det rumänska ordförandeskapet i EU 2019. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att ge stöd till internationellt arbete beträffande antibiotikaresistens och har utsetts till ett samarbetscentrum för Världshälsoorganisationen (WHO) inom antibiotikaresistensområdet. Arbetet för en ökad miljöhänsyn i läkemedelslagstiftningen inom Europeiska unionen och internationellt är också angeläget ur ett antibiotikaresistensperspektiv (avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik). Sverige har engagerat sig aktivt i den process som syftar till att följa upp högnivåmötet om AMR som genomfördes i FN:s generalförsamling 2016.

Antibiotikaresistens behandlas även inom andra utgiftsområden, såsom utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel.

Vaccinationsprogram

Vaccinationstäckningen är fortsatt hög och stabil. I befolkningen finns det överlag ett högt förtroende för vaccinationsprogrammen. Folkhälsomyndighetens senaste rapport från 2018 om de nationella vaccinationsprogrammen visar att ca 97 procent av 2-åringarna är fullvaccinerade. Andelen flickor som är vaccinerade mot humant papillomvirus (HPV) har ökat. I slutet av 2018 var 84 procent av alla 12-åriga flickor vaccinerade med minst en dos HPV-vaccin. Vissa grupper i samhället t.ex. asylsökande och nyanlända har fortfarande en lägre vaccinationstäckning, vilket kan medföra risker för utbrott av t.ex. mässling.

I juni 2018 gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att under 2018–2020 genomföra åtgärder för att förstärka och utveckla arbetet med information och kommunikation om vaccinationer. Åtgärderna ska stärka det arbete som landstingen och kommunerna bedriver avseende vaccinationer och som i första hand riktas mot barn.

Inom ramen för överenskommelsen Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting 2018 har informationsinsatser till föräldrar genomförts om nyttan med vaccination. Felaktig information och rykten som sprids om vaccinationer har bemötts. Riktade insatser har genomförts för att öka vaccinationstäckningen i områden där vaccintäckningen är lägre. Informationsträffar för föräldrar har bl.a. anordnats, lokala flödesscheman för bemötande och samtal med föräldrar om vaccination har utarbetats samt en struktur för stöd till föräldrar som är tveksamma till vaccination.

Den 1 september 2019 utökades det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn med vaccination mot rotavirus.

Regeringen beslutade under våren 2019 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att komplettera de hälsoekonomiska delarna i myndighetens beslutsunderlag om HPV-vaccination för pojkar. Myndigheten redovisade uppdraget i april 2019.

I december 2018 antogs rådsrekommendationer om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination. Rådsrekommendationerna syftar till att stärka samarbetet och samordningen mellan medlemsstaterna, industrin och andra relevanta intressenter för att bl.a. öka vaccinationstäckningen och främja tilltron till vaccinationer.

Ersättning till personer som har insjuknat i narkolepsi

Personer som fått narkolepsi, som med övervägande sannolikhet har orsakats genom användning av vaccinet Pandemrix, kan få ersättning för personskada enligt lagen (2016:417) om statlig ersättning till personer som har insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering. Ersättningen hanteras i första hand av Läkemedelsförsäkringen och i andra hand av staten. Kammarkollegiet har ansvar för att pröva rätten till den statliga ersättningen. Till och med februari 2019 hade Läkemedelsförsäkringen och Kammarkollegiet mottagit 584 skadeanmälningar (318 flickor/kvinnor och 256 pojkar/män) respektive 178 (95 flickor/kvinnor och 83 pojkar/män). Läkemedelsförsäkringen hade lämnat godkännande i 414 ärenden (213 flickor/kvinnor och 201 pojkar/män) och Kammarkollegiet hade lämnat godkännande i 91 ärenden (45 flickor/kvinnor och 46 pojkar/män). Narkolepsiföreningen Sverige har beviljats ekonomiskt bidrag för 2011–2018.

Hälsofrämjande sjukvård

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård bidrar till en hållbar hälso- och sjukvård

Detta avsnitt beskrivs i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Sjukdomsstatistik från 2018 visar att klamydia fortsatt minskat något. Även antalet fall av både hepatit B och hepatit C minskade 2018. Spridningen av hivinfektion i Sverige har däremot ökat från föregående år. För gonorré sker också en fortsatt ökning under 2018 och det rapporteras även en markant ökning av syfilis.

Enligt Folkhälsomyndighetens årsredovisning har myndigheten under året etablerat myndighetssamverkan för bl.a. hiv/STI-prevention inom ramen för sitt uppdrag att verka för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom sexuell hälsa och rättigheter. Samverkansgruppen ska vara en arena för dialog, kunskapsutbyte och strategisk samverkan mellan tio myndigheter.

Folkhälsomyndigheten fördelade 2018 totalt drygt 61 miljoner kronor i statsbidrag till organisationer med verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra sjukdomar, varav 40 miljoner kronor till aktörer på regional och lokal nivå. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att analysera hur arbetet med att behandla, förebygga och förhindra smittspridning av hepatit C kan förbättras. I slutrapporten identifierar Folkhälsomyndigheten fyra prioriterade områden för det kommande arbetet: primär och sekundärpreventiva aktiviteter, verksamheter för att nå riskgrupper, uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering samt aktörers samverkan och samarbete på strategiska arenor.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Regeringen har sedan 2016 gett ekonomiskt stöd till ett projekt som Riksförbundet för sexuell och reproduktiv hälsa (RFSU) driver. Projektet syftar till att förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor med migrantbakgrund genom att RFSU utarbetar och sprider målgruppsanpassad information både till kvinnorna själva och till hälso- och sjukvårdspersonal som möter kvinnorna i vården. Projektet har under 2018 även omfattat intervjuer med och information till män om sexuella och reproduktiva rättigheter. Under 2016–2018 har insatserna bl.a. riktat sig mot kvinnor från Somalia, Iran, Irak, Afghanistan och Kurdistan där information har tagits fram som möter deras specifika behov. RFSU ser ett fortsatt stort behov av information till målgruppen och under 2019 kommer de inplanerade projektaktiviteterna att innefatta både kvinnor och män från den primära målgruppen. RFSU kommer även att fortsätta att arbeta med ett flertal insatser för att öka tillgängligheten till information och upplysning på olika språk. En viktig del av projektet är spridning av allt upplysningsmaterial och riktade utskick kommer därför att göras mot utvalda yrkesgrupper och genom informationsspridning och deltagande i nationella konferenser.

Regeringen har de senaste åren ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om kvinnors hälsa och en stärkt förlossningsvård. Därtill har ett flertal regeringsuppdrag till myndigheter beslutats med syfte att stärka området, se vidare i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Folkhälsomyndigheten slutredovisade i juni regeringsuppdraget om att genomföra en befolkningsstudie om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Befolkningsstudien visar överlag på stora könsskillnader. Resultatet visar att den sexuella hälsan överlag är god, 58 procent av befolkningen uppger att de är nöjda med sitt sexliv. Nästan hälften av alla kvinnor i studien uppger att de någon gång har varit utsatta för sexuella trakasserier. Även sexuella övergrepp är utbrett i befolkningen. Enligt studien är det mycket ovanligt att kvinnor har betalat eller gett annan ersättning för sex. Men bland männen är det nästan var tionde som gjort det någon gång. 80 procent av dem som gett ersättning för sex har gjort det utomlands. Av männen använder 70 procent pornografi. Lika många kvinnor använder aldrig pornografi.

I juli fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utarbeta en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Grundläggande utgångspunkter vid framtagandet av strategin ska vara en god, jämlik, och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Strategin ska även ha som målsättning att bidra till en samtyckeskultur i Sverige i frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter behandlas även inom Internationell samverkan (utg. omr. 5), Internationellt bistånd (utg. omr. 7) och Ungdomspolitik (utg. omr. 17).

Matvanor och fysisk aktivitet

Övervikt och fetma orsakar en stor del av sjukdomsbördan i Sverige. Den årliga kostnaden för fetma beräknas till över 70 miljarder kronor. Övervikt och fetma åtföljs av exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, sjukdomar i rörelseapparaten, vissa cancerformer samt förtida död. Det är centralt vad vi äter och hur fysiskt aktiva vi är. Stillasittande fritid, fetma, daglig rökning och låg konsumtion av frukt och grönsaker är vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning.

År 2018 var andelen som uppgav att de äter frukt och grönsaker mer än 3 gånger per dag 29 procent för kvinnor och 14 procent för män. Ingen förändring ses under 2009–2018 (diagram 4.18). Störst andel som äter frukt och grönsaker mer än tre gånger per dag finns i gruppen 30–40 år för både kvinnor och män.

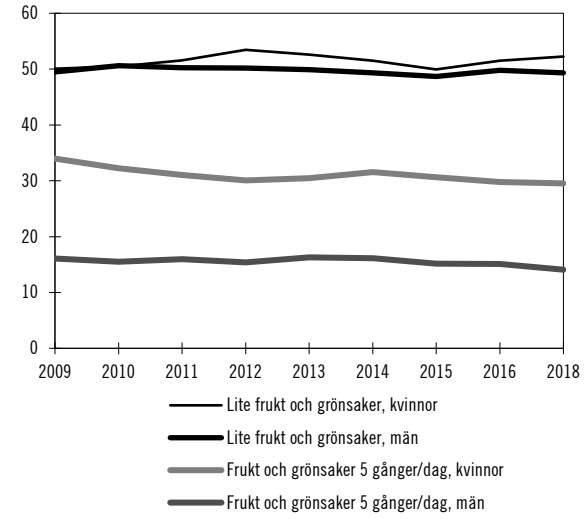
Skillnaderna i grupper med olika utbildningsnivåer är små för kvinnor (diagram 4.19). Däre-

mot äter män med endast förgymnasial utbildning i större utsträckning lite frukt och grönsaker jämfört med grupperna med högre utbildning (diagram 4.20).

Se mer om matvanor i avsnittet om en konkurrenskraftig och hållbar livsmedelskedja inom utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel. Mer om fysisk aktivitet och friluftsliv finns i avsnitt om friluftslivspolitik inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid.

Diagram 4.18 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, kvinnor och män, 16–84 år, 2009–2016, 2018

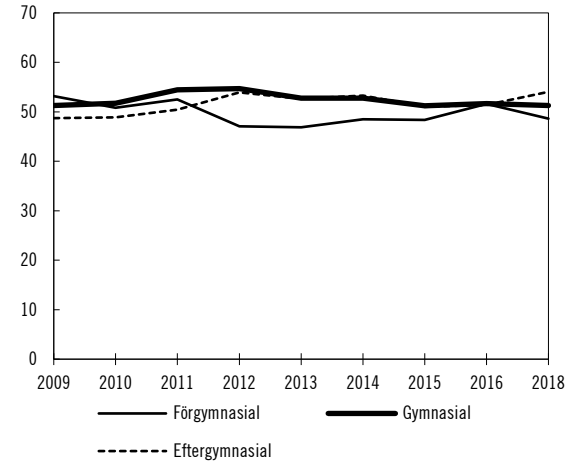
Procent



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.19 Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker (0–1,3 gånger/dag), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018

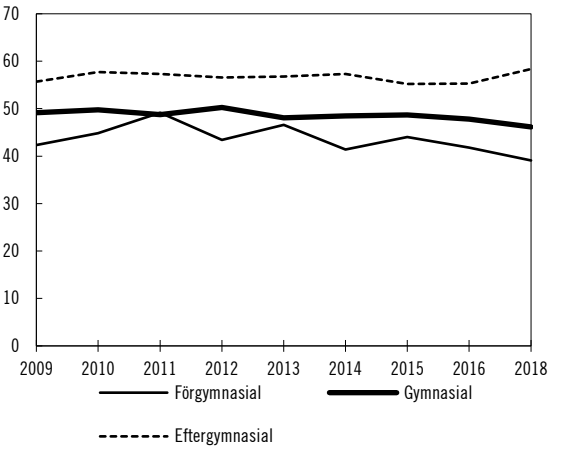
Procent



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.20 Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker (0–1,3 gånger/dag), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018

Procent



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

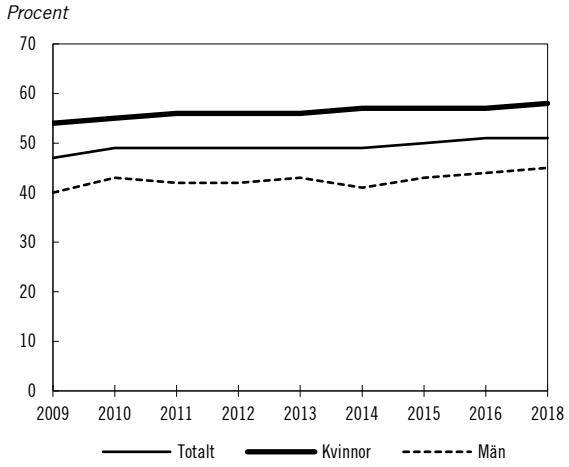
*Fetma ökar **och** är vanligare bland äldre och dem med lägre utbildning*

Andelen vuxna med fetma har tredubblats sedan 1980-talet. I dag har mer än hälften av befolkningen 16–84 år övervikt (36 procent) eller fetma (15 procent), se diagram 4.21. År 2018 var andelen med fetma 15 procent för kvinnor och 16 procent för män. Kroppsvikten har ökat bland barn och ungdomar 11–15 år de senaste 25 åren, och bland 15-åriga flickor och pojkar har cirka 13 respektive 17 procent övervikt eller fetma. I WHO:s undersökning Childhood Obesity Surveillance Initiative visar data för Sverige att

28 procent av flickorna och 27 procent av pojkarna 6–9 år har övervikt eller fetma.

Störst andel med fetma finns i de äldre grupperna (45–64 och 65–84 år). Andelen med fetma är högst bland dem med förgymnasial utbildning (24 procent) och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning (14 procent).

Diagram 4.21 Andel invånare i åldern 16–84 år som uppgav övervikt, fetma eller övervikt och fetma fördelat på kön under perioden 2009–2018



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

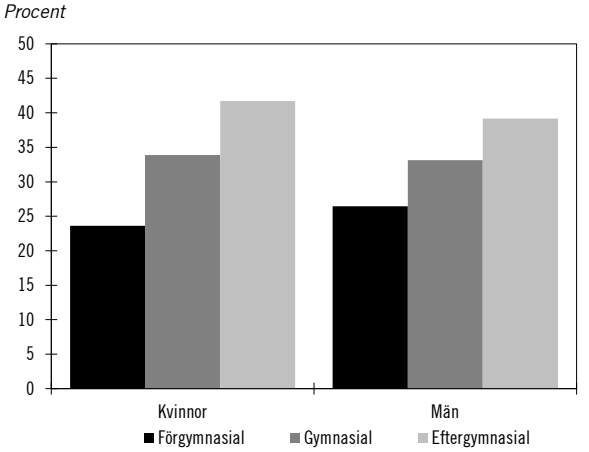
Under våren inkom Statskontoret med en av regeringen beställd utredning om hur den offentliga styrningen för att främja hälsosamma kostvanor skulle kunna stärkas.

Fysisk aktivitet och stillasittande fritid

En sammanställning av studier visar att daglig fysisk aktivitet kan minska risken för förtida dödlighet till följd av långvarigt stillasittande. Personer som ägnar sig åt måttlig eller ansträngande fysisk aktivitet minst 1 timme per dag och är stillasittande mer än 8 timmar per dag har lägre risk att dö i förtid, jämfört med de som sitter stilla mindre än 4 timmar om dagen men i övrigt inte är fysiskt aktiva. Omkring två tredjedelar av befolkningen uppger 2018 att de är fysiskt aktiva. Skillnaden är liten mellan kvinnor och män, men andelen som uppger fysisk aktivitet är högre i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå än i gruppen med endast gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå (diagram 4.22 och 4.23).

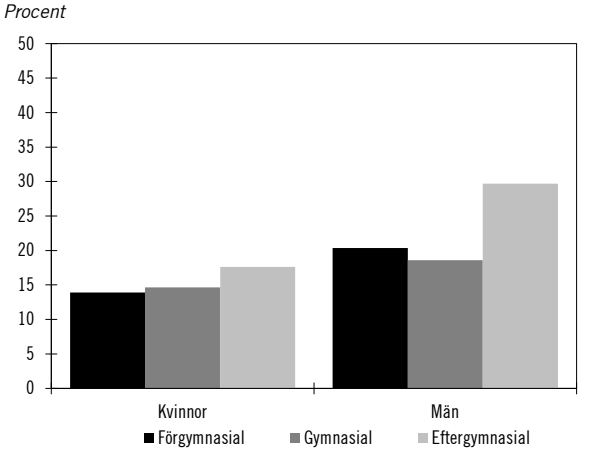
Folkhälsomyndigheten har genomfört en undersökning där barn och unga som är 11, 13 eller 15 år har burit aktivitetsmätare under en vecka. För de flesta är graden av fysisk aktivitet för låg enligt resultat från studien. Barn och unga är inaktiva det mesta av sin vakna tid. Det innebär att de sitter, halvligger eller står ganska stilla. Den inaktiva tiden ökar dessutom med åldern. I friluftslivspolitiken prioriteras bl.a. målgrupperna barn och ungdomar (se utg.omr. 17).

Diagram 4.22 Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka, kvinnor och män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2018



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.23 Andel som anger att de sitter minst 10 timmar per dygn, kvinnor och män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2018



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Alkohol, narkotika, dopning och tobak

En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020

Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken återfinns i avsnitt 4.3. Den nationella strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020, även benämnd ANDT-strategin, omfattar sex mål som anger centrala områden för arbetet med dessa frågor på alla nivåer i samhället. Under varje mål

anges ett antal prioriterade insatsområden. Regeringen har låtit utveckla ett uppföljningssystem kopplat till strategins målstruktur för att kunna mäta effekterna av samhällets insatser. Ett hundratal indikatorer finns samlade i en databas som är tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats (www.andtuppfoljning.se).

Utvecklingen inom ANDT-området

Mål 1: Tillgång till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak ska minska
Tillgångsbegränsande insatser på alkohol och tobaksområdet ger resultat. Under 2018 uppgick alkoholkonsumtionen till 8,8 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre, vilket är en liten minskning jämfört med 2017. Systembolaget är den största anskaffningskällan och stod för 65 procent av den alkohol som konsumerades. Restaurangförsäljningen och resandeinförseln stod för ca 11 procent vardera. Under 2018 minskade alkoholkonsumtionen i Sverige samtidigt som Systembolagets försäljning ökade. Alkohol som införskaffats via smuggling har halverats den senaste tioårsperioden. Andelen skolelever som har inhandlat alkohol på internet har ökat från 2,5 procent 2017 till 3,6 procent 2018. Antalet serveringsställen med stadigvarande serveringstillstånd för servering av spritdrycker, vin och starköl har legat relativt stabilt och uppgick 2018 till drygt 18 per 10 000 invånare som är 15 år och äldre. Antalet försäljningsställen av tobaksvaror har minskat kontinuerligt den senaste tioårsperioden. De reala priserna för cigaretter och snus mellan 2017 och 2018 är i princip oförändrade.

Under 2018 reglerades 14 substanser som narkotika och 21 som hälsofarlig vara. Gatupriser kan till viss del spegla tillgången till narkotika och låga priser indikerar hög tillgång. Det är framförallt brunt och vitt heroin där gatupriset sjunkit de senaste åren. Motsvarande prisstatistik för att följa tillgången till dopningspreparat saknas.

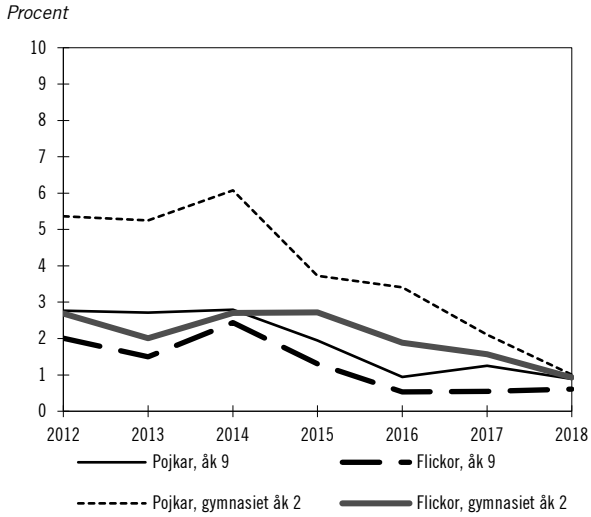
Mål 2: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska
Under de senaste åren har trenden varit tydligt nedåtgående bland elever i årskurs 9 som angett att de druckit alkohol de senaste 12 månaderna, en nedgång från 64 procent 2008 till ca 40 procent 2018 (ca 43 procent av flickorna och 36 procent av pojkarna). Även i gymnasieskolans årskurs 2 har andelen som druckit alkohol under de senaste 12 månaderna minskat bland både flickor och pojkar. Andelen högkonsumenter av alkohol har också minskat.

Samtidigt har andelen som debuterar med alkohol före 13 års ålder ökat något 2018 (12,2 procent för flickor respektive 11,9 procent för pojkar). Över en tioårsperiod har dock antalet flickor och pojkar som debuterar tidigt med alkohol minskat kraftigt, från ca 30 procent år 2008 till ca 12 procent 2018.

Det är fler flickor än pojkar som i årskurs 9 anger att de rökt de senaste 12 månaderna och fortfarande röker. För 2018 var siffran drygt 13 procent bland flickor och närmare 9 procent bland pojkar. Det är en liten ökning jämfört med tidigare år. I gymnasieskolan gick 2018 tobaksanvändningen upp marginellt för flickor men minskade för pojkar. Snuskonsumtionen på gymnasiet är i stort sett densamma mellan 2017 och 2018, men med stora skillnader i konsumtion mellan flickor och pojkar.

Det trendbrott med minskad användning av alkohol och tobak bland unga som kunnat ses den senaste tioårsperioden finns inte vad gäller användningen av narkotika. I årskurs 9 är det närmare 6 procent av flickorna och 8 procent av pojkarna som uppger att de någon gång testat narkotika. Det förefaller som att ökningen sker bland elever på högstadiet samtidigt som det sker en minskning i narkotikaanvändning bland elever på gymnasiet. År 2018 angav ca 14 procent av flickorna och ca 17 procent av pojkarna i årskurs 2 på gymnasiet att de någon gång använt narkotika, vilket är en minskning jämfört med tidigare år. Användningen av nya psykoaktiva substanser bland skolungdomar visar på fortsatt minskning (diagram 4.24).

Diagram 4.24 Andelen elever i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 som använt nätdroger någon gång, 2012–2018



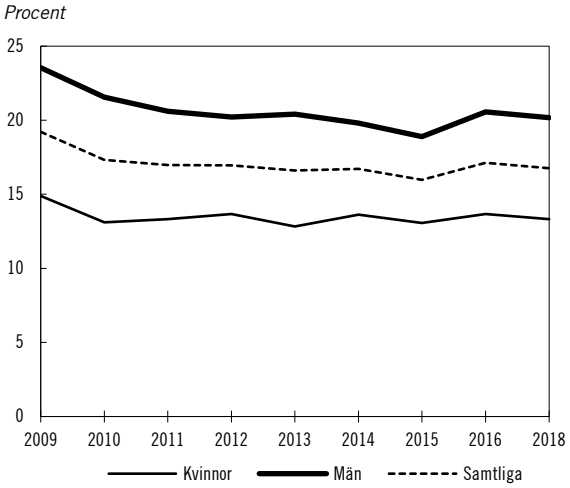
Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Användningen av anabola androgena steroider (AAS) och andra dopningspreparat bland barn och unga har minskat under senare år. År 2018 angav 0,7 procent av eleverna i årskurs 9 att de använt AAS någon gång (jämfört med 1 procent 2017).

Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska

Den självrapporterade riskkonsumtionen av alkohol i befolkningen har legat på en relativt oförändrad nivå de senaste åren för såväl kvinnor som män, 25–84 år (diagram 4.25). Riskkonsumtionen har minskat i åldersspannet 16–44 år, men har däremot ökat i åldrarna 45–84 år, framför allt bland kvinnor. I en enkätstudie gjord av Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) riktad till befolkningen 17–84 år, angav närmare 7 procent att de dricker alkohol minst fyra gånger i veckan och 4 procent att de hade ett alkoholberoende. Andelen månadsvisa intensivkonsumenter har minskat signifikant för såväl kvinnor som män 17–84 år mellan 2013 och 2017 (från 23,5 till 19,7 procent bland kvinnor och från 44,3 till 38,4 procent bland män.

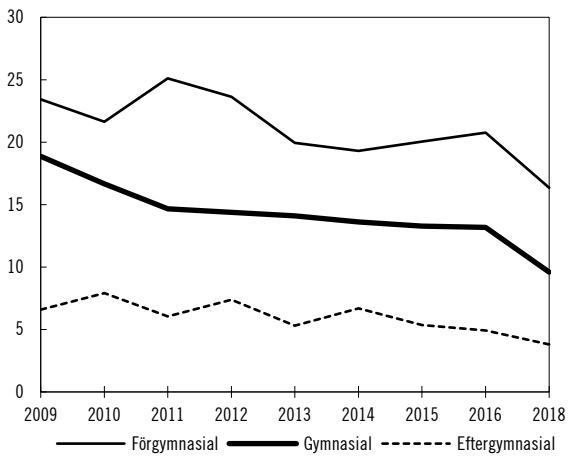
Diagram 4.25 Andel som anger att de har en riskkonsumtion av alkohol, kvinnor och män, 25–84 år, 2009–2018



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

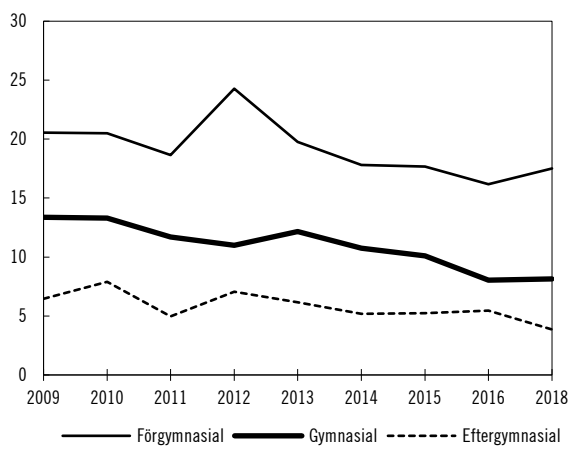
Andelen som röker dagligen minskar över tid för såväl kvinnor som män och i grupper med olika utbildningsnivåer (diagram 4.26 och 4.27). I åldern 16–29 år uppger 5 procent av kvinnorna och männen att de röker dagligen, vilket är en halvering jämfört med 2008. Andelen snusare är i samma åldersspann 3 procent bland kvinnor och 16 procent bland männen. Det finns betydande socioekonomiska skillnader i rökning bland både män och kvinnor. Personer med endast förgymnasial utbildningsnivå röker i större utsträckning än personer med eftergymnasial utbildning.

Diagram 4.26 Andel som anger att de röker dagligen, kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018



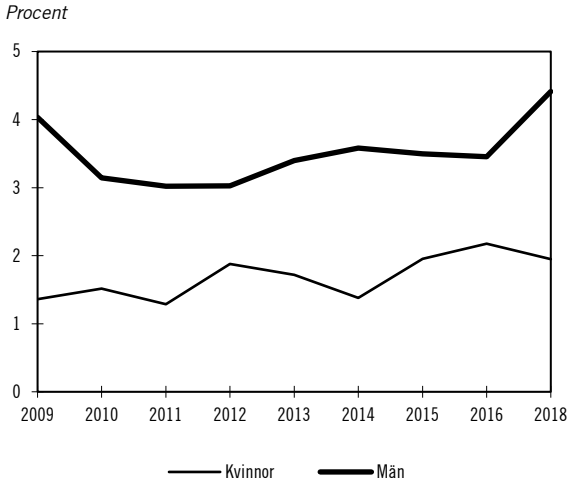
Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.27 Andel som anger att de röker dagligen, män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2009–2016, 2018



Anm. Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.28 Andel som anger att de använt cannabis senaste 12 månaderna, kvinnor och män, 16–84 år, 2009–2016, 2018



Anm. Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Även om narkotikaanvändningen bland unga i högstadiet och gymnasiet är relativt stabil över tid så är den långsiktiga trenden att volymen ökat mätt i antalet konsumtionstillfällen. Det innebär t.ex. att de som konsumerar cannabis konsumerar oftare, mer eller med högre innehåll av ämnet THC (tetrahydrocannabinol). En enkätstudie genomförd av CAN visar att sedan 2013 har användningen av narkotika och narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination ökat för substanserna cannabis, ecstasy och kokain. Totalt sett rapporterade 4,2 procent av befolkningen att de använt minst ett narkotikaklassat preparat under de senaste 12 månaderna. (se diagram 4.28 utvecklingen över tid avseende cannabis, uppdelad på kvinnor och män). En stor ökning kan bl.a. ses i cannabisanvändning bland kvinnor 17–29 år. Användningen i denna grupp har ökat från 5,2 procent 2013 till 9,3 procent 2017. Andelen användare bland män är dock fortsatt högre än bland kvinnor.

Det finns betydande socioekonomiska skillnader vad gäller narkotikaberoende. Narkotikaberoende är 1,8 gånger vanligare bland män med låg utbildningsnivå jämfört med dem med hög utbildningsnivå (2,8 procent respektive 1,6 procent). Motsvarande skillnad bland kvinnor är 2,5 gånger (4,0 procent respektive 1,6 procent). Kvinnor som är födda utanför Sverige har också större problem med substansbruk av narkotika än kvinnor födda i Sverige. För män är situationen den motsatta.

Det saknas tillförlitliga data över utvecklingen när det gäller bruk av AAS och andra dopningspreparat.

Mål 4: Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet

Antalet som har fått alkoholrelaterad öppen- eller slutenvård minskade 2008–2017 (från 346 till 292 per 100 000 invånare 15 år och äldre). Att få alkoholrelaterad vård var vanligast i åldersgruppen 50–64 år, men även i åldern 64–85 år har det skett en ökning. Majoriteten av de som vårdades var män (drygt 70 procent). Det har under de senaste tio åren skett en stor ökning av andelen kvinnor och män 65 år eller äldre som vårdats på grund av skadligt bruk eller alkoholmissbruk inom hälso- och sjukvården.

Vuxna personer i missbruk och beroende som får frivilliga insatser i öppenvård genom socialtjänsten har minskat kraftigt under de senaste åren. Inom den frivilliga vården var individuellt

behovsprövade öppna insatser den vanligaste åtgärden den 1 november 2018. Knappt 11 300 personer fick någon form av öppen insats. Två tredjedelar av dessa var män, Den frivilliga institutionsvården som beviljats genom socialtjänsten har minskat marginellt för både kvinnor och män de senaste åren.

Den 1 november 2018 tvångsvårdades 304 personer enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), varav 30 procent var kvinnor. Det var en minskning med 18 procent av antalet personer som tvångsvårdades på institution jämfört med 1 november 2017. På samma sätt minskade antalet utskrivna personer under år 2018 jämfört med 2017. Antalet vårdade inom hälso- och sjukvården (i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård) med narkotikadiagnos har ökat 2010–2014, framför allt bland män. Under 2015–2017 har dock antalet vårdade, både kvinnor och män, minskat. Bland både män och kvinnor var det vanligast med vård i den yngsta åldersgruppen 16–29 år. Återinskrivning inom 28–365 dagar uppgick 2017 till ca 33 procent för kvinnor och 40 procent för män.

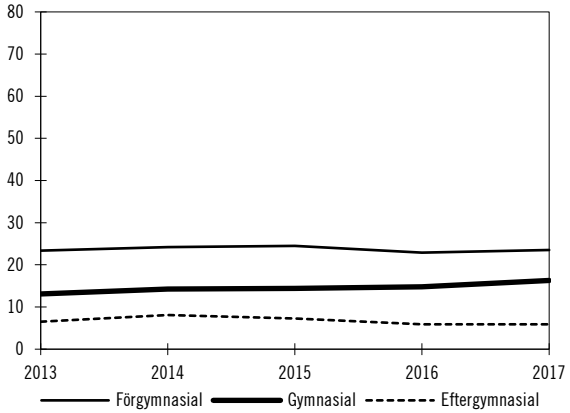
Utvecklingen mot målet beskrivs vidare i avsnitt 6 Politik för sociala tjänster.

Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska

Uppemot 14 procent av befolkningen har i enkätstudier angett att de påverkats negativt av någon närståendes drickande. Under de senaste åren har andelen gravida kvinnor med en riskkonsumtion av alkohol minskat. Andelen som röker under graviditeten minskar också. Antalet kvinnor som avlider årligen med diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) fortsätter att öka (vilket förklaras av att det finns äldre som är rökare sedan tidigare och nu insjuknar). Antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande orsak redovisas i diagram 4.29 och 4.30. Det är fler antal döda med explicit alkoholdiagnos bland personer med endast förgymnasial utbildning jämfört med övriga grupper.

Diagram 4.29 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet enligt alkoholindex (antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2013–2017

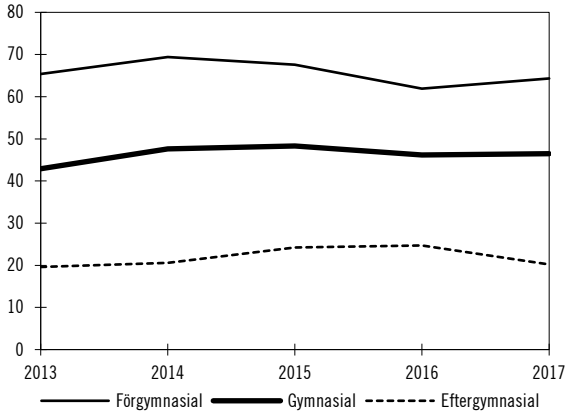
Antal fall per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.30 Antal fall per 100 000 invånare för dödlighet enligt alkoholindex (antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2013–2017

Antal fall per 100 000 invånare.

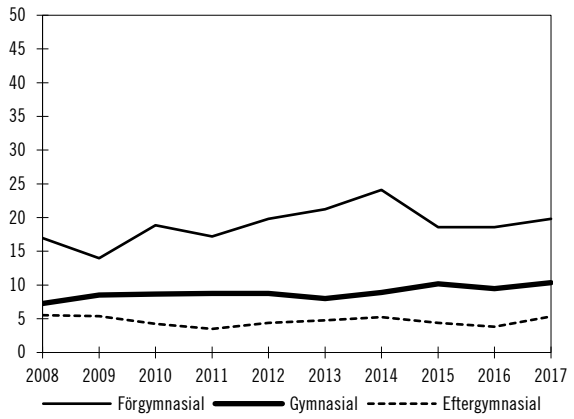


Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Antalet dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel per 100 000 invånare från 15 år och äldre har ökat under perioden 2008–2017 (diagram 4.31 och diagram 4.32). Under 2016 sjönk siffrorna för att därefter återigen öka under 2017. Under 2017 inträffade 626 narkotikarelaterade dödsfall jämfört med 590 året dessförinnan. Opioider förekom i 95 procent av dödsfallen (statistiken är den statistik som rapporteras inom EU, i den nationella statistiken är siffran högre eftersom fler läkemedel omfattas).

Diagram 4.31 Antal fall per 100 000 invånare i narkotikarelaterad dödlighet (dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika), kvinnor, 25–84 år, utbildningsnivå, 2008–2017

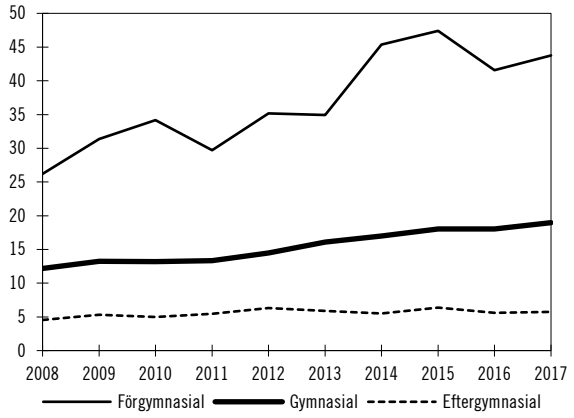
Antal fall per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.32 Antal fall per 100 000 invånare i narkotikarelaterad dödlighet (dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika), män, 25–84 år, utbildningsnivå, 2008–2017

Antal fall per 100 000 invånare.



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges medelfolkmängd år 2016
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

De skadebegränsande insatserna inom narkotikaområdet har ökat under senare år. År 2017 rapporterades bl.a. 13 sprututbytesprogram i 8 av Sveriges landsting. År 2016 deltog 3 049 personer i sprututbytesverksamheter och år 2017 var det 3 591 individer. Regelverket och informationen om Naloxon, en antidot för att häva opioidöverdos, har förtydligats och spridits genom nationella satsningar.

Det finns inga indikatorer som enbart beskriver dopningsområdet inom detta mål.

Mål 6: En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt

Under 2019 fortsatte förhandlingar inom EU avseende europeiska kommissionens förslag om alkoholskatter samt inom ramen för marknadsordningen för jordbruksprodukter där det antogs bindande krav på märkning av energivärde på vin. Inom ramen för dessa processer har regeringen verkat för en folkhälsobaserad syn på alkohol. Sverige deltar också i det övergripande arbetet kring WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

Sverige har fortsatt att verka internationellt för en folkhälsoorienterad syn på narkotika, med utgångspunkt i politiken för mänskliga rättigheter. I november 2018 antogs rådslutsatser på detta område. Vid Förenta nationernas narkotikakommissions (CND:s) ministermöte, våren 2019, antogs en deklaration med syftet att stärka insatserna på området. Folkhälsofrågor och mänskliga rättigheter fortsätter få större utrymme i den narkotikapolitiska debatten. Sverige har vid sessioner i CND verkat för ett utökat fokus på jämställdhet och folkhälsofrågor, vilket har syftat till att göra insatser för att värna och förbättra hälsan mer framträdande.

Centrala åtgärder inom ramen för ANDT-strategin

I detta avsnitt redovisas vissa av regeringens centrala åtgärder som har vidtagits inom ramen för den nationella ANDT-strategin och inom spelområdet.

Medel för genomförande av ANDT-strategin

Regeringen har avsatt 18,5 miljoner kronor för ANDT-strategins genomförande år 2019. Regeringen finansierar dessutom länsstyrelsernas ANDT-samordning med 30 miljoner kronor 2019, samt har beslutat om ett bidrag till Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning om 20,5 miljoner kronor. Vidare har regeringen avsatt 20,5 miljoner kronor till särskilda utvecklingsprojekt inom ANDT-området samt 12 miljoner kronor för förstärkt alkohol- och tobakstillsyn.

Förordning om statsbidrag inom alkohol, tobak och spel om pengar

En ny förordning om statsbidrag till telefon- och webbaserade stödinsatser inom områdena alkohol, tobak och spel om pengar trädde i kraft 2018.

Regeringen avsatte 15 miljoner kronor under 2019 för detta ändamål.

Stärkt stöd till barn som anhöriga
Risken att behöva vårdas för eget missbruk är 4–7 gånger högre för flickor och pojkar med förälder som har sjukhusvårdats för missbruk. Regeringen gav, med bl.a. detta som bakgrund, i februari 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till barn som anhöriga. Uppdraget sträcker sig över strategiperioden, dvs. t.o.m. 2020. För 2019 har regeringen avsatt 7 miljoner kronor för arbetet.

Reglering av alkoglass m.fl. produkter
Regeringen beslutade i mars 2019 om en proposition med bestämmelser om att reglera alkoglass och vissa andra alkoholhaltiga produkter på motsvarande sätt som alkoholdrycker (prop. 2018/19:59). Riksdagen fattade beslut den 14 mars 2019 och lagstiftningen trädde i kraft den 1 juli 2019.

Åtgärder mot narkotikarelaterad dödlighet
Regeringen beslutade 2017 om ett uppdrag till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen avseende insatser för att minska narkotikarelaterad dödlighet. Uppdragen bestod bl.a. i att utreda förutsättningarna för ökad samverkan mellan myndigheter i syfte att genom ett varningssystem tidigt upptäcka substanser som plötsligt kan öka antalet dödsfall, utveckla riktad hälsoinformation om drogmarknaden och akuta risker m.m. till personer som brukar narkotika och att utveckla och ta fram kunskapsstöd om läkemedelsbehandling vid opiatberoende. Myndigheterna inkom med en rapport i december 2018, av vilken det framgick behov av ytterligare åtgärder, men också de insatser myndigheterna vidtagit i förhållande till olika målgrupper. Regeringen beslutade 2019 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utveckla varningssystemet mellan myndigheter. Socialstyrelsen fick i april 2019 i uppdrag att kartlägga akutmottagningarnas hantering av överdoser i syfte att utveckla kunskap om hur det i sådana situationer kan ges stöd till vård och behandling.

Studie om tidiga insatser för unga lagöverträdare för att motverka missbruk och kriminalitet
Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en pilotstudie om de insatser som socialtjänsten ger för att erbjuda vård och behandling till barn och unga under 20 år som lagförts för brott till en påföljd som saknar vårdinslag. Socialstyrelsen har tilldelats 2,5 miljoner kronor 2019 för att genomföra en forskningsstudie i två delar om tidiga insatser, vilken syftar till att öka kunskapen om faktorer som har betydelse för att nå barn och unga med tidiga insatser.

Reglering av nya psykoaktiva substanser
Regeringen har under 2018 klassificerat 21 nya psykoaktiva substanser som hälsofarlig vara och 14 nya psykoaktiva substanser som narkotika.

Förebygga dopning inom motionsidrotten
Regeringen har sedan 2016 årligen gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) i det dopningsförebyggande arbetet genom att vidareutveckla arbetsmetoden 100 % ren hårdträning. Fler än 600 gym- och träningsanläggningar arbetar enligt denna metod. Bland dessa finns såväl privata gym som föreningsdrivna gym inom Riksidrottsförbundet. Regeringen har sedan 2016 även gett ekonomiskt stöd till STAD för att säkerställa att verksamheten i nätverket Prodis (Prevention av dopning i samhället) kan genomföras.

Uppdrag att stödja genomförandet av den nya lagen om tobak och liknande produkter
I den nya lagen om tobak och liknande produkter finns flera regleringar som syftar till att minska rökningen. Rökförbudet omfattar fler miljöer och fler produkter, vilket kommer att bidra till att avnormalisera rökning i samhället. Ungdomar är en viktig målgrupp för regeringens arbete då de allra flesta börjar röka i tonåren.

Genom lagen om tobak och liknande produkter har regeringen även genomfört de återstående delarna av EU:s tobaksproduktdirektiv. Det EU-gemensamma systemet för spårbarhet och säkerhetsmärkning av tobaksvaror är ett viktigt steg för att förhindra illegal handel med tobaksvaror.

Regeringen gav i maj 2019 Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja genomförandet av den nya lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Uppdraget innehåller flera delar såsom utökad tillsynsvägledning till kommuner och länsstyrelser, utökad uppföljning av lagstiftningens effekter, utökat organisationsstöd och insatser för att skapa kännedom hos allmänheten. Insatsen är också ett bidrag i arbetet för att nå målet om ett rökfritt Sverige till 2025.

Uppdrag att förstärka bekämpningen av illegal handel med narkotika

Regeringen gav i augusti 2019 Polismyndigheten i uppdrag att förstärka bekämpningen av illegal handel med narkotika (Ju2019/02681/PO). I uppdraget ingår även att bekämpa illegal produktion av narkotika. Polismyndigheten ska bl.a. utveckla åtgärderna för att minska förekomsten av narkotikahandel på offentliga platser och på internet. Polismyndigheten ska även utveckla arbetsmetoder, samverkan med andra myndigheter och det internationella samarbetet för att öka upptäcktsrisken och lagföringen gällande illegal handel med narkotika.

Spel

På uppdrag av regeringen genomförde Folkhälsomyndigheten under 2018 befolkningsundersökningen Swelogs, för att fortsatt mäta omfattning och utveckling av spelproblem över tid och i olika grupper av befolkningen (16–87 år). Den tidigare Swelogs-undersökningen genomfördes 2015.

Av resultaten framgår att andelen som spelar är oförändrad, men de som spelar gör det inte lika ofta 2018 som 2015. Resultat visar vidare att ca 45 000 individer (0,6 procent) har spelproblem, ca 56 000 individer (0,7 procent) har förhöjd risk för spelproblem och 236 000 individer (2,9 procent) viss risk för spelproblem. Andelen med problemspelande är lika för män och kvinnor förutom bland 18–24-åringar. Andelen med problemspelande minskar med högre utbildning bland kvinnorna men inte bland männen. Högst andel med problemspelande återfinns bland de som är ensamstående. Det är en högre andel med problemspelande bland dem som har riskabla alkoholvanor.

En större andel av befolkningen spelar online än tidigare. Andelen som spelar varje månad har minskat, mest för lotterier och nummerspel. Det finns än ökad andel män som spelar förutom på lotterier/nummerspel och bingo. Andelen män och kvinnor som spelar varje månad är lika stor för bingo och spelautomater/kasinospel. Det finns en högre andel med problemspelande bland de som spelar online.

Andelen problemspelande bland dem som spelat poker och på spelautomater eller kasinospel har ökat kraftigt. Problemspelandet ökar bland de som spelar på spelautomater, kasinospel och poker online. Av de som spelar på spelautomater eller kasinospel varje månad har 60 procent ett problemspelande. Av pengarna som satsas på poker, spelautomater eller kasinospel kommer 70 procent från personer med problemspelande.

Störst andel av satsade pengar enligt Swelogs 2018 görs på lotterier och nummerspel samt på hästar som står för 27 respektive 26 procent. Sportspel står för 17 procent och poker för 14 procent medan spelautomater och kasinospel står för 12 procent. Bingo står för 2 procent.

Personer som upplever problem eller oroar sig för sitt spelande kan ringa kostnadsfritt och anonymt till Stödlinjen. Linjen riktar sig både till dem som spelar och till anhöriga, oavsett ålder. Stödlinjen drivs av Centrum för psykiatriforskning och har fått finansiering som har beslutats av regeringen. Antalet statistikförda kontakter var 20 procent fler än under 2017, då 3 203 kontakter statistikfördes. Under 2018 statistikförde Stödlinjen 3 828 kontakter, uppdelat i 2 152 telefonsamtal, 1 090 chattar och 586 e-brev. Bland dessa var 1 922 personer med egna spelproblem, 1 315 anhöriga och 418 övriga (studenter, personal inom vård- och omsorg, frivilligorganisationer eller media).

Sedan den 1 januari 2018 är landets kommuner skyldiga att erbjuda hjälp även mot spelmissbruk. En ökning har skett vad gäller spelspecifik behandling. I dag erbjuder 98 procent av kommunerna någon form av behandling. År 2015 erbjöd 52 procent av kommunerna inte någon behandling mot spelberoende. Endast 7 procent hade behandlare som var utbildade i spelberoende. I mars 2019 erbjöd 71 procent av kommunerna specifik spelbehandling där behandlarna hade utbildning i spelberoendeproblematik, 27 procent erbjöd någon form av behandling såsom allmän beroendebehandling inom befintlig öppenvård, och 2 procent (5 av 290 kommuner) erbjöd inte någon behandling alls.

Folkhälsomyndigheten har, i enlighet med ett regeringsuppdrag från 2018, fortsatt att sprida ett nationellt kunskapsstöd om spelproblem för personal som arbetar med att möta spelberoende.

Vidare har Folkhälsomyndigheten under 2019 fördelat sammanlagt 3,5 miljoner kronor i organisationsbidrag för att bedriva förebyggande arbete i syfte att minska skadeverkningar av spel om pengar.

4.4.3 Analys och slutsatser

Folkhälsan i Sverige utvecklas överlag positivt. Det finns dock påtagliga hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället. Insjuknande i icke-smittsamma sjukdomar behöver förebyggas. Ökad psykisk ohälsa – inte minst bland unga och kvinnor samt ökat antal suicid bland män – visar på behovet av att vidta åtgärder inom området.

Regeringens proposition God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) anger inriktningen för arbetet framåt med att minska hälsoklyftorna och skapa en bättre folkhälsa.

Ett centralt verktyg i det globala arbetet mot hälsohot utgörs av det internationella hälsoreglementet (IHR 2005). Världshälsoorganisationen (WHO) är en nyckelaktör i det globala hälsohotsarbetet och reformeringen av WHO:s arbete inom området behöver fortgå.

Antibiotikaresistens är en avgörande framtidsfråga. Ett tvärsektoriellt angreppssätt är nödvändigt. Arbetet mot antibiotikaresistens behöver fortsätta att bedrivas nationellt, inom EU samt internationellt.

Vaccinationsprogrammens framgång under lång tid innebär att många svåra sjukdomar inte längre sprids inom landet eller är inom god kontroll. Det finns fortfarande vissa grupper i samhället med lägre vaccinationstäckning och insatser för att nå dessa grupper är viktiga för att bibehålla programmens framgång. Området är av stor betydelse och det är angeläget att fortsätta ett systematiskt arbete.

Regeringens fokus på att förebygga hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar påvisas bl.a. genom det arbete som Folkhälsomyndigheten bedriver inom området.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är ett prioriterat område som regeringen har stärkt genom särskilda insatser men det finns fortfarande stora förbättringsmöjligheter, t.ex. gällande utsatthet för sexuellt våld och tillräckliga kunskaper om sex och samlevnad. Det finns fortsatt behov av åtgärder för att stärka förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa.

Hälsofrämjande arbete bedrivs brett och syftar till att bidra till en bättre folkhälsa. Hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och friluftsliv är centrala områden att främja, vilket bl.a. motiveras av att allt fler i befolkningen är överviktiga. Tobaksrökning och alkoholkonsumtion är andra viktiga riskfaktorer för sjukvården och andra aktörer att arbeta med.

Generellt är utvecklingen inom alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) positiv med minskat bruk av alkohol och tobak både bland ungdomar och vuxna. Regeringens ANDT-strategi och medlen på anslag 6:1 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* bidrar till den positiva utvecklingen. Det finns vissa socioekonomiska skillnader samt skillnader mellan kvinnor och män. När det gäller narkotika finns inte samma trend med minskad användning och missbruk. Det är angeläget att fortsätta ett systematiskt arbete för att vidmakthålla den positiva utvecklingen. Åtgärder behöver vidtas för att förebygga narkotikaanvändning samt för att stärka vård och stöd vid missbruk och beroende.

Systembolaget har en fortsatt viktig roll inom den svenska alkoholpolitiken för att begränsa tillgängligheten till alkohol. På alkoholområdet förändras såväl inköpsmönster som marknadsföring, och det kommer nya alkoholhaltiga produkter, vilket behöver adresseras. Regeringens proposition Reglering av alkoglass m.fl. produkter (prop. 2018/19:59) är en viktig åtgärd.

De flesta förslagen i regeringens proposition Ny lag om tobak och liknande produkter (prop. 2017/18:156) beslutades av riksdagen i december 2018. Den nya lagen innehåller flera regleringar som kan bidra till att minska tobaksbruket ytterligare. Tack vare det nya EU-gemensamma regelverket för spårbarhet och säkerhetsmärkning av tobaksvaror har arbetet mot illegal handel med tobaksvaror stärkts.

Det är av fortsatt stor vikt att fokusera på att minska den narkotikarelaterade dödligheten och antalet nya psykoaktiva substanser i Sverige.

4.5 Politikens inriktning

Målet för folkhälsopolitiken är en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Att minska ojämlikheten i hälsa är ett mål i sig, samtidigt som en friskare befolkning leder till bättre förutsättningar för välstånd och en ökad hållbar tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskat behov av vård och omsorg. Sverige ska var ett bra land att leva i – för alla. Att öka jämlikheten och minska orättvisorna i samhället främjar också

hälsan. Rent konkret handlar folkhälsopolitiken också om att begränsa bruket av alkohol, narkotika och tobak.

Folkhälsan i Sverige har under lång tid fortsatt att förbättras, vilket märks genom att såväl medellivslängd som de friska levnadsåren ökar. Faktum är att Sverige är ett av länderna inom EU med högst antal friska levnadsår vid 65 års ålder. Utvecklingen kommer dock inte alla till del. Det är oacceptabelt att det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Inte minst påverkas människors hälsa av deras ekonomi, klassbakgrund och socioekonomiska position. En medveten folkhälsopolitik kan och bör förbättra hälsan, inte minst för de grupper där hälsoproblemen är störst. Ambitionen att minska de ojämlika förutsättningarna för en god hälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer.

I april 2018 lämnade regeringen propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) till riksdagen. Ett syfte med propositionen är att motivera aktörer på alla samhällsnivåer att arbeta aktivt med att främja en god och jämlik hälsa. Flera viktiga insatser genomförs såsom att skapa en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet som möjliggör systematiska och samordnade insatser på nationell nivå och bidrar till utveckling av metoder och arbetssätt för samordning av folkhälsoarbetet på regional nivå. Regeringen bidrar även till en förbättrad uppföljning av folkhälsan för att kunna utvärdera folkhälsoarbetet med fokus på hälsoskillnader i befolkningen. Regeringen gav Folkhälsomyndigheten i uppdrag i maj att utreda vilka bestämningsfaktorer som ska ingå i den reviderade målområdesstrukturen för folkhälsoarbetet och föreslå hur dessa ska följas upp.

Sverige ska fortsätta vara ledande i genomförandet av Agenda 2030. Regeringen vidtar åtgärder som bl.a. kopplar till hållbarhetsmål 3 om hälsa och välbefinnande samt mål 10 om minskad ojämlikhet.

Regeringen genomför satsningar bl.a. för att minska föroreningar och motverka klimatförändringar vilket bidrar till bättre hälsa (se även utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård).

Kraftfulla åtgärder för att bekämpa psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är i dag ett av de stora folkhälsoproblemen. Regeringen ser allvarligt på utvecklingen och bedömer att det finns ett behov av att vidta kraftfulla åtgärder de kommande åren för att bekämpa den psykiska ohälsan. Totalt avsätts ca 2,2 miljarder kronor under 2020 för insatser som syftar till att förebygga psykisk ohälsa och främja den psykiska hälsan i befolkningen. Barn och unga är en särskilt prioriterad målgrupp. Fokus ska ligga både på förebyggande och tidiga insatser för dem med lättare psykisk ohälsa, men även öka tillgänglighet och kvalitet i den specialiserade vården för dem som drabbas av svårare psykisk ohälsa. Samverkan mellan olika aktörer, t.ex. mellan vård och omsorg, är en viktig del av arbetet med att bekämpa psykisk ohälsa.

Den psykiska ohälsan bland barn och unga ökar. Det har rapporter från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen visat under flera år. Under det senaste decenniet (2006–2016) har andelen barn i åldern 10–17 år som fått en psykiatrisk diagnos av läkare inom den specialiserade vården eller förskrivits psykofarmaka ökat med 100 procent. Motsvarande ökning bland unga vuxna 16–24 år var närmare 70 procent. Barns och ungas psykiska hälsa måste tas på stort allvar. Regeringen har under många år haft omfattande satsningar för att förebygga och motverka psykisk ohälsa. Tillgång till vård och andra insatser av god kvalitet är en förutsättning för att bekämpa den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga. Regeringen utökar därför satsningen för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin och insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa med 300 miljoner kronor per år 2020–2022.

Psykiatrin ska stärkas och ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. En förutsättning för att nå detta mål är att barn- och ungdomspsykiatrin ges möjlighet använda sina resurser till de barn och unga som behöver specialiserade insatser från psykiatrin. Det är framför allt den lättare psykiska ohälsan som ökar och det är därför angeläget att det finns en väl fungerande första linjens vård så att både barn och unga och vuxna snabbt får hjälp vid lättare psykisk ohälsa.

Ett tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård beslutades den 15 augusti 2019 och handlar om att utreda en ny vårdform för vuxna med lättare psykisk ohälsa.

Kunskapen om psykisk ohälsa behöver öka i befolkningen. Det handlar både om att öka förståelsen om vad psykisk ohälsa innebär för att minska risken för stigmatisering och att öka förmågan att möta individer med psykisk ohälsa. För personer med psykisk ohälsa i sin närhet finns också behov av kunskap för att hantera en ibland svår situation. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att under åren 2018–2020 utreda och ta fram ett förslag till en informations- och kunskapshöjande insats för att minska stigma kring psykisk ohälsa och suicid. Resultaten hittills visar att arbete för att minska stigmatisering inom området psykisk ohälsa och suicid tar tid, kräver uthållighet, och att det finns behov av en nationell aktör som kan koordinera insatserna. Resultaten pekar vidare på att arbetet måste bestå av olika typer av kunskapshöjande och attitydförändrande insatser, vara riktade till olika målgrupper och ske på olika nivåer i samhället.

Långvarig och allvarlig stress till följd av diskriminering skapar ökad psykisk ohälsa bland hbtq-personer. Det är i denna grupp vanligare med bl.a. depressioner, psykoser och riskbruk av alkohol visar en ny studie. Det finns även en ökad risk för självmord. Regeringen har sedan 2014 en strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Folkhälsomyndighetens uppdrag i strategin är att följa hälsoutvecklingen och utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer bland hbtq-personer över tid, samt att främja hbtq-personers lika förutsättningar att uppnå en god hälsa genom att sprida kunskap om effektiva metoder och insatser. Regeringen fortsätter arbetet för att motverka bl.a. den psykiska ohälsan och förebygga suicid. Att stärka transpersoners integritet och makt över sina egna kroppar och liv är en viktig åtgärd för att motverka psykisk ohälsa i gruppen. Att modernisera könstillhörighetslagen är ett steg i rätt riktning och regeringen avser därför att fortsätta arbetet med att få en modern och rättssäker lagstiftning för ändrad könstillhörighet på plats.

Regeringen har i juli 2019 även gett Statens beredning för medicinsk och social utvärdering i uppdrag att genomföra en systematisk kunskapsöversikt över det vetenskapliga underlaget för utredning av diagnos och behandling av barn och unga med könsdysfori.

Suicid

Den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa är suicid. Regeringen anser att det är oroväckande att antalet suicid inte har minskat de senaste åren. För att nå resultat krävs intensifierade förebyggande insatser från aktörer inom olika verksamhetsområden i samhället.

Suicidpreventionen ska stärkas och den nationella kunskapsspridningen ska öka. Regeringen har under året gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram och sprida kunskap i syfte att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid. Socialstyrelsen ska vidta de åtgärder myndigheten finner lämpliga för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ha tillgång till kunskapsstöd för att systematiskt arbeta förebyggande mot suicid, uppmärksamma suicidrisk samt vidta lämpliga åtgärder vid upptäckt av suicidrisk hos patienter och klienter.

God förmåga att förebygga, upptäcka och hantera gränsöverskridande hälsohot

I den nationella säkerhetsstrategin framhålls att hälsohot, såsom smittsamma sjukdomar, men även andra kemiska, biologiska och radionukleära hot (CBRN) är hot mot både vår säkerhet och mot människors hälsa. För att möta dessa hot måste förmågan att förebygga, upptäcka och hantera hoten samt ha väl fungerande nationella och internationella samarbeten stärkas. Det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) är ett centralt verktyg i det globala arbetet. Regeringen anser att Sverige bör fortsätta vara pådrivande internationellt inom området. Detta gäller inte minst inom WHO för att skapa trygghet och bekämpa globala hälsohot.

Hotet från resistenta bakterier bemöts nationellt, internationellt och inom EU

Regeringen prioriterar arbetet mot antibiotikaresistens högt. Inriktningen för Sveriges arbete mot antibiotikaresistens framgår av regeringens strategi för arbetet mot antibiotikaresistens. Frågan behöver löpande omsättas i konkreta initiativ och verksamheter inom olika sektorer och på olika nivåer. Användningen av antibiotika har minskat i Sverige under ett antal år. Det är bra, men inte tillräckligt. Resistensen fortsätter att öka och mer behöver göras.

Regeringen ser positivt på det framgångsrika arbete mot antibiotikaresistens som pågår på nationell och lokal nivå. Det är viktigt att berörda aktörer fortsätter att verka aktivt för att få ner antibiotikaanvändningen inom vården. Betydelsefulla insatser görs också inom andra sektorer. Arbetet behöver fortsätta bedrivas tvärsektoriellt och den nationella samverkansfunktionen mot antibiotikaresistens är ett bra verktyg för detta. Arbetet bör fortsätta i linje med den beslutade handlingsplanen för 2018–2020.

Antibiotikaresistens är emellertid ett globalt hälsohot. Utvecklingen av antibiotikaresistens i världen påverkar även Sverige. Regeringen framhåller vikten av att Sverige visar ledarskap i de internationella processerna, multilateralt, inom EU och genom bilaterala kontakter och samarbeten. Agenda 2030 är ett centralt ramverk för arbetet mot antibiotikaresistens. Regeringens prioritering av antibiotikaresistensfrågan framgår även av policyramverket för svenskt utvecklingssamarbete och humanitärt bistånd, den nationella säkerhetsstrategin från 2017, samt propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.

Det finns för närvarande ett momentum internationellt i arbetet mot antibiotikaresistens, bl.a. genom den pågående uppföljningen av högnivåmötet om antimikrobiell resistens (AMR) som anordnades i Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling i september 2016. FN:s generalsekreterare överlämnade i maj 2019 en uppföljningsrapport utifrån politiska AMR deklarationen från 2016 till FN:s generalförsamling. Rapporten innehöll ett antal av de rekommendationer som den av FN tillsatta samordningsgruppen om AMR (Inter Agency Coordination Group, IACG) lämnat tidigare under 2019. Regeringen avser att förhålla sig till generalsekreterarens rapport och driva antibiotikaresistensfrågan framåt på nationell och internationell nivå utifrån rekommendationerna.

Andra centrala utgångspunkter för det internationella arbetet är den globala handlingsplanen om AMR och Agenda 2030. Sverige verkar aktivt inom EU för att driva på genomförandet av handlingsplanen om AMR som Europeiska kommissionen publicerade i juni 2017 samt de rådslutsatser om AMR som beslutades under det rumänska ordförandeskapet 2019.

Folkhälsomyndigheten och andra myndigheter från olika sektorer bidrar genom sina verksamheter till arbetet inom EU och internationellt.

Vaccinationer är viktiga för att förebygga ohälsa

En av de enskilt viktigaste insatserna inom folkhälsoområdet har varit införandet av vaccinationsprogram på befolkningsnivå.

Folkhälsomyndigheten har lämnat förslag till regeringen att vaccination av pojkar mot humant papillomvirus (HPV) ska omfattas av det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Utifrån befintlig lagreglering av nationella vaccinationsprogram i smittskyddslagen gäller att om kriterierna uppfylls så ska regeringen besluta om ett införande. Regeringen bedömer att kriterierna är uppfyllda och avser därför att utöka de nationella vaccinationsprogrammen med HPV för pojkar. Finansiering sker via det generella statsbidraget inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner med 56 miljoner kronor per år fr.o.m. 2020.

Sverige har ett framgångsrikt nationellt vaccinationsprogram för barn. Regeringen anser att det är viktigt att värna detta och vill fortsätta utveckla vaccinationsområdet.

I Sverige finns det områden med lägre vaccintäckning och med vaccintveksamhet. I t.ex. sociala medier sprids ibland även felaktig information om vaccinationer. Folkhälsomyndigheten har därför i uppdrag t.o.m. 2020 att genomföra åtgärder för att förstärka och utveckla arbetet med information och kommunikation om vaccinationer.

Regeringen har beslutat om ett uppdrag till E-hälsomyndigheten och Folkhälsomyndigheten med syftet att gemensamt genomföra en förstudie om hur individen på ett digitalt och lättillgängligt sätt kan få en samlad och enhetlig bild av de vaccinationer den enskilde tagit. En digital samling av uppgifter med denna information skapar möjligheter för att dels kunna följa upp och utvärdera effekt av vaccinering samt att ge både allmänheten och hälso- och sjukvårdspersonalen tillgång till viktig hälsoinformation på ett digitalt sätt. Respektive myndighet ansvarar för frågor som faller inom myndighetens verksamhetsområde.

Fortsatt fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

En god sexuell och reproduktiv hälsa är en av flera faktorer som påverkar den enskilda individens

livskvalitet och upplevda hälsa. Regeringens satsning på att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa syftar bl.a. till att bidra till en bättre sexuell och reproduktiv hälsa. Regeringen avser även att genom flera initiativ fortsätta arbetet med att stärka den sexuella och reproduktiva hälsan.

Ett sådant initiativ är att regeringen i augusti 2019 gav Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utarbeta en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Grundläggande för strategin, som ska redovisas senast den 30 september 2020, ska vara en god, jämställd och jämlik sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Särskilt fokus bör, enligt uppdraget, riktas mot unga personer, personer med bristande socioekonomiska förutsättningar, personer med funktionsnedsättning, personer med utländsk bakgrund och hbtq-personer. Strategin bör även stärka unga personers steg in i ett positivt sexualliv. En av målsättningarna med strategin som nu ska tas fram är att förverkliga en samtyckeskultur i Sverige i frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, vilket är i enlighet med den nya sexualbrottslagstiftning som bygger på frivillighet och som antogs av riksdagen i maj 2018. Strategin ska kunna användas av myndigheter, landsting, kommuner och andra berörda aktörer.

Personer som utsätts för sexuella övergrepp har ett stort behov av kunnigt och empatiskt bemötande i vården. Vård inom området behöver finnas tillgänglig för dem som behöver det. Regeringen avser att stärka denna del av huvudmännens verksamhet i riktning mot en mer jämlik och tillgänglig vård. Detsamma gäller hälso- och sjukvården för vuxna och barn som är utsatta för våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck samt prostitution och människohandel (Se utg.omr. 9 Politik för sociala tjänster och utg.omr. 13 Jämställdhet).

Ungdomar är särskilt viktiga att fånga upp, så att de får lättillgänglig information, vård och behandling i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Regeringen anser att ungdomsmottagningar är en naturlig del i huvudmännens verksamhet som kan möta det behovet.

Fysisk aktivitet och bra matvanor för ökad hälsa

Den snabba moderniseringen av samhället, mekanisering av produktionen, ökad tjänstesektor och ökad mediekonsumtion innebär att vi rör oss mindre i vardag och arbetsliv. Utvecklingen på livsmedelsområdet har också inneburit att tillgången till, och konsumtionen av, ohälsosam mat har ökat. Det är därför angeläget att främja bra matvanor. I och med revideringen av målområdesstrukturen för folkhälsoarbetet har Folkhälsomyndigheten i dag i uppgift att på nationell nivå arbeta för att begränsa tillgänglighet till hälsoskadliga produkter och motsvarande samt öka tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Det är angeläget att samarbetet med andra nationella myndigheter, t.ex. Livsmedelsverket som har i uppdrag att verka för bra matvanor i befolkningen, intensifieras. Regeringen har därför uppdragit åt myndigheten att utveckla en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet som möjliggör systematiska och samordnade insatser inom området.

Kunskapen om att fysisk aktivitet kan begränsa vissa sjukdomars omfattning och konsekvenser behöver förbättras. Trots dokumenterade fördelar med träning är träningsbaserade insatser underutnyttjad som en tilläggsbehandling inom flera vanliga sjukdomsgrupper, t.ex. hjärtsjukdom, rörelsesjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och depression. Träning som tilläggsbehandling är även underutnyttjat inom psykiatrin. Regeringen ser därför behov av ökad kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal om träning och behandling. Även behandlingsprogram inom både specialist- och hälsovårdstjänster behöver utvecklas.

Fortsatt alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande arbete

Regeringen genomför insatser utifrån den nationella strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020, ANDT-strategin. År 2020 är ANDT-strategins sista år och senast den 1 maj 2020 ska Folkhälsomyndigheten

inkomma med en samlad uppföljning. Den samlade uppföljningen ska utgöra ett underlag för utformningen av den fortsatta ANDT-politiken och en förnyad strategi. Den förnyade inriktningen kommer börja gälla från 2021.

De senaste åren en mycket positiv utveckling konstaterats vad gäller användning av tobak. Även alkoholområdet har utvecklats på flera sätt i rätt riktning. När det gäller narkotikaområdet märks dock inte samma positiva utveckling. Den narkotikarelaterade dödligheten i befolkningen har ökat. Den förnyade ANDT-strategin kommer därför ha ett ökat fokus på narkotikaprevention. Narkotika påverkar hela samhället och regeringen anser att alla berörda aktörer därför måste arbeta mer tillsammans för att vända utvecklingen inom narkotikaområdet.

Sociala och medicinska skadeverkningar från alkohol ska minska

Skyddet för folkhälsan är och ska även fortsatt vara grunden för alkoholpolitiken. Sjukdomarna kopplade till alkohol, som t.ex. cancer, innebär stort lidande för dem som drabbas och stora kostnader för samhället. Även närstående drabbas negativt av andras alkoholkonsumtion. Barn är särskilt utsatta. Ett fortsatt systematiskt och kunskapsbaserat arbete för att minska skadeverkningar, såväl medicinska som sociala, av alkohol är nödvändigt för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Regeringen anser att det är viktigt att bibehålla en restriktiv alkohollagstiftning. En hörnsten i den svenska alkoholpolitiken är Systembolaget. Sveriges befolkning har ett högt förtroende för Systembolaget. Folkhälsouppdraget är centralt, samtidigt som bolaget behöver anpassa sin verksamhet efter konsumenternas förändrade inköpsmönster, såsom ökad e-handel och utnyttjande av möjligheten till hemleverans, liksom det ökade intresset för småskaliga och närproducerade produkter. Regeringen har mot denna bakgrund i propositionen Reglering av alkoglass m.fl. produkter (prop. 2018/19:59) bedömt att Systembolaget bör ges möjlighet till hemleveranser som en del i Systembolagets ordinarie verksamhet. En utredning om gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker ska genomföras. En förutsättning är att Systembolagets monopol säkras.

Marknadsföringen av alkohol via internet har ökat kraftigt. Regeringen anser att marknadsföring av alkohol via digitala medier är ett område i behov av ny reglering, inte minst för att förbättra skyddet för barn och unga. I betänkandet Alkoholreklam i sociala medier m.m. (SOU 2017:113) föreslås ett förbud mot kommersiella annonser i sociala medier. Betänkandet har remitterats och bereds inom Regeringskansliet.

För att det ska vara möjligt att minska skadeverkningarna från alkohol i Sverige behövs ett aktivt arbete också inom EU och internationellt. Regeringen verkar för en folkhälsobaserad alkoholpolitik också utanför Sveriges gränser.

Folkhälsobaserad narkotikapolitik

Regeringen driver en folkhälsobaserad narkotikapolitik. Syftet är att begränsa tillgång, förebygga användning av narkotika, erbjuda vård och behandling för missbruk och beroende samt minska skador och dödsfall till följd av narkotikabruk. Narkotikamissbruk förstör människoliv och finansierar en stor del av gängkriminaliteten, i synnerhet i de särskilt utsatta områdena. Den öppna handeln lockar unga in i kriminella gängmiljöer, eget missbruk och våldsamma uppgörelser.

Tillgången till och missbruket av narkotika ska minska i samhället. Regeringen anser att det är viktigt att vidta åtgärder mot såväl narkotikabrottslighet som de bakomliggande orsakerna. Regeringens arbete mot narkotika handlar om att verka för att färre barn och unga ska börja använda narkotika samt att människor ska få vård och stöd att ta sig ur ett drogberoende och få en förbättrad hälsa och social situation. Det är viktigt med effektiva förebyggande insatser samt en god tillgång till evidensbaserad vård och behandling för personer i missbruk och beroende.

Den allt snabbare spridningen av nya psykoaktiva substanser, s.k. nätdroger, har orsakat svåra sjukdomstillstånd och dödsfall. Regeringen fortsätter att ta frågan om den narkotikarelaterade dödligheten på stort allvar och har beslutat om insatser.

Regeringen har tillfört ytterligare medel till Folkhälsomyndigheten från 2019 för att stärka bevakningen och på så sätt snabbare kunna hitta och reglera nya psykoaktiva substanser. Regeringen har under 2019 avsatt extra resurser till Polismyndigheten för att göra anonyma inköp av

nya psykoaktiva substanser. Avsikten är att detta arbete ska fortsätta även 2020.

Bland de som har ett missbruk eller är beroende av narkotika har mer än dubbelt så många någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos, jämfört med befolkningen i övrigt. Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att förbättra vård och stöd för personer med samsjuklighet. Bland annat har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa är en särskilt utsatt grupp. Frågan om vårdansvar för personer med psykisk ohälsa och beroendesjukdom kommer att prioriteras.

Balansen mellan olika insatser behöver förbättras såväl nationellt som internationellt. Samverkan mellan olika aktörer som verkar inom narkotikaområdet behöver stärkas. Regeringen anser att en folkhälsoorienterad syn på narkotika, med utgångspunkt i politiken för mänskliga rättigheter, behöver stärkas ytterligare inom EU och globalt.

Fortsatt arbete mot dopning

Regeringen anser att samordningen av arbetet mot dopning behöver öka i hela samhället. Den organiserade idrottsverksamheten i Riksidrottsförbundet genomför insatser mot dopning. Regeringen ser även att Folkhälsomyndighetens arbete mot dopning är betydelsefullt och behöver fortsätta. Viktiga åtgärder är bl.a. stödet till nätverket Prevention av dopning i Sverige (PRODIS) samt förebyggande insatser inom satsningen 100 % Ren Hårdträning, en satsning för trygga dopningsfria miljöer främst vid gym- och träningsanläggningar.

Se även regeringens stöd till idrotten, utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid.

En minskad tobaksanvändning för bättre folkhälsa

Det övergripande målet för regeringens tobakspolitik är att minska allt tobaksbruk och förhindra att minderåriga börjar använda tobak.

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Regeringen vill se ett fortsatt minskat tobaksbruk där rökningen ska vara stark reducerad och inte längre utgöra ett dominerande folkhälsoproblem. Det är viktigt att komma till rätta med de betydande socioekonomiska skillnaderna som finns i rökning bland såväl män som kvinnor. Regeringen har därför ställt sig bakom målet om att nå ett rökfritt Sverige till år 2025. Med förebyggande arbete skapas även förutsättningar för jämlik hälsa.

Regeringen följer noggrant effekterna av den nya regleringen som trädde i kraft 1 juli 2019. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja genomförandet av den nya lagen genom utökad vägledning till länsstyrelser och kommuner, utökad uppföljning av lagstiftningens effekter, utökat organisationsstöd och insatser för att skapa kännedom hos allmänheten.

Behov av förebyggande åtgärder mot spelproblem

Regeringen ser allvarligt på det spelmissbruk och spelberoende som finns i befolkningen. Folkhälsomyndigheten har i uppgift att kontinuerlig uppdatera och utveckla Spelprevention.se – en plattform framtagen på uppdrag av regeringen som vänder sig till dem som arbetar med att förebygga spelproblem. Men det är angeläget att det vetenskapliga stödet inom området förbättras. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar i en systematisk översikt om åtgärder som har ett vetenskapligt stöd för att minska eller förhindra spel om pengar eller spelproblem (2019) att det behövs fler studier, och att forskningsfältet skulle vinna på en mer stringent metodik och samsyn om t.ex. viktiga utfallsmått. Därutöver har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att fördjupa analysen av data som myndigheten lät samla in hösten 2018 inom ramen för Swelogs befolkningsstudie om spel om pengar och hälsa. Analysen syftar bl.a. till att identifiera behov och förberedning av kommande datainsamling och analys av spelande och spelproblem för att på så sätt kunna bidra till Statskontorets fortsatta uppföljning av spelmarknaden kommande treårsperiod.

4.6 Budgetförslag

4.6.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tabell 4.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

2018	Utfall	382 250	Anslags-sparande	9 177
2019	Anslag	399 209 [1]	Utgifts-prognos	401 375
2020	**Förslag**	**434 599**		
2021	Beräknat	441 011 [2]		
2022	Beräknat	447 357 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 434 599 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 434 599 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.3 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018		12 463	12 048	415	488
Prognos 2019		20 143	20 709	-566	-78
Budget 2020		16 657	16 621	36	-42

Folkhälsomyndigheten bedriver verksamhet i enlighet med förordningen (2014:425) om bekämpningsmedel. Myndigheten tar ut avgifter för denna verksamhet och inkomsterna ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten bedriver även verksamhet kopplad till EU:s tobaksproduktdirektiv (2014/40/EU). Myndigheten ska ta ut avgifter från tillverkare och importörer av tobaksvaror samt elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare. Avgifterna regleras i förordning och disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Tabell 4.4 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018	24 702	24 967	-265	2 320
(varav tjänsteexport)	0	0	0	0
Prognos 2019	26 000	28 400	-2 400	-80
(varav tjänsteexport)	0	0	0	0
Budget 2020	27 000	27 000	0	-80
(varav tjänsteexport)	0	0	0	0

Myndigheten bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Regeringens överväganden

I samband med riksdagens beslut om budgeten för 2019 tillfördes anslaget 10 miljoner kronor 2019 för insatser rörande suicidprevention. För 2020 och framåt beräknades 40 miljoner kronor per år. Medlen ska dels användas till arbete inom statliga myndigheter, dels utbetalas till civilsamhället. De medel som avser civilsamhället bör utbetalas inom anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* där liknande insatser görs. Regeringen föreslår därför att anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* minskas med 35 miljoner kronor 2020 och att anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* ökas med motsvarande belopp. För 2021 och framåt beräknas samma nivåer.

Anslaget föreslås öka med 4,5 miljoner kronor 2020 och beräknas öka med motsvarande nivå 2021 och framåt för Folkhälsomyndighetens utökade ansvarsområden efter propositionen Klassificering av nya psykoaktiva substanser (prop. 2017/18:221). Finansiering föreslås ske genom en neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

Anslaget föreslås öka med 22,5 miljoner kronor 2020 för Folkhälsomyndighetens arbete med att samordna och utveckla det förebyggande arbetet inom psykisk hälsa inklusive suicidprevention samt för utveckling av uppföljnings- och utvärderingssystemet för folkhälsoarbetet i enlighet med propositionen God och jämlik hälsa – en utveckling av folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249). Från och med 2021 beräknas motsvarande nivå. Finansieringen sker genom en neddragning av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Tabell 4.5 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**399 209**	**399 209**	**399 209**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	13 390	19 478	25 502
Beslut	57 000	57 841	58 673
Varav BP20 [3]	27 000	27 000	27 000
Varav [3]			
Renodling av myndigheters finansiering	27 000	27 000	27 000
Överföring till/från andra anslag	-35 000	-35 516	-36 027
Varav BP20 [3]	-35 000	-35 000	-35 000
Varav [3]			
Flytt av medel för suicidprevention	-35 000	-35 000	-35 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**434 599**	**441 011**	**447 357**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 434 599 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 441 011 000 kronor respektive 447 357 000 kronor.

4.6.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 4.6 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

2018	Utfall	87 020	Anslags-sparande	1 480
2019	Anslag	88 500 [1]	Utgifts-prognos	88 500
2020	**Förslag**	**88 500**		
2021	Beräknat	88 500		
2022	Beräknat	88 500		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2020 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 405 000 000 kronor 2021–2023.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgång till vaccinbehandling för hela befolkningen vid en pandemi. Det innebär att staten genom avtal med en eller flera vaccintillverkare svarar för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få vaccin levererat.

I budgetpropositionen för 2016 bemyndigades regeringen av riksdagen att för anslag 2:*2 Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 510 000 000 kronor 2017–2022. Folkhälsomyndigheten tecknade 2016 avtal med två vaccintillverkare till en kostnad av 85 miljoner kronor per år. Utbetalningarna har skett årsvis 2016–2019. De nuvarande avtalen är giltiga till och med april 2020.

Under 2019 genomförs arbete i syfte att förbereda för ett nytt avtal. Ett eventuellt nytt avtal beräknas löpa över fyra år dvs. från maj 2020 till och med april 2024. Utbetalningarna beräknas ske årsvis 2020–2023. Det finns osäkerheter kring vilka kostnader ett nytt avtal kan innebära, särskilt då detta är föremål för upphandling, påverkas av världsmarknadspriser, storleken på befolkningen, vilken flexibilitet avtalet ska innebära när det gäller t.ex. antal doser samt typ av vaccin m.m. Osäkerheterna innebär att bemyndigandet behöver vara mer omfattande än tidigare. För att kunna hantera dessa osäkerheter behövs en buffert i bemyndigandet på 150 miljoner kronor jämfört med nivån på nu gällande avtal. Ett nytt avtal kan innebära behov av framtida anpassningar av anslagets nivå.

Regeringen bör därför bemyndigas att under 2020 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 405 000 000 kronor 2021–2023.

En framtida vaccination kan ge följder som inte är möjliga att förutsäga i dagsläget, vilket skulle kunna leda till vissa åtaganden i framtiden. Regeringen kan behöva återkomma till riksdagen avseende dylika framtida åtaganden.

Tabell 4.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	Prognos 2019	Förslag 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022	Beräknat 2023
Ingående åtaganden	85 000	0			
Nya åtaganden	0	255 000			
Infriade åtaganden	-85 000	0	-85 000	-85 000	-85 000
Utestående åtaganden	0	255 000			
Erhållet/föreslaget bemyndigande	**368 000**	**405 000**			

Regeringens överväganden

Anslaget kommer utöver avtalskostnader på grund av betalningar till vaccintillverkare också att belastas för att täcka kostnader som Folkhälsomyndigheten har för att hantera vaccinavtalet och för förberedande åtgärder för att ta emot vaccin vid en influensapandemi.

Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**88 500**	**88 500**	**88 500**
Förändring till följd av:			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**88 500**	**88 500**	**88 500**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 88 500 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 88 500 000 kronor respektive år.

4.6.3 2:3 Bidrag till WHO

Tabell 4.9 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

2018	Utfall	37 840	Anslags-sparande	2 374
2019	Anslag	38 665 [1]	Utgifts-prognos	41 391
2020	**Förslag**	**45 665**		
2021	Beräknat	35 665		
2022	Beräknat	35 665		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Anslaget får även användas för Sveriges andel av utgiften för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

Kompletterande information

Medlemsavgiftens storlek baseras på WHO-budgetens omfattning och andelen som ska finansieras av medlemsstaterna. Storleken av Sveriges bidrag till WHO påverkas även av valutakursen för den svenska kronan. Sveriges medlemsavgift till WHO för 2020 uppgår till ca 2 300 000 US-dollar och ca 2 200 000 schweiziska franc. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll uppgår till ca 56 000 US-dollar för 2020.

Regeringens överväganden

Till följd av en försämrad valutakurs för den svenska kronan 2018 ökades anslaget engångsvis med 3 miljoner kronor till 2019. Med anledning av den nuvarande valutakursen för den svenska kronan föreslås anslaget öka med 10 miljoner kronor 2020 jämfört med tidigare beräkning i budgetpropositionen för 2019, för att möjliggöra inbetalning av den svenska medlemsavgiften till WHO 2020. Finansiering sker delvis genom en neddragning av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* med 5 miljoner kronor.

Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**38 665**	**38 665**	**38 665**
Förändring till följd av:			
Beslut	7 000	-3 000	-3 000
Varav BP20	10 000		
Varav WHO	10 000		
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**45 665**	**35 665**	**35 665**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 45 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 35 665 000 kronor respektive år.

4.6.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 4.11 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

2018	Utfall	74 092	Anslags-sparande	1 410
2019	Anslag	75 502 [1]	Utgifts-prognos	74 632
2020	**Förslag**	**75 502**		
2021	Beräknat	75 502		
2022	Beräknat	75 502		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids. Anslaget får användas för utgifter för insatser på nationell nivå och övergripande samordning och uppföljning.

Regeringens överväganden

Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**75 502**	**75 502**	**75 502**
Förändring till följd av:			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**75 502**	**75 502**	**75 502**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 75 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 75 502 000 kronor respektive år.

4.6.5 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tabell 4.3 Anslagsutveckling 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

2018	Utfall	181 416	Anslags-sparande	14 213
2019	Anslag	165 629 [1]	Utgifts-prognos	156 702
2020	**Förslag**	**95 629**		
2021	Beräknat	95 629		
2022	Beräknat	95 629		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för särskilda åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Anslaget får även användas för utgifter för statsbidrag till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Regeringens överväganden

Den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopning- och tobakspolitiken pågår sedan 2016 och sträcker sig till och med 2020. I enlighet med denna tidsperiod sker en successiv nedtrappning. År 2019 minskade anslaget med 30 miljoner kronor och det aviserades att anslaget skulle minska med ytterligare 70 miljoner kronor under 2020 och 2021. Anslaget minskas därför med 100 miljoner kronor jämfört med 2018.

Tabell 4.44 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**165 629**	**165 629**	**165 629**
Förändring till följd av:			
Beslut	-70 000	-70 000	-70 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**95 629**	**95 629**	**95 629**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 95 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 95 629 000 kronor respektive år.

5 Funktionshinderspolitik

5.1 Omfattning

Funktionshinderspolitiken är tvärsektoriell och huvuddelen finansieras av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9. Området omfattar Myndigheten för delaktighet (MFD) vars verksamhet bl.a. innefattar att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället och följa upp, utvärdera och analysera insatser från statliga myndigheter, kommuner, landsting och andra aktörer i förhållande till det nationella funktionshinderspolitiska målet. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom funktionshinderspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Funktionshinderspolitik						
3:1 Myndigheten för delaktighet	60	60	60	**61**	62	63
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	189	189	189	**189**	189	189
Summa Funktionshinderspolitik	**249**	**249**	**249**	**250**	**251**	**252**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

5.3 Mål för området

Funktionshinderspolitiken omfattar det mål för och den inriktning av funktionshinderspolitiken som anges i propositionen Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

Genomförandet av funktionshinderspolitiken ska inriktas mot de fyra områdena:

- principen om universell utformning,
- befintliga brister i tillgängligheten,
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet och
- att förebygga och motverka diskriminering.

5.4 Resultatredovisning

Regeringens funktionshinderspolitik utgår från Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Funktionshinderspolitiken är en del i arbetet för ett mer jämlikt samhälle, där människors olika bakgrund eller förutsättningar inte ska avgöra möjligheten till delaktighet i samhället. En effektiv funktionshinderspolitik är också bidragande till genomförandet av Agenda 2030. Det är hela samhällets ansvar att se till att människor inte exkluderas och att alla människors kompetens kan tas tillvara. Ansvars- och finansieringsprincipen, som innebär att varje sektor i samhället har ansvar för att funktionshinderspolitiken genomförs, måste tydligt gälla.

De statliga myndigheternas ansvar och insatser är en viktig del i arbetet för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen. Den statliga sektorns ansvar kommer till uttryck bl.a. i förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken och genom ett uttalat ansvar i ett antal myndighetsinstruktioner.

Funktionshinderspolitiken är tvärsektoriell och stöd och insatser för tillgänglighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning redovisas i vissa fall inom respektive utgiftsområde.

5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

I resultatredovisningen återges utvecklingen inom områdena arbetsmarknad, utbildningsnivå och diskriminering. De indikatorer som använts för att redovisa resultaten av utvecklingen är följande:

- utbildningsnivå,
- arbetsmarknad (sysselsättningsgrad och andelen unga som varken arbetar eller studerar) och
- antal diskrimineringsärenden hos DO.

Vidare har MFD lämnat rapporten Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2018 (2019:2) med redovisning av utvecklingen inom funktionshinderspolitiken 2018. De resultat som redovisas från denna rapport gäller:

- digital delaktighet
- ekonomi och hälsa
- transporter
- trygghet
- ekonomisk jämställdhet för kvinnor med funktionsnedsättning
- uppföljning av statliga myndigheter, landsting och kommuner

5.4.2 Resultat

Regeringen beslutade i december 2017 att en särskild utredare skulle se över styrningen inom funktionshinderspolitiken. Regeringen beslutade den 20 december 2018 att utredningstiden skulle förlängas till senast den 30 april 2019. Utredningen har överlämnat betänkandet Styrkraft i funktionshinderspolitiken (SOU 2019:23). Betänkandet bereds i Regeringskansliet.

Stor andel utanför arbetskraften

Av Tabell 5.2 framgår att sysselsättningsgraden är lägre bland kvinnor och män med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen. Vidare framgår av tabellen att personer som har funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har en lägre sysselsättningsgrad än personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga, övriga i befolkningen samt befolkningen totalt. På grund av låg tillförlitlighet i statistiken är det inte möjligt att ange skillnader mellan kvinnor och män i dessa avseenden. Av samma skäl ska resultaten över tid tolkas med försiktighet.

Tabell 5.2 Andelen sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen[1]

Procent

	Personer med funktionsnedsättning			Övriga i befolkningen	Befolkningen totalt
	Samtliga	Med nedsatt arbetsförmåga	Utan nedsatt arbetsförmåga		
2014	62,0	55,2	76,4	80,2	77,3
2015	61,8	54,0	78,6	80,6	77,6
2016	62,4	58,4	70,6	81,6	78,6
2017	62,3	56,2	74,2	80,9	78,2
2018	63,6	60,3	70,4	81,8	79,6

Källa: SCB/AKU

[1]) Statistiken är inte helt tillräcklig för samtliga delgrupper för att kunna redovisas efter kön. Av samma skäl ska resultaten över tid tolkas med försiktighet.

Tabell 5.3 redovisar andelen ungdomar i åldern 16–29 år som varken arbetar eller studerar. Av tabellen framgår att det bland unga med funktionsnedsättning finns en högre andel ungdomar som varken arbetar eller studerar jämfört med motsvarande andel unga utan funktionsnedsättning. På grund av låg tillförlitlighet i statistiken är det inte möjligt att ange skillnader mellan kvinnor och män i detta avseende (SCB/ULF).

Tabell 5.3 Andel ungdomar 16-29 år som varken arbetar eller studerar[1]

Procent

	Personer med funktionsnedsättning	Övriga i befolkningen
2016/17	11,9	6,9

Källa: SCB/ULF

[1]) Statistiken är inte helt tillräcklig för samtliga delgrupper för att kunna redovisas efter kön.

Utbildningsnivån fortfarande lägre

Av tabell 5.4 framgår att kvinnor och män med funktionsnedsättning i genomsnitt har lägre utbildningsnivå än övriga befolkningen. Exempelvis är andelen med eftergymnasial utbildning som högsta utbildning betydligt mindre bland personer med funktionsnedsättning än bland personer utan funktionsnedsättning. Motsvarande statistik från tidigare år visar att utbildningsnivån inom respektive grupp tenderat att höjas sedan 2013 men att skillnaderna kvarstår. En mindre andel män (ca 26 procent) än kvinnor (40 procent) med funktionsnedsättning har eftergymnasial utbildning (SCB/AKU). En större andel män (53 procent) än kvinnor (42 procent) har gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå.

Tabell 5.4 Högsta utbildningsnivå, 2018[1,2,3]

Procent

	Förgymnasial nivå	Gymnasial nivå	Eftergymnasial nivå**
Personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga	17,0	51,1	31,9
Personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga	22,4	39,2	37,1
Övriga	13,6	39,0	46,1

Källa: SCB/AKU

[1]) Statistiken är inte tillräcklig för samtliga delgrupper för att kunna redovisas efter kön.

[2]) Eftergymnasial utbildning kan t.ex. vara yrkeshögskoleutbildning, högskoleutbildning, folkhögskoleutbildning m.fl.

[3]) Summorna i raderna två och tre blir inte 100 eftersom 1,3 % saknar utbildningskod.

Antalet anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning har ökat

Funktionsnedsättning är en av de diskrimineringsgrunder som oftast förekommer i anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen (DO). Anmälningarna som rör funktionsnedsättning har ökat sedan bristande tillgänglighet infördes som en form av diskriminering den 1 januari 2015. År 2016 inkom 613 anmälningar om

diskriminering som har samband med funktionsnedsättning medan antalet hade ökat till 778 år 2018. Anmälningarna som rör funktionsnedsättning har främst handlat om utbildning, arbetsliv och tillgång till varor och tjänster. På områdena utbildning och varor och tjänster rör majoriteten av anmälningarna bristande tillgänglighet. Inom arbetslivsområdet är direkt diskriminering (när någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan i en jämförbar situation) den vanligaste typen av ärende (dessa uppgifter särredovisas dock inte i tabellen). Det finns inga uppgifter om hur stor andel av anmälningarna som gäller kvinnor respektive män.

Tabell 5.5 Inkomna anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning[1]

Procent

Samhällsområde	2015	2016	2017	2018
Arbetslivet	88	118	116	145
Arbetsförmedling m.m.	24	20	24	19
Medlemskap i arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer m.m.	1	6	3	0
Näringsverksamhet samt yrkesbehörighet	1	2	0	1
Utbildning	77	75	129	192
Hälso- och sjukvård	77	75	84	75
Socialtjänst	102	55	76	95
Varor, tjänster och bostäder	203	139	185	165
Socialförsäkring m.m.	16	18	27	29
Offentlig anställning	33	31	35	52
Värnplikt	0	0	2	5
Totalt	**680**	**613**	**681**	**778**

Källa: Diskrimineringsombudsmannen
[1]) Statistiken är inte tillräckligt tillförlitlig för att kunna särredovisas efter kön.

Digital delaktighet

Kvinnor och män med funktionsnedsättning upplever i mindre utsträckning att de är digitalt delaktiga än befolkningen i stort. Det beror bl.a. på svårigheter att använda vissa digitala tjänster däribland Mobilt BankID (Svenskarna med funktionsnedsättning och internet 2017, Begripsam, Konsumentverket, Post- och telestyrelsen. Läs mer i avsnitt Politiken för informationssamhället, avsnitt 2).

Hälsa

Bland personer med funktionsnedsättning är det självskattade hälsoläget, utifrån kriteriet god hälsa, sämre (58 procent) än för övrig befolkning (87 procent). Det är också en mindre andel kvinnor med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som god (53 procent) jämfört med män med funktionsnedsättning, år 2016/17 (Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2018 sid. 35, Myndigheten för delaktighet 2019).

Transporter

Personer med funktionsnedsättning utnyttjar transportsystemet mindre än vad personer utan funktionsnedsättning gör och har ett delvis annorlunda resmönster. Nästan två tredjedelar av de tillfrågade upplever hinder när de vill resa med kollektivtrafik i sin närmiljö. Nästan lika många upplever hinder vid längre resor med buss och tåg. Kvinnor upplever hinder i större utsträckning än män (Enkät om tillgänglighet i kollektivtrafik och färdtjänst, Myndigheten för delaktighet 2019).

Trygghet

Personer med funktionsnedsättning uppger i högre utsträckning än övriga befolkningen att de under det senaste året avstått från att gå ut under kvällstid av oro för att bli överfallen eller hotad. Denna skillnad gäller både kvinnor och män. Det är dock betydligt vanligare att kvinnor avstått från att gå ut på kvällen, oavsett om de har en funktionsnedsättning eller inte.

Kvinnor med funktionsnedsättning uppger i högre grad än kvinnor i den övriga befolkningen att de under det senaste året varit utsatta för våld eller hot om våld, år 2016/17 (Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2018, sid. 29, Myndigheten för delaktighet, 2019.

Ekonomi och ekonomisk jämställdhet för kvinnor med funktionsnedsättning

En större andel personer med funktionsnedsättning har låga inkomster och har därför högre risk för relativ fattigdom än övriga befolkningen. Det gäller särskilt grupper som har t.ex. nedsatt rörelseförmåga, psykisk funktionsnedsättning och mer än en funktionsnedsättning, år 2016/17 (Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2018, Myndigheten för delaktighet, 2019).

Jämställdhetsmyndigheten och MFD har i rapporten Ekonomisk jämställdhet för kvinnor med funktionedsättning – kartläggning för att nå det andra jämställdhetspolitiska målet (Rapport 2019:5) konstaterat att kvinnor med funktionsnedsättning har lägre inkomster och sämre förutsättningar på arbetsmarknaden jämfört med såväl män med funktionsnedsättning som kvinnor och män i den övriga befolkningen.

Rättigheter för barn med funktionsnedsättning
Inom ramen för regeringens kunskapslyft för barnets rättigheter, 2017–2019, har MFD arbetat med att låta barn komma till tals i myndighetens verksamhet. Bland annat har myndigheten tagit fram barnfilmer. De handlar dels om myndighetens verksamhet och arbete med barnrättsperspektivet, dels om vad FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innebär och hur arbetet i FN går till.

Sedan 2000 genomför Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet kartläggningar av våld mot barn med stöd av medel från regeringen. Kartläggningarna görs vart femte år och den senaste kom 2017. Kartläggningen visar att barn med funktionsnedsättning är en särskilt utsatt grupp (Se avsnitt 7 Barnrättspolitik).

Regeringen prioriterar arbete mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. I juni 2016 beslutades om en särskild handlingsplan inom området för perioden 2016–2018 (skr. 2015/16:192) där även barn med funktionsnedsättning beaktas (se avsnitt 7 Barnrättspolitik).

Uppföljning av statliga myndigheter, landsting och kommuner
MFD har i sin rapport Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2018 inhämtat uppgifter från statliga myndigheter, kommuner och landsting om deras arbete med funktionshinderspolitiken.

Hälften av alla svarande myndigheter har en färdig handlingsplan för hur lokaler, verksamhet och information ska bli tillgängliga. Ungefär hälften av de kommuner och landsting som lämnat uppgifter uppger att de har en specifik organisationsövergripande strategi eller plan för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Var femte statlig myndighet har mätbara mål för att öka tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning. För kommuner och landsting är det mindre än hälften av de svarande som uppger sig ha mätbara mål. I princip samtliga de kommuner som lämnat uppgifter till MFD har samråd med funktionshindersrörelsen på övergripande nivå. Bland motsvarande grupp statliga myndigheter är det knappt hälften som för en strukturerad dialog med funktionshindersrörelsen (Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2018 sid 10. ff, Myndigheten för delaktighet 2019).

Stöd till funktionshindersorganisationer
FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning föreskriver att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder för att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. För att stödja funktionshindersorganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionsnedsättning har funktionshindersorganisationerna 2018 beviljats ca 189 miljoner kronor i statsbidrag enligt förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

Hjälpmedel
Regeringen har fortsatt arbetet som påbörjades under förra mandatperioden för att öka likvärdigheten över landet avseende hjälpmedel och för att stödja sjukvårdshuvudmännen för ökad effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. Ett flertal myndighetsuppdrag på området har beslutats (se även avsnitt 6 Politik för sociala tjänster).

Stärkt delaktighet och självständighet med välfärdsteknik
Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att öka användningen av välfärdsteknik för att stärka delaktighet och självständighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning. Åtgärderna är exempelvis beslut om att Socialstyrelsen fördelar stimulansbidrag på 350 000 000 kronor riktat till kommunerna för investeringar i välfärdsteknik (S2018/03799/FST) och uppdrag till E-hälsomyndigheten att samordna, utforma och tillgängliggöra ett nationellt stöd till kommunerna för bl.a. införande och användande av välfärdsteknik (S2018/02375/FST) (se även avsnitt 6 Politik för sociala tjänster).

Förbättrad tolktjänst i arbetslivet
Regeringen beslutade den 20 juni 2018 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att administrera och fördela medel till landstingen till ökade möjligheter till tolktjänst i arbetslivet 2018–2020 för personer med dövhet, dövblindhet eller som har nedsatt hörsel. I uppdraget ingår även att löpande följa upp utnyttjandet av medlen (S2016/02162/FST, S2018/03798/FST. Regeringen beslutade samma dag att ge MFD i uppdrag att under 2018–2020 informera arbetsgivare och andra berörda aktörer om ansvar och insatser för att tillhandahålla tolk och andra stöd. I uppdraget ingår även att informera om

teknik och tjänster, främja utveckling och innovation och redovisa goda exempel (S2016/02162/FST, S2018/03798/FST). Se utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv för närmare redovisning av åtgärder avseende funktionshinder inom arbetsmarknadsområdet. Uppdragen ska rapporteras till Regeringskansliet den 1 november 2019 och 2020 och slutrapporteras 2021.

Utveckling av statistik
Statistiska centralbyrån (SCB) redovisade under 2018 statistik om levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning för att möjliggöra uppföljning mot nationella mål inom funktionshinderspolitiken. SCB har under 2019 fått ett nytt uppdrag att redovisa statistik om levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Vidare ska myndigheten göra en översyn av definitionen av begreppet funktionsnedsättning och genomföra ett kartläggnings- och analysarbete för att samlat redovisa sin bedömning av områden i behov av utveckling när det gäller statistik för personer med funktionsnedsättning. Dessutom ska myndigheten lämna förslag till prioriteringar och upplägg av arbetet framöver för att systematiskt kunna redovisa, utveckla och förbättra statistiken på området (S2019/02245/FST).

5.4.3 Analys och slutsatser

Att uppnå det nationella målet för funktionshinderspolitiken handlar till stor del om att göra samhällslivet tillgängligt. Genom möjlighet att utbilda sig och arbeta ökar också förutsättningar för delaktighet, inte minst ekonomiskt och socialt. Rapporter och uppföljningar, bl.a. från MFD visar dock att det finns skillnader i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen. Enligt regeringen är det viktigt att synliggöra dessa förhållanden för att kunna ge en så rättvisande bild som möjligt av hur väl målen med funktionshinderspolitiken uppnås. En bedömning är att skillnaderna bl.a. i utbildningsnivå och sysselsättning mellan personer med respektive utan funktionsnedsättning har varit relativt oförändrade över tid. Det går dock inte att dra några långtgående slutsatser av den beskrivna utvecklingen utifrån funktionshinderspolitikens mål till följd av att det saknas fullt jämförbara indikatorer över tid. Detta gäller även möjligheten att dra säkra slutsatser utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

De samlade resultaten från de arbeten som genomfördes på hjälpmedelsområdet under förra mandatperioden uppvisar olikheter över landet. Detta kan orsaka ojämlika villkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Välfärdstekniska lösningar har utöver effektivitetsvinster inom vård och omsorg stor potential att bidra till att personer med funktionsnedsättning kan få samma livsvillkor som andra. Regeringen har mot denna bakgrund tagit initiativ för att öka användningen av välfärdsteknik för att stärka delaktighet och självständighet för flickor, pojkar och kvinnor och män med funktionsnedsättning.

5.5 Politikens inriktning

5.5.1 En funktionshinderspolitik som utgår från mänskliga rättigheter

Regeringens funktionshinderspolitik tar sin utgångspunkt i Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter och är en del i arbetet för att för ett mer jämlikt samhälle, där människors olika bakgrund eller förutsättningar inte ska avgöra möjligheten till delaktighet i samhället. Agenda 2030 pekar ut ett antal områden där insatser för personer med funktionsnedsättning särskilt behövs och utgör därmed en viktig del i arbetet med funktionshinderspolitiken. För mer information om politikens inriktning i genomförandet av Agenda 2030, se utgiftsområde 2, avsnitt 4.1.

5.5.2 Styrningen av funktionshinderspolitiken

Regeringen kommer att fortsätta arbetet för en mer effektiv, systematisk och långsiktigt hållbar funktionshinderspolitik. De mål som har beslutats inom ramen för Agenda 2030, vilka bl.a. syftar till att förverkliga mänskliga rättigheter för alla, utgör en viktig del i arbetet. Som nämns tidigare har utredningen Styrkraft i funktionshinderspolitiken (SOU 2019:23) överlämnats till

Regeringen. Betänkandet bereds i Regeringskansliet.

5.5.3 Förbättrad statistik om personer med funktionsnedsättning

Regeringen anser att det finns behov av att stärka förutsättningarna för att tillgodose samhällets behov av data och statistik kring levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning, som är möjlig att bryta ned på nödvändiga bakgrundsvariabler som exempelvis kön. Det finns vidare behov av ett systematiskt utvecklingsarbete och bättre samordning. Det uppdrag till SCB som nämns tidigare är ett viktigt steg i denna riktning.

5.5.4 Hjälpmedel och välfärdsteknik

Regeringen fortsätter arbetet med att främja likvärdighet över landet på hjälpmedelsområdet och med att höja kunskapsnivån i landet om rehabilitering och habilitering. De myndighetsuppdrag som lämnats under 2019 på området hjälpmedel och välfärdsteknik kommer också att bidra till detta. Vidare kommer regeringen fortsätta arbetet för att fler flickor, pojkar, kvinnor och män ska ges möjlighet att ta del av välfärdstekniska lösningar för ökad självständighet och delaktighet (se avsnitt 3, Hälso- och sjukvårdspolitik).

5.5.5 Boende i gruppbostad eller i bostad med särskild service enligt LSS

Av regeringens proposition Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188) framgår att insatser med beslut om boende är av central betydelse för personer med funktionsnedsättning. Frågan har också behandlats i betänkandet Möjlighet att leva som andra (SOU 2008:77) där det framgår att personer som beviljats insatsen bostad med särskild service enligt LSS i många fall har en hyra där merkostnader ingår. Regeringen har i propositionen aviserat att frågan om hur enskilda som fått insatsen gruppbostad eller bostad med särskild service för vuxna enligt LSS ska undgå att få merkostnader på grund av sin funktionsnedsättning bör ses över. Den fortsatta beredningen av denna fråga övervägs vidare.

5.6 Budgetförslag

5.6.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

2018	Utfall	60 101	Anslags-sparande	984
2019	Anslag	59 951 [1]	Utgifts-prognos	60 233
2020	**Förslag**	**60 896**		
2021	Beräknat	61 839 [2]		
2022	Beräknat	62 783 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 60 896 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 60 896 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas av Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**59 951**	**59 951**	**59 951**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	945	1 888	2 832
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**60 896**	**61 839**	**62 783**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 60 896 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 61 839 000 kronor respektive 62 783 000 kronor.

5.6.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tabell 5.8 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

2018	Utfall	188 742	Anslags-sparande	
2019	Anslag	188 742 [1]	Utgifts-prognos	188 742
2020	**Förslag**	**188 742**		
2021	Beräknat	188 742		
2022	Beräknat	188 742		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till funktionshindersorganisationer för att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Kompletterande information

Reglerna för statsbidrag till funktionshindersorganisationer finns i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

Regeringens överväganden

Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**188 742**	**188 742**	**188 742**
Förändring till följd av:			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**188 742**	**188 742**	**188 742**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 188 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till funktionshindersorganisationer* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 188 742 000 kronor för respektive år.

6 Politik för sociala tjänster

6.1 Omfattning

Områdets omfattning och finansiering
Området omfattar omsorgen om äldre, verksamhet inom individ- och familjeomsorg, samt insatser till personer med funktionsnedsättning.

Verksamheten finansieras främst genom kommunala skatteintäkter, statsbidrag och avgifter.

Kommunernas ansvar
Kommunerna ansvarar för insatser enligt i huvudsak socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Det innebär att kommunerna har det huvudsakliga ansvaret för utveckling, genomförande och finansiering av sociala tjänster. Resultat inom politikområdet är därmed i stor utsträckning en effekt av kommunala insatser.

Statens ansvar
Staten har ett övergripande ansvar för och utför tillsyn av verksamheten. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och förordningar.

Utgångspunkten för stöd till kommunsektorn är generella statsbidrag som fördelas från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. Anslaget 1:1 *Kommunal ekonomisk utjämning* består av två poster, en som avser medel till kommuner och en som avser medel till landsting.

För kostnader enligt LSS finns det ett särskilt utjämningssystem (anslag 1:2 *Utjämningsbidrag för LSS-kostnader* under utgiftsområdet 25 Allmänna bidrag till kommuner). Utöver detta fördelas riktade statsbidrag till kommunal verksamhet som regeringen och riksdagen sett som särskilt angelägen att stödja.

6.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2020 till 2022 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster minska med ca 154 miljoner kronor. Utgifterna för statlig assistansersättning, som är den största utgiftsposten, beräknas öka med ca 340 miljoner kronor. Regeringens tidsbegränsade satsningar inom den sociala barn- och ungdomsvården pågår till och med 2020 vilket innebär att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskar med ca 490 miljoner kronor mellan 2020 och 2022. Utgifterna inom området beräknas 2019 till 27 768 miljoner kronor. Det understiger anvisade medel med 1 700 miljoner kronor. Detta förklaras huvudsakligen av lägre kostnader i den statliga assistansersättningen än vad som beräknades 2018 och som låg till grund för anslagsnivån 2019.

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Politik för sociala tjänster						
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	23	25	23	**28**	28	28
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	723	768	598	**798**	783	783
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	100	263	144	**263**	263	263
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	25 308	24 987	24 174	**24 451**	24 674	24 791
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 809	1 367	1 045	**1 427**	1 415	1 415
4:6 Statens institutionsstyrelse	1 046	1 132	1 087	**1 157**	1 240	1 182
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	1 486	926	696	**749**	281	256
Summa Politik för sociala tjänster	**31 495**	**29 468**	**27 768**	**28 873**	**28 684**	**28 719**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

6.3 Mål för området

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål:

Omsorg om äldre

Äldre ska

- 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.

Individ- och familjeomsorg

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Personer med funktionsnedsättning

- Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet beaktas.

6.4 Förslag om nytt mål för området omsorg om äldre

Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen lämnade i betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) förslag om att komplettera det nationella målet för äldrepolitiken (prop. 1997/98, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307). Betänkandet har remitterats, och en remissammanställning har upprättats (S2017/03866/FST).

Ett fåtal remissinstanser har lämnat synpunkter på förslaget.

Regeringens förslag: Målen för den nationella äldrepolitiken kompletteras med ett femte mål: äldre ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: *Diskrimineringsombudsmannen* välkomnar tillägget och menar att dessa begrepp alltid bör beaktas i hänseendet att de båda inbegriper principen om icke-diskriminering.

Västra Götalands läns landsting stödjer tillägget. Landstinget framhåller att likvärdig vård inte bara bör avse kön utan även andra ojämlikheter som exempelvis etniskt ursprung, socioekonomiska förhållanden, ålder, funktionalitet, sexualitet och könsidentitet/könsuttryck. *Mönsterås kommun* och *Stockholms kommun* tillstyrker utredningens förslag om att lägga till ett mål. Majoriteten av de remissinstanser som svarat på remissen har inte yttrat sig om förslaget eller har inget att invända mot det.

Skälen för regeringens förslag: De nationella målen för äldrepolitiken syftar till att tydliggöra det gemensamma åtagandet och att göra det enklare att arbeta i samma riktning och mobilisera gemensamma resurser. Utredningen föreslår att regeringen ska göra en översyn av de nationella målen för äldrepolitiken, med syfte att anpassa målen efter nu gällande förutsättningar och kunskap. Utredningen anser dock att nuvarande mål fortfarande är tillämpliga. Men utredningen påvisar även att det finns betydande skillnader bland äldre personers tillgång till god vård och omsorg, vilket föranleder utredningen att föreslå att ytterligare mål läggs till om tillgång till jämlik och jämställd vård och omsorg. Till exempel förskrivs äldre kvinnor oftare olämpliga läkemedel än män, och de drabbas oftare av höftledsfrakturer. Det finns också betydande hälsoskillnader och skillnader i levnadsvillkor mellan olika socioekonomiska grupper. De skillnader som kan iakttas hos äldre kvinnor och män sammanhänger med hela livsloppet. Ogynnsamma sociala och socioekonomiska förhållanden under barndomen, låg utbildning och att ha haft ett manuellt arbete som huvudsaklig sysselsättning leder till en ökad risk för att ha sämre hälsa och en lägre kognitiv förmåga senare i livet. Levnadsförhållanden under barndomen liksom inkomst under medelåldern och som pensionär har samband medellivslängd. I dag finns det stora hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper, och det bör tas i beaktande vid utformandet av framtidens äldreomsorg.

Regeringen delar utredningens uppfattning att det finns brister inom äldreomsorgen avseende jämställdhet och jämlikhet. Utgångspunkten ska vara att alla politikområden ska präglas av jämställdhet och jämlikhet. Jämställdhet är en genomgående prioritering för regeringens arbete. På så sätt stärks kvinnors och mäns möjlighet till delaktighet och förutsättningar för att aktivt delta i samhällsgemenskapen. Regeringen föreslår dock att delmålet formuleras på ett annat sätt än vad utredningen föreslagit, så att det ligger mer i linje med det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa, och motsvarande mål för hälso- och sjukvårdspolitiken.

Äldreomsorgens insatser ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet samt utgå och utformas utifrån den enskildes behov och förutsättningar. En mer jämlik vård och omsorg är därför en genomgående prioritering för regeringens arbete. Jämlikheten och jämställdheten i äldreomsorgen måste stärkas och som en följd av det behöver de äldrepolitiska målen kompletteras.

Regeringen delar Västra Götalands läns landstings synpunkt att likvärdig vård inte bara bör avse kön. Det finns även negativa skillnader i vård och omsorg som bör synliggöras. Det handlar t.ex. om äldre med funktionsnedsättning, framför allt de med intellektuell funktionsnedsättning vars behov sällan uppmärksammas i politiska dokument och riktlinjer. Regeringen anser att det är angeläget att även uppmärksamma de grupper vars åldrande kan innebära ett annat förlopp än hos övriga befolkningen, för att säkerställa att alla har tillgång till god vård och omsorg anpassad efter deras egna förutsättningar.

Utredningen lyfter även fram att det finns brister i omsorgen av äldre homo- och bisexuella personer och transpersoner. Regeringen anser att det är av största vikt att alla känner sig trygga med att välfärden är till för alla oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Vård- och omsorgsutövare behöver anpassa sitt arbetssätt avseende förhållningssätt och bemötande, för att säkerställa att alla omsorgstagare får sina behov tillgodosedda. Frågor som rör hbtq-personer bör t.ex. finnas med i mångfalds- och värdegrundsarbete, fortbildning och information.

Individer som tillhör de nationella minoriteterna har svårare att få tillgång till äldreomsorg på sitt eget språk, än de som inte tillhör de nationella minoriteterna. Trots att kommuner inom förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska har en skyldighet att ge hela eller en väsentlig del av äldreomsorg på dessa nationella minoritetsspråk för den som begär det, så har förvaltningskommunerna i vissa fall svårigheter att erbjuda det. Skälen till det är enligt kommunerna brist på personal med språkkunskap, långa avstånd i kommunen och brist på efterfrågan. Den bilden bekräftas i den kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört av behovet av kunskapsstöd om lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Ku2019/01043/CSM).

Företrädare för de nationella minoriteterna menar att det inte bara handlar om språk, utan att kulturen också är en viktig del av innehållet. Även kommuner utanför förvaltningsområdena ska tillhandahålla äldreomsorg på de nationella minoritetsspråken om det finns tillgång till personal med kunskaper i språken. Regeringen anser att det är av stor vikt att de nationella minoriteterna kan få äldreomsorg på sina respektive språk. Kommunerna ska enligt 5 kap. 6 § socialtjänstlagen verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i de nationella minoritetsspråken där detta behövs och efterfrågas i omvårdnaden om äldre kvinnor och män.

För äldre kvinnor och män som inte är födda i Sverige finns det också skillnader i hur mycket äldreomsorg man har, jämfört med kvinnor och män i samma åldersgrupp som är födda i Sverige. Utredningen lyfter fram att det saknas kunskap om varför det ser ut så, om det beror på att utlandsfödda inte vill ta emot äldreomsorg för att de inte upplever att äldreomsorgen anpassats till deras behov eller av andra skäl.

Andra mål som har påverkan på äldreomsorgen

Det finns flera andra mål som har direkt påverkan på äldreomsorgen och äldrepolitikern.

Det jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt liv (utg.omr. 13 avsnitt 5) gäller också äldre kvinnor och män. Regeringen anser att det är angeläget att fortsätta arbetet för ökad jämställdhet. Det gäller exempelvis tillgången till vård och omsorg av god kvalitet, men också om att äldre kvinnor och män ska komma till tals. Till exempel är det mindre vanligt att kvinnor som är äldre än 80 år röstar i allmänna val än män som är äldre än 80 år.

Målet för regeringens politik mot diskriminering är ett samhälle fritt från diskriminering. Åtgärder som syftar till att förebygga och motverka diskriminering är grundläggande om människors lika värde ska respekteras. Att förebygga uppkomsten av all form av diskriminering är därför en viktig del i arbetet för delaktighet och jämlikhet.

Socialtjänstens mål som uttrycks i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen framhåller bl.a. att socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Individens behov och förmåga är en utgångspunkt för socialtjänstens insatser. Genom att frigöra och utveckla gruppens och den enskildes resurser ska socialtjänsten verka för ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet. Även i 5 kap. 4 § i samma lag fastställs att socialtjänstlagens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Av 3 kap. 3 § framgår bl.a. även att socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. Även målet för politiken avseende de nationella minoriteterna är aktuellt i sammanhanget.

Regeringen anser att det föreslagna tillägget till det nationella målet för äldrepolitiken ligger i linje med andra mål som har betydelse för området, och att det inte finns någon motsättning däremellan.

6.5 Resultatredovisning

6.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

För att bedöma utveckling och resultat inom området används ett antal resultat- och bakgrundsindikatorer. I de fall redovisningen inte uppdelas på kön finns ingen sådan information tillgänglig.

Omsorg om äldre

Ansvaret för att uppfylla målen för äldreomsorgen ligger främst hos kommunerna. Det är framför allt kommunala insatser som påverkar utveckling och resultat inom äldreomsorgen. Utveckling och resultat påverkas även av andra faktorer, som t.ex. den demografiska utvecklingen.

Staten kan bl.a. stödja kommunernas förutsättningar att bedriva och utveckla äldreomsorgen genom kunskapsstöd och ekonomiska bidrag, riktade till särskilda områden eller genom allmänna bidrag till kommunerna. Resultatredovisningen som följer visar mot bakgrund av detta resultatet av samlade insatser från både staten och kommunerna.

Redovisningen nedan bygger huvudsakligen på statistik samt resultat som redovisas i öppna jämförelser och rapporter från myndigheter och organisationer. De resultat- och bakgrundsindikatorer som används exemplifierar och följer utvecklingen inom äldreområdet samt kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre. Följande indikatorer används:

- medellivslängd i befolkningen,
- andel av befolkningen och antal personer 65 år och äldre med insatsen hemtjänst,
- andel av befolkningen och antal personer 65 år och äldre boende i särskilda boendeformer,
- bemötande, förtroende och trygghet i äldreomsorgen,
- riskförebyggande åtgärder i särskilt boende,
- fallskador bland personer 80 år och äldre, samt
- olämpliga läkemedel i gruppen 75 år och äldre (i särskilt boende och/eller hemtjänst).

Individ- och familjeomsorg

Bedömningsgrunder för resultatredovisningen utgörs huvudsakligen av statistik, öppna jämförelser och rapporter från myndigheter och organisationer. Ansvaret för verksamhetsområdet ligger främst hos kommunerna. En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala påverkar måluppfyllelsen.

Det som händer i samhället i stort påverkar förutsättningarna för verksamhetsområdet, såsom utvecklingen på arbets- och bostadsmarknaden.

De statliga insatserna syftar till att ge enskilda individer tillgång till ett likvärdigt, jämlikt och jämställt stöd från den kommunala individ- och familjeomsorgen oavsett var de bor i landet och att stärka kvaliteten i verksamheten. Följande indikatorer används för att följa utvecklingen:

Den sociala barn- och ungdomsvården

- andel 17-åringar (flickor respektive pojkar) som varit placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) under årskurs 9 och har behörighet att söka till nationellt program i gymnasieskolan, och
- antalet anställda handläggare med socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet av socialt arbete med barnutredningar, minst tre års erfarenhet av barnutredningar, mer än fem års erfarenhet av barnutredningar samt andel konsulthandläggare (årsarbete) inom social barn- och ungdomsvård.

Ekonomiskt bistånd

- antal mottagare och utbetalningar av ekonomiskt bistånd,
- andel av biståndsmottagare som är långvariga mottagare, och
- andel kommuner som har en aktuell överenskommelse om samverkan med Arbetsförmedlingen.

Missbruks- och beroendevården

- tillgängligheten till socialtjänstens missbruks- och beroendevård utifrån väntetider.

Brottsutsatta

- antal kommuner som gör systematiska uppföljningar av insatser för brottsoffer,
- antal kommuner som använder standardiserade bedömningsinstrument för våld i nära relationer, och
- antal kommuner som har rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende.

Familjerätt

- antal barn som är föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten.

Personer med funktionsnedsättning

En rad olika åtgärder, såväl statliga åtgärder som åtgärder inom kommuner och landsting, påverkar måluppfyllelsen. Inom avsnittet Funktionshinderspolitik (avsnitt 5) redovisas främst det sektorsövergripande arbetet för att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken.

I resultatavsnittet som följer redovisas stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Det avser främst statliga stöd som assistansersättningen och bilstödet enligt socialförsäkringsbalken, men även kommunala insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen (2001:453).

För att bedöma och redovisa utvecklingen och resultaten inom området används ett antal resultatindikatorer. Dessa indikatorer är nedbrutna på kvinnor och män respektive flickor och pojkar enligt följande:

- antal personer med insatser enligt LSS och kostnader för detta,
- antal anmälningar enligt SoL och LSS,
- antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader för assistansersättning, och
- antal personer som beviljats bilstöd och kostnader för bilstöd.

6.5.2 Resultat

Övergripande insatser

Framtidens socialtjänst
Utredningen Framtidens socialtjänst lämnade 2018 delbetänkande Ju förr desto bättre (SOU 2018:32) med fokus på förbyggande arbete. Regeringen beslutade i juli 2018 att utvidga utredningens uppdrag och förlängde utredningstiden till den 1 juni 2020. Utredaren ska utifrån tilläggsdirektivet också analysera vilken funktion en särreglering för äldre skulle ha, förtydliga barnrättsperspektivet i lagen samt utreda socialnämnders möjligheter att delegera beslutanderätt (dir. 2018:69).

En sammanhållen statlig styrning
Statskontoret lämnade sin slutrapport Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst i november 2018. Statskontoret bedömer att samverkan i Rådet för styrning med kunskap mellan myndigheterna och huvudmännen har fördjupats ytterligare efter delrapporten 2016. Myndigheterna samordnar nu sina kunskapsunderlag bättre och underlagen är mer anpassade utifrån vad huvudmännen behöver. Statskontoret bedömer att Rådet fyller en viktig funktion och bör få fortsätta sitt arbete. Statskontoret bedömer också att det för de myndigheter som ingår i rådet återstår flera utmaningar att hantera innan kunskapsstyrningen uppfyller förordningens syfte om en samordnad, effektiv och behovsanpassad kunskapsstyrning. Statskontoret pekar t.ex. på ett behov av att utveckla strukturerade dialoger mellan rådet och företrädare för professioner och att stärka sambanden mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst 2018:23, Statskontoret).

Stärkt samverkan inom Rådet för styrning med kunskap
Rådets samverkan har stärkts under året. När det gäller rådets förmåga till att ta tillvara patienter och brukares synpunkter lyfts den gemensamma patient- och brukarpolicy som har tagits fram som ett gott exempel från alla myndigheter. Socialstyrelsen bedömer att rådets samverkan med kommuner och landsting har stärkts under året genom att myndigheten som ordförande i rådet har ingått partnerskapet med de regionala samverkans- och stödstrukturer för socialtjänsten (RSS) samt med regionernas struktur för kunskapsstyrning. Partnerskapet ska bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, till bättre stöd för implementering och till att kunskapen används. Under 2018 har tre dialogmöten genomförts mellan parterna för att identifiera lämpliga områden för samverkan (Socialstyrelsens årsredovisning 2018).

Kunskapsguiden utvecklas
Den nationella webbplatsen Kunskapsguiden fortsätter att utvecklas. Socialstyrelsen ansvarar sedan 2011 för att tillsammans med andra myndigheter och aktörer samla kunskap inom områdena evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende, barn och unga, funktionshinder samt ekonomiskt bistånd. Kunskapsguiden underlättar kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning. Webb-

platsen fungerar som samlingspunkt för publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer m.m. från myndigheter och andra aktörer. Nya områden och teman lanseras löpande. Kunskapsguiden har idag ca 80 000 användare i snitt per månad och ca 19 600 prenumeranter.

Stöd till evidensbaserad praktik och praktiknära forskning inom socialtjänsten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har i uppdrag att inrätta och driva ett nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning. I den första utlysningen ingick bl.a. projektbidrag, och bidrag till praktiknära forskartjänster om totalt ca 94 miljoner kronor under tre år (2018–2020).

Myndigheten har tillsammans med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (SBU) genomfört en nationell kartläggning av forskningsbehov i socialtjänsten, som ska användas som underlag för satsningar i programmet och till SBU:s verksamhet.

I februari 2018 öppnade programmet även en utlysning av medel till en forskarskola för yrkesverksamma i socialtjänsten i syfte att bidra till långsiktig kunskapsuppbyggnad inom socialtjänsten. Forskarskolan drivs av Lunds universitet och Malmö universitet i partnerskap med Göteborgs universitet och Linnéuniversitetet. År 2018 beviljades 28 miljoner kronor för ändamålet

SBU har på uppdrag av regeringen gett stöd och handledning i att göra systematiska översikter, där forskare, yrkesverksamma och beslutsfattare har deltagit. Vidare har SBU genom uppdraget fortsatt att etablera och bygga ut ett metodnätverk som fungerar som ett nav för kunskapsspridning till socialtjänstområdet.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utarbeta och upphandla uppdragsutbildningar inom högskolan för chefer inom individ- och familjeomsorg samt socialsekreterare med erfarenhet av den sociala barn- och ungdomsvården. För uppdragets genomförande erhöll Socialstyrelsen 10 500 000 kronor under 2018. Det övergripande målet med utbildningssatsningarna har varit att skapa förutsättningar för ett hållbart ledarskap och en ökad personalstabilitet.

Av utvärderingen framgår att relativt många chefer har gått ledarskapsutbildningen men att färre socialsekreterare deltog i utbildningen för den sociala barn- och ungdomsvården. Utvärderingen visar att deltagarna är generellt nöjda med respektive utbildning.

Öppna jämförelser har en viktig roll

Öppna jämförelser är en viktig del i att stärka och utveckla kunskapsbasen inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Den handlingsplan som regeringen i samarbete med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna tog fram för perioden 2015–2018 är nu avslutad. Slutrapporten konstaterar att öppna jämförelser är väl kända, ca 70 procent av kommunerna använder jämförelserna på olika sätt i kvalitetsberättelser, verksamhetsplaner och webbplatser. De involverade aktörerna har fortsatt samarbetet under 2019 och arbetar med utveckling av indikatorerna med fokus på att de ska belysa kvalitet i de insatser som ges till brukarna.

E-hälsa och välfärdsteknik

Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 visar att andelen kommuner som inför välfärdsteknik har ökat, men att antalet personer som använder välfärdsteknik inte har ökat i samma utsträckning. Exempelvis har 122 kommuner rapporterat att de har gps-larm, men mer än hälften gps-larmen används i tre av kommunerna. I samma rapport framkommer att endast 55 procent av kommunerna minst en gång årligen följer upp risker och behov av utveckling av informationssäkerheten i socialtjänsten, och att knappt hälften av kommunerna har en heltidsresurs för att samordna informationssäkerhetsarbetet. Socialstyrelsen har också på regeringens uppdrag redovisat rättsläget för socialtjänstens arbete med en säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten. Denna redovisning kan utgöra underlag för vidare arbete för ett starkt integritetsskydd för den enskilde och en effektiv kommunal förvaltning (S2018/04039/FST).

Myndigheten för delaktighet har haft i uppdrag under 2018 att fortsatt ta fram och sprida information samt ge stöd till kommunerna om användning och genomförande av digital teknik med syfte att främja individens rättigheter och möjlighet till ökad delaktighet och trygghet. I uppdraget ingick också att främja ökad samverkan mellan kommuner och landsting. Myndigheten för delaktighet lyfter fram att det finns ett behov av att samla kunskap och erfarenheter kring implementering och användning av välfärdsteknik så att aktörer på området kan ta del av varandras erfarenheter och kunskap.

Regeringen föreslog i propositionen Vårändringsbudgeten för 2018 (prop.

2017/18:99, bet. 2017/18:FiU21, rskr. 2017/18:435) om ett stimulansbidrag till kommunerna om 350 000 000 kronor för investeringar i välfärdsteknik. Samtliga kommuner rekvirerade medel, och 96 procent av medlen har förbrukats. Totalt 91 procent av kommunerna uppgav att de hade använt medlen för att öka förutsättningarna för att implementera välfärdsteknik i kommunen. Många av dem, 201 kommuner, uppgav att medlen hade använts till att ta fram tekniska lösningar, och det var också många, 165 kommuner, som svarade att de använt medlen till planering/kartläggning av behov. Dessutom angav 151 av kommunerna att de använt medlen till wifi i särskilda boenden och i 124 av kommunerna hade utbildningsinsatser genomförts (Redovisning av 2018 års statsbidrag till kommuner för investeringar i välfärdsteknik inom omsorgen, Socialstyrelsen).

Regeringen beslutade om direktiv till utredningen om Välfärdsteknik i äldreomsorgen (dir. 2018:82).

E-hälsomyndigheten har fått i uppdrag att utforma ett nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa). Det nationella stödet ska inte ersätta andra aktörers arbete på området, utan verka vägledande för kommunerna och ge stöd till kommunernas eget arbete med digitalisering inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. E-hälsomyndighetens delredovisning av uppdraget lyfter bl.a. fram att chefer inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt förvaltningsledning behöver stärkas i sitt digitaliseringsarbete, samt att befintlig information och stöd behöver samordnas på ett bättre sätt så att det blir mer tillgängligt för målgruppen. Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2020. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag att kartlägga och analysera vilka effekter välfärdstekniska lösningar har. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2020.

Arbetet inom ramen för Vision e-hälsa 2025 har fortsatt, bl.a. inom den styr- och samverkansorganisation som beskrivits i Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025 (S2017/00379/FS). (Se även avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik).

Hjälpmedel

Regeringen har fortsatt arbetet som påbörjades under förra mandatperioden för att öka likvärdigheten över landet avseende hjälpmedel, och stödja sjukvårdshuvudmännen för ökad effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.

Upphandlingsmyndigheten har fortsatt att sprida stödmaterial för upphandling av hjälpmedel med syfte att öka valmöjligheten för den enskilde. Socialstyrelsen har tillsammans med Jämställdhetsmyndigheten kartlagt och spridit exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet som exempelvis jämställdhetsintegrering.

I mars 2019 beslutade regeringen om fyra uppdrag på hjälpmedelsområdet som sammantaget syftar till att öka kunskapen om tillgången till hjälpmedel för den enskilde och öka likvärdigheten över landet avseende hjälpmedel.

Ökade tillståndskrav och skärpt tillståndsprövning

Den 7 juni 2018 fattade riksdagen beslut om att införa tillståndsplikt för verksamhet som avser hemtjänst enligt SoL, samt för verksamhet som avser ledsagarservice, biträde av kontaktperson eller avlösarservice i hemmet enligt LSS. Beslut fattades även om en ägar- och ledningsprövning som innebär nya krav på insikt, lämplighet och ekonomiska förutsättningar för att beviljas tillstånd att bedriva verksamhet enligt SoL och LSS. Tillstånd får endast beviljas den som genom erfarenhet eller på annat sätt har förvärvat insikt i de föreskrifter som gäller för nämnda verksamheter och även i övrigt bedömts lämplig. Tillståndsinnehavaren ska även ha ekonomiska förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för verksamheten. Kretsen som ska prövas omfattar styrelse och ägare samt andra med ett väsentligt inflytande över verksamheten. Tidigare ställde lagstiftningen enbart krav på ägar- och ledningsprövning gällande verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller 9 § 6–10 LSS. Lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2019.

Stöd till anhöriga

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ska vara ett expertstöd till kommuner, landsting och enskilda utförare och ska bidra till högre kvalitet och produktivitet i stödet till anhöriga. Verksamhetsområdet omfattar alla anhöriga oberoende av den närstående personens ålder, sjukdom, diagnos eller funktionsnedsättning. Regeringen har under 2018 beviljat särskilda medel för ett projekt om att förebygga fallprevention ur ett anhörigperspektiv.

Statsbidrag till lovaktiviteter och simskola
Från 2016 fram till och med 2019 finns ett statsbidrag på 200 miljoner kronor för sommarlovsaktiviteter som är avgiftsfria för barn i åldern 6–15 år. Utöver statsbidrag för sommarlovsaktiviteter under 2018 har 250 miljoner kronor tillförts kommunerna för att tillhandahålla avgiftsfria aktiviteter under övriga skollov för barn i åldern 6–15 år samt 300 miljoner för att stödja kommunerna att erbjuda avgiftsfri simskola för elever i förskoleklass. Samtliga statsbidrag administreras och följs upp av Socialstyrelsen. Av Socialstyrelsens redovisning av utbetalda statsbidrag under 2018, framgår att 283 kommuner hade rekvirerat medel till sommarlovsaktiviteter.

Sammanlagt hade 97 procent av medlen förbrukats. När det gäller bidraget till aktiviteter under övriga skollov hade 266 kommuner rekvirerat medel. Sammanlagt hade 79 procent av medlen förbrukats. Fördelningen mellan flickor och pojkar var jämn både vad gäller sommarlovsaktiviteter som övriga lovaktiviteter. De vanligaste förekommande lovaktiviteterna var idrott, närmare specifikt fotboll, följt av konstnärliga aktiviteter. Av Socialstyrelsens redovisning av statsbidrag till simskola framgår att drygt 259 kommuner hade rekvirerat medel. Sammanlagt hade 52 procent av medlen förbrukats. Att endast ca hälften av medlen förbrukats anges bero på bl.a. tidsbrist att organisera verksamheterna, brist på tider i simhallar och utbildade simlärare. Fördelningen av medel var jämn mellan flickor och pojkar.

EU och internationella aktiviteter

Nordiskt samarbete inom det sociala området
Under 2018 var Sverige ordförande i nordiska ministerrådet. De nordiska social- och hälsoministrarna (MR-S) har under ordförandeskapsåret prioriterat äldre och en åldrande befolkning, med de utmaningar för sjukvård och omsorg som detta medför. En strategisk genomlysning med förslag rörande det nordiska samarbetet inom det sociala området rapporterades under 2018. Under det följande isländska ordförandeskapet har en diskussion om hur förslagen ska kunna omhändertas och om det fortsatta nordiska samarbetet påbörjats.

Omsorg om äldre

Medellivslängden ökar
Den långsiktiga trenden i Sverige är att männens livslängd ökar mer än kvinnornas. Sedan 1980 har männens medellivslängd ökat med närmare åtta år och var 80,8 år 2018, medan kvinnornas medellivslängd har ökat med lite drygt fem år och är 84,3 år. Det innebär att skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,1 år 1980 till 3,5 år 2018 (SCB 2019). Skillnaden i medellivslängd mellan könen har minskat från som mest 6,2 år 1978 och 1979 till 3,4 år 2017 (Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre lägesrapport 2019).

Kostnadsutvecklingen i äldreomsorgen
Under 2018 var kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre 125,7 miljarder kronor. Den största delen, 71,5 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg i särskilt boende. För vård och omsorg i ordinärt boende uppgick kostnaderna till 52,5 miljarder kronor och för öppenverksamhet till 1,7 miljarder kronor. Vid en jämförelse med 2017 kan konstateras att kommunernas sammanlagda kostnader har ökat med 4,1 miljarder kronor.

Tabell 6.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor

	2015	2016	2017	2018
Vård och omsorg i ordinärt boende	47,6	49,0	50,6	52,5
Vård och omsorg i särskilt boende	64,4	66,9	69,3	71,5
Öppen verksamhet	1,6	1,6	1,7	1,7
Totalt	**113,6**	**117,5**	**121,6**	**125,7**

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut, 2018, Rikstotal, RS för kommuner

Minskad andel av befolkningen har hemtjänst och bor i särskilt boende
Totalt sett har allt färre kvinnor och män äldreomsorg. Mellan 2010–2017 minskade andelen 65 år och äldre med äldreomsorg. För kvinnor som har hemtjänst minskade andelen med drygt en procentenhet mellan 2010 och 2017, från 11,2 procent till 9,9 procent. För män var minskningen från 6,6 procent år 2010 till 6,1 procent år 2017. Andelen kvinnor i särskilt boende minskade under samma period med 1,5 procentenheter, medan andelen män minskade med 0,7 procentenheter (Socialstyrelsen, lägesrapport 2019).

Den 1 oktober 2018 bodde drygt 88 000 kvinnor och män 65 år eller äldre permanent i särskilt boende. (Socialstyrelsen, Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2018). Under den senaste femårsperioden har antalet äldre som bor i särskilt boende legat relativt konstant mellan 87 900 och 88 900. Däremot har antalet i samma åldersgrupp med hemtjänst ökat, från 221 600 år 2014 till 236 000 år 2018.

Tabell 6.3 Antalet kvinnor och män med hemtjänst respektive plats i särskilt boende

	2014	2015	2016	2017	2018
Hemtjänst	221 600	223 200	228 500	231 300	236 000
Särskilt boende	**88 700**	**87 900**	**88 900**	**88 200**	**88 000**

Källa: Socialstyrelsen (Statistiken om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform är inte tillgänglig könsuppdelad)

Fortsatt stöd för utveckling av kvalitet i vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Det finns idag mellan 130 000 och 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige och antalet beräknas att i det närmaste fördubblas fram till 2050. Det finns inga säkra uppgifter om fördelningen bland kvinnor respektive män, men bland de mer än 80 000 personer som inkluderats i Svenska Demensregistret, SveDem, sedan 2007 är ca 59 procent kvinnor och 41 procent män. En ökning av antalet personer med demenssjukdom kommer att innebära en stor utmaning för vården och omsorgen. (Socialstyrelsen, utvärdering av nationella riktlinjer Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018). Personalens kunskap och kompetens är central för att kunna ge en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Regeringen har 2019 gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en vägledning avseende dagverksamhet för personer som har en demenssjukdom.

Regeringen gav 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och sprida en modell riktad till kommuner och landsting för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom. Uppdraget redovisades i juni 2019 och modellen kan bidra till att personer med en demenssjukdom erbjuds rätt stöd och insatser vid rätt tidpunkt under hela sjukdomsförloppet.

Svenskt Demenscentrum, SDC, är ett nationellt kunskapscentrum och arbetar bland annat med att samla in, strukturera och sprida kunskap om demenssjukdomar. Regeringen har 2019 beviljat SDC medel för att ta fram en ny omarbetad basutbildning ”Demens ABC 2.0”, en ny webbplats samt för att vidareutveckla och sprida utbildningsmodellen Stjärnmärkt.

Regeringen har 2019 fortsatt bidragit till utvecklingen av kvalitetsregistret BPSD-registret (beteendemässiga störningar och psykologiska symtom vid demenssjukdom) och Svenska Demensregistret (SveDem).

Under 2019 har regeringen även fortsatt att stödja Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC).

Samordnad vård och omsorg

Under 2018 hade närmare 410 000 individer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. 60 procent av dessa är kvinnor i åldern 65 år eller äldre och 40 procent är män. Kommunal hälso- och sjukvård ges vanligtvis på ordinärt boende och en viss del ges i särskilda boenden. Eftersom den kommunala hälso- och sjukvården inte omfattar läkarinsatser har de flesta i denna grupp även behov av landstingets vård, vilket ställer krav på samverkan. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa genomförandet av den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. I sin delrapport ”På väg” konstaterar myndigheten att ett utvecklingsarbete har initierats på nationell, regional och lokal nivå och att kommuner och landsting framför allt har bedrivit utvecklingsarbete när det gäller utbildning av personalen, införande av nya rutiner och processer samt införande och utveckling av IT-system.

I mars 2018 beslutade regeringen att bevilja 12 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för att stödja samverkan och införande av nya rutiner och arbetssätt när det gäller den nya lagen (S2018/00359/FST). I sin redovisning till regeringen konstaterar SKL att samverkan mellan kommuner och landsting har förbättrats och att det pågår ett brett utvecklingsarbete i hela landet. Vidare framgår att medelvårdtiden som utskrivningsklar har minskat och att vården blivit mer jämlik.

I juli 2018 fick SKL även medel för att stödja användningen av samordnad individuell plan, s.k. SIP, som ska upprättas när det finns behov av att samordna en enskild persons insatser från kommun och landsting (2018/03724/FST). SKL konstaterar i sin rapport att satsningen har bidragit till att öka kunskapen om betydelsen av att upprätta en individuell plan för att åstadkomma bättre samverkan, men att mer arbete behövs för att

möta de ofta sammansatta behov som äldre kvinnor och män kan ha.

Regeringen gav i augusti 2018 utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) i tilläggsuppdrag att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. En delredovisning lämnades den 5 juni 2019 (S2019/03276/FS).

De flesta nöjda med hemtjänst och äldreboende

De flesta äldre är fortsatt nöjda med både hemtjänst och särskilt boende. Det framkommer av Öppna jämförelser 2018, Vård och omsorg av äldre (Socialstyrelsen 2019). Inom hemtjänsten uppger 89 procent av männen och 88 procent av kvinnorna att de är ganska eller mycket nöjda med insatsen. Skillnaderna mellan kommunerna är stora. I särskilt boende svarade 82 procent av kvinnorna och 81 procent av männen att de är nöjda.

Bemötande, förtroende och trygghet på oförändrad nivå

Andelen äldre som uppger att de både bemöts på ett bra sätt, känner förtroende för personal och upplever trygghet är 36 procent i ordinärt boende med hemtjänst och 38 procent i särskilt boende, vilket är oförändrat från föregående år. Kvinnor som bor i ordinärt boende med hemtjänst upplever minst förtroende och trygghet, 35 procent av kvinnorna svarar positivt på frågorna och 38 procent av männen. Inom särskilda boenden svarade 39 procent av kvinnorna och 38 procent av männen positivt på frågorna. Det är stor spridning mellan kommuner, andelen positiva svar varierar mellan 21 och 56 procent inom hemtjänsten och mellan 21 och 61 procent i särskilt boende (Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2018, Vård och omsorg av äldre (Socialstyrelsen 2019).

Personalkontinuitet och möjligheten att påverka

Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre. Personalkontinuitet innebär att den äldre, i största möjligaste mån, får vård och omsorg av samma personal. Öppna jämförelser visar att en äldre person med hemtjänst under en tvåveckorsperiod möter i genomsnitt 15 olika personer. Mätningen som genomförs en gång per år visar samma resultat som de senaste fem åren, men det har skett en gradvis försämring från 2007 då motsvarande siffra var 12. Siffran skiljer sig dock åt mellan kommunerna och varierar från 6 till 24 personer (Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre, Jämförelser mellan kommuner och län, Socialstyrelsen 2019).

Tabell 6.4 Personalkontinuitet inom hemtjänsten

Antalet hemtjänstpersonal som den enskilde möter under en 14-dagarsperiod

År	Personkontinuitet
2014	14,7
2015	14,6
2016	15,1
2017	15
2018	**15**

Inflytande och delaktighet är grundläggande faktorer för att den äldre ska kunna påverka sin livssituation och behålla sitt självbestämmande. Män upplever i något högre grad att det är möjligt att påverka hemtjänstens utförande, 53 procent, jämfört med 50 procent bland kvinnorna. I särskilt boende upplever 43 procent av männen och 42 procent av kvinnorna att de har inflytande i vården och omsorgen samt får tillräckligt med tid i utförandet. På riksnivå har det skett en förbättring jämfört med 2017, men det är stora skillnader mellan kommunerna (Öppna jämförelser 2018, Vård och omsorg av äldre Socialstyrelsen 2019).

Tillgänglighet särskilda boendeformer inklusive biståndsbedömt trygghetsboende

Väntetiden på att få flytta till ett särskilt boende för äldre har minskat. På riksnivå var antalet väntedagar i genomsnitt 53 dagar för de 219 kommuner som genomförde mätningen 2018. Det är en förbättring med tre dagar jämfört med året innan.

Tabell 6.5 Väntetid till särskilt boende för äldre

	2014	2015	2016	2017	2018
Antal dagar	**52**	**57**	**57**	**56**	**53**

2019 års bostadsmarknadsenkät från Boverket visar att 127 kommuner hade ett underskott på särskilda boendeformer för äldre, vilket är fler än i 2018 års undersökning. Sett över en femårsperiod har antalet kommuner som uppger att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre varierat från 109 till 127 (Boverkets bostadsmarknadsenkät 2019).

Tabell 6.6 Antal kommuner med ett underskott på särskilda boendeformer för äldre

2015	2016	2017	2018	2019
122	**109**	**125**	**116**	**127**

Antalet personer 80 år och äldre med beslut om särskilt boende har sett, över en tioårsperiod, minskat. Dagens utbud av särskilda boenden är främst anpassade för de äldre som har omfattande vårdbehov. Den 2 april 2019 trädde en ny bestämmelse i SoL i kraft som tydliggör kommunens möjlighet att inrätta biståndsbedömt trygghetsboende, en särskild boendeform, för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Målgruppen för denna boendeform utgörs av äldre som har ett vårdbehov som understiger heldygnsvård, men där kvarboende i det egna hemmet inte längre upplevs tryggt. Ett ytterligare syfte med insatsen är att bryta den isolering som många av de äldre som bor kvar hemma upplever.

Den 15 november 2016 trädde förordningen (2016:848) om ett nytt statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer i kraft. Stödet syftar till att öka antalet bostäder för äldre och därigenom förbättra tillgängligheten samt öka möjligheterna till gemenskap och trygghet för äldre personer. Det går att ansöka om stöd för att bygga bostäder enligt socialtjänstlagen, hyresbostäder för äldre på ordinarie bostadsmarknad samt för tillgänglighetsanpassningar. För 2018 avsattes 400 miljoner kronor och 2019 höjdes nivån till 700 miljoner kronor för att bland annat stimulera den nya boendeformen biståndsbedömt trygghetsboende. Under perioden från 2007, då investeringsstödet till äldrebostäder infördes, och fram till 2016 har stödet enligt Boverket bidragit till att drygt 12 700 bostäder i särskilt boende och ca 3 280 i trygghetsboenden tillkommit.

Sedan stödet för äldrebostäder trädde i kraft den 15 november 2016 hade det fram till april 2019 inkommit drygt 500 ansökningar om stöd, varav 264 av ansökningarna hade beviljats. Fram till april 2019 hade 115 av projekten färdigställts och utbetalts. Totalt utbetalt belopp var knappt 650 miljoner kronor fördelat på 2 500 lägenheter i särskilda boenden, 832 lägenheter för äldre på den ordinarie bostadsmarknaden och 64 projekt som avser tillgänglighet. Riskförebyggande åtgärder i särskilda boenden

Ett bra samarbete mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för trygg och säker vård och omsorg på det särskilda boendet. De åtgärder som vidtas för att förebygga risk för t.ex. fall och undernäring är en blandning av omsorgsinsatser och hälso- och sjukvård. Andelen kommuner som arbetar systematiskt med att identifiera och åtgärda risker för de boende har ökat från 56 procent 2017 till 61 procent 2018. Kvinnor och män får förebyggande åtgärder i lika hög utsträckning, enligt öppna jämförelser inom området vård och omsorg om äldre avseende 2018 (Öppna jämförelser 2018, vård och omsorg om äldre).

Personal och bemanning

Sveriges vanligaste yrke är undersköterska inom hemtjänsten, hemsjukvård eller på äldreboende. Yrket är starkt kvinnodominerat med 92 procent kvinnor. Andelen män, oavsett yrkeskategori, som arbetar i särskilda boendeformer för äldre har dock ökat från 8 till 11 procent mellan 2008 och 2017. Ökningen beror främst på att andelen utrikesfödda män har ökat inom verksamheten. Det råder dock alltjämt brist på utbildad personal inom äldreomsorgen. Efterfrågan på personer med vård- och omsorgsutbildning från gymnasiet beräknas att öka med drygt 65 procent fram till 2035 (Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2019, Socialstyrelsen).

Regeringen har under perioden 2015–2018 avsatt 7 miljarder kronor för ökad bemanning, i syfte att öka trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen. Satsningen har sedan starten finansierat omkring 5 000 årsarbetare enligt kommunernas redovisningar. Det är framför allt undersköterskor och vårdbiträden som är de stora grupperna, följt av sjuksköterskor och arbetsledare på verksamhetsnivå (Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen, Uppföljning av 2017 års medel, Socialstyrelsen). Statskontoret bedömer i sin slutrapport att satsningen har lett till ökade resurser i äldreomsorgen och att dessa har lett till en ökad bemanning nära de äldre (Ökad bemanning inom äldreomsorgen. En uppföljning av regeringens tillfälliga satsning 2015–2018. Slutrapport, Statskontoret 2019:5).

De aktiviteter som kommunerna har genomfört har bidragit till att öka kvaliteten i äldreomsorgen och till att öka tryggheten för de äldre, under den tid som satsningen pågick. Satsningen har under denna period också haft förutsättningar att bidra till bättre arbetsmiljö för personalen.

Myndigheten lyfter dock fram att satsningen inte har bidragit till ökad jämställdhet bland personalen, eftersom det inte specifikt har funnits några villkor eller kriterier som styr mot ökad jämställdhet.

Eftersom kommuner med större behov inom äldreomsorgen har kunnat rekvirera mer medel har satsningen också bidragit till att öka likvärdigheten mellan kommuner. Statskontoret ser inga indikatorer på att kommunerna har minskat sin egen tilldelning av medel till äldreomsorgen till följd av satsningen. Många kommuner upplever dock att det är svårt att hantera omställningen av personalresurser när satsningen avslutas.

Arbetsmiljön inom äldreomsorgen

Det finns betydande brister i arbetsmiljön för den kvinnodominerade äldreomsorgen. Med utgångspunkt från regeringens nationella arbetsmiljöstrategi 2016–2020 lämnades ett uppdrag till Arbetsmiljöverket att genomföra en tillsyn av arbetsmiljön inom äldreomsorgen. Syftet med den nationella tillsynen är att minska den höga sjukfrånvaron, antalet arbetssjukdomar, belastningsskador och olyckor. Tillsynen fortsätter under hela 2019 och totalt kommer omkring 200 arbetsgivares förebyggande arbetsmiljöarbete att inspekteras. Resultatet har hittills visat att många anställda upplever att arbetsbelastningen är för hög i förhållande till de resurser som finns, att tempot är högt och att tiden inte räcker till. Det finns inga uppgifter om eventuella skillnader om hur män och kvinnor upplever sin arbetssituation. Det finns ett stort behov av att förbättra det förebyggande arbetsmiljöarbetet inom äldreomsorgen och många av bristerna handlar om att arbetsgivaren inte har undersökt, riskbedömt och åtgärdat risker i arbetet. Arbetsmiljöverket har därför ställt krav på förbättringar i det förebyggande systematiska arbetsmiljöarbetet, vilket också innefattar den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. (Rapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen, 2019-02-22, Arbetsmiljöverket) Under 2019 kommer också Arbetsmiljöverket att träffa politiker i samtliga kommuner och landsting och informera om hur politiker kan hantera arbetsmiljöfrågor och hur arbetsmiljölagstiftningen fungerar (Arbetsmiljöverket informerar om arbetsmiljöansvar i kommuner och landsting, artikel på Arbetsmiljöverkets webbplats).

Skyddad yrkestitel för undersköterska

Regeringen beslutade i oktober 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen (dir. 2017:103).

Utredningen om reglering av yrket undersköterska lämnade den 29 april sitt slutbetänkande Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) med förslag om att den som har en undersköterskeexamen eller motsvarande kompetens efter ansökan ska få ett bevis om rätt att få använda denna yrkestitel på hälso- och sjukvårdens område, socialtjänstens område eller enligt LSS. Socialstyrelsen föreslås vara behörig myndighet för det reglerade yrket undersköterska och en statlig myndighet föreslås få i uppdrag att inledningsvis validera de som redan arbetar inom yrket. Det finns i dag drygt 180 000 yrkesverksamma undersköterskor, bland dem många personer som har arbetat länge inom yrket och som har varierande utbildningsbakgrund. Den kunskap och kompetens som dessa har erhållit ska kunna valideras för att inventera om yrkesutövaren behöver komplettera med ytterliga kurser för att uppnå de nya kraven. Utredningen har remissbehandlats och bereds vidare inom Regeringskansliet.

Förenklat beslutsfattande om hemtjänst

Den 1 juli 2018 trädde en ny bestämmelse i SoL i kraft med innebörden att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer i syfte att stärka självbestämmande, delaktighet och medinflytande för äldre när det gäller insatsernas utförande. Kommunerna ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet och värdegrund enligt 3 kap. 3 § respektive 5 kap. 4 § SoL. I augusti 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att närmare analysera och ge förslag på hur kommunerna på lämpligt sätt ska redovisa uppgifter till Socialstyrelsen, så att det blir möjligt att följa upp de insatser som beviljats genom förenklat beslutsfattande.

Stor variation av fallolyckor mellan kommuner

Antalet fallolyckor bland äldre har ökat de senaste tio åren. Mellan 2008 och 2017 dog 9 500 personer till följd av fallolyckor, varav 8 600 var äldre än 65 år. Av de som är äldre än 65 år var 49 procent kvinnor och 51 procent män. Under 2017 dog fler än 1 000 personer i befolkningen av ett

fall, varav 52 procent var män och 48 procent var kvinnor.

Under 2017 vårdades 30 000 kvinnor och 17 200 män över 65 år på sjukhus efter ett fall. Det är en minskning från förra året. Fler kvinnor än män behöver söka vård efter sina skador vid fall, men samtidigt är det fler män än kvinnor som avlider av sina skador vid fall. Rädsla för att falla upplevs av många som en stor störning i vardagen för många äldre personer.

I öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2018 framkommer att variationen är stor mellan kommunerna. Lägst antal inrapporterade fallolyckor bland personer som är 80 år eller äldre är 33 personer per 1 000 invånare, medan de med högst antal fallolyckor redovisar 83 personer per 1 000 invånare. Variationen mellan kommunerna tyder på att det finns möjlighet att minska antalet fallolyckor om man arbetar systematiskt med fallpreventiva åtgärder.

Socialstyrelsen har i fortsatt uppdrag att ta fram och tillgängliggöra ett samlat stöd till hälso- och sjukvården och sociala omsorgen kring fallprevention, och att i dialog med Sveriges Kommuner och landsting genomföra en utbildningssatsning riktad till äldre om hur äldre själva kan skydda sig mot fallolyckor. En utvärdering av utbildningssatsningen visar ökad kunskap om fallolyckor i den äldre gruppen, 75 till 84 år.

Även Livsmedelsverket har fortsatt uppdrag att ta fram och sprida kunskapsstöd om livsmedel som fallprevention till personal och chefer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt informationsmaterial riktat till äldre kvinnor och män. Undernäring ökar risken för fall. I Livsmedelsverkets delredovisning framkommer att många äldre är undernärda eller riskerar att bli undernärda i både särskilt boende och i ordinärt boende.

Fortsatt olämplig läkemedelsförskrivning till äldre

Användning av många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordination. Samtidig användning av tio eller fler preparat av en person bör betraktas som en signal om att det kan finnas läkemedel som används utan eller med oklar indikation och att det finns risker med behandlingen. Av de som är 75 år eller äldre och har förskrivna läkemedel har nästan 24 procent tio eller fler preparat i ordinärt boende och motsvarande andel i särskilt boende är 30 procent. I ordinärt boende har något större andel kvinnor fler än tio preparat (drygt 24 procent jämfört med knappt 23 procent för män) medan i särskilt boende har männen i större utsträckning tio eller fler preparat (32 procent jämfört med drygt 30 procent för kvinnor). Förskrivningen av tio eller fler läkemedel till personer som är 75 år eller äldre har dock minskat under föregående år. Drygt tio procent av personer som är 75 år eller äldre och som har hemtjänst har en förskrivning av med minst ett av fyra olämpliga läkemedel, vilket är en marginell ökning sen förra året. Kvinnor förskrivs olämpliga läkemedel i större utsträckning än män. Andelen kvinnor som är 75 år eller äldre och som har hemtjänst och som förskrivs olämpliga läkemedel är 11 procent, jämfört med att knappt 10 procent av männen i samma kategori förskrivs olämpliga läkemedel.

Skillnaderna mellan kommunerna är fortsatt stora både vad gäller förskrivning av tio preparat eller fler, eller förskrivning av olämpliga läkemedel. När det gäller förskrivning av tio eller fler preparat till en enskild person på särskilt boende varierar det mellan 2 procent och drygt 58 procent. När det gäller förskrivning av olämpliga läkemedel på särskilt boende varierar det mellan 0 procent och knappt 23 procent (Öppna jämförelser 2018, vård och omsorg om äldre).

Individ- och familjeomsorg

Den sociala barn- och ungdomsvården

Utvecklingen av placerade barn och unga

År 2018 fick 38 800 barn och unga någon gång under året vård enligt socialtjänstlagen (SoL) eller insatser enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Från och med 2018 ingår även asylsökande i statistiken. Eftersom dessa inte ingick tidigare kan statistiken inte jämföras med tidigare år. Även information om barnet varit ensamkommande samlas nu in.

Den vanligaste placeringsformen är familjehem. Av de 38 800 barn och unga som någon gång fick en insats under 2018 blev 23 100 placerade i familjehem. Av dessa var drygt 60 procent pojkar och 40 procent flickor. Den näst vanligaste placeringsformen var hem för vård eller boende ca 30 procent varav 77 procent var pojkar och 23 procent var flickor. Pojkar är i majoritet inom samtliga placeringsformer, störst skillnad var inom stödboende där 86 procent var pojkar. Det är framför allt barn över 15 år som får en

heldygnsinsats inom socialtjänsten. Bland ensamkommande barn och unga var HVB den vanligaste placeringsformen (Socialstyrelsens faktablad, Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018).

Majoriteten (77 procent) av de heldygnsinsatser som gavs var beslutade enligt 4 kap. 1§ SoL och 23 procent LVU heldygnsinsatser enligt 2 eller 3 § LVU alternativt beslut om omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU. I december 2018 fanns det 358 offentligt drivna HVB för barn och unga upp till 21 år registrerade i IVO:s omsorgsregister, medan antalet privata verksamheter var 672. Sammantaget fanns det 12 364 vårdplatser, varav 49 procent var avsedda för ensamkommande barn och unga.

Omställning för kommunerna

I kommunerna har det skett stora omställningar i verksamheter för ensamkommande barn och unga till följd av ett minskat antal asylsökande ensamkommande barn, ändrade regelverk och förändrat ersättningssystem (Individ- och familjeomsorg, Socialstyrelsens lägesrapport 2019). Såväl antalet HVB som antalet vårdplatser för ensamkommande barn och unga har nästan halverats under 2018. Antalet platser för ensamkommande barn och unga i stödboenden var 6 641 i december 2018 och platsantalet hade minskat med 8 procent under året. Det finns ett stort antal ensamkommande barn inom familjehemsvården och en stor andel av de yngre barnen och flickor placeras i s.k. nätverkshem (Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2019, Socialstyrelsen)

Öppenvårdsinsatser varierar

Öppenvårdsinsatser inom den sociala barn- och ungdomsvården kan variera i sin utformning. Det kan handla om stöd för att förebygga psykosociala svårigheter längre fram eller rikta sig till en viss målgrupp utifrån en redan identifierad och påtaglig problematik. Insatsen är oftast frivillig och kan riktas direkt till barnet eller den unge eller till vårdnadshavare utifrån tanken att insatsen därigenom gynnar barnet. Den 1 november 2018 hade knappt 32 600 barn och unga (flickor och pojkar) minst en behovsprövad öppenvårdsinsats vilket är en ökning med drygt 1 200 personer sedan 2017. Barn och unga som fått insatser i form av strukturerade öppenvårdsprogram någon gång under 2018 har ökat under perioden, från knappt 8 600 till drygt 17 100 (flickor 7 347 och pojkar 9 484). Även de som fått personligt stöd har ökat från 22 800 till 34 397 (flickor 14 526 och pojkar 18 119) däremot har barn och unga med kontaktperson/familj minskat (Socialstyrelsens Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018).

Insatser för att främja kompetens och stabilitet samt kvalitetsutveckling

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 och 2019 stödja huvudmän samt yrkesverksamma inom den sociala barn- och ungdomsvården genom insatser för att främja kompetens och stabilitet samt kvalitetsutveckling inom området (S2018/00535/FST). Socialstyrelsen har tilldelats 18 miljoner kronor 2018 och 30 miljoner 2019 för uppdragets genomförande.

Av delredovisningen som publicerades i mars 2018 framgår bl. a. att Socialstyrelsen inom ramen för uppdraget kommer att ta fram verktyg till stöd för familjehemsplacerade barn, deras föräldrar och till familjehemmen vid umgänge med ursprungsfamiljen i syfte att bidra till att utveckla socialtjänstens arbete vid familjehemsplaceringar. Socialstyrelsen ska även genomföra en kartläggning och analys av orosanmälningar för att få bättre kunskap om antalet anmälningar, vilka som anmäler och vad anmälan leder till.

En del i uppdraget är att ta fram och utveckla ett nationellt stöd i handläggningen av ärenden där barn eller ungdomar misstänks för att ha begått brott samt i bedömningen av risk- och skyddsfaktorer runt normbrytande beteende. Inom uppdraget kommer också en fortsatt uppföljning av sociala insatsgrupper att genomföras. Ytterligare en aktivitet är att stödja socialtjänsten i handläggning och dokumentation samt att bidra till introduktionsutbildning. En slutredovisning ska ske senast den 31 mars 2020.

Sökbara orosanmälningar utreds

För att stärka barns skydd gav regeringen 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna för socialtjänstens behandling av personuppgifter vid anmälningar om misstanke om att barn far illa eller riskerar fara illa som inte leder till utredning. I uppdraget ingick att lämna förslag på de författningsändringar som är nödvändiga för att hålla sådana anmälningar sökbara. I redovisningen av uppdraget konstaterar Socialstyrelsen att reglerna är svårtolkade och att det behövs tydligare regler för att socialnämnden ska kunna hålla anmälningar som inte lett till utredning ordnade på ett sökbart sätt (S2019/02544/FST). I redovisningen presenterar Socialstyrelsen även författningsförslag som

innebär att uppgifter om anmälan som gäller barn som inte leder till utredning samt uppgifter om bedömning av behovet av omedelbart skydd och beslut att inte inleda utredning om ett barn ska kunna sammanställas på ett sökbart sätt.

Stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården

Regeringen har under 2016–2020 avsatt medel för stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården (S2016/04469/FST). Medelstilldelningen omfattar sammanlagt 360 miljoner kronor per år under perioden 2017–2019, samt 150 miljoner kronor 2020. Medlen för att stärka bemanningen och till kompetens- och kvalitetsutveckling syftar till att stärka både verksamheten och förutsättningarna för de flickor och pojkar som befinner sig i den sociala barn- och ungdomsvården. Medlen förväntas också kunna bidra till en bättre arbetsmiljö för de kvinnor som är i majoritet bland personalen. Slutredovisningen ska lämnas till Regeringskansliet senast den 1 juni 2021.

År 2018 har 285 kommuner rekvirerat sammantaget 360 miljoner kronor, vilket är något färre än 2017 då 290 kommuner rekvirerade medel. Omkring 60 procent av statsbidraget har använts till att anställa fler socialsekreterare, 22 procent till att anställa administratörer och 18 procent till att anställa arbetsledare.

Merparten av kommunerna anser att satsningen bidragit till en bättre arbetssituation för personalen i verksamheterna samt kvalitetsutveckling av verksamheten. Personalen upplever en högre grad av trygghet, trivsel och minskad stress. Kommuner vittnar om en stabilare personalsituation med fler tjänster, ökat antal tillsvidareanställningar och att det har blivit lättare att behålla personal (Stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården, redovisning av 2018 års statsbidrag Socialstyrelsen).

Kompetensförsörjningen i socialtjänstens barn- och ungdomsvård

De senaste åren har kompetensförsörjningen varit en utmaning i socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att andelen anställda handläggare med socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet av socialt arbete med barnutredningar har minskat något från 78 procent 2018 till 75 procent 2019 medan handläggare med minst tre års erfarenhet av barnutredningar däremot har ökat något från 57 procent till 59 procent och handläggare med mer än fem års erfarenhet av barnutredningar har ökat från 34 procent till 36 procent.

Andelen konsulthandläggare (årsarbete) inom social barn- och ungdomsvård den 1 februari 2019 var 3,4 procent vilket är en minskning från 5,8 procent samma tid 2018.

Resultatet är en förbättring jämfört med året innan. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2019 framgår att det finns tecken på stabilitet men samtidigt en viss oro inom verksamhetsområdet. Kommunerna vittnar om en fortsatt ansträngd situation med ett stort antal inkommande ärenden samt svårigheter att rekrytera personal, särskilt socialsekreterare.

Insatser för barn och unga med psykisk ohälsa

Undersökningar visar att psykisk ohälsa bland barn och unga, både flickor och pojkar, ökar i Sverige. De barn och unga som är i behov av insatser från socialtjänsten tillhör i många fall de mest sårbara och utsatta i vårt samhälle.

Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 100 miljoner kronor årligen i statsbidrag till kommuner under 2018–2020 för att stärka socialtjänstens insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. (S2018/00368/FST). Av delredovisningen av 2018 års statsbidrag för att stärka insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa framgick att 259 kommuner rekvirerat medel. Av det totala statsbidraget betalades i princip samtliga medel ut till kommunerna. Enligt Socialstyrelsen har en stor andel av kommunerna använt medlen till att stärka socialtjänstens insatser till barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, för att stärka samverkan mellan kommunernas egna verksamheter och för kompetensutveckling. Ungas psykiska hälsa beskrivs även i UO 17, Kap. 14 Ungdomspolitik.

Sammansatta vårdbehov hos barn och unga i HVB

Regeringen gav 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och behov av hälso- och sjukvård, främst psykiatri (S2016/07779/RS).

I sin redovisning av uppdraget konstaterar Socialstyrelsen att barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU mycket ofta har psykiatriska vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt som de sociala vårdbehoven. Av en undersökning som Socialstyrelsen genomfört vid

Statens institutionsstyrelse (SiS) framgår bl.a. att ca 70 procent av barnen och de unga hade en psykiatrisk diagnos och att 40 procent av barnen och de unga hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. I redovisningen framhåller Socialstyrelsen att det finns behov av olika typer av specialiserade HVB som möter barnens och de ungas samlade vårdbehov (S2019/00643/FST).

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram en vägledning som stöd till huvudmän och verksamheter avseende ansvarsfördelningen vid samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa (S2019/00621/FST). Syftet med det vägledande stödet är att underlätta för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att tolka bestämmelserna om ansvar för vård, omsorg och samverkan gällande placerade barn och unga med psykisk ohälsa.

Utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser

Under våren 2017 gav regeringen Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser.

Under våren 2018 bjöds lokala aktörer in för att delta i satsningen. Inom ramen för uppdraget pågår 40 lokala utvecklingsarbeten med geografisk spridning över landet, med erbjudande om att få stöd och att ingå i fem olika nätverk. Därutöver deltar 16 av de lokala utvecklingsarbeten i sex dagars uppdragsutbildning i praktisk samverkan, som anordnas av Karlstad universitet, Lunds universitet, Umeå universitet och Högskolan i Väst.

Under 2018 har 10 miljoner kronor avsats för ändamålet från anslag 4:7 socialt arbete samt 10 miljoner kronor från anslag 1:5 inom utgiftsområde UO 16. En slutredovisning med resultatet av uppföljningen, utvärderingen och hur slutsatserna av arbetet har spridits ska lämnas till Regeringskansliet senast den 31 januari 2021.

Placerade barns skolgång

Skolframgång är enligt forskningen en av de viktigaste skyddsfaktorerna. År 2016 hade 38 procent av 20-åringarna som varit placerade under hela årskurs nio slutfört treårig gymnasieutbildning (inklusive de som har examensbevis och studiebevis). Motsvarande andel bland övriga jämnåriga var 74,5 procent. Något fler flickor än pojkar som var placerade avslutar gymnasiet. Resultatet har sett ungefär likadant ut de senaste tio åren (Socialstyrelsens Öppna jämförelser 2018 – placerades barns utbildning och hälsa).

Utvecklingen inom den statligt bedrivna ungdomsvården

Det är fortsatt stor efterfråga på platser hos Statens institutionsstyrelse (SiS) och kö för placering av pojkar. Det finns idag 23 särskilda ungdomshem. Inför 2018 beslutade SiS om totalt 717 platser, vilket var en minskning med 40 platser eller 5 procent jämfört med året innan. Neddragningen berodde bl.a. på renoveringsbehov och att myndigheten har påbörjat flera byggprojekt för att ytterligare öka kapaciteten. Parallellt med denna utbyggnad har andra avdelningar stängts ned pga. brister i brandsäkerhet, vandalisering m.m.

Av de beslutade platserna var 659 till för vård enligt LVU, varav 31 procent för flickor, 66 procent för pojkar och 3 procent för både pojkar och flickor. För ungdomar i sluten ungdomsvård fanns 58 platser avsatta.

Antalet fakturerade vårddygn på institution minskade till 217 000 år 2018, en minskning med ca 1,3 procent jämfört med året innan.

Antalet vårddygn inom den slutna ungdomsvården (LSU) har ökat med över 9 procent jämfört med föregående år vilket i huvudsak beror på fler domar. Genomsnittligt antal vårdade ungdomar inom den slutna ungdomsvården uppgick till 63, vilket är 6 personer fler än under 2017. Vårddygnskostnaden har ökat med 2 procent.

Under 2018 har antalet utskrivningar ökat något i förhållande till 2017. Vårdtiden har minskat marginellt under 2018 men är fortsatt hög i förhållande till nivåerna åren 2014–2016. Det är framför allt pojkarnas vårdtid som har ökat medan flickornas är relativt stabil över tid.

SiS utmaningar

SiS har under året arbetat med fortsatt utbyggnad för fler tillgängliga platser, utveckling av behandlingsinnehåll, förstärkt samverkan med socialtjänsten, fler schemalagda timmar i SiS skola, fler vuxna som går vidare till placering i öppen form och ett antal slutrapporterade regeringsuppdrag.

SiS verksamhet har dock under senare år präglats av stora förändringar. Detta gäller framför allt den kraftiga ökningen i efterfrågan på vård. Detta har ställt myndigheten inför betydande utmaningar. Samtliga barn och unga som väntar på en akut placering ska enligt lag kunna

beredas plats omgående. Att öka antalet vårdplatser kräver åtgärder avseende bl.a. lokaler och förmågan att behålla, rekrytera och utbilda personal. Frågor om rekrytering och utbildning är av särskild vikt då personalens kompetens är av grundläggande betydelse för vårdens kvalitet. Den höga efterfrågan på vård har också inneburit hög beläggning vilket i sin tur inverkat på möjligheterna att anvisa plats och differentiera vården efter barnet, den unges eller klientens behov. Den höga beläggningen har också påverkat arbetsmiljön på hemmen.

Utvecklingsarbete inom SiS
För att stärka SiS förmåga att erbjuda ungdomar målgruppsspecifika insatser har en rad utvecklingsarbeten genomförts under 2018. Utvecklingsprojektet SiS Ungdomsvård 2020, syftar till att stärka arbetet mot en mer kunskapsbaserad och differentierad institutionsvård. Under 2018 har SiS inom ramen för projektet planerat och förberett två pilotprojekt med start 2019. Det ena omfattar fem ungdomshem där SiS ska pröva ett nytt arbetssätt som innebär att ett tvärprofessionellt bedömningsteam tidigt under akutvistelsen kartlägger och bedömer ungdomarnas behov. Det andra projektet syftar till att bättre kunna möta behoven hos kraftigt utagerande ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och eventuell annan psykisk samsjuklighet (SiS Årsredovisning 2018).

Stärkt rättssäkerhet på SiS-hem
Den 1 oktober 2018 trädde lagändringar i LVU, LSU och LVM i kraft för stärkt rättssäkerhet vid genomförande av särskilda befogenheter på särskilda ungdomshem och LVM-hem. Lagändringarna syftar till att öka rättssäkerheten, delaktigheten, tryggheten och säkerheten vid de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen (prop. 2017/18:169). Myndigheten tog fram riktlinjer, samt utbildnings- och informationsinsatser inför ikraftträdandet.

En förändring vid de särskilda ungdomshemmen är att den maximala tiden för att hålla någon i avskildhet kortats från 24 timmar till fyra timmar. Ett förstärkt rättighetsperspektiv kommer också till uttryck genom att en läkare eller sjuksköterska ska yttra sig över beslut om att ett barn eller ungdom ska hållas i avskildhet.

Inom ungdomsvården har det totala antalet beslut rörande de särskilda befogenheterna som fattats med stöd av LVU ökat under de senaste åren. Ökningen har fortsatt, men har planat ut 2018 (SiS Årsredovisning 2018).

Svårigheter som uppmärksammats av tillsynsmyndigheter
Tillsynsmyndigheterna Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Justitieombudsmannen (JO) har i sina inspektioner vid SiS noterat bl.a. bristande kompetens och bemanning, brister i vårdinnehåll, avsaknad av rutiner, lokaler i dåligt skick, bristande säkerhet, dåligt bemötande av personalen gentemot ungdomarna, svag samverkan med socialnämnden m.m. SiS har vidtagit åtgärder och IVO har avslutat vissa ärenden. SiS har också valt att stänga en avdelning efter återkommande kritik från JO:s Opcat enhet.

Nationellt kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga
År 2017 fick Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Uppdraget sträcker sig till och med den 31 december 2020. Under 2018 erhöll Socialstyrelsen 5 miljoner kronor för ändamålet. (S2017/01863FST).

Under 2018 tog kunskapscentrumet bl.a. fram stöd för kommunerna att ha beredskap när unga får uppehållstillstånd enligt den nya möjligheten till uppehållstillstånd för vissa ensamkommande unga i lagen (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. Kunskapscentrumet har också fortsatt med dialogmöten med myndigheter, barnrättsorganisationer, civilsamhället och forskarsamhället för att få aktuell information om läget för målgruppen (Kunskapscentrum för ensamkommande barn, Delredovisning 2018, Socialstyrelsen). Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet senast den 31 mars 2021.

Ekonomiskt bistånd
Enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen har den som inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Biståndet ska tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att den stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Antalet biståndsmottagare liksom utbetalningarna har legat relativt stabilt de senaste åren. Utbetalningarna uppgick till 10,7 miljarder kronor under 2017. Antalet personer (barn och vuxna)

som någon gång under året tagit emot ekonomiskt bistånd uppgick 2017 till ca 407 000 (4,1 procent av befolkningen). Fördelningen mellan män och kvinnor är relativt jämn (3,6 procent av samtliga män och 3,2 procent av samtliga kvinnor). Antalet barn som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd uppgick till 143 000 (6,8 procent av samtliga barn). (Socialstyrelsen Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2017.)

Andelen biståndsmottagare i befolkningen varierar i kommunerna, mellan elva och en procent av befolkningen.

Ekonomiskt bistånd är det yttersta skyddsnätet inom det sociala trygghetssystemet och är avsett att vara ett tillfälligt stöd vid akuta försörjningskriser. Andelen långvariga biståndsmottagare (10 månader eller mer per kalenderår) av samtliga mottagare av ekonomiskt bistånd har dock visat en uppgående trend sedan lång tid och nådde en topp på 40 procent under 2012. Därefter har andelen minskat och uppgick under 2017 till 35 procent.

Arbetslöshet vanligaste orsaken till behov av försörjningsstöd

Enligt Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål för ekonomiskt bistånd är arbetslöshet den mest förekommande orsaken till behovet av ekonomiskt bistånd.

År 2017 hade 54 procent av biståndsmottagarna arbetslösrelaterade försörjningshinder. Av dessa saknade bl.a. 42 procent arbetslöshetsersättning, 18 procent hade otillräcklig arbetslöshetsersättning medan 7 procent hade otillräcklig etableringsersättning. Försörjningshinder av sociala skäl var näst vanligast och stod för 14 procent. Att vara sjukskriven med läkarintyg var det tredje vanligast förekommande hindret med tio procent. Med sociala skäl menas att personen saknar arbetsförmåga och är i behov av t.ex. arbetsträning eller annan social eller medicinsk rehabilitering. Majoriteten, 80 procent, av dem som var sjukskrivna med läkarintyg saknade sjukpenning. Endast ca tre procent av biståndsmottagarna hade arbete, men otillräcklig arbetsinkomst för att klara sin försörjning.

Det är vanligare med arbetslöshet som försörjningshinder bland män (56 procent av samtliga män med ekonomiskt bistånd) än bland kvinnor (45 procent). Motsatt gäller sjukdom som är mer förekommande försörjningshinder för kvinnor (12 procent) än för män (8 procent). Bland unga kvinnor och män var arbetslöshet betydligt vanligare som försörjningshinder än bland de äldre. Bland utrikes födda var arbetslöshet vanligare som försörjningshinder än bland inrikes födda. Skillnaderna i biståndsmottagande är stora mellan både kommuner och mellan stadsdelar.

Samverkan med Arbetsförmedlingen viktig

För att öka kvinnors och mäns möjligheter att få rätt insatser behövs samverkan. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2019 framgår att antalet kommuner som har formaliserad samverkan i enskilda ärenden med Arbetsförmedlingen ökat något efter ett par års nedgång och uppgick 2019 till 48 procent av kommunerna.

Det ekonomiska biståndet ska stärka den enskildes förmåga till självständigt liv. Den som kan arbeta ska enligt socialtjänstlagen stå till arbetsmarknadens förfogande för att ha rätt till försörjningsstöd. Det kan innebära att vara inskriven hos Arbetsförmedlingen, att vara aktivt arbetssökande, delta i Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska program och vid behov delta i grundutbildning i svenska. Av resultatet från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2019 framgår att 35 procent av kommunerna erbjuder alla arbetslösa personer mellan 18 och 24 år någon arbetsmarknadsinsats, vilket är en ökning jämfört med 2018. För personer över 24 år är motsvarande uppgift 30 procent 2019, vilket också var en ökning jämfört med 2018.

Inom Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) pågår flera forskningsprojekt som rör kommunal arbetsmarknadspolitik och dess effekter. Utbudet och omfattningen varierar mycket mellan kommunerna. Antalet deltagare i kommunala program motsvarade år 2016 ca en femtedel av antalet deltagare i Arbetsförmedlingens program.

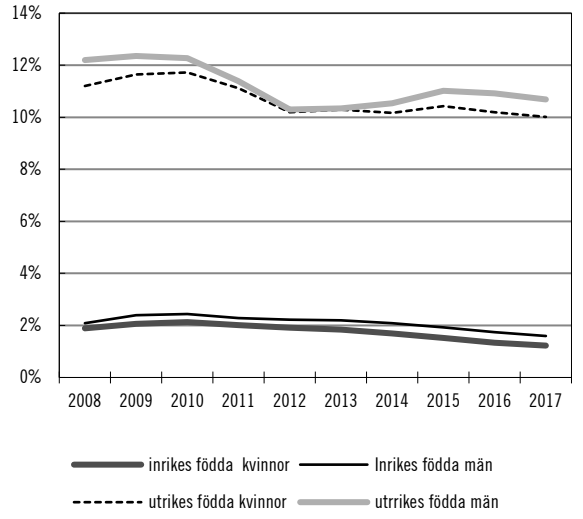
Kostnaderna för dessa insatser uppgick under 2018 till ca 5 miljarder kronor netto (SCB Räkenskapssammandrag). Kunskapen om effekterna av dessa insatser är dock bristfällig. Socialstyrelsens arbete med att utveckla officiell statistik över arbetsbefrämjande insatser och orsaker till avslut av dessa insatser kommer att kunna underlätta en systematisk uppföljning av kommunernas insatser till biståndsmottagare.

I slutbetänkande av Arbetsmarknadsutredningen Effektivt, tydligt och träffsäkert (SOU 2019:3) föreslås bl.a. en tydligare ansvarsfördelning mellan stat och kommun vad gäller arbetsmarknadsinsatser. Överlappningen mellan det statliga ansvaret och kommunernas befogenhet

ska minska. Vidare föreslås att samordning kring den enskilde bör ske regelmässigt vid planeringen av stödet till de personer som har behov av stöd från Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Sådan samordning föreslås ske genom en samordnad individuell plan.

Jämställdhetsperspektiv inom ekonomiskt bistånd
Biståndsmottagande är något högre bland män än kvinnor. Skillnaderna är dock betydligt större mellan inrikes och utrikes födda än mellan könen. Bland utrikes födda uppgick andelen biståndsmottagare (i relation till befolkningsgruppen storlek) till knappt elva procent under 2018 och bland inrikes födda uppgick den till knappt två procent. Andelen biståndsmottagare bland utrikes födda kvinnor är drygt en procentenhet högre än bland utrikes födda män (Socialstyrelsen Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2017.)

Diagram 6.1 Andel vuxna biståndsmottagare i befolkningen fördelat på inrikes och utrikes födda kvinnor respektive män



Källa: Socialstyrelsen

Få kommuner har rutiner för att förhindra vräkning
Allt fler kommuner har skriftliga och beslutade överenskommelser med bostadsföretag och hyresvärdar (40 procent 2019). Däremot har fyra av fem kommuner inte en aktuell rutin för att förhindra att barnfamiljer med hyresskuld avhyses. (Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2019 Ekonomiskt bistånd.)

Missbruks- och beroendevården

Utvecklingen av socialtjänstens missbruks- och beroendevård
I den nationella strategin för alkohol-, narkotika-doping- och tobakspolitiken den s.k. ANDT-strategin som avser perioden 2016–2020 är ett av de långsiktiga målen att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål 5).

Av statistik från Socialstyrelsen framgår att tillgängligheten till vård och stöd inom socialtjänsten är relativt oförändrad de senaste tre åren. Heldygnsvården har dock minskat medan öppna insatser och boendeinsatser har ökat i omfattning. Den vanligaste insatsen inom socialtjänsten för både kvinnor och män är individuellt behovsprövade öppna insatser, följt av boende som bistånd. Knappt 11 300 personer fick någon form av öppen insats den 1 november 2018 vilket är 400 fler än 2017. Könsfördelningen har varit två tredjedelar män och en tredjedel kvinnor under de senaste åren. Drygt 2 000 personer fick heldygnsvård under 2018 (mätdatum 1 november 2018) vilket är 500 färre än 2017. Av all heldygnsvård (såväl frivillig som tvångsvård) gavs 75 procent till män och 25 procent till kvinnor. Vid samma tidpunkt beviljades 6 200 personer boendeinsatser, varav ca 75 procent till män och 25 procent till kvinnor. Det är ca 100 personer fler än förra året. (Socialstyrelsens statistikrapporter 2019). Se vidare utgiftsområde 9 avsnitt 4 Folkhälsa.

Statligt bedriven missbruksvård
Den statliga missbruksvården bedrivs på 11 LVM-hem och inför 2018 beslutade SiS om totalt 388 platser, vilket är en ökning med 5 platser. Av de 388 platserna var ca 30 procent särskilt avsatta för kvinnor och ca 70 procent särskilt avsatta för män. Den 1 november 2018 tvångsvårdades 304 personer enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), varav 30 procent var kvinnor. Totalt sett var det en minskning med 18 procent jämfört med 2017. Även antalet utskrivna personer minskade. Huvuddelen av klienterna skrivs ut till fortsatt vård på HVB eller till eget boende.

De kvinnor och män som placeras på LVM-hemmen är en grupp vars samsjuklighet ofta är omfattande. För att i viss mån kunna möta de komplexa behov som dessa kvinnor och män har finns sjuksköterskor och psykologer anställda samt tillgång till läkare varje vecka. Hälso- och

sjukvårdspersonalen ingår även i verksamhetens olika behandlingsteam.

SiS tog under året emot 68 rapporter enligt Lex Sarah inom missbruksvården. Av de rapporterade händelserna bedömdes 27 som missförhållanden varav 15 som allvarliga missförhållanden, vilket är en betydande ökning jämfört med föregående år.

Av klienterna uppgav dock 94 procent att de känt sig trygga under tiden de varit på institutionen vilket är i ungefär samma nivå som tidigare år. (SiS årsrapport 2018).

Tillgänglighet till vård utvecklas både positivt och negativt

När det gäller att få tillgång till kommunens missbruks- och beroendevård redovisar Socialstyrelsen uppgifter om genomsnittstid innan en enskild får tid för ett personligt besök (nybesök) efter att denne tagit en första kontakt med socialtjänsten. Utvecklingen är både positiv och negativ visar uppgifterna från Socialstyrelsen.

För ca 51 procent av kommunerna tar det fyra–sju dagar 2019 att erbjuda ett nybesök vilket är en lägre andel jämfört med 61 procent året innan, 22 procent uppger mellan 8–14 dagar vilket är en högre andel jämfört med 17 procent 2018. För 18 procent av kommunerna tar det endast tre dagar innan en enskild person får tid för ett personligt besök, vilket kan jämföras med 13 procent året innan. (Statistikbearbetning av Socialstyrelsen, statistiken finns ej könsuppdelad). Se vidare utgiftsområde 9 avsnitt 4 Folkhälsa.

Samverkan ett fortsatt utvecklingsområde

IVO konstaterar att samma problematik som tidigare år kvarstår – att samverkan mellan huvudmännen, landstingen och kommunerna fortfarande behöver förbättras. Det påverkar vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblematik negativt. I synnerhet drabbas de som har ett missbruk och samtidig psykisk ohälsa, eftersom de ofta har behov av vård och behandling från flera aktörer samtidigt (IVO:s tillsynsrapport, 2018).

Socialstyrelsen fick 2018 i uppdrag att kartlägga förekomsten av samsjuklighet som består av psykisk ohälsa och beroendeproblematik (S2018/04564). Socialstyrelsen ska i detta sammanhang analysera hur samverkan mellan verksamheter fungerar och hur denna samverkan påverkar förutsättningarna för god vård och omsorg. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 30 november 2019.

I februari 2019 rapporterade 47 procent av landets kommuner till Socialstyrelsens öppna jämförelser att de fanns en aktuell överenskommelse om enskilda personer med landstinget, vilket är 18 procentenheter färre än året innan (64 procent 2018 och 57 procent 2017) Överenskommelserna innehåller gemensamma mål, en resurs- och ansvarsfördelning och rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal. Öppna jämförelserna påvisar här en kraftig minskning.

Att erbjuda möjligheten för den enskilde att få en samordnad individuell plan (SIP) vid samsjuklighet förbättrar möjligheterna till samverkan. Det är 50 procent av kommunerna som 2019 rapporterar att de har rutiner för att delge information om denna möjlighet. Detta är en liten positiv ökning jämfört med 2018 då andelen var 47 procent. IVO konstaterar i sin tillsynsrapport 2018 att ansvariga inte alltid upprättar en SIP, trots att personen har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och lyfter fram det som ett fortsatt utvecklingsområde.

Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk

Ungefär två procent av Sveriges befolkning i åldern 18–84 år beräknas ha spelproblem vilket motsvarar ca 134 000 personer och av dessa bedöms 30 000 ha allvarliga spelproblem. Under 2011–2017 vårdades 3 633 personer med diagnosen spelberoende, varav 2 820 män (78 procent) och 813 kvinnor (22 procent). Av de kvinnor som vårdats för spelberoende var 43 procent över 45 år medan motsvarande andel för männen var 25 procent (Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2019 Socialstyrelsen).

Från och med januari 2018 samverkar kommuner och landsting om personer som missbrukar spel om pengar, på samma sätt som vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. På Kunskapsguiden finns ett omfattande kunskapsstöd om spelproblem till stöd för huvudmännen.

Hemlöshet

Enligt 2019 års Bostadsmarknadsenkät från Boverket bedömer 240 av landets 290 kommuner att det råder underskott på bostäder på marknaden, vilket är en minskning med 3 kommuner på ett år

respektive 15 kommuner på två år. Vid brist på bostäder söker sig personer i allt större utsträckning till socialtjänsten för att få hjälp att lösa sin bostadssituation när de inte själva klarar det. Socialtjänstens främsta ansvar är att tillhandahålla olika typer av stödjande insatser som motverkar hemlöshet och avhysning.

Drygt 14 500 personer fick insatsen bistånd som avser boende enligt socialtjänstlagen (boendeinsatser) den 1 november 2017, vilket innebär en ökning med knappt 11 procent jämfört med den 1 november 2016 (Socialstyrelsen Statistik boendeinsatser, 2018).

Den 1 november 2018 beviljades bistånd som avser boende till 1 526 kvinnor och 4 652 män med missbruk och beroende, sammanlagt 6 178 enskilda individer. Andelen personer som hade ett långsiktigt boende har ökat från 39 procent år 2015 till 53 procent år 2018. Andelen personer som har fått akut boende (härbärge, akuta skyddade boenden mm) har varit i det närmaste konstant, medan andelen som har fått övergångsboende har minskat (Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019).

Satsningar för att motverka hemlöshet

För att stödja kommunerna i deras arbete att motverka främst den akuta hemlösheten har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 25 miljoner kronor årligen under perioden 2018–2021. Medlen riktar sig till de kommuner som har flest personer i akut hemlöshet enligt Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2017. Uppföljningen visar att nästan alla medel har använts (99 procent) och att sju av tio kommuner uppger att de har använts till att förbättra situationen för kvinnor och män i akut hemlöshet och till förebyggande arbete för att motverka hemlöshet. Tre kommuner har använt medlen för att skaffa sig mer kunskap om vilka personer som befinner sig i hemlöshet (Redovisning av 2018 års statsbidrag till kommuner för att motverka hemlöshet S2019/02565/FST).

Regeringen har också avsatt 120 miljoner kronor årligen under samma period och har gett Kammarkollegiet i uppdrag att betala ut medel till Svenska Rädda barnen, Stockholms stadsmission, Svenska Röda korset, Svenska kyrkan, Skånes stadsmission och Göteborgs räddningsmission med syfte att stärka de ideella organisationernas insatser mot hemlöshet bland unga vuxna. Medlen ska användas till åtgärder mot hemlöshet bland unga vuxna där psykisk ohälsa kan vara en bidragande orsak till hemlösheten. Rapporter från de ideella organisationerna visar att medlen använts till varierande insatser riktade mot unga personer som riskerar hemlöshet eller är hemlösa. Det är olika typer av boendeinsatser och socialt stöd men även mötesplatser. Alla organisationerna rapporterar att behovet av stöd till målgruppen kvarstår inför kommande år.

Utsatta EU/EES-medborgare

Länsstyrelsen utvecklar samverkan

Länsstyrelsen i Stockholms län har sedan 2016 haft i uppdrag att utveckla samverkan och samordna det arbete som bedrivs i landet avseende medborgare inom EU/EES-området som vistas tillfälligt i Sverige utan uppehållsrätt (S2016/02758/FST). I uppdraget ansvarar Länsstyrelsen i Stockholms län för samordning och rådgivning till kommuner, myndigheter och civila samhället som möter målgruppen. En delredovisning lämnades den 31 januari 2018 som bl.a. visade att vårdgivare idag gör olika bedömningar angående rättigheter och skyldigheter att ge sjukvård i Sverige och att lättillgängligt stödmaterial efterfrågas.

Sedan 2018 omfattas uppdraget även av ett ansvar att främja och underlätta samverkan på lokal nivå mellan Sverige och hemländerna. Syftet är att kunna bidra till alternativa, mer långsiktiga lösningar på hemorten i hemländerna. Slutredovisning ska ske den 31 januari 2020.

Samförståndsavtal med Rumänien och Bulgarien

Socialdepartementet har haft samförståndsavtal med Rumänien sedan 2015 och med Bulgarien sedan 2016 inom det sociala området. Avtalen syftar till att utbyta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan civilsamhällesorganisationer i respektive land. Avtalen genomförs genom ömsesidiga studiebesök och utbyten på tjänstemannanivå inom avtalens tematiska områden (barnrätt, jämställdhet och social välfärd/trygghet). Hösten 2018 genomfördes en konferens i Bukarest för att lyfta samverkan mellan länderna kring utsatta EU-medborgare.

Brottsutsatta

Utvecklingen av kvinnors och mäns våldsutsatthet
Enligt Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning (NTU) 2018 har andelen som har uppgett utsatthet för sexualbrott ökat sedan 2012 från att under perioden 2006–2012 ha legat på en relativt stabil nivå. Andelen som uppger att de utsattes för sexualbrott under 2017 är 6,4 procent av befolkningen (16–84 år), vilket är en ökning jämfört med 2016, då andelen var 4,7 procent. Utsatthet för sexualbrott är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män och skiljer sig tydligt mellan olika åldersgrupper. Bland såväl kvinnor som män är andelen störst i åldersgruppen 20–24 år, där 35,8 procent av kvinnorna jämfört med 4,7 procent av männen uppger att de utsattes för sexualbrott under 2017. Andelen som uppger att de utsattes för misshandel under 2017 är 3,3 procent av befolkningen (16–84 år). Det är en lite större andel än 2016, då 3,1 procent utsattes. Under perioden 2006–2015 var trenden svagt nedåtgående. Utsatthet för misshandel är vanligare bland män än kvinnor, och vanligast i åldersgruppen 16–19 år.

En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld
För att förebygga våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor inklusive hedersrelaterat våld och förtryck har regeringen antagit en tioårig nationell strategi som började gälla den 1 januari 2017.

Socialstyrelsen ska stödja genomförandet av strategin och har fått ett flertal uppdrag av regeringen som fokuserar på utvecklingsarbete inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Enligt uppdragen ska Socialstyrelsen arbeta för att socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt elevhälsan har tillgång till kunskapsstöd för att systematiskt arbeta mot våld. Vidare ska Socialstyrelsen genomföra en inventering av vård för könsstympade kvinnor och flickor samt kartlägga omfattningen och kvaliteten av skyddade boenden. Myndigheten ska även genomföra fördjupad fortbildning om hedersrelaterat våld och förtryck, samt ta fram bedömningsstöd för att upptäcka och beskriva utsatthet för hedersrelaterat våld. Socialstyrelsen ska också redovisa hur myndigheten arbetat vidare med förslag till indikatorer för uppföljning av den nationella strategin (S2018/03516/JÄM). Se vidare utgiftsområde 13.

Kommunernas arbete med våldsutsatthet
När det gäller kommunernas arbete visar Socialstyrelsens öppna jämförelser 2019 att 99 procent av kommunerna använder standardiserade bedömningsinstrument för att utreda våldsutsatthet och bedöma risk, stöd- och skyddsbehov, vilket är en ökning jämfört med 2018 då andelen var 95 procent. Andelen kommuner som har en skriftlig rutin vid indikation på våld har också ökat och varierar mellan 44 och 59 procent inom olika verksamhetsområden.

Andelen kommuner som gör systematiska uppföljningar av insatser till våldsutsatta och våldsutövare är 8 procent, vilket är samma resultat som de senaste fyra åren. En femtedel av kommunerna har rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende, vilket innebär en ökning med sju procentenheter jämfört med föregående år.

Utvecklingsmedel och kompetensstöd bidrar till kvalitetsutveckling
Regeringen avsätter årligen 109 miljoner kronor i utvecklingsmedel och kompetensstöd till kommuner, landsting och ideella organisationer för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor. Från och med 2016 omfattar utvecklingsmedlen även insatser för att utveckla arbetet mot prostitution och människohandel.

Under 2017 fördelade Socialstyrelsen 50 miljoner kronor till 260 kommuner och totalt 20 miljoner till samtliga landsting. Medlen till kommunerna har främst använts till att utveckla det långsiktiga, strukturerade och samordnade arbetet mot våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn, utveckling av ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, samverkan och deltagande i utbildningsinsatser. Medel har också använts till utveckling av socialtjänstens arbete med utredning av barn som bevittnat eller utsatts för våld samt tidiga och selektivt förebyggande insatser för att motverka våld.

Inom ramen för det nationella och regionala kompetensstödet som är kopplat till fördelningen av utvecklingsmedel har kommuner, landsting och ideella organisationer erbjudits stöd inom området och då främst med stöd för att få baskunskaper om våld, kvalitetsutveckling av arbetssätt och samverkan. Den webbkurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer som har tagits fram i samverkan mellan Socialstyrelsen och Uppsala universitet, (Nationellt centrum för

kvinnofrid) och som lanserades i september 2016 har fått ett stort genomslag. Den har i början av 2019 nått över 36 000 användare, varav hälften kommer från socialtjänsten.

Fortsatta satsningar på att identifiera våldsutsatta
Enligt Socialstyrelsens rapport 2018 enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, om dödligt våld mot vuxna i nära relationer liksom dödligt våld mot barn hade de flesta dödsoffren 2016–2017 utsatts för våld vid upprepade tillfällen och varit i kontakt med minst två samhällsaktörer, ofta en kort tid före sin död. Inte i något av dessa sammanlagt 21 ärenden, hade aktörerna ställt frågor om våld. Sedan den 1 januari 2019 innebär lagen ett utökat uppdrag för Socialstyrelsen till att omfatta även vissa former av icke dödligt våld i nära relationer. Av Socialstyrelsens kartläggning av rutiner för att fråga om våldsutsatthet och våldsutövande i nära relationer inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården 2015–2018 framgår att personalen vid de undersökta verksamheterna inte rutinmässigt ställde frågor om våld och sådana frågor ställdes i flera fall inte heller vid indikation på förekomst av våld. I syfte att stimulera utvecklingen för samhällsaktörer att upptäcka våldsutsatta gav regeringen 2018 Arbetsförmedlingen, Migrationsverket och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en plan för utökad samverkan för att förbättra upptäckt av våld i nära relationer m.m. 2019–2021. Inom ramen för uppdraget att stödja utvecklingen av arbete inom vård och omsorg med mäns våld mot kvinnor ska Socialstyrelsen vidta åtgärder för att socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt elevhälsan har tillgång till kunskapsstöd för att systematiskt upptäcka våldsutsatthet och våldsutövande (S2018/03516/JÄM).

Insatser riktade till våldsutövare
Enligt den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor ska våld förebyggas med fokus på våldsutövare. I betänkandet Att bryta ett våldsamt beteende-återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld (SOU 2018:37) föreslås bl.a. att socialnämndens ansvar för insatser till våldsutövare ska förtydligas. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utbildningsinsats i socialtjänsten kopplad till metoo-upprop
Av de metoo-upprop som några av de mest utsatta grupperna gjort framkommer t.ex. behov av särskild kunskap hos socialtjänstens personal när det gäller bemötandefrågor och funktionhindersfrågor. Det kan gälla äldre personer, personer med funktionsnedsättning och personer i missbruk eller med erfarenhet av prostitution och människohandel. Kvinnor från några av dessa grupper gjorde särskilda upprop inom ramen för metoo-rörelsen. Frågor om våld, och inte minst sexuellt våld, är ofta ett tabu- och skambelagt område som både de utsatta kvinnorna och de berörda yrkesgrupperna kan ha svårt att prata om. Under 2018 avsattes 25 miljoner kronor i en särskild satsning kopplad till metoo-rörelsen för att genom utbildningsinsatser öka kunskapen och beredskapen främst inom socialtjänsten i syfte att motverka våldsproblematik framför allt i utsatta grupper. Socialstyrelsen fick uppdraget att tillsammans med Jämställdhetsmyndigheten, Uppsala universitet (Nationellt centrum för kvinnofrid) och länsstyrelserna samordna utbildningsinsatserna. Av Socialstyrelsens redovisning framgår att utbildningssatsningar har genomförts av länsstyrelserna på lokal nivå och i form av en nationell samling #upptäckvåldet. Förstärkning av webbstöd till kommuner och expertfilmer riktade till professionen har också genomförts. Inom ramen för genomförandet har en återkommande dialog förts med representanter för flera metoo-upprop.

Hedersrelaterat våld och förtryck
Sedan den 1 januari 2019 råder förbud mot erkännande av utländska barnäktenskap. Huvudregeln är att inga utländska barnäktenskap ska erkännas i Sverige oavsett parternas anknytning hit när äktenskapet ingicks eller deras ålder vid tidpunkten för erkännandeprövningen. Undantag ska aldrig kunna göras om någon av parterna alltjämt är under 18 år.

Regeringen har även tagit emot slutbetänkandet Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet (SOU 2018:69). I betänkandet görs bedömningen att en särskild straffskärpningsgrund för brott med hedersmotiv bör införas. Betänkandet innehåller också förslag på bl.a, en ny straffbestämmelse om barnäktenskap och införandet av ett utreseförbud för barn som riskerar att föras utomlands för att ingå äktenskap eller könsstympas. Därutöver finns förslag som tar sikte på förbättrad samverkan mellan vissa myndigheter. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Kartläggningar av förekomst av hedersrelaterat våld och förtryck

Det finns lokala kartläggningar som ger kunskap om omfattningen av ungdomars utsatthet för hedersrelaterat våld och förtryck. När frågor riktades till elever i årskurs nio i Göteborg, Malmö och Stockholm framkom att mellan 7 procent och 20 procent av ungdomarna levde med hedersrelaterade normer och förtryck (Det hedersrelaterade våldets och förtryckets uttryck och samhällets utmaningar. En kartläggning i Göteborg, Malmö och Stockholm 2017 - 2018: Örebro universitet; 2018).

Enligt en kartläggning i Uppsala kommun hade 20 procent av flickorna och 10 procent av pojkarna i årskurs nio ett oskuldskrav på sig. Av flickorna svarade 26 procent och sju procent av pojkarna att det är familjen som bestämmer deras framtida partner (UNG 018 En kartläggning av hedersrelaterat våld och förtryck bland unga i Uppsala, TRIS – tjejers rätt i samhället).

Intervjuer som Socialstyrelsen har genomfört inom ramen för ett regeringsuppdrag S2017/01221/JÄM visar att de som utsatts för hedersrelaterat våld och förtryck inte alltid söker stöd och hjälp eller får det stöd och den hjälp som de har behov av. Vidare behöver kunskapen om hedersrelaterat våld och förtyck utvecklas för yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det behöver enligt myndighetens bedömning göras ett fortsatt arbete för att undersöka, analysera och utveckla hjälp och stöd till personer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck.

Barn i skyddat boende

Regeringen tillsatte hösten 2016 en särskild utredare med uppdrag att bl.a. föreslå åtgärder för att stärka barnrättsperspektivet för barn som vistas i skyddat boende tillsammans med en av vårdnadshavarna. Utredningen lämnade sitt betänkande i januari 2018 (Ett fönster av möjligheter SOU 2017:112) med förslag om att insatsen skyddat boende ska lagregleras, definieras och omfattas av särskilda kvalitetskrav. Vidare föreslås tillståndsplikt för enskilda verksamheter som driver skyddat boende. Förslagen syftar till att de barn som vistas i skyddat boende tillsammans med en vårdnadshavare ska få sina rättigheter tillgodosedda på ett bättre sätt än vad som sker idag. Förslagen syftar också till att höja kvaliteten på skyddat boende, såväl för de vuxna som barn som vistas där. Betänkandet har remitterats och bereds inom Regeringskansliet.

Familjerätt

Det familjerättsliga området avser ärenden i socialtjänsten om barns vårdnad, boende och umgänge, fastställande av faderskap och föräldraskap samt samarbetssamtal och familjerådgivning. Det ingår även föräldraförberedelse, medgivandeutredning och stöd till barn och föräldrar i samband med internationell adoption.

Familjerådgivning vänder sig till par, föräldrar och familjer. Antal familjerådgivningsärenden ökade något under året från 36 500 till drygt 38 500 ärenden. De regionala skillnaderna är stora. Även antalet samarbetssamtal har ökat något. Avsikten med samarbetssamtal är att separerade föräldrar under sakkunnig ledning ska bli eniga i frågor som rör barns vårdnad, boende, umgänge och försörjning. Under 2018 deltog föräldrar till 22 783 barn i åldrarna 0–17 år i sådana samtal jämfört med 21 600 under 2017. Likaså har antalet verkställda domstolsbeslut om umgängesstöd ökat. Under 2017 fattades drygt 1500 beslut och under 2018 ökade antalet till 1700 beslut (Statistik om familjerätt 2018, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd 2019).

Varje år berörs ca 50 000 barn av föräldrars separation. Över 90 procent av alla föräldrar som separerar har fortsatt gemensam vårdnad. Under 2018 var nästan 6 200 barn i åldrarna 0–17 år aktuella för utredning om vårdnad, boende eller umgänge. Antalet är i princip oförändrat jämfört med föregående år. De s.k. snabbupplysningarna som domstolen inhämtar inför interimistiskt beslut om vårdnad, boende och umgänge har ökat efter att ha legat på en konstant nivå under 2014–2017. Antalet faderskapsärenden har legat konstant under de senaste åren.

Insatser för att förebygga risk och konflikt har genomförts

Under 2018 publicerade MFoF det handläggningsstöd för riskbedömning i ärenden om vårdnad, boende och umgänge som myndigheten i regleringsbrev för 2017 fått i uppdrag att ta fram. Stödet är i första hand till för personer som arbetar med vårdnads-, boende-, och umgängesutredningar i kommunerna men kan även vara användbart för andra som kommer i kontakt med ämnet. I handläggningsstödet redogörs bl.a. för

det juridiska regelverket och forskning inom området samt en konkret modell för riskbedömning (Riskbedömning i utredningar om vårdnad, boende och umgänge, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, 2018).

Samverkan mellan olika aktörer kan bidra till att insatser tidigt kan sättas in för att förebygga konflikter mellan föräldrar som separerar. Under året fick därför MFoF i uppdrag att analysera kommuners behov av stöd och förutsättningar för samverkan i familjerättsliga ärenden samt att identifiera framgångsfaktorer (S2018/04676/FST).

Internationella adoptioner

Antalet internationella adoptioner fortsätter att minska

Antalet barn som adopteras till Sverige från andra länder fortsätter att minska. Under de senaste dryga femton åren har de internationella adoptionerna stadigt minskat från 1 008 under år 2002 till 185 under år 2018. Under förra året adopterades 66 flickor och 119 pojkar. Flest barn kom från Taiwan, Sydkorea och Thailand. Uppgifterna gäller barn som adopterats genom adoptionsorganisationerna. Därutöver ansvarar MFoF för att pröva enskilda adoptioner. Under 2017 och 2018 prövades 21 respektive 26 ärenden av myndigheten. Antalet ärenden har tidigare varierat mellan 30 och 50 per år.

Regeringen har uppmärksammat behovet av stöd till adopterade. En konsekvens av det minskade antalet internationella adoptioner är svårigheter för kommuner att upprätthålla kompetens inom området.

Föräldraskapsstöd

Ny nationell strategi för föräldraskapsstödet

Regeringen beslutade i augusti 2018 om en förnyad Nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd (S2018/04678/FST). Syftet är att främja barnets hälsa och utveckling. Målsättningen är att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet under barnets hela uppväxt.

MFoF fick samtidigt i uppdrag att stödja genomförandet och följa upp strategin (S2018/04675/FST). Den 30 november 2018 inkom MFoF till Socialdepartementet med en plan för genomförandet där det framgår att ett aktivt arbete bedrivits och planeras i bred samverkan med aktörer på området.

Som en del i att genomföra strategin har länsstyrelserna fått ett förnyat uppdrag i regleringsbrevet att under åren 2018–2021 stödja kommuner, landsting och andra föräldraskapsstödjande aktörer i att utveckla ett kunskapsbaserat, samordnat, långsiktigt och i huvudsak universellt stöd till föräldrar i föräldraskapet.

Länsstyrelserna har inkommit med en rapport till Socialdepartementet där det framgår att ett aktivt arbete bedrivits med att stödja aktörerna under året (S2019/01596/FST). Samverkan med kommunförbund och regioner har fördjupats. De regionala samordnarna har under 2018 varit i kontakt med samtliga kommuner varav 88 procent nåtts av insatser så som stöd i att utveckla mål- och styrdokument samt konkreta handlingsplaner, erbjudande om kunskaps- och kompetensutveckling, stöd i att kommunicera stödet och stöd till samverkan. Utöver detta har omfattande kontakter tagits med civila samhället.

Det behövs enligt länsstyrelserna en ökad kunskap hos aktörerna och att aktörerna utvecklar stödjande organisationer för stödet, något som fortfarande ofta saknas i idag. Vidare behöver tillgängligheten för grupper i behov av anpassat stöd öka, så som utrikes födda och föräldrar till barn med funktionsnedsättningar.

Även föräldrar med barn i tonåren, i socioekonomiskt utsatta områden och som separerat har mer behov enligt länsstyrelserna.

Insatser för personer med funktionsnedsättning

Fler personer med insatser enligt LSS

Insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Antalet personer med insatser enligt LSS fortsätter att öka och i oktober 2018 hade 74 000 personer en eller flera LSS-insatser varav 41 procent lämnats till kvinnor och 59 procent till män. Totalt ökar antalet personer med insatser med två procent jämfört med 2017.

Tabell 6.7 Kvinnor och män med insats enligt LSS 2009–2018

Antal personer med olika insatser enligt LSS 2009–2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1. Råd och stöd	5 800	5 100	4 700	4 500	4 300	4 300	4 400	4 100	3 000	2 100
Kvinnor	2 582	2 282	2 104	2 031	1 886	1 905	1 961	1 825	1 339	978
Män	3 211	2 796	2 576	2 516	2 384	2 439	2 390	2 290	1 617	1 117
2. Personlig assistans	3 400	3 600	3 800	3 900	3 900	4 100	4 300	4 600	4 900	5 100
Kvinnor	1 596	1 700	1 818	1 860	1 825	1 950	1 996	2 099	2 226	2 288
Män	1 761	1 860	1 942	2 016	2 071	2 144	2 299	2 476	2 679	2 829
3. Ledsagarservice	9 600	9 300	9 200	8 700	8 500	8 400	8 300	8 000	7 700	7 500
Kvinnor	4 322	4 139	3 994	3 802	3 672	3 626	3 600	3 457	3 333	3 248
Män	5 313	5 148	5 169	4 899	4 785	4 801	4 706	4 581	4 368	4 298
4. Kontaktperson	19 200	19 500	19 500	19 600	19 400	19 500	19 500	19 400	19 300	19 100
Kvinnor	8 902	9 106	8 960	8 980	8 801	8 861	8 777	8 756	8 636	8 580
Män	10 251	10 389	10 497	10 595	10 566	10 654	10 717	10 665	10 662	10 509
5. Avlösarservice	3 400	3 400	3 400	3 400	3 500	3 600	3 800	3 800	3 900	4 000
Kvinnor	1 195	1 151	1 146	1 134	1 170	1 183	1 210	1 206	1 226	1 192
Män	2 185	2 239	2 248	2 274	2 337	2 464	2 552	2 585	2 646	2 790
6. Korttidsvistelse	10 000	10 000	9 900	9 700	9 600	9 600	9 700	9 600	9 400	9 300
Kvinnor	3 766	3 706	3 641	3 552	3 516	3 499	3 525	3 412	3 324	3 273
Män	6 208	6 304	6 239	6 100	6 085	6 141	6 170	6 181	6 123	6 049
7. Korttidstillsyn	5 100	5 200	5 000	4 800	4 500	4 500	4 400	4 400	4 400	4 500
Kvinnor	1 949	1 931	1 865	1 775	1 642	1 672	1 634	1 644	1 649	1 661
Män	3 193	3 231	3 144	2 976	2 879	2 829	2 743	2 778	2 740	2 827
8. Boende, barn	1 400	1 400	1 300	1 200	1 100	1 000	1 000	1 000	1 000	900
Kvinnor	517	533	481	442	411	375	382	364	356	330
Män	917	910	847	774	697	657	666	622	612	612
9. Boende, vuxna	22 900	23 400	23 900	24 400	25 000	25 800	26 500	27 100	27 800	28 200
Kvinnor	9 911	10 101	10 278	10 427	10 678	10 926	11 164	11 411	11 668	11 802
Män	12 954	13 332	13 645	13 942	14 366	14 916	15 320	15 687	16 164	16 444
10. Daglig verksamhet	29 000	30 200	31 100	32 000	32 400	33 800	35 300	36 600	37 500	37 800
Kvinnor	15 813	12 623	13 478	13 764	13 954	14 457	15 004	15 520	15 780	15 935
Män	16 348	17 126	17 668	18 213	18 414	19 343	20 336	21 078	21 700	21 878
Totalt antal insatser	109 800	111 100	111 800	112 200	112 200	114 600	117 200	118 600	118 800	118 600

Källa: Register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen. (Kvinnor och män redovisas utan avrundning)

Sammantaget är antalet insatser för 2018 ca 118 600, vilket dock är något lägre än för 2017. Exkluderas insatsen råd och stöd ökar dock antalet något. Sedan 2008 har det totala antalet insatser ökat med 9 procent. Daglig verksamhet och vuxenboende har länge varit de två största insatstyperna inom LSS. De är båda insatser som riktar sig till vuxna personer och pågår ofta under en stor del av personens liv. Antalet vuxna i bostad med särskild service var knappt 28 000 och könsfördelningen är ungefär densamma som för LSS-insatserna totalt. Daglig verksamhet stod 2018 för 32 procent av samtliga LSS-insatser och av de som deltog i verksamheten var 42 procent kvinnor och 58 procent män. Få personer från daglig verksamhet går dock vidare till arbete eller studier och Socialstyrelsens analyser visar att det är ovanligt med varaktiga övergångar. Det är endast 14 procent av kommunerna som har rutiner för att årligen pröva den enskildes möjligheter till arbete eller praktikplats. Av dem som hade daglig verksamhet 2014 gick totalt 0,2 procent, varav 46 män och 26 kvinnor, över till lönearbete eller sysselsättning på arbetsmarknaden som varade minst

två år (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, lägesrapport 2019).

Pojkar och män får stöd oftare än flickor och kvinnor

Korttidsvistelse, som är den vanligast insatser för barn beviljades till knappt 2 900 barn i åldern 0–12 år. Utav dessa var ca en tredjedel flickor. För yngre barn mellan 0–6 år är avlösarservice den vanligaste insatsen, och den gavs totalt till 637 barn 2018 varav knappt en tredjedel till flickor. Skillnaden mellan flickor och pojkar när det gäller hur stor andel som beviljas minst en LSS-insats återfinns i de flesta insatser. Den totala andelen insatser som beviljas till flickor är endast 31 procent i gruppen 0–6 år och 30 procent i gruppen 7–12 år. Skillnaderna minskar vid 30 års ålder och därefter är könsskillnaderna betydligt mindre. Vissa könsskillnader kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor och är kopplade till personkretsarna i LSS. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar vilket kan förklara varför könsskillnaderna minskar i de högre åldersgrupperna.

Sedan 2008 har andelen barn och unga i boende för barn enligt LSS i åldern 0–22 år minskat med 36 procent. I oktober 2018 hade 937 barn och unga, varav 329 flickor och 608 pojkar, insatsens boende enligt LSS. Antalet barn i olika åldersgrupper skiljer sig markant åt och 92 procent av de boende är i åldern 13–22 år. Socialstyrelsen anger att trots att andelen barn i boende minskar utgör nybeviljande en relativt stor andel av besluten om boende för barn enligt LSS. Flertalet av dessa barn beviljas troligen insatsen på grund av skolgång på annan ort och några på grund av omfattande funktionsnedsättningar vars behov inte kan tillgodoses i hemmet. En viss del av ökningen kan även förklaras av ett ökat inflöde från kommunalt beslutad personlig assistans (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, lägesrapport 2019).

Självbestämmande och inflytande ökar

Förutsättningar för delaktighet och inflytande behöver anpassas till den enskilda och socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet. Ett verktyg för detta är genomförandeplaner, som syftar till att skapa tydlig struktur såväl i genomförandet som uppföljningen av en beslutad insats. I princip alla personer i bostad med särskild service för vuxna har en sådan plan, och 90 procent har en plan med individuellt utformade mål (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning–lägesrapport 2019). I den brukarundersökning som görs inom olika boendeformer svarar en majoritet av de boende ja på frågan om de får bestämma över saker som är viktiga. En någon större andel kvinnor än män svarar detta, vilket är den omvända situationen jämfört med motsvarande undersökning 2016. Förutsättningarna till självbestämmande för barn med funktionsnedsättning är dock begränsade. Tillgängligt material om LSS-insatser som är särskilt utformat för barn är en viktig åtgärd. Flera kommuner anger att de planerar att ta fram sådant material. Framförallt är tillgång till alternativ kompletterande kommunikation (AKK) särskilt viktig för barn med kommunikationssvårigheter (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, lägesrapport 2019). IVO som årligen besöker samtliga bostäder med särskild service för barn och unga har under 2018 särskilt granskat arbetet med AKK. IVO anger att de ser en positiv utveckling gällande att kommunikationshjälpmedel används i högre grad i bostäder med särskild service för barn och ungdomar, att de flesta har kompetent personal och att det har genomförts utbildningsinsatser i många delar av landet. Det finns dock fortfarande boenden som inte ser nyttan och som saknar kunskap om brukarorienterad omsorg (IVO, Vad har IVO sett 2018).

Kommunalt beslutad assistans ökar

Antalet personer med insatsen personlig assistans är relativt få men har ökat med drygt 50 procent sedan 2009 från 3 400 till 5 100 personer 2018. Stödet som ges till den enskilda är ofta omfattande och insatsen personlig assistans har haft den procentuellt största ökningen över tid av samtliga LSS-insatser. Andelen kvinnor som får insatsen har ökat från 45 procent 2009 till 47 procent 2018. Socialstyrelsen anger att mellan 2013 och 2017 har kommunernas kostnader för personlig assistans ökat med ca 11 procent. Förutom en viss övervältring på grund av avslag och indragningar i den statliga assistansen kan det inte uteslutas att andra faktorer påverkar kostnadsutvecklingen såsom hemtjänst enligt SoL till kommunalt beslutad assistans. Inte bara antalet personer med personlig assistans har ökat utan många som beviljades insatsen beviljades dessutom ett högre antal timmar. År 2018 fick 14

procent upp till 20 timmars personlig assistans per vecka och 86 procent fick mer. Antalet personer som beviljades personlig assistans mer än 100 timmar per vecka 2009 var knappt 100 medan motsvarande antal 2018 var drygt 680 personer (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning–lägesrapport 2019). Det finns vissa könsskillnader bland de nya besluten om kommunal personlig assistans. Män beviljas i genomsnitt fler timmar per vecka jämfört med kvinnor. Män beviljades 55 timmar och kvinnor 50 timmar. I åldersgruppen 13–22 år beviljades pojkar i genomsnitt 62 timmar per vecka och flickor 47 timmar. Enligt Socialstyrelsen har det inom ramen för 2019 års lägesrapport inte varit möjligt att utröna om skillnaderna handlar om behov eller behovsbedömning.

Insatser enligt socialtjänstlagen

Personer med funktionsnedsättning kan även få insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL Under 2018 hade 55 800 personer med funktionsnedsättning i åldern 0–64 år en pågående insats enligt SoL. I princip var det inga könsskillnader bland dem som beviljades en insats. Det sammanlagda antalet insatser var knappt 68 800 där de tre vanligaste som tillsammans utgör en övervägande del av insatserna var boendestöd, följt av hemtjänst och trygghetslarm. Totalt har det sammanlagda antalet insatser ökat med drygt 7 procent sedan 2017.

Boendestöd är en insats i form av stöd i den dagliga livsföringen i eget boende. Boendestöd kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället. Jämfört med föregående år har antalet personer som fått insatser enligt SoL ökat med 7 procent. Könsfördelningen var jämn mellan de som fick en insats. Insatsen hemtjänst var 16 200 personer beviljade och hade påbörjat i oktober 2018, varav ca 53 procent kvinnor och 47 procent män (Socialstyrelsen, infoblad Art.nr: 2019-4-4)

Antalet personer med funktionsnedsättning, under 65 år, som bor på särskilt boende 2018 var ca 5 500, och då främst i boenden som drivs av den egna kommunen. Av dessa är ca 40 procent kvinnor och 60 procent män. I jämförelse med 2008 har antalet personer i särskilt boende ökat med 22 procent.

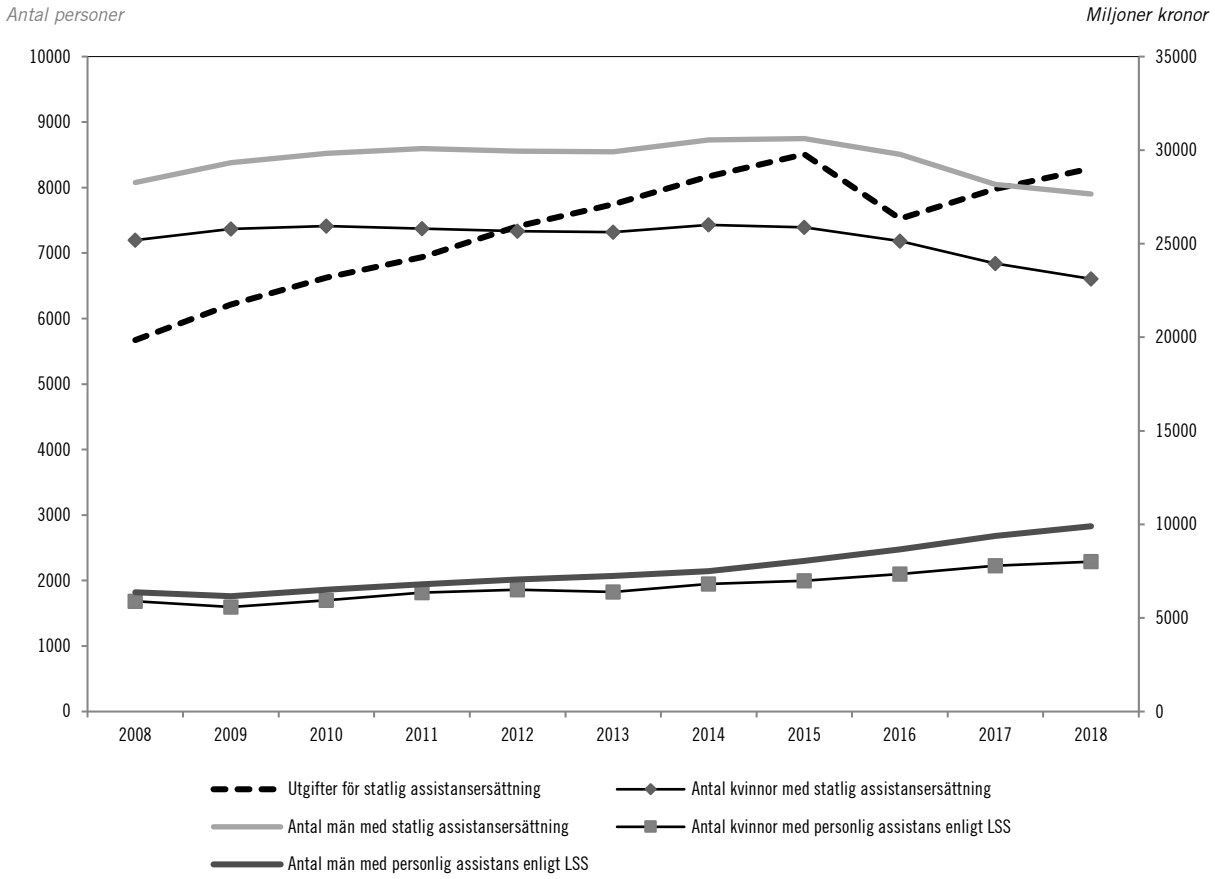
Kostnader för LSS och insatser enligt SoL ökar

Kommunens kostnader för insatser enligt LSS för 2018 var 55,2 miljarder kronor vilket är en ökning med 2,4 miljarder kronor sedan 2017. Kostnaden för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL för 2018 var 14,5 miljarder kronor vilket är en ökning med 0,5 miljarder kronor sedan 2017. För samtliga LSS-insatser har kostnaderna ökat mellan år 2017 och 2018. Mellan 2014 och 2018 har kostnaderna för bostad med särskild service för vuxna ökat mest bland samtliga LSS–insatser, från ca 22,4 miljarder kronor till drygt 27,9 miljarder kronor vilket motsvarar en ökning med 24 procent. Kommunernas kostnader för personlig assistans för 2018 var 11,4 miljarder kronor vilket är en ökning med 0,4 miljarder kronor sedan 2017 (SCB, statistikdatabasen, verksamhetsindelad statistik för kommuner, RS för kommuner).

Den statliga assistansersättningen

Assistansersättning lämnas till personer som ingår i någon av personkretsarna i LSS och som har behov av personlig assistans med fler än i genomsnitt 20 timmar per vecka. Assistansersättning betalas ut av Försäkringskassan.

Diagram 6.2 Statlig assistansersättning från Försäkringskassan och personlig assistans enligt LSS 2008–2018. Antal personer på vänster axel och utgifter i miljoner kronor på höger axel



Källa: Försäkringskassan

Antalet mottagare av assistansersättning var under 2018 i genomsnitt 14 596, varav 46 procent kvinnor och 54 procent män. Antalet mottagare har minskat med 677 personer motsvarande ca 4 procent sedan 2017. Försäkringskassan anger att detta både beror på att färre personer beviljas ersättning och ett naturligt utflöde (Försäkringskassan, Årsredovisning 2018). Sett över tid har antalet mottagare minskat sedan hösten 2015, samtidigt som antalet assistanstimmar per brukare har fortsatt öka men i en långsammare takt än tidigare år. Under 2018 beviljades kvinnor i genomsnitt 130,4 timmar per vecka och män 136,8 timmar (S2019/02897/FST). För både kvinnor och män är detta en ökning jämfört med 2017, men sett över hela perioden 2002–2018 har män i genomsnitt beviljats något fler timmar än kvinnor. Bland flickor och pojkar är mönstret ett annat och det har varierat över tid vilka som i genomsnitt har beviljats flest timmar. Försäkringskassan anger att den dämpade utvecklingen av antalet timmar kan ha flera orsaker, varav en kan vara myndighetens kontinuerliga arbete med att förtydliga rättstillämpningen för att få mer enhetliga bedömningar som är likvärdiga över hela landet. Andelen som får avslag på sin ansökan om assistansersättning har ökat gradvis över tid. Försäkringskassan anger att en orsak är förtydliganden av myndigheten för hur lagstiftning och domar ska tolkas. En ytterligare orsak antas vara att det har skett förändringar i vilka som ansöker om ersättning. Försäkringskassan anger att en tredjedel av dem som får avslag inte tillhör personkretsen för LSS. Den vanligast orsaken till avslag är dock att den sökandes hjälpbehov inte överstiger i genomsnitt 20 timmar per vecka (S2019/02897/FST).

Åtgärd för att stärka den personliga assistansen

Som ett led i arbetet med att säkerställa att den personliga assistansen präglas av hög kvalitet har regeringen beslutat om propositionen Personlig assistans för hjälp med andning (prop. 2018/19:145). I propositionen föreslås att andning ska utgöra ett sådant grundläggande behov som kan ge rätt till personlig assistans enligt LSS.

Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 november 2019.

Försäkringskassans administration av assistansersättningen

Regeringens mål för Försäkringskassans handläggning av assistansersättning under 2018 innebär att Försäkringskassans arbete ska präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet så att rätt person får rätt ersättning samt att besluten ska vara likvärdiga över hela landet. Försäkringskassan ska bl.a. verka för att utredningar håller hög kvalitet och att myndigheten säkerställer en god kontroll.

Försäkringskassan bedömer att målet för assistansersättningen delvis är uppfyllt. Kvaliteten och rättssäkerheten i handläggningen bedöms inte vara tillfredsställande, men utvecklingen är positiv. Vissa nyckelkontroller genomförs inte och såväl tillämpningen av regelverket som omfattningen av de utredningar som genomförs, behöver utvecklas. Försäkringskassan har även under året implementerat ett nytt IT-system. Det har initialt haft vissa driftstörningar. Systemet behöver utvecklas vidare men antas på sikt kunna skapa bättre förutsättning för kontroll och analys. Försäkringskassan bedömer att handläggningen är någorlunda likvärdig över hela landet. Tillgängligheten i telefon har ökat under året, och handläggningstiderna har minskat sedan förra året men är dock ändå fortsatt långa (Försäkringskassan, Årsredovisning 2018).

Kontroll av assistansersättning

Försäkringskassan har fortsatt att vidareutveckla och effektivisera kontrollarbetet framförallt med riskbaserade kontroller för att identifiera oseriösa assistansanordnare. Under 2018 genomfördes totalt ca 1 300 kontrollutredningar av både assistenter och assistansberättigade, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Antalet ärenden som leder till åtgärder har minskat något, men antalet polisanmälningar har fördubblats. Även samverkan med IVO har utvecklats på olika nivåer i organisationen bl.a. genom att ta fram rutiner och effektivisera informationsutbytet. Under 2018 har 59 assistansanordnare anmälts till IVO, vilket är i nivå med föregående år. Försäkringskassan har också stoppat utbetalningarna till sex anordnare (Försäkringskassan Årsredovisning 2018).

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har på uppdrag av regeringen (S2013/4380/FST) i rapporten – Åtgärder för att begränsa fusk och felaktigheter i assistansersättningen – en granskning av systemet efter 2013 års förändringar (2018:4) analyserat effekterna av nya förutsättningar till kontroll. ISF konstaterar att det inte går att uppskatta ändringarnas effekter för de som omfattas av regeländringarna, som i första hand är assistansanordnarna. Lagändringen har dock medfört att Försäkringskassan har getts ökade möjligheter till analys och uppföljning och kontroll av att assistansersättningen används rätt.

Tillsynen av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inom funktionshinderområdet berör de flesta ärenden som kommer in till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) personer som får insatser enligt LSS. År 2018 har IVO fått in 1 098 anmälningar inom funktionshinderområdet varav antal beslutade anmälningar till IVO inom LSS var 854 vilket är en ökning med 144 anmälningar sedan 2017. Flest anmälningar gäller personer som bor på särskilt boende för vuxna och insatsen personlig assistans. Antalet beslut som lett till fortsatt tillsyn enligt LSS var 232 år 2018 vilket också det är en tydlig ökning sedan 2017. Inom SoL var motsvarande siffra 223 varav 48 utgjorde fortsatt tillsyn av anmälningarna. Även för dessa ärenden har det skett en ökning sedan 2017. (Statistiktabeller för anmälan till IVO socialtjänst 2018 och 2017). Av de anmälningar som kommer in till IVO är det vanligare att det rör män än kvinnor, vilket överensstämmer med att fler män än kvinnor får insatser enligt LSS (IVO, Vad har IVO sett 2018, Socialstyrelsen 2018).

IVO:s sammanfattande iakttagelser från 2018 visar att kommunerna fortsätter att utveckla verksamheterna och har ett pågående kvalitetsarbete. Under 2018 har IVO handlagt 140 lex Sarah anmälningar som avser personer med insatsen bostad med särskild service för vuxna. I 40 procent av anmälningarna handlar det om att någon blivit utsatt för våld eller övergrepp. IVO ser även brister i användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder i bostad med särskild service. Under 2019–2020 kommer IVO prioritera att granska brister i boendemiljö och omsorg som personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för i en nationell tillsyn (IVO, Vad har IVO sett 2018).

Habiliteringsersättning

I förarbetena till lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) rekommenderas

att kommunen lämnar viss ersättning till deltagare i daglig verksamhet (habiliteringsersättning). Regeringen införde 2018 ett bidrag om 350 miljoner kronor per år i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att stimulera deltagande i daglig verksamhet. Bidraget får användas av kommunerna för att införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enlig LSS.

Socialstyrelsen som har haft i uppdrag att betala ut statsbidraget till kommunerna uppger att 199 kommuner har rekvirerat medel. Totalt beräknas 149 kommuner återbetala ca 179 miljoner kronor, vilket är 51 procent av de avsatta medlen. I återrapporteringen anger flera kommuner att de inte använt hela statsbidraget då de var osäkra på hur länge satsningen skulle pågå och hur medlen fick användas. Anledningarna till att kommuner valt att inte rekvirera är flera, bl.a. att kommunerna varit osäkra på var gränsen för låg ersättning går och långsiktigheten i bidraget (S2019/03012/FST). Av de kommuner som rekvirerade bidraget var det 24 kommuner som inte hade habiliteringsersättning innan. Under 2018 betalade 89 procent av landets kommuner ut habiliteringsersättning till personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning–lägesrapport 2019). För 2019 har regeringen förtydligat att statsbidraget även får användas till att bibehålla en nivå på dagpenningen som tidigare höjts.

Personligt ombud
Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar med betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. De som kan få stöd av personligt ombud ska vara 18 år eller äldre, ha omfattande behov av vård, stöd och service, rehabilitering och sysselsättning. Dessutom ska de ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården och den specialiserade psykiatrin, och andra myndigheter. Socialstyrelsen fördelar statsbidrag till kommuner för att subventionera kommunernas kostnader för personliga ombud. Under 2018 hade 253 kommuner verksamhet med personligt ombud vilket är en ökning med tio kommuner jämfört med föregående år. Det har under 2018 funnits 322 heltidstjänster fördelade på 336 personliga ombud i landet. En majoritet av ombuden, ca 70 procent, är kvinnor. Sammanlagt arbetade ombuden med ca 9 517 klienter, varav 5 489 kvinnor och 4 028 män. Det är en ökning med 387 personer jämfört med föregående år. Den största åldersgruppen bland klienterna är 30–49 år. Några grupper som ökar är personer med samsjuklighet, kvinnor med behov av hjälp till hela familjer samt unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Bilstöd
Den 1 januari 2017 infördes ett ändrat regelverk för bilstöd. Reformen genomfördes i syfte att bland annat minska behovet av fördyrande anpassningar.

Sedan införandet av det nya regelverket har antalet ansökningar minskat, handläggningstiderna har förlängts och en lägre andel av de medel som är avsatta för bilstöd har använts.

Mot bakgrund av dessa indikationer gav regeringen Försäkringskassan och Trafikverket i uppdrag att följa upp konsekvenserna av de nya reglerna om bilstöd (S2018/03928/FST och S2018/03929/FST). Myndigheterna redovisar i svaret att kostnaderna för inköp av bil för enskilda har ökat sedan införandet av de nya reglerna och förslag på åtgärder lämnas i syfte att stärka den enskildes möjligheter att ta del av bilstödet.

6.5.3 Analys och slutsatser

Övergripande insatser

Evidensbaserad praktik
De senaste årens stöd till evidensbaserad praktik och praktiknära forskning inom socialtjänsten visar på en positiv utveckling. Det finns t.ex. ett stort intresse för SBU:s utbildningar om systematiska översikter bland både forskare och profession. Etablerandet av regionala samverkans- och stödstrukturer tillsammans med SBU:s metodnätverk har också inneburit att kompetensen inom området har förstärkts.

Det finns dock fortsatta utvecklingsområden. SBU konstaterar i en rapport från 2018 t.ex. att bara ett fåtal av insatser riktade till familjer där det förekommer våld och försummelse av barn har undersökts i forskningsstudier som gör det möjligt att bedöma effekterna av insatserna. När det gäller kompetensutvecklingen konstaterar Socialstyrelsen att den ansträngda situationen inom delar av socialtjänsten har medfört att många

socialsekreterare har haft svårt att hitta tid för att delta i utbildningar och även gjort det svårt för många verksamheter att kunna avsätta nödvändiga resurser för att implementera evidensbaserad praktik.

E-hälsa och välfärdsteknik
Utveckling och ökad användning av välfärdsteknik kan bidra till en effektiv och hållbar välfärd, samt till ökad trygghet och självständighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med behov av stöd. Införande av välfärdsteknik och digitala tjänster i socialtjänsten är ett komplext område som innefattar frågor om bl.a. infrastruktur, upphandling, informationssäkerhet och juridiska frågor. Den digitala kompetensen i kommunsektorn är inte tillräcklig. För att stärka kommunerna i det fortsatta arbetet med välfärdsteknik behöver stödet inrikta sig på kompetenshöjande insatser och att öka möjligheterna för kommunerna att dra nytta av varandras erfarenheter. Även näringslivet kan bidra i utvecklingen av digitalisering i socialtjänsten och dess verksamheter. Ökad samverkan mellan staten, kommuner och landsting inom de tre insatsområdena utpekade i Vision e-hälsa 2025 är en förutsättning för utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknologi, samt för måluppfyllelse av visionen.

Hjälpmedel
I Hjälpmedelsutredningens betänkande På lika villkor! – Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43) framkommer att det finns skillnader i hjälpmedelsförskrivningen över landet samt i kommunernas och landstingens avgiftssystem. För den enskilde innebär det att kostnaden för ett visst hjälpmedel kan variera beroende på var i landet hon eller han bor. Den största skillnaden uppstår om den enskilde i ett landsting inte kan få hjälpmedlet förskrivet utan måste köpa hjälpmedlet själv, och i ett annat landsting kan få hjälpmedlet förskrivet utan kostnad. De stora skillnaderna i landet avseende avgifter och hjälpmedelsutbud försvårar även för huvudmännen att dra nytta av varandras erfarenheter för exempelvis verksamhetsutveckling, då huvudmännens resultat på hjälpmedelsområdet inte är jämförbara.

Tillståndsgivning
Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att öka säkerheten och kvaliteten för socialtjänstens verksamheter. Senast genom en lagändring som trädde i kraft i januari 2019 om tillståndsplikt Ökade krav på tillståndsprövning ger bättre förutsättningar att förhindra oseriösa aktörer, att säkerställa att grundläggande krav är uppfyllda och att offentliga medel går till det som avsetts.

Stöd till anhöriga
Anhöriga utgör en viktig resurs för många äldre och andra som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning behöver stöd och omsorg. Kommunerna ska erbjuda stöd till anhöriga och Nationellt kompetenscentrum (Nka) bedriver ett angeläget arbete för att bidra till ett anhörigstöd av god kvalitet.

Omsorg om äldre

Andelen äldre med äldreomsorg minskar
Antalet kvinnor och män som beviljats hemtjänst har ökat den senaste femårsperioden, från 221 600 år 2014 till 236 000 år 2018. Under samma period har antalet äldre som bor i särskilt boende legat relativt konstant. Samtidigt är trenden att färre män och kvinnor totalt sett har äldreomsorg, då andelen äldre med äldreomsorg minskar. En bidragande orsak kan vara att dagens äldre har bättre hälsa. Det kan även finnas andra bidragande förklaringar, t.ex. att minskningen av den totala täckningsgraden inte vägs upp fullt ut av hälsoförbättringar utan att omsorg från närstående har ökat.

Stöd för utveckling av kvalitet i vård och omsorg om personer med demenssjukdom
En ökning av antalet personer med en demenssjukdom kommer att innebära en stor utmaning för vården och omsorgen. (Socialstyrelsen, utvärdering av nationella riktlinjer Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018). Personalens kunskap och kompetens är centralt för att kunna ge en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Regeringens satsningar på området har gett förutsättningar att öka kunskapen om demenssjukdom bland personal, anhöriga och beslutsfattare. Samtidigt finns det fortfarande brister i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Regeringen avser att fortsätta bidra till finansiering för att stödja utvecklingen av kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.

Samordnad vård och omsorg
Utvecklingen tyder på att allt fler äldre kommer att vårdas i hemmet i framtiden vilket ställer krav på en fungerande samordning mellan den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Det är även viktigt att den äldre får det stöd som behövs inom socialtjänsten. Enligt SKL är det fortfarande relativt ovanligt att det upprättas en samordnad individuell plan (SIP) för äldre som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Mot bakgrund av ovan anser regeringen att det finns anledning att även fortsättningsvis stödja införandet av metoder och arbetssätt så att trygghet i hemmet och en utökad samverkan främjas. I april 2019 beslutade därför regeringen att bevilja SKL ytterligare 12 miljoner kronor för att fortsatt stödja samverkan och införande av nya rutiner och arbetssätt vid utskrivning från sjukhus. Under 2019 kommer bl.a. ett brukarperspektiv att stå i fokus liksom en utveckling av en samordnad vård och omsorg i hemmet för äldre med sammansatta vårdbehov. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården utifrån den tidigare framtagna åtgärdsplanen. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 mars 2021 med en delredovisning senast den 31 mars 2020.

Bemötande, förtroende, trygghet och inflytande
Även om en majoritet av äldre uppger att de sammantaget är nöjda med insatsen hemtjänst eller särskilt boende uppger alltför många äldre med äldreomsorg att de inte får ett gott bemötande, att de inte känner förtroende för personalen och att de inte känner sig trygga (Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2018, Vård och omsorg av äldre (Socialstyrelsen 2019). Det finns även brister när det gäller äldres upplevelse av inflytande i vården och omsorgen. En anledning till detta kan vara brist på personalkontinuitet. Personalkontinuitet innebär att en äldre person i största möjliga mån, får vård och omsorg av samma personal. I genomsnitt möter en äldre person med hemtjänst 15 personer under en tvåveckorsperiod (Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2018, Vård och omsorg av äldre, Jämförelser mellan kommuner och län (Socialstyrelsen 2019). Att få vård och omsorg av så många olika personer som går ut och in ur hemmet kan bidra till att den äldre känner sig otrygg. Regeringen anser att personalkontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre.

Tillgänglighet särskilda boendeformer inklusive biståndsbedömt trygghetsboende
Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning innebär att behoven av anpassade bostäder kommer att öka framöver. Det blir allt viktigare att bostaden måste fungera och upplevas som trygg även vid t.ex. nedsatt rörlighet, försämrad syn eller hörsel eller vid olika former av kognitiva funktionsnedsättningar. Dessutom upplever många äldre i dag ensamhet och social isolering i sina bostäder, vilket kan bidra till psykisk och fysisk ohälsa. Den nya boendeformen biståndsbedömt trygghetsboende förväntas komplettera utbudet för den grupp äldre som framför allt har behov av trygghetsskapande insatser och social samvaro i sitt boende.

Bemanning och arbetsmiljö inom äldreomsorgen
God arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro är avgörande för att kommunerna ska kunna säkerställa äldreomsorg med god kvalitet. Det räcker inte att attrahera och rekrytera nya medarbetare utan att ta tillvara den fulla potentialen hos dem som redan är anställda. Behovet av arbetskraft inom äldreomsorgen är fortsatt stort. Arbetet med att öka attraktionskraften för att arbeta inom äldreomsorgen och minska sjukskrivningarna är nödvändigt för att klara framtida behov. Tekniken måste också nyttjas bättre för att avlasta i de fall där det är möjligt.

Förenklat beslutsfattande om hemtjänst
Från och med den 1 juli 2018 är det möjligt för socialnämnden att erbjuda hemtjänst till äldre personer utan föregående behovsprövning i syfte att stärka självbestämmande, delaktighet och medinflytande för äldre när det gäller insatsernas utförande. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att föreslå hur kommunerna på lämpligt sätt ska redovisa uppgifter till Socialstyrelsen så att det blir möjligt att följa upp de insatser som beviljats genom förenklat beslutsfattande. I sin redovisning gör Socialstyrelsen bedömningen att relevanta uppgifter på kort sikt kan inhämtas genom de undersökningar som Socialstyrelsen genomför inom ramen för Öppna jämförelser. På lite längre sikt föreslår Socialstyrelsen att registret för äldre och personer med funktionsnedsättning kompletteras med uppgifter om insatser beviljade enligt den nya bestämmelsen, vilket kräver en

ändring i förordningen 1981:1370 om skyldighet för socialnämnderna att lämna statiska uppgifter.

Fallolyckor
Fallskador får ofta stora negativa konsekvenser för den enskilde, genom bestående men och ett ökat vård- och omsorgsbehov i vardagen. Förutom konsekvenserna för den enskilda, genererar fallolyckor stora kostnader för samhället. Socialstyrelsens beräkningar visar att kostnaderna i den specialiserade vården uppgick till 7,7 miljarder kronor för riket och kostnaderna för vård- och omsorg i kommunerna beräknas till minst 3,7 miljarder kronor under 2014.

Individ och familjeomsorg

Den sociala barn- och ungdomsvården
De senaste åren har kompetensförsörjningen varit en utmaning för socialtjänsten. Den sociala barn- och ungdomsvården har drabbats särskilt hårt, då kommunerna både haft svårt att rekrytera ny och behålla erfaren personal.

Kommunernas socialtjänst behöver därför skapa en hållbar kompetensförsörjning. Det är inte minst viktigt för att ge socialtjänsten förutsättningar att arbeta förebyggande och vidta åtgärder för barn och unga som är, eller riskerar, att hamna i kriminalitet. Inom ramen för bemanningssatsningen har Socialstyrelsen haft ett brett uppdrag för stärkt kompetens, stabilitet och kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården. Dessa utvecklingsmedel har varit av stor betydelse för att stötta socialtjänsten i det förebyggande arbetet samt i arbetet med barn och unga som begår brott.

Det sker en positiv utveckling när det gäller socionomers tid som handläggare inom den sociala barn- och ungdomsvården. Här syns en ökning främst när det gäller gruppen som har minst 5 år erfarenhet av barnutredningar och är kvar inom den sociala barn- och ungdomsvården.

IVO har lyft allvarliga brister i sin tillsynsrapportering gällande den sociala barn- och ungdomsvården, både gällande situationen på boenden men även brister i kommunernas utredningar. Regeringen har därför gett IVO i uppdrag att genomföra fördjupade analyser av tillsynens resultat som myndigheten ska redovisa i februari 2020.

SiS har fortfarande inte tillräcklig kapacitet för att omedelbart anvisa en lämplig plats när efterfrågan är som störst. SiS har startat en rad byggprojekt för att ytterligare öka kapaciteten.

Bristande tillgång till platser innebär minskade möjligheter till att differentiera vården utifrån ålder och vårdbehov. SiS institutioner ska bedriva kunskapsbaserad vård och behandling i enlighet med myndighetens riktlinjer, men lyckas inte anpassa vården utifrån de olika vårdbehov som finns hos enskilda ungdomar och klienter. Flera utvecklingsarbeten är initierade för att komma till rätta med bristerna.

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder för att öka rättssäkerheten, delaktigheten, tryggheten och säkerheten för de barn, unga och klienter som är placerade på SiS. Det har handlat både om ändrad lagstiftning och uppdrag till myndigheten, bl.a. avseende barnets rättigheter och användandet av tvångsbefogenheter. Trots regeringens åtgärder, och de åtgärder SiS själva vidtagit, har det återkommande rapporterats om brister i verksamheten som måste åtgärdas. Myndigheten behöver fortsätta utveckla metoder, förhållningssätt, riktlinjer och rutiner samt fortsätta utbilda chefer och medarbetare i krishantering, etik och bemötande.

Ekonomiskt bistånd
Det ekonomiska biståndet är det yttersta skyddsnätet för personer som saknar andra möjligheter till försörjning. Biståndsmottagande har legat relativt stabilt (ca 4,1 procent av befolkningen) under flera år. Fortfarande är dock det långvariga biståndsmottagande högt, även om det som andel av det totala biståndsmottagande sjunkit något de senaste åren. Ensamstående föräldrar har en större försörjningsbörda jämfört med sammanboende föräldrar eller personer utan barn vilket kan bidra till en ökad ekonomisk utsatthet. Utrikes födda liksom unga vuxna är också överrepresenterade i förhållande till genomsnittet för riket. Detta hänger samman med att arbetslösheten är högre bland dem samt att de ofta inte kvalificerat sig för ersättningar från sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen.

Kommunerna har sedan länge frivilligt tagit på sig att bedriva arbetsmarknadsinsatser, företrädesvis för personer med försörjningsstöd. Kommunens kostnader för arbetsmarknadsinsatser har successivt ökat och uppgick till 5 miljarder kronor netto under 2018.

Missbruks- och beroendevården
Tillgången till vård vid missbruk och beroende är oförändrad de senaste åren. Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården är fortfarande ett omfattande utvecklingsområde. På individnivå behöver användningen av samordnade individuella planer (SIP) öka för att bättre samordna insatserna för kvinnor och män, flickor och pojkar med samsjuklighet och komplexa vårdbehov från båda huvudmännen.

Vården inom SiS vänder sig till en grupp kvinnor och män med komplexa vårdbehov ofta med samsjuklighet. Det finns behov av att utveckla innehållet i vården så att det anpassas efter den grupp som nu omhändertas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och placeras på SiS.

Hemlöshet
Regeringen har tagit flera initiativ för att uppnå en långsiktigt väl fungerande bostadsmarknad där den enskildes efterfrågan möter ett utbud av bostäder som svarar mot behoven. Situationen är dock fortsatt ansträngd för de hushåll som av olika skäl har det svårt att ta sig in eller stanna kvar på bostadsmarknaden, vilket indikerar att marknaden ännu inte fullt ut svarar mot behoven. Hemlöshet och osäkra boendeförhållanden skapar i sig sociala problem för grupper och individer, inte minst gäller detta barn som lever i hemlöshet eller extrem trångboddhet. Socialtjänsten tar ett stort ansvar för de kvinnor och män och familjer med barn som inte själva kan ordna sin boendesituation.

EU/EES-medborgare
Länsstyrelsen i Stockholms län har bidragit med rådgivning och underlättat samverkan mellan statliga myndigheter, kommuner och civila samhället som möter utsatta EU/EES-medborgare. Samtliga länsstyrelser har bidragit med lägesbilder och kompetensutvecklingsinsatser regionalt.

Brottsutsatta
Brottsutsattas behov av stöd och hjälp kan variera beroende på brottets allvar och personliga faktorer. En särskilt utsatt grupp av brottsoffer är de som utsatts för våld i nära relationer, ofta kvinnor och deras barn inklusive de som utsatts för hedersrelaterat våld och förtryck. Våldet riskerar att ge konsekvenser i form av bl.a. fysisk och psykisk ohälsa på såväl kort som lång sikt. Genom att tidigare än idag upptäcka våldsutsatthet kan upprepat våld och våldets negativa konsekvenser förebyggas. För tidig upptäckt spelar verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård en central roll. Det är också angeläget att det utvecklas effektiva förebyggande metoder för behandling av våldsutövare, vilket är en av målsättningarna i regeringens brottsförebyggande program.

Kunskap om våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor är en viktig faktor för att kunna agera i tid. Det nationella och regionala kompetensstödet utgör sedan flera år tillbaka en plattform för att kontinuerligt nå ut med kunskapsstöd till kommuner och landsting, exempelvis vad gäller baskunskaper om våld, hur våldet kan upptäckas tidigt eller hedersrelaterat våld och förtryck. Regeringens fleråriga satsning på utvecklingsmedel innebär att många kommuner och alla landsting har kunnat fortsätta att kvalitetsutveckla arbetet på området våld i nära relationer.

Barn som vistas i skyddat boende är en mycket sårbar grupp. Deras rättigheter i form av tillgång till insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården liksom skolgång tillgodoses inte alltid. Kunskapen hos olika samhällsaktörer om denna grupp av barn bör öka och stödet till barnen förbättras.

Internationella adoptioner
Det har uttryckts bl.a. av MFoF, intresseföreningar och adoptionsorganisationer olika behov av stöd hos adopterade och även adoptivföräldrar. I och med att de internationella adoptionerna har blivit allt färre har det blivit allt svårare att upprätthålla kompetensen inom adoptionsområdet, i synnerhet för kommunerna.

Stöd till personer med funktionsnedsättning

Allt sedan assistansreformen och tillkomsten av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, har insatser på ett avgörande sätt förbättrat levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar. Insatser enligt LSS och SoL, bilstöd och personlig assistans med statlig assistansersättning m.m. är för många människor med funktionsnedsättningar avgörande för att kunna leva ett bra liv och vara delaktiga i samhället. Totalt sett ökar antalet personer som får insatser från kommunerna.

Antalet personer som får statlig assistansersättning minskar något samtidigt som antalet timmar per assistansberättigad fortsätter att öka. Det är regeringens ansvar att kontinuerligt följa utvecklingen inom assistansersättningen och orsaker till att antalet personer med omfattande funktionsnedsättningar som får assistansersättning minskar. Det är fortsatt viktigt att Försäkringskassan utvecklar kvaliteten och rättssäkerheten i sin handläggning av assistansersättningen. Regeringen har också tagit emot LSS-utredningens betänkande. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Som ett led i arbetet med att säkerställa att den personliga assistanser präglas av hög kvalitet har regeringen beslutat om propositionen Personlig assistans för hjälp med andning (prop.2018/19:145). I propositionen föreslås att andning ska utgöra ett sådant grundläggande behov som kan ge rätt till personlig assistans enligt LSS. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 november 2019.

Bilstöd

Bilstödet är en betydelsefull förmån för att främja delaktigheten i samhället för personer med funktionsnedsättning och har bland annat till syfte att underlätta för personer som behöver ett motorfordon för att kunna försörja sig. Efter att bilstödet reformerades 2017 har regeringen fått signaler om effekter som kan vara negativa för enskilda. Försäkringskassan och Trafikverket har på uppdrag av regeringen följt upp konsekvenserna av reformen.

Personligt ombud

Totalt hade 253 kommuner verksamhet med personligt ombud under 2018. Kommunerna har noterat en ökning av antalet klienter som söker hjälp med stöd i kontakt med olika myndigheter. Det rör sig huvudsakligen om svårigheter kopplade till den omfattande digitaliseringen hos myndigheter, vilket påverkar förutsättningar för de grupper som saknar e-legitimation eller bankid. Exempel på grupper som ökar är personer med samsjuklighet, kvinnor med behov av hjälp till hela familjer samt unga vuxna med neuropsykiatriska diagnoser.

6.6 Politikens inriktning

Framtidens socialtjänst

Utredningen Framtidens socialtjänst (S2017:03) ska förutom att arbeta med sitt ursprungliga direktiv även enligt ett tilläggsdirektiv bl.a. förtydliga äldreomsorgen och övriga insatser inom socialtjänstlagen som är riktade till äldre, analysera och beakta vilken funktion en särreglering för äldre skulle ha. Vidare ska utredningen även se över om barnrättsperspektivet behöver förtydligas i socialtjänstlagen mot bakgrund av att lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnens rättigheter träder i kraft den 1 januari 2020. Utredningens slutbetänkande ska lämnas senast den 1 juni 2020.

Förbättrade förutsättningar för styrning med kunskap

Mot bakgrund av de utmaningar välfärdssamhället idag står inför är en systematiskt och strukturerad utveckling av välfärden inom det sociala området angelägen. Kunskapsstyrningen är en viktig del av ett sådant arbete. Utveckling av kunskapsstyrningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är en fortsatt prioriterad fråga för regeringen. Arbetet syftar till att den enskilde ska få vård och insatser som vilar på bästa möjliga kunskap. För att uppnå syftet krävs att yrkesverksamma får tillgång till kunskap om verksamma insatser, men även att beslutsfattare har tillgång till kunskap som kan vägleda inför beslut om t.ex. utveckling och effektivisering av verksamheterna. Det handlar t.ex. om kompetensutveckling av personal, ökad kunskap om förebyggande insatser och implementering av effektiva arbetssätt.

Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen samt partnerskapet mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de regionala samverkans- och stödstrukturerna är centrala aktörer i utvecklingen av ett kunskapsbaserat stöd till profession och till policyutveckling.

Kunskapsguiden.se är en unik nationell webbplats som samlar bästa tillgängliga kunskap samt stöd och vägledningar. Professionen erbjuds också 25 webbutbildningar och länkar till ytterligare 23 utbildningar och har idag ca 85 000 användare i snitt per månad. Socialstyrelsens anslag ökas med 5,3 miljoner kronor från 2020 för att utveckla webbplatsen ytterligare.

Forskarskolor för praktiknära forskning inom socialtjänstens områden
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har nu inrättat ett tioårigt nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning inklusive forskarskolor. Utbildning av strategiskt viktiga funktioner som verksamhetsutvecklare och beslutsfattare i att värdera och använda forskning inom socialt arbete förväntas också bidra till att stärka genomslaget för den praktiknära forskningen. Regeringen följer utvecklingen av dessa satsningar.

Digitalisering och e-hälsa
Tekniska lösningar har positiv påverkan på den enskilde då det kan stödja den enskildes självständighet, öka möjligheten till delaktighet och underlätta för anhöriga. Ökad användning av tekniska lösningar kan även effektivisera socialtjänstens verksamheter och bidra till bättre arbetsmiljö.

Välfärdsteknik inom socialtjänstens verksamheter är ett kommunalt ansvar. Många kommuner har begränsade resurser att följa utvecklingen av hur tekniska lösningar kan förbättra verksamheterna. Samverkan mellan kommunerna och nationellt stöd kan fylla en funktion med bakgrund i detta.

Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (dir. 2018:82) har i uppdrag att bl.a. undersöka hur detta bättre kan samordnas. Utredningen lämnar sitt betänkande senast den 1 mars 2020. Vidare avser regeringen att avsätta medel för att stödja kommunerna i investeringar av tekniska lösningar så som välfärdsteknik eller utrustning för digitala arbetssätt.

Arbetet med Vision e-hälsa 2025 kommer att fortsätta och utvecklas (se utg.omr. 9 avsnitt 3).

6.6.1 Omsorg om äldre

Bred satsning på äldreomsorgen
Den demografiska utvecklingen innebär att kommunerna de kommande åren kommer att uppleva utmaningar med att upprätthålla en jämn kvalitet över tid i verksamheten som möter medborgarna. Regeringen föreslår därför en treårig satsning med bred inriktning för kvalitetshöjande insatser inom äldreomsorgen. Regeringen vill möjliggöra insatser bland annat för att säkerställa en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt motverka ofrivillig ensamhet. Orsaken till den breda inriktningen är att regeringen anser att det är viktigt att minimera den administrativa bördan samt säkerställa att alla kommuner kan anpassa medel till lokala prioriteringar och behov inom ramarna för ändamålet.

Demens är en folksjukdom som får allvarliga konsekvenser, inte bara för den som insjuknar utan också för anhöriga och närstående. Under 2019 har regeringen vidtagit flera åtgärder som syftar till att höja kvaliteten inom vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.
Särskilda satsningar har gjorts för att höja kunskapen om demens hos olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram en vägledning om dagverksamhet för personer som har en demenssjukdom. Vidare har en ansökan från Svenskt Demenscentrum beviljats och regeringen har under 2019 stöttat kvalitetsregistren, Registret för Beteendemässiga störningar och psykologiska symtom vid demenssjukdom (BPSD-registret) och Svenska Demensregistret (SveDem) liksom de olika forskningsprojekten inom ramen för Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC). Regeringen avser att fortsätta dessa satsningar inom demensområdet under 2020. En väl fungerande samverkan mellan landsting och kommuner är en förutsättning för att kvinnor och män med en demenssjukdom ska få en god vård och omsorg

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag presenterat en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom. Den kan bidra till att personer med en demenssjukdom erbjuds rätt stöd och insatser vid rätt tidpunkt under hela sjukdomsförloppet.

Regeringen avser att genomföra en treårig bred satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att bland annat förbättra vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Prioriterade insatser kan till exempel vara genomförandet av standardiserat insatsförlopp eller förbättring av dagverksamhet för äldre.

Införande av en fast omsorgskontakt
En viktig uppgift för regeringen är att öka tryggheten och förbättra för de äldre. Trots att en majoritet av de äldre uppger att de är nöjda med hemtjänsten, uppger alltför många att de inte känner sig trygga och att det finns brister när det gäller inflytande och delaktighet. Regeringen har därför gett en särskild utredare i uppdrag att se

över och lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten i landets kommuner, både för verksamheter i privat och offentlig regi. En fast omsorgskontakt ska vara en namngiven person som den äldre som har hemtjänst och hennes eller hans anhöriga ska kunna kontakta i frågor som rör omsorgen om den enskilde. Syftet med att införa en fast omsorgskontakt är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst, men även att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga.

Stöd till anhöriga
Nästan var femte svensk vårdar, hjälper eller stödjer regelbundet en närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, som är äldre eller som har en funktionsnedsättning. Anhörigomsorg är vanligare inom lägre inkomstgrupper och 70 procent av de informella vårdgivarna är kvinnor, som generellt påverkas mer negativt än män av att ge anhörigomsorg. Att som anhörig ge vård och omsorg ska vara ett frivilligt åtagande och anhöriga ska vara trygga med att den omsorg som samhället erbjuder är av god kvalitet. Den omsorg som utförs av anhöriga kvinnor och män är dock omfattande. Regeringen avser att påbörja arbetet med att ta fram en nationell anhörigstrategi.

Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre
Många äldre upplever i dag ensamhet och social isolering, vilket kan bidra till psykisk och fysisk ohälsa. Regeringen anser att ofrivillig ensamhet bör motverkas. Som en del av satsningen på äldreomsorgen i denna budget ges kommunerna ett resurstillskott med brett mandat för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att bland annat motverka ofrivillig ensamhet bland äldre. Prioriterade insatser kan exempelvis vara dagverksamhet eller andra aktiviteter för äldre för att öka samvaron för äldre. Utöver detta pågår också en satsning där civila samhället tillförs medel t.o.m. 2021 (se utg.omr. 17, Politik för det civila samhället).

6.6.2 Individ- och familjeomsorgen

Kapacitetsutbyggnad på Statens institutionsstyrelse
Statens institutionsstyrelse, SiS, ansvar för tvångsvård och behandling av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och vuxna med missbruksproblem. Det är fortsatt hög efterfrågan på vårdplatser på SiS särskilda ungdomshem. Det innebär svårigheter att skyndsamt kunna anvisa en plats, och att differentiera vården utefter barnet eller den unges behov. Regeringen har meddelat att allvarliga brott som begås av unga under 15 år alltid ska utredas av polis, vilket förväntas leda till en ökad efterfrågan inom SiS ungdomsvård. Gängkriminella ungdomar som kräver placering vid olika institutioner ställer ytterligare krav på SiS förmåga att kunna anvisa lämplig plats. Därtill tillkommer behov av förstärkningar i organisationen och ett ökat behov av investeringar i säkerhet och it.

För att bl.a. se hur interna och externa faktorer påverkar myndighetens möjligheter att fullgöra sitt uppdrag har regeringen beslutat att Statskontoret ska genomföra en myndighetsanalys av SiS. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2020. Statens institutionsstyrelse har sedan 2017 haft ett tidsbegränsat tillskott i verksamheten. Detta tidsbegränsade tillskott upphör 2022 och därmed har anslaget beräknats minska med 150 miljoner kronor från och med 2022. Regeringen bedömer dock att SiS behöver fullfölja arbetet med att bygga ut kapaciteten i verksamheten och därför föreslår regeringen att det tidigare tidsbegränsade tillskottet ska vara långsiktigt och tillför därför 150 mnkr också från och med 2022. Utöver det föreslår regeringen att anslaget ökas med 4 miljoner kronor för år 2020. Regeringen bedömer vidare att anslaget behöver ökas med 68 miljoner kronor 2021.

Att stärka barn med psykisk ohälsa
Den psykiska ohälsan bland barn och unga är ett samhällsproblem som det är angeläget att vidta åtgärder mot. Därför kommer regeringens satsning på att öka socialtjänstens kompetens inom området för psykisk ohälsa att fortsätta som planerat. Regeringen avsätter 100 miljoner kronor 2020 till Socialstyrelsen för att fördela statsbidrag till kommunerna för att stärka insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen är viktig ur ett jämställdhetsperspektiv eftersom pojkars och flickors psykiska ohälsa ser olika ut.

Satsning på ökad bemanning
År 2020 är sista året i regeringens pågående satsning på ökad bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården. För 2020 avsätts 150 miljoner kronor för detta ändamål.

Ekonomiskt bistånd
Med anledning av att en betydande andel av de som tar emot ekonomiskt bistånd gör det på grund av arbetslöshet är det viktigt med insatser som bidrar till den enskildes förmåga till självförsörjning genom förvärvsarbete. Insatser inom ramen för arbetsmarknadspolitik, utbildningspolitiken och den ekonomiska familjepolitiken har stor betydelse för verksamhetsområdet.

För den som uppbär ekonomiskt bistånd och saknar kunskaper i svenska, är språkstudier och arbete en viktig väg in i samhället. Därför avser regeringen att införa språkplikt för de som uppbär ekonomiskt bistånd. Både kvinnor och män ska från samhällets sida mötas av samma förväntningar och ges rätt förutsättningar för att kunna försörja sig själva och stå på egna ben genom inträde på arbetsmarknaden. Det behövs ett tydligt jämställdhetsperspektiv i alla etableringsåtgärder.

Strategi för att förebygga och bekämpa våld
Den tioåriga nationella strategin att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor inklusive hedersrelaterat våld och förtryck (skr. 2016/17:10) anger inriktningen för ett långsiktigt arbete på området. För att stärka förutsättningarna att nå det jämställdhetspolitiska delmålet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra finns ett fokus på förebyggande insatser.

Det gäller exempelvis insatser riktade till grupper och individer med förhöjd risk att utöva våld, såsom pojkar och unga män i en hederskontext.

I strategin ingår även som målsättning att stärka skyddet och stödet för våldsutsatta kvinnor och barn.

Missbruk och beroende och psykisk ohälsa uppmärksammas
Personer med samsjuklighet, dvs. kvinnor och män med både missbruks- och beroendeproblematik och psykisk ohälsa har uppmärksammats och är en utmaning för vårdsystemet. Regeringen inväntar Socialstyrelsens resultat utifrån pågående regeringsuppdrag avseende omfattningen av problematiken och förslag på åtgärder.

Hemlöshet
Socialtjänsten har en viktig uppgift när det gäller att förebygga hemlöshet och ansvar för att ge enskilda individer olika former av stöd. Statsbidraget till de 10 kommuner med flest personer i akut hemlöshet fortsätter och 25 miljoner fördelas till åtgärder för att förbättra situationen och motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden under 2020.

Utsatta EU/EES-medborgare
Länsstyrelsen i Stockholms län har haft en viktig roll i att framför allt ansvara för rådgivning, kompetensutveckling samt i att stärka samverkan och samordningen mellan statliga myndigheter, kommuner och civila samhället som möter målgruppen. Detta arbete har underlättats av att samtliga länsstyrelser under 2018 och 2019 fick i uppdrag att bidra med lägesbilder och kompetensutvecklingsinsatser regionalt. Regeringen stödjer ett fortsatt arbete genom att avsätta 4 miljoner kronor för år 2020 till samtliga länsstyrelser för samordning och kompetensutveckling.

Föräldraskapsstöd
Syftet med stöd i föräldraskapet är att främja barnets hälsa och utveckling. Målsättningen är att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet under barnets hela uppväxt. Strategin som genomsyras av ett barnrättsperspektiv, jämlikhet i hälsa samt jämställdhet och ett jämställt föräldraskap, är vägledande och anger inriktningen för arbetet med föräldraskapsstödet under mandatperioden.

Internationella adoptioner
Den kommunala socialtjänsten ska enligt socialtjänstlagen ge stöd både före och efter en adoption inom sin omsorg av barn och unga. Många kommuner har dock svårt att upprätthålla en kompetens inom adoptionsområdet och brister i att erbjuda stöd, samt i att ge den obligatoriska föräldrautbildningen. Detta mot bakgrund av att internationella adoptioner kraftigt minskat genom åren. Väntetiderna för att kunna påbörja socialtjänstens medgivandeutredning för adoption är mycket långa. För att kunna åtgärda brister när det gäller stöd samt säkra tillgången på den obligatoriska föräldrautbildningen avsätter regeringen 2 500 000 kronor i ökat anslag till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) för 2020 och därefter 2 000 000 kronor årligen.

6.6.3 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Regeringen arbetar för att förbättra möjligheter till jobb, ett gott liv och en meningsfull fritid för alla personer med funktionsnedsättning. Stöd och serviceinsatser enligt LSS och assistansersättningen har inneburit ökad frihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning.

Personlig assistans
I syfte att säkerställa att den personliga assistansen och assistansersättningen präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet genomförs under mandatperioden ett antal åtgärder. Alla som har rätt till stöd ska få det.

Regeringen avser att återställa rätten till personlig assistans för egenvård inklusive andning och sondmatning. Regeringen lämnade en proposition till riksdagen i juni 2019 med förslag om personlig assistans för hjälp med andning. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 november 2019. Regeringen aviserar i propositionen att ett lagförslag snarast ska beredas som innebär att samtliga hjälpmoment vid andningshjälp och sondmatning ska ge rätt till personlig assistans.

Regeringen avser vidare att under 2019 tillsätta en utredning som ska utreda egenvård, hur definitionen av normalt föräldraansvar kan smalnas av samt hur rätten till assistans vid behov av tillsyn kan stärkas. Även frågan om huvudmannaskapet för den personliga assistansen ska utredas framgent.

Höjd schablonersättning för assistansersättning
Timbeloppet för assistansersättning, det s.k. schablonbeloppet räknades upp med 1,5 procent 2019. Regeringen har beslutat att göra motsvarande uppräkning med 1,5 procent för 2020.

Översyn av yrket personlig assistent
En särskild utredare har i uppdrag att göra en översyn av yrket personlig assistent (S 2018:08). Syftet med översynen är att undersöka hur personliga assistenters villkor ser ut i såväl kommunal som privat verksamhet samt hos brukarkooperativ och hos assistansberättigade som anställer sina egna assistenter. Uppdraget ska redovisas den 15 januari 2020.

Merkostnader i hyran för personer som bor i bostad med särskild service
För frågan om merkostnader för enskilda som fått insatsen gruppbostad eller bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (Se utg.omr. 9 avsnitt 5).

Bilstöd
Försäkringskassan och Trafikverket har på uppdrag av regeringen redovisat svar på uppdrag om konsekvenser av 2017 års reform av bilstödet. Mot bakgrund av myndigheternas förslag på åtgärder har promemorian Bilstöd – Ökade möjligheter till anpassning denna dag remitterats. Regeringen avser att föreslå att bilstödet till personer med funktionsnedsättning förbättras för att öka stödets ändamålsenlighet.

Verksamheten med personligt ombud
Statsbidraget till insatsen personligt ombud utökas med 30 miljoner kronor från och med 2020 till 2022 i syfte att öka subventionsgraden per ombud.

6.7 Budgetförslag

6.7.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tabell 6.8 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

2018	Utfall	22 691	Anslags-sparande	2 098
2019	Anslag	24 737 [1]	Utgifts-prognos	23 474
2020	**Förslag**	**27 598**		
2021	Beräknat	27 537 [2]		
2022	Beräknat	27 970 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 27 106 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 27 106 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF). Anslaget får även användas för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterades organisationer.

Kompletterande information

I förordningen (2008:1239) finns bestämmelser om statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och riksorganisationer för adopterade.

Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att MFoF ska arbeta för att stärka kompetensen kring internationella adoptioner hos landets kommuner, och samordna de obligatoriska föräldrautbildningarna samt stöd efter adoption. Därför ökas anslaget med 2,5 miljoner kronor för år 2020 och med 2 miljoner kronor från år 2021 och framåt. För att finansiera ökningen av detta anslag minskas anslaget *1:4 Adoptionsbidrag* under utgiftsområde 12 Ekonomisk familjepolitik med 3,1 miljoner kronor för år 2020 och med 2,5 miljoner kronor från 2021 och framåt. Anledningen till att minskningen av anslag *1:4 Adoptionsbidrag* är större en motsvarande ökning beror på att detta anslag pris- och löneuppräknas.

Tabell 6.9 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**24 737**	**24 737**	**24 737**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	361	760	1 161
Beslut	2 500	2 040	2 072
Varav BP20 [3]	2 500	2 000	2 000
Varav [3]			
Stöd int. adoptioner	2 500	2 000	2 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**27 598**	**27 537**	**27 970**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 27 598 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 27 537 000 kronor respektive 27 970 000 kronor.

6.7.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tabell 6.10 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

2018	Utfall	723 450	Anslags-sparande	44 064
2019	Anslag	767 514 [1]	Utgifts-prognos	597 738
2020	**Förslag**	**797 514**		
2021	Beräknat	782 514		
2022	Beräknat	782 514		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för insatser inom funktionshindersområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1,5 procent av anslaget.

Regeringens överväganden

Från anslaget finansieras bland annat

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,
- avveckling av verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- verksamhet med service- och signalhundar,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder,
- statsbidrag för viss verksamhet inom funktionshindersområdet,

– bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning,
– insatser för förbättrad tolktjänst i arbetslivet,
– statsbidrag för habiliteringsersättning, samt
– insatser för fallprevention.

Regeringen föreslår i denna proposition ett ökat statsbidrag till de kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning. Detta anslag ökas för ändamålet med 30 miljoner kronor per år under 2020–2022. Anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* minskar med motsvarande belopp under åren 2020–2022.

År 2020 är sista året i den tidsbegränsade satsningen på insatser för förbättrad tolktjänst i arbetslivet och detta anslag beräknas därför minska med 15 miljoner kronor 2021.

Tabell 6.11 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**767 514**	**767 514**	**767 514**
Förändring till följd av:			
Beslut	30 000	15 000	15 000
Varav BP20	30 000	30 000	30 000
Varav			
Tillskott personliga ombud	30 000	30 000	30 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**797 514**	**782 514**	**782 514**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 797 514 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 782 514 000 kronor respektive 782 514 000 kronor.

6.7.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tabell 6.12 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

2018	Utfall	99 503	Anslags-sparande	163 892
2019	Anslag	263 395 [1]	Utgifts-prognos	144 151
2020	**Förslag**	**263 395**		
2021	Beräknat	263 395		
2022	Beräknat	263 395		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera utgifter för bilstöd till personer med funktionsnedsättning enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

Regeringens överväganden

Utgifterna för bilstödet är sedan införandet av en ny lagstiftning den 1 januari 2017 lägre än anvisat anslag. De minskade utgifterna beror på färre ansökningar och fördröjningar i handläggningen. Under 2019 har dock utgifterna ökat markant jämfört med år 2018.

Regeringen avser att föreslå att bilstödet till personer med funktionsnedsättning förbättras för att öka stödets ändamålsenlighet. Promemorian Bilstöd – Ökade möjligheter till anpassning har denna dag remitterats. Promemorians lagändringar föreslås träda i kraft den 1 oktober 2020. De ekonomiska konsekvenserna av de lagändringar som föreslås bedöms innebära ökade utgifter på anslaget med 13 miljoner kronor under 2020, och med 52 miljoner kronor årligen från och med 2021. Kostnaderna för lagändringen bedöms rymmas inom anslagets beräknade nivå och därmed bedöms inte anslagsnivån behöva öka.

Tabell 6.13 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**263 395**	**263 395**	**263 395**
Förändring till följd av:			
Beslut	13 000	52 000	52 000
Varav BP20	13 000	52 000	52 000
Varav			
Bilstöd: Ökad möjlighet till anpassning	13 000	52 000	52 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volymer			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt	-13 000	-52 000	-52 000
Förslag/beräknat anslag	**263 395**	**263 395**	**263 395**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 263 395 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 263 395 000 kronor respektive 263 395 000 kronor.

6.7.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.14 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

2018	Utfall	25 308 374	Anslags-sparande	384 926
2019	Anslag	24 986 588 [1]	Utgifts-prognos	24 173 760
2020	**Förslag**	**24 450 971**		
2021	Beräknat	24 673 767		
2022	Beräknat	24 790 961		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statlig assistansersättning till personer med funktionsnedsättningar enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

Kompletterande information

I förordningen (1993:1091) om assistansersättning finns ytterligare bestämmelser om assistansersättningen. Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning (antal timmar) och timschablonen är de faktorer som styr utgifternas storlek. Schablonbeloppet för timersättning 2019 är 299 kronor och 80 öre kronor per timme.

Regeringens överväganden

För 2019 prognostiseras anslagsbelastningen att bli 24,2 miljarder kronor, vilket är 800 miljoner kronor lägre än vad riksdagen anvisade i budgetpropositionen för 2019. Denna minskning beror bl.a. på att antalet brukare med assistansersättning beräknas minska under året med ca 300 personer jämfört med 2018. Även om antalet timmar i genomsnitt med assistansersättning per brukare bedöms fortsätta öka under 2019, är ökningstakten avtagande. Ökningen av utgifterna för assistansersättning drivs för närvarande av den årliga schablonhöjningen.

Enligt socialförsäkringsbalken ska assistansersättning varje år bestämmas som schablonbelopp och beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen utfärdar föreskrifter om beloppet i förordningen om assistansersättning. För 2020 har regeringen beslutat om en höjning av schablonbeloppet med 1,5 procent. Schablonbeloppet för assistansersättning blir därmed 304 kronor och 30 öre per timme för 2020, en höjning med 4 kronor och 50 öre.

Regeringen avser att återkomma med förslag om att hjälp med samtliga moment för andning och sondmatning kan ge rätt till assistans. Detta beräknas öka kostnaderna med 85 miljoner kronor för 2020 och med 100 miljoner kronor årligen från 2021.

Tabell 6.15 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**24 836 588**	**24 836 588**	**24 836 588**
Förändring till följd av:			
Beslut	555 878	598 764	-441 400
Varav BP20	85 000	100 000	100 000
Varav			
LSS: Andning och sondmatning (ny prop)	85 000	100 000	100 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	382 800	243 700	243 700
Volymer	-1 324 286	-1 013 300	149 157
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt	-9	8 015	2 916
Förslag/beräknat anslag	**24 450 971**	**24 673 767**	**24 790 961**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 24 450 971 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 24 673 767 000 kronor respektive 24 790 961 000 kronor.

6.7.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tabell 6.16 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

2018	Utfall	2 809 365	Anslags-sparande	68 125
2019	Anslag	1 367 490 [1]	Utgifts-prognos	1 045 104
2020	**Förslag**	**1 427 490**		
2021	Beräknat	1 415 490		
2022	Beräknat	1 415 490		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att

- genom riktade insatser ge bättre förutsättningar för en ökad bemanning och kvalitet i omsorgen,
- främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet,
- öka kunskap och kompetens inom äldreområdet,
- öka antalet platser i särskilt boende samt öka antalet bostäder för äldre personer på den ordinarie bostadsmarknaden,
- stödja och utveckla anhöriga och närståendes insatser,
- fördela statsbidrag till pensionärsorganisationer, samt
- fördela statsbidrag till organisationer för dem som vårdar och hjälper närstående.

Anslaget får även användas för utgifter för forskning och för utgifter för medlemskap i internationella organisationer inom äldreområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst en procent av anslaget.

Bemyndiganden och ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2020 för anslaget *4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 770 000 000 kronor 2021–2023.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska utlysas av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). Vidare avser regeringen besluta om investeringsstöd för att stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2020 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 770 000 000 kronor 2021–2023.

Tabell 6.17 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	Utfall 2018	Prognos 2019	Förslag 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022	Beräknat 2023
Ingående åtaganden	471 065	646 993	665 750			
Nya åtaganden	464 457	449 757	590 250			
Infriade åtaganden	-288 529	-431 000	-486 000	-265 000	-270 000	-235 000
Utestående åtaganden	646 993	665 750	770 000			
Erhållet/föreslaget bemyndigande	**670 000**	**900 000**	**770 000**			

Regeringens överväganden

Riksdagen beslutade i budgeten för 2019 att anslaget skulle användas för en utökning av investeringsstödet för äldrebostäder med 300 miljoner kronor, ett riktat stöd om 200 miljoner kronor för anställning av resurspersoner i trygghetsbostäder, ett prestationsinriktat bidrag om 500 miljoner kronor till de kommuner som lever upp till åtaganden att förse äldre med plats i biståndsbedömda boenden inom tre månader, 110 miljoner kronor för att uppnå god personalkontinuitet inom hemtjänsten samt 50 miljoner kronor för att öka personalen inom äldreomsorgens kunskap om demens (bet. 2018/19:SoU1, rskr. 2018/19:111).

Efter förslag i vårändringsbudgeten för 2019 beslutade riksdagen, i enlighet med regeringens proposition, att göra justeringar jämfört med vad som tidigare beslutats (prop. 2018/19:99, bet. 2018/19:FiU21, rskr. 2018/19:288). Huvudorsaken till förändringarna var att regeringen bedömde att det saknades beredningsunderlag för en del av förslagen och att dessa därför inte skulle kunna genomföras under 2019. Förändringarna innebär att 500 miljoner kronor fördelas bland samtliga kommuner utifrån antalet äldre i respektive kommun. Medlen får kommunerna använda inom den del av äldreomsorgen där de ser att behoven är störst. Vidare har satsningen på demens fortsatt liksom utökningen av investeringsstödet, dock med en något annan inriktning. Slutligen beslutade riksdagen att sänka anslaget med 310 miljoner kronor eftersom det riktade stödet för anställning av resurspersoner i kommuner samt satsningen för att uppnå en god personalkontinuitet i hemtjänsten inte skulle genomföras.

I denna proposition föreslår regeringen en delvis ny inriktning för användningen av medlen på anslaget och en korrigering av nivåerna för olika satsningar. För 2020 anser regeringen att 610 miljoner kronor bör satsas på ett brett stöd till kommunerna för att göra det möjligt för dessa att bland annat rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre samt insatser för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Satsningen på investeringsstöd för äldrebostäder minskas från 700 miljoner kronor till 500 miljoner kronor. Regeringen avsätter också sammanlagt 200 miljoner kronor för satsningen på digitalisering och e-hälsa inom äldreomsorgen. Sammantaget omfattar dessa satsningar 1310 miljoner kronor för 2020. Jämfört med anvisade medel på anslaget för 2019 innebär förslaget en ökning med 60 miljoner kronor.

Tabell 6.18 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**1 677 490**	**1 677 490**	**1 677 490**
Förändring till följd av:			
Beslut	-250 000	-262 000	-262 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**1 427 490**	**1 415 490**	**1 415 490**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 427 490 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 1 415 490 000 kronor för respektive år.

6.7.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tabell 6.19 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

2018	Utfall	1 045 987	Anslags-sparande	60 610
2019	Anslag	1 132 192 [1]	Utgifts-prognos	1 087 270
2020	**Förslag**	**1 157 143**		
2021	Beräknat	1 240 227 [2]		
2022	Beräknat	1 181 840 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 1 222 154 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 1 148 035 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelses förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelses (SiS) uppgift att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

Kompletterande information

SiS är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbruksvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 6.20 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Ackumulerat resultat
Utfall 2018	1 938 497	-1 933 246	5 251	-43 500
(varav tjänsteexport)				
Prognos 2019	2 037 029	-2 012 029	25 000	-18 500
(varav tjänsteexport)				
Budget 2020	2 238 555	-2 232 041	6 514	-11 986
(varav tjänsteexport)				

Regeringens överväganden

Statens institutionsstyrelse har sedan 2017 haft ett tidsbegränsat tillskott i verksamheten. Detta tidsbegränsade tillskott upphör 2022 och därmed har anslaget beräknats minska med 150 miljoner kronor från och med 2022. Regeringen bedömer dock att SiS behöver fullfölja arbetet med att bygga ut kapaciteten i verksamheten och därför föreslår regeringen att det tidigare tidsbegränsade tillskottet ska vara långsiktigt och tillför därför 150 mnkr också från och med 2022. Utöver det föreslår regeringen att anslaget ökas med 4 miljoner kronor för år 2020. Regeringen bedömer vidare att anslaget behöver ökas med 68 miljoner kronor 2021.

Tabell 6.21 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**1 132 192**	**1 132 192**	**1 132 192**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	20 951	38 004	54 906
Beslut	4 000	70 031	-5 258
Varav BP20 [3]	4 000	68 000	150 000
Varav [3]			
Tillskott SiS	4 000	68 000	150 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**1 157 143**	**1 240 227**	**1 181 840**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 1 157 143 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 1 240 227 000 kronor respektive 1 181 840 000 kronor.

6.7.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 6.22 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

2018	Utfall	1 485 605	Anslags-sparande	51 254
2019	Anslag	925 951 [1]	Utgifts-prognos	696 056
2020	**Förslag**	**749 351**		
2021	Beräknat	281 351		
2022	Beräknat	256 351		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för att stimulera utvecklingen av socialt arbete samt för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen och för utgifter kopplade till avvecklingen av Ersättningsnämnden. De administrativa utgifterna och utgifterna för avvecklingen av Ersättningsnämnden får utgöra högst 1 procent av anslaget. Anslaget får även användas för att medfinansiera programmet för fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt.

Regeringens överväganden

Riksdagen beslutade i budgeten för 2019 att 75 miljoner kronor av de anvisade medlen på anslaget ska användas för införandet av ett obligatoriskt kommunalt föräldraskapsprogram. Riksdagen beslutade även att den s.k. fritidspengen skulle återinföras och avsatte för detta ändamål 50 miljoner kronor för 2019 och 100 miljoner kronor från 2020 och därefter.

Efter förslag i propositionen Vårändringsbudgeten för 2019 beslutade riksdagen, i enlighet med regeringens proposition, att inte genomföra insatserna om föräldraskapstöd med 75 miljoner kronor och fritidspeng med 50 miljoner kronor (prop. 2018/19:99, bet. 2018/19:FiU21, rskr. 2018/19:288). Slutligen beslutade riksdagen, efter förslag i samma proposition, att minska anslaget med ytterligare 30 miljoner kronor så att anslaget för 2019 sammantaget minskade med 155 miljoner kronor.

Regeringen föreslår att insatserna om föräldrastöd och fritidspeng inte heller ska genomföras kommande år och därför minskas anslaget med 175 miljoner kronor 2020 jämfört med vad som beräknades 2019.

Regeringen föreslår i denna proposition att anslag 8:1 *Socialstyrelsen* ökas med 5,3 miljoner kronor för att utveckla kunskapsguiden. Insatsen finansieras från detta anslag som minskas med 6,6 miljoner kronor från 2020. Anledningen till att minskningen av detta anslag är större en motsvarande ökning beror på att detta anslag inte pris- och löneuppräknas vilket anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* gör.

Tabell 6.23 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**1 080 951**	**1 080 951**	**1 080 951**
Förändring till följd av:			
Beslut	-331 600	-799 600	-824 600
Varav BP20	-181 600	-181 600	-181 600
Varav			
Kunskapsguiden	-6 600	-6 600	-6 600
Minskning föräldraskaps-program och fritidspeng	-175 000	-175 000	-175 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**749 351**	**281 351**	**256 351**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 749 351 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 281 351 000 kronor respektive 256 351 000 kronor.

7 Barnrättspolitik

7.1 Omfattning

Barnrättspolitiken är sektorsövergripande. Det innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik, liksom alla verksamheter som berör barn. Området omfattar Barnombudsmannen som har till uppgift att företräda barnets rättigheter och intressen samt att bevaka och driva på genomförandet av FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Det omfattar även anslaget för barnrättspolitik som får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen.

7.2 Utgiftsutveckling

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Barnrättspolitik						
5:1 Barnombudsmannen	24	26	26	**26**	27	27
5:2 Barnets rättigheter	22	22	22	**22**	22	22
Summa Barnrättspolitik	**46**	**48**	**48**	**49**	**49**	**49**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

7.3 Mål för området

Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället. Målet innebär att alla barn, oavsett bl.a. ålder, kön och funktionsnedsättning, ska få sina rättigheter tillgodosedda.

7.4 Resultatredovisning

7.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

För att uppnå målet är den av riksdagen godkända Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232, bet. 2010/11SoU3, rskr. 2010/11:35) central. De bedömningsgrunder som används i avsnittet är:

- Ett strategiskt och systematiskt arbete nationellt och internationellt för att tillförsäkra barn deras rättigheter
- Stärkt stöd till barn i särskilt utsatta situationer

Underlaget för regeringens resultatbedömning inom området utgörs bl.a. av Barnombudsmannens och andra myndigheters redovisningar och rapporter samt uppgifter från Barnombudsmannens digitala statistiktjänst Max18 med samlad statistik om barns och ungas levnadsförhållanden. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på samt bevaka efterlevnaden av barnkonventionen (i enlighet med 1 och 2 §§ lagen [1993:335] om Barnombudsman). Så sker bl.a. genom myndighetens årliga rapportering till regeringen där myndigheten identifierar och analyserar särskilt angelägna frågor inom området samt lämnar förslag på åtgärder i syfte att stärka efterlevnaden av barnets rättigheter. Ett annat underlag för regeringens resultatbedömning inom området är, även om de inte är juridiskt bindande, de slutsatser och rekommendationer som FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) enligt artiklarna 44 och 45 i barnkonventionen regelbundet tar fram om genomförandet av barnets rättigheter i Sverige.

7.4.2 Resultat

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter, det handlar om såväl strategiska åtgärder som särskilda insatser riktade mot barn i olika situationer av utsatthet.

Ett strategiskt och systematiskt arbete nationellt och internationellt för att tillförsäkra barn deras rättigheter

I detta avsnitt redovisas regeringens samlade strategier och insatser för att förankra barnkonventionen. Resultat kopplade till barnrättspolitikens mål redovisas inom respektive politikområde. Det samlade nationella arbetet för mänskliga rättigheter redovisas under utgiftsområde 1 avsnitt 10.9 Mänskliga rättigheter.

För att ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra all verksamhet som rör barn krävs bl.a. ett systematiskt och strategiskt arbete med utgångspunkt i Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige. I strategin betonas bl.a. att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen, att barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang och att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Kunskapsutveckling och kunskapsspridning är centrala delar i strategin, bl.a. i bemärkelsen att barn ska få kunskap om sina rättigheter och att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter. Enligt strategin ska beslut och åtgärder som rör barn följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv.

För att få genomslag för arbetet med att främja och skydda barnets rättigheter finns en samordningsfunktion för barnkonventionsfrågor i Regeringskansliet. Samordningsfunktionens uppgift är att utveckla arbetet med barnets rättigheter inom Regeringskansliet. Arbetet syftar bl.a. till att initiera, stödja och samordna processer så att barnrättsperspektivet återspeglas i alla delar av samhällsverksamheter som rör barn.

Inkorporering av barnkonventionen och fortsatt transformering

Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter träder i kraft den 1 januari 2020. För att barnets rättigheter ska få genomslag i praktiken krävs vid sidan av den inkorporering som beslutats av riksdagen (prop. 2017/18:186, bet. 2017/18:SoU25, rskr. 2017/18:389) en fortsatt och systematisk transformering av barnkonventionens bestämmelser i nationell rätt. Därutöver krävs en kombination av olika åtgärder såsom vägledning, utbildning och samordning mellan olika aktörer på olika nivåer i samhället. De samlade åtgärder som regeringen presenterat i propositionen i form av lag om FN:s konvention om barnets rättigheter, vägledning, kunskapslyft och ett fortsatt systematiskt transformeringsarbete ska ses som ett samlat paket för att konventionen ska få genomslag.

En arbetsgrupp i Regeringskansliet har haft i uppdrag att utforma en vägledning som kan utgöra ett stöd vid tolkning och tillämpning av barnkonventionen. Vägledningen bereds för närvarande.

För att ge ett stöd i det fortsatta arbetet med transformering av barnkonventionen inom olika rättsområden beslutade regeringen i mars 2018 att ge en särskild utredare i uppdrag att genomföra en kartläggning för att belysa hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen (dir. 2018:20). Utredningen som antagit namnet Barnkonventionsutredningen (S 2018:03) ska redovisa sitt uppdrag senast den 15 november 2019.

Kunskapslyft för barnets rättigheter

Barnombudsmannen har i uppdrag att under perioden 2017–2019 stödja särskilt berörda statliga myndigheter samt kommuner och landsting i arbetet med att säkerställa tillämpningen av bestämmelserna i barnkonventionen (S2016/07875/FST och S2016/07874/FST). Utöver de tio myndigheter som omfattas sedan tidigare har även Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), Jämställdhetsmyndigheten, Polismyndigheten, Åklagarmyndigheten, Kriminalvården och Kronofogdemyndigheten tillkommit. Länsstyrelserna har även fått i uppdrag att i samverkan med Barnombudsmannen samordna och utveckla sin tillämpning av barnets rättigheter samt stödja arbetet med att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter i kommuner och landsting (A2019/01274/MRB).

För de myndigheter som ingår sedan starten har arbetet under 2018 utgått från egna identifierade utvecklingsområden. I uppdraget har också ingått, för flera av myndigheterna, att redovisa åtgärder som vidtagits och resultat som uppnåtts i den egna verksamheten. Exempel på aktiviteter är den webbutbildning som Statens institutionsstyrelse (SiS) har tagit fram, och de tillgängliga filmer om rättigheter riktade till barn som Myndigheten för delaktighet har tagit fram. För de nya myndigheterna har uppdraget under 2018 huvudsakligen inneburit att analysera egna utvecklingsbehov, identifiera utvecklingsområden samt beskriva hur arbetet fortsatt kommer att genomföras.

Barnombudsmannen har vidareutvecklat sitt arbete för att kunna erbjuda relevant och verksamhetsanpassat stöd för myndigheter, kommuner och landsting, ett arbete som kallas Barnrätt i praktiken. Som exempel kan nämnas framtagande av webbutbildning om barnkonventionen, ett stödmaterial för beslutsfattare och tjänstepersoner i prövningen av barnets bästa enligt barnkonventionen och genomförande av ett antal webbseminarier med olika barnrättsliga teman.

Kunskapshöjande insatser för barn om sina rättigheter

Barnombudsmannen har vidtagit fortsatta åtgärder i enlighet med regeringens uppdrag att under 2015–2018 genomföra kunskapshöjande insatser för barn och unga om sina rättigheter enligt barnkonventionen och vad de innebär i praktiken både inom skolan och inom andra områden (S2015/06288/FST). Under 2018 har webbplatsen minarattigheter.se färdigställts. I samband med lanseringen genomförde Barnombudsmannen en uppföljande skolenkätundersökning där elever i årskurs 5 och 8 fick svara på frågor om sin kunskap om barnkonventionen och barns rättigheter. Resultatet visade att barns kännedom om sina rättigheter har ökat och att skolan är den viktigaste faktorn till kunskap.

Fortsatta möten med Barnrättsdelegationen

Möten med Barnrättsdelegationen, som är ett forum för dialog mellan regeringen och civilsamhällesorganisationer i Sverige, ägde rum i augusti och november 2018, samt i mars 2019. Utgångspunkten är genomförandet av FN:s barnrättskommittés rekommendationer till

Sverige och det strategiska arbetet med att stärka barnets rättigheter i Sverige. Teman var samverkan med anledning av föräldrars separation, inkorporering av barnkonventionen och Sveriges rapportering till barnrättskommittén samt utsatta barns rätt att komma till tals.

Statistiktjänsten Max18
Under 2018 har Barnombudsmannen arbetat löpande med kvalitetssäkring av statistiken på Max 18. Ny statistik har tillkommit, bl.a. från Folkhälsomyndighetens undersökning om skolbarns hälsa, Skolverkets undersökning om attityder, stress och inflytande i skolan och från Försäkringskassan om föräldrapenning. I syfte att utveckla kunskapen om yngre barns levnadsvillkor har Barnombudsmannen 2018 genomfört en undersökning där 3 000 barn från 300 förskolor och annan omsorg bjudits in för att berätta om sin vardag. Resultaten från undersökningen kommer att presenteras i en rapport under 2019.

Globala partnerskapet och övrigt internationellt arbete mot våld mot barn
Sverige har fortsatt arbetet som följer av deltagandet i det Globala Partnerskapet mot våld mot barn som lanserades i juli 2016. Initiativet är kopplat till de globala målen i Agenda 2030 (särskilt delmål 16.2) och Sverige deltar i partnerskapet som en del av arbetet för att uppnå flera av hållbarhetsmålen (se utg.omr. 2 avsnitt 8). Partnerskapet innebär en arena för dialog, erfarenhetsutbyte och samarbete med såväl andra stater som civilsamhället, forskningsinstitutioner, näringsliv.

Det svenska barnagaförbudet som var först i världen när det infördes 1979 fyller 40 år. Sverige har tagit en aktiv roll i det internationella arbetet för ett fullständigt förbud mot barnaga. I 54 länder finns ett förbud mot alla former av barnaga och ytterligare 56 länder har åtagit sig att införa detsamma. Tio procent av världens barn är idag fullt skyddade i lag mot barnaga.

Sverige har deltagit i projektet Non-Violent Childhoods – Moving on from Corporal Punishment in the Baltic Sea Region som drevs av Council of Baltic Sea States (CBSS) i samarbete med The Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children och finansierades av Europeiska kommissionen. Målsättningen med projektet var att stödja implementeringen av barnagaförbudet inom Östersjöregionen men även i övriga Europa. Slutkonferensen High-Level Conference on Implementing the Prohibition of Corporal Punishment anordnades av CBSS den 15–16 november 2018 i Stockholm. Socialdepartementet och FN:s generalsekreterares särskilda representant för förebyggande av våld mot barn var med och organiserade konferensen.

EU:s och Europarådets arbete med barnets rättigheter
Sverige följer arbetet om barnets rättigheter inom EU och deltar bl.a. i EU-kommissionens expertgrupp om barnets rättigheter vars syfte är att identifiera utmaningar och dela goda exempel. Sverige deltar även aktivt i EU:s arbetsgrupp för mänskliga rättigheter (COHOM) och i andra EU-forum, både EU-interna och vad gäller EU:s relation till tredje land. EU:s riktlinjer för främjande och skydd av barnets rättigheter vägleder det externa arbetet. Under året påbörjades en halvtidsutvärdering av Europarådets strategi för barnets rättigheter för perioden 2016–2021 till vilken Sverige bidrog. I strategin prioriteras följande fem områden: jämlika möjligheter, delaktighet för alla barn, ett liv fritt från våld, ett barnvänligt rättssystem och barns rättigheter i den digitala miljön. För att implementera den nya strategin har en ad-hoc kommitté, CAHENF (Ad-Hoc Committee for the rights of the Child), inrättats i vilken Sverige bidrar med en representant. Under 2018 har bl.a. en rekommendation om barnets rättigheter i digitala miljöer tagits fram och arbetet med två rekommendationer om barn i migration pågår.

Fortsatt arbete med Lanzarotekommittén
Sedan ratifikationen av Europarådets konvention om skydd av barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp (Lanzarotekonventionen) 2013 har Sverige bidragit aktivt till konventionens genomförande. Lanzarotekonventionen förespråkar att stater i och även utanför Europa ska kriminalisera olika typer av sexualbrott mot barn och vidta åtgärder med barnets bästa i förgrunden för att förebygga sexuellt våld men även för att skydda barn som brottsoffer samt åtala förövare.

Lanzarotekommitténs uppdrag är att följa upp konventionsstaternas arbete med att implementera Lanzarotekonventionen. Sverige bidrar till genomförandet av konventionen bl.a. genom att delta i Lanzarotekommitténs arbete. Kommittén presenterar sina slutsatser till ministerkommittén i tematiska rapporter.

Stärkt stöd till barn i särskilt utsatta situationer

Enligt målet för barnrättspolitiken ska alla barn få sina rättigheter tillgodosedda. Särskilt angeläget är att uppmärksamma de barn som löper förhöjd risk att få sina rättigheter kränkta. Genom bl.a. Barnombudsmannens årsrapporter, barnrättskommitténs granskningar och dialogen med barnrättsdelegationen får regeringen kunskap om vilka grupper av barn som är särskilt utsatta för rättighetskränkningar.

Barn och unga i samhällsvård

I Barnombudsmannens årsrapport 2019 Vem bryr sig – när samhället blir förälder konstateras bl.a. att det finns stora brister i bemötandet av barn inom den sociala barnavården, t.ex. genom att det enskilda barnets behov inte får tillräckligt genomslag i vårdplan och placering. Rapporten bygger på samtal och enkätsvar från 266 barn, varav cirka 39 procent flickor och 61 procent pojkar (5 personer har valt att svara på annat sätt) som bor, eller i enstaka fall nyligen har bott, i familjehem, på hem för vård eller boende, HVB eller på Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem. Av dessa 266 barn har Barnombudsmannen även genomfört samtal med 35 barn, 14 flickor och 21 pojkar. Av svaren framgår att mer än hälften av flickorna och knappt en tredjedel av pojkarna som var placerade vid särskilda ungdomshem har haft fler än fem tidigare placeringar. Placerade barn har i genomsnitt sämre skolresultat än andra barn och det finns ett samband mellan ny placering och skolavbrott. Cirka 40 procent av alla flickor hade upplevt skolavbrott som varat flera veckor eller längre och 20 procent av pojkarna. Vidare konstateras i rapporten att barn som är placerade på särskilda ungdomshem och HVB mår dåligt. Självmordstankar och självmordsförsök är betydligt vanligare bland placerade barn än andra (Socialstyrelsen, Vård av barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov, 2019 och Statens institutionsstyrelse, SiS årsredovisning 2017). Enligt Barnombudsmannen placeras barn med olika problem och i olika åldrar på samma boenden. Det medför risk för att ett barns vårdbehov får stå tillbaka för ett annat barns, och i sämsta fall att barnets problem förstärks.

Regeringen beslutade i april 2017 om ett kommittédirektiv om översyn av socialtjänstlagen (dir. 2017:39). I juli 2018 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv till utredningen om bl.a. ett förtydligat barnrättsperspektiv (dir. 2018:69).

I december 2018 presenterade Myndigheten för vård och omsorgsanalys sin rapport Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården. Rapporten visar bl.a. på liknande resultat som Barnombudsmannens årsrapport om att barnens delaktighet i beslut och planering av insatser är låg.

Regeringen beslutade i april 2019 om ett åtgärdspaket för att stärka den sociala barn- och ungdomsvården. I åtgärderna ingår en bred översyn av Statens institutionsstyrelses (SiS) verksamhet och uppdrag till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att analysera dels socialtjänstens utredningar av barn- och ungdomsärenden, dels situationen på samtliga HVB-hem och de särskilda ungdomshem som drivs av SiS (se vidare utg.omr. 9 avsnitt 6).

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2019 om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning uppfylls inte barnrättsperspektivet i tillräckligt stor utsträckning vid tillämpningen av LSS, framför allt när det gäller barns delaktighet. Det saknas dessutom kunskap på nationell nivå om i vilken utsträckning barnrättsperspektivet uppfylls i utförarleden, vilket blir särskilt bekymmersamt eftersom det i cirka 10 procent av kommunerna inte ingår i LSS-handläggarnas uppgifter att ge utförarna en uppdragsbeskrivning som handlar om det enskilda barnets behov.

Ensamkommande barn

Antalet ensamkommande barn som ansöker om asyl fortsätter minska. År 2018 ansökte 944 ensamkommande barn om asyl i Sverige, varav 26 procent flickor och 74 procent pojkar.

Ansvaret för omsorgen för ensamkommande barn och unga (upp till 21 år) ligger hos socialtjänsten i kommunen. Det finns rapporter om ensamkommande barns och ungas utsatthet (bl.a. från Barnombudsmannen, Ensamkommande barn som försvinner och Länsstyrelsen i Stockholm, De kan alltid hitta mig), som visar på att utsatthet kan medföra risk för att hamna i hemlöshet, utnyttjande, drogmissbruk och kriminalitet. Socialstyrelsen lyfter i sin lägesrapport om individ- och familjeomsorg 2019 att ensamkommande barn och unga inte alltid får insatser på samma villkor som andra barn och unga samt att det finns brister när det gäller nätverksplaceringar i familjehem.

På uppdrag av regeringen inrättade Socialstyrelsen i april 2017 ett kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga upp till 21 år (S2017/01863/FST). Centrumets arbete omfattar även frågor som rör ensamkommande barn och unga som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Uppdraget sträcker sig till den 31 december 2020. Kunskapscentrumet förmedlar kunskap främst via www.kunskapsguiden.se, poddar och deltagande i konferenser. Centrumet för också diskussioner med Karolinska institutet och Folkhälsomyndigheten för att få bättre kunskap om förekomsten av psykisk ohälsa inom gruppen (se vidare utg.omr. 9 avsnitt 4 och 6).

Skydd för barn mot våld

Våld mot barn berör flera politikområden och redovisas separat (se framför allt utg.omr. 9 avsnitt 6, utg.omr. 13 avsnitt 5 och utg.omr. 4). För Sveriges internationella arbete kring våld mot barn, se ovan.

Sedan 2000 genomför Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet kartläggningar av våld mot barn med hjälp av medel från regeringen. I den senaste kart-läggningen svarade drygt 4 700 elever (varav 48,5 procent var flickor och 49,7 procent pojkar) från årskurs nio i grundskolan och årskurs två på gymnasiet på frågor om utsatthet för våld under sin uppväxt (Våld mot barn 2016 - En nationell kartläggning, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2017). I kartläggningen uppgav 22 procent av flickorna att de utsatts för fysisk misshandel, 17 procent att de utsatts för psykisk misshandel och 14 procent att de utsatts för sexuella övergrepp (av vuxen). Motsvarande siffror för pojkar var 25 procent, 13 procent och 2 procent. Nästan 11 procent av eleverna uppgav att de utsatts för allvarligare former av våld och fem procent av eleverna hade utsatts för våld vid upprepade tillfällen. Barn som löper förhöjd risk att utsättas för våld är barn som lever i hem där det förekommer våld mellan vuxna, barn med funktionsnedsättning eller en kronisk sjukdom, barn som inte identifierar sig som varken pojke eller flicka, barn till föräldrar som tvistar om boende och umgänge och barn som inte själva får bestämma över sina egna liv.

Linköpings universitet (nationella kunskapscentret Barnafrid), har under 2018 fått i uppdrag att utvärdera barnahusverksamheterna i Sverige, utveckla kompetensen inom traumavård för personal inom barn- och ungdomspsykiatrin och genom-föra utbildningsinsatser om hedersrelaterat våld och förtryck för landets barnahusverksamheter. För fler insatser rörande hedersrelaterat våld se utgiftsområde 13 avsnitt 5 Jämställdhet.

Den 12 juni 2019 överlämnades betänkandet Straffrättsligt skydd för barn som bevittnar brott mellan närstående samt mot uppmaning och annan psykisk påverkan att begå självmord (SOU 2019:32). I betänkandet föreslås bl.a. att en särskild straffbestämmelse om barnfridsbrott införs för att stärka det straffrättsliga skyddet för barn som bevittnar våld eller andra brottsliga handlingar i nära relationer. Betänkandet har remitterats.

Inom ramen för regeringens strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (skr. 2016/17:10) har flera åtgärder genomförts som stärkt skyddet för barn som riskerar att utsättas för våld och sexuell exploatering (se utg.omr. 13 avsnitt 5). Statens medieråds arbete för att stärka barn och unga som medvetna medieanvändare och skydda dem från skadlig mediepåverkan redovisas under utg.omr. 17, avsnitt 13.

Handlingsplan till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp (2016-2018)

Regeringen prioriterar arbetet mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. I juni 2016 beslutades en särskild handlingsplan inom området för perioden 2016–2018 (skr. 2015/16:192).

Under 2018 har arbetet med att genomföra åtgärderna fortsatt. Vissa åtgärder har slutförts tidigare år, andra slutfördes under 2018 och några fortsätter under 2019. Nedan följer exempel på åtgärder som redovisades under 2018.

Socialstyrelsen redovisade i december uppdraget att ta fram en informationsskrift till socialtjänsten om utredning av barns behov av stöd och skydd i transnationella ärenden där barn utsatts för människohandel och/eller sexuella övergrepp (åtgärd 6 i handlingsplanen). Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen bl.a. tagit fram vägledningen ”Barn i internationell människohandel och exploatering. Vägledning för socialtjänsten.” och skapat ett tema om människohandel med barn på kunskapsguiden.se.

Socialstyrelsen redovisade även uppdraget att ta fram ett kunskapsstöd för samtal med barn (åtgärd 7). Kunskapsstödet riktades till

socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården och inkluderade ett särtryck om att samtala med barn om sexuella övergrepp och människohandel.

Regeringen har beslutat att fortsätta bidra till finansieringen av ANOVA, ett centrum vid Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska institutet, som bl.a. bedriver arbete med att förebygga sexualbrott mot barn (åtgärd 14) (se utg.omr. 13 avsnitt 5).

I syfte att ge barn som utsatts för sexuella övergrepp eller fysiskt våld bättre möjligheter till stöd och rehabilitering har regeringen beviljat Stiftelsen Allmänna barnhuset medel för att utveckla en modell för stöd och behandling till dessa barn (åtgärd 21). Återrapportering skedde i december 2018. I juli 2018 beviljade regeringen stiftelsen medel för att fortsätta sprida information till barn om vart de kan vända sig om de utsatts för sexuella övergrepp (åtgärd 22).

En av åtgärderna i handlingsplanen (åtgärd 1) var stärkt nationell samordning och samverkan mot människohandel med barn. I januari 2018 överfördes och permanentades det nationella samordningsansvaret för arbetet mot prostitution och människohandel, som Länsstyrelsen i Stockholm tidigare haft, till Jämställdhetsmyndigheten. Jämställdhetsmyndigheten övertog även det särskilda uppdrag som Länsstyrelsen i Stockholm tidigare haft att samordna arbetet mot människohandel och exploatering av barn. Jämställdhetsmyndigheten redovisade uppdraget i april 2019 genom rapporten ”Barn i människohandel.”

I analysen lyfter Jämställdhetsmyndigheten bl.a. behov av fortsatt samordning och kunskapsspridning och särskilda insatser kopplade till att barnkonventionen blir svensk lag, tidig identifiering av utsatta barn och unga och behov av att följa upp lagstiftning och ny handlingsplan (se även utg.omr. 13 avsnitt 5).

7.4.3 Analys och slutsatser

Regeringen bedömer att de insatser som vidtagits för att stärka barns rättigheter bidrar till att uppfylla målet om att barn ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande vilket bl.a. grundar sig på åtaganden i barnkonventionen. Det gäller såväl arbetet med inkorporering och transformering av barnkonventionen som särskilda insatser för att främja och skydda barnets rättigheter. Samtidigt bedömer regeringen att det behövs ett fortsatt systematiskt och strategiskt arbete bl.a. med utgångspunkt i strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Det kan utöver inkorporering och transformering av barnkonventionen bl.a. handla om stöd till barn i utsatta situationer.

Inkorporeringen av barnkonventionen bedöms bidra till att synliggöra barnets rättigheter och skapa förutsättningar för ett barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet. Den innebär också att barnets roll som rättssubjekt med egna specifika rättigheter tydliggörs och kan därmed förväntas medverka till att barnet i högre grad hamnar i fokus i de situationer som gäller barnet. Transformeringsarbetet behöver samtidigt fortsätta och bli mer systematiskt.

Det behövs ett långsiktigt stöd i den praktiska tillämpningen av barnkonventionen. Ökad kunskap hos, respektive utbyte mellan, statliga myndigheter, kommuner och landsting är viktiga förutsättningar för att barnkonventionen ska få genomslag i praktiken. Barns egna åsikter och möjligheter till delaktighet och inflytande är av stor betydelse i arbetet med barnets rättigheter. Regeringen bedömer att insatser för att öka barns kunskaper om sina rättigheter spelar en central roll för deras möjligheter att åtnjuta rättigheterna. Kunskapslyftet, den pågående kartläggningen och framtagandet av vägledning är enligt regeringens bedömning viktiga delar i arbetet.

Det kan konstateras att rätten att skyddas från våld fortfarande inte är fullt tillgodosedd för alla barn trots genomförda insatser. Att barn utsätts för våld är oacceptabelt och kräver därför fortsatta åtgärder inom flera politikområden.

7.5 Politikens inriktning

Ett strategiskt och systematiskt arbete nationellt och internationellt för att tillförsäkra barn deras rättigheter

Regeringen avser att fortsätta ett strategiskt och systematiskt arbete för att stärka skyddet av

barnets rättigheter med inriktning på inkorporering och transformering av barnkonventionen och insatser inom olika politikområden för att stärka alla barns rättigheter, t.ex. när det gäller delaktighet och inflytande och rätten att inte utsättas för diskriminering. Att barnet ges möjlighet att uttrycka sina åsikter i frågor som rör barnet och får dem beaktade är en grundprincip i barnkonventionen.

Arbetet med transformering av barnkonventionen behöver fortsätta och bli mer systematiskt. Vidare är det viktigt att sprida kunskap om tolkning och tillämpning av barnkonventionen. Kunskapslyftet för barnets rättigheter i syfte att utveckla den praktiska tillämpningen av barnets rättigheter inom myndigheter, landsting och kommuner med stöd från Barnombudsmannen fortsätter.

Vidare fortsätter arbetet för att barn och unga ska få ökad kunskap om sina rättigheter. Det är viktigt att Barnombudsmannen följer upp och sprider information om portalen minarättigheter.se med information för att underlätta skolans undervisning om barnets rättigheter. För att barn ska kunna tillgodose sina rättigheter är det också viktigt att de har förutsättningar att utkräva dem. Ett sådant utkrävande kan ske på olika sätt. Barnrättskommittén har rekommenderat Sverige att ratificera det tredje tilläggsprotokollet om ett individuellt klagomålsförfarande. Ett eventuellt tillträde väcker ett antal frågor som måste analyseras innan regeringen kan ta ställning i frågan.

Civilsamhällets organisationer bidrar bl.a. genom sin kunskap om olika grupper av barn och deras livsvillkor till en fördjupad och breddad kunskap i olika frågor som rör barnets rättigheter. Regeringen fortsätter att bedriva dialogen med dessa aktörer på ett systematiskt sätt inom ramen för Barnrättsdelegationen.

Regeringen avser att fortsatt delta i arbetet med att stärka skyddet av barnets rättigheter på internationell nivå och följa den internationella utvecklingen avseende tolkning och tillämpning av bestämmelserna i barnkonventionen inom ramen för EU, Europarådet, FN och Agenda 2030. Sverige fortsätter att delta i det globala partnerskapet för att eliminera alla former av övergrepp och våld mot barn. Sverige är ett s.k. vägvisarland och som sådant bidrar Sverige tillsammans med andra aktörer till att sprida framgångsrika lösningar i arbetet med att eliminera alla former av våld mot barn.

Fortsatt stort behov av insatser för barn i utsatta situationer

Regeringens arbete med att säkerställa att särskilt utsatta grupper av barn och unga får sina rättigheter tillgodosedda fortsätter. Uppväxtvillkoren behöver förbättras bl.a. för barn som upplever våld, lever i hemlöshet eller i områden med socioekonomiska utmaningar eller behöver samhällets vård.

Att motverka alla former av våld och människohandel liksom exploatering och sexuella övergrepp mot barn är fortsatt en viktig fråga för regeringen. Det behövs ett fortsatt samlat grepp för att motverka våld mot barn.

Regeringen avser att fortsätta arbetet för att förebygga, upptäcka och hantera våld mot barn i nära relationer. Arbetet att motverka våld mot barn har i många fall beröringspunkter med arbetet att motverka våld mot kvinnor. Regeringen följer upp handlingsplanen till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp (skr. 2015/16:192) och vidtar ytterligare åtgärder. Regeringen följer även upp handlingsplanen mot prostitution och människohandel (S2018/00905/JÄM), där barn är en målgrupp, liksom Jämställdhetsmyndighetens samordning av arbetet i syfte att stärka skyddet för barnets rättigheter (se vidare utg.omr. 13 avsnitt 5).

Arbetet med att stärka barnrättsperspektivet inom socialtjänst och den sociala barn- och ungdomsvården är viktigt för att förbättra situationen för några av de mest utsatta barnen (se utg.omr. 9 avsnitt 6 och utg.omr. 13 avsnitt 5).

Ökat skydd för barn och unga mot våld är även ett centralt område i den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor 2017–2026. Regeringen lägger här särskild vikt vid ett utökat och verkningsfullt våldsförebyggande arbete (se utg.omr. 4 och utg.omr. 13 avsnitt 5).

Hedersrelaterat våld och förtryck måste bekämpas och i det arbetet behövs ett tydligt barnrättsperspektiv. Regeringen anser att det behövs fler insatser för att utveckla arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck. Bland annat genom att öka möjligheten att utan föräldrars samtycke ge insatser till unga vid misstanke om

hedersbrott och för insatser enligt lagen (1990:52) om vård av unga.

För att förbättra barns uppväxtvillkor i områden med socioekonomiska utmaningar, såsom barnets rätt att växa upp i en trygg och stabil miljö, kommer arbetet med att minska och motverka segregation vara fortsatt viktigt (se vidare utg.omr. 13 avsnitt 6). Regeringen har även för avsikt att följa utvecklingen av Socialstyrelsens kunskapscentrum för ensamkommande barn (se utg.omr. 9 avsnitt 6).

Regeringen anser att det är oroväckande att den psykiska ohälsan är fortsatt hög bland barn och unga och avser, som aviserats tidigare, att fortsätta satsningen på en förbättrad psykiatri och ökad psykisk hälsa (se utg.omr. 9 avsnitt 3 och 4).

7.6 Budgetförslag

7.6.1 5:1 Barnombudsmannen

Tabell 7.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

2018	Utfall	23 654	Anslags-sparande	1 541
2019	Anslag	25 851 [1]	Utgifts-prognos	25 798
2020	**Förslag**	**26 257**		
2021	Beräknat	26 683 [2]		
2022	Beräknat	27 112 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 26 257 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 26 257 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 7.3 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**25 851**	**25 851**	**25 851**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	406	832	1 261
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**26 257**	**26 683**	**27 112**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 26 257 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 26 683 000 kronor respektive 27 112 000 kronor.

7.6.2 5:2 Barnets rättigheter

Tabell 7.4 Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

2018	Utfall	22 023	Anslags-sparande	238
2019	Anslag	22 261 [1]	Utgifts-prognos	22 004
2020	**Förslag**	**22 261**		
2021	Beräknat	22 261		
2022	Beräknat	22 261		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen.

Regeringens överväganden

Tabell 7.5 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**22 261**	**22 261**	**22 261**
Förändring till följd av:			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**22 261**	**22 261**	**22 261**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 261 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Barnets rättigheter* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 22 261 000 kronor respektive 22 261 000 kronor.

8 Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

8.1 Omfattning

Området omfattar anslagen 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* och 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning*.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har till uppgift att finansiera grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap. Forte har vidare regeringsuppdrag på särskilda områden.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom området

Miljoner kronor

	Utfall 2018	Budget 2019 [1]	Prognos 2019	**Förslag 2020**	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Forskningspolitik						
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	36	36	36	**36**	37	38
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	576	632	624	**662**	662	662
Summa Forskningspolitik	**612**	**667**	**660**	**698**	**699**	**699**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

8.3 Mål för området

I den forskningspolitiska propositionen från 2016 Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) presenterades ett nytt mål samt nya delmål för forskningspolitiken. Målet för forskningspolitiken är att Sverige ska vara ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer och en ledande kunskapsnation, där högkvalitativ forskning, högre utbildning och innovation leder till samhällets utveckling och välfärd, näringslivets konkurrenskraft och svarar upp mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt.

Uppföljningsbara delmål till det övergripande målet är följande:

– Sverige ska vara ett internationellt attraktivt land för investeringar i forskning och utveckling. De offentliga och privata investeringarna i forskning och utveckling bör även fortsatt överskrida EU:s mål.
– En övergripande kvalitetsförstärkning av forskningen ska ske och jämställdheten ska öka.
– Samverkan och samhällspåverkan ska öka.

8.4 Resultatredovisning

Regeringens uppföljning av forskningspolitikens mål redovisas främst i utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, under avsnitt 6 Forskning. I detta avsnitt redovisas resultat relaterade till anslagen 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* och 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning*

8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De indikatorer för forskning som används för att redovisa resultaten inom verksamhetsområdet rör främst antalet publicerade artiklar och citering och redovisas i utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, avsnitt 6.3. Bedömningsgrunder i detta avsnitt rör därutöver jämställdhet, samverkan och samhällspåverkan.

Underlagen för bedömning av hur Fortes verksamhet bidrar till att nå forskningspolitikens mål är myndighetens resultatredovisning i årsredovisningen samt övriga rapporter myndigheten lämnat under 2018 och första halvåret 2019.

8.4.2 Resultat

Beviljade forskningsmedel under 2018

Under 2018 mottog Forte 1 689 ansökningar fördelade på 11 utlysningar med en beviljandegrad på 10,5 procent. År 2017 inkom 2 048 ansökningar och beviljandegraden var 8,6 procent. Att färre ansökningar inkom under 2018 beror på att Forte infört en mängdbegränsning för antalet ansökningar som varje forskare får skicka in per bidragsform och utlysning. Det minskade antalet ansökningar är en orsak till den ökade beviljandegraden, liksom en ökning av den årliga öppna utlysningens budget.

Under 2018 har 653 miljoner kronor betalats ut i forskningsmedel inom Fortes ansvarsområden arbetsliv och social- och folkhälsovetenskap. Medlen är jämt fördelade över Fortes ansvarsområden.

Nationella forskningsprogram

Under 2018 har Forte tagit fram strategiska forskningsagendor för de två tioåriga nationella forskningsprogrammen om arbetslivsforskning respektive tillämpad välfärdsforskning, som regeringen presenterade i den forskningspolitiska propositionen 2016 (prop 2016/17:50). I respektive agenda beskrivs de kunskapsluckor som identifierats inom områdena och den inriktning forskningsprogrammen ska ha. För att identifiera de viktigaste forskningsområdena har Forte i arbetet med att ta fram forskningsagendorna samverkat med olika aktörer, såväl forskarsamhället som brukare och avnämare av forskningen.

I december 2018 gjordes en andra utlysning av forskningsmedel inom ramen för programmet för arbetslivsforskning och i februari 2018 hade programmet för välfärdsforskning sin första utlysning med projektbidrag.

Att sprida forskningsresultat

Under 2018 anordnade Forte drygt tjugo konferenser, seminarier och hearings. Alla Fortes seminarier filmas och publiceras på Fortes hemsida för att tillgängliggöra informationen ytterligare. Antalet besök på Fortes hemsida var ungefär lika många som år 2017.

Jämställdhet

Av de ansökningar som beviljas forskningsstöd har 63 procent en huvudsökande som är kvinna och 37 procent en huvudsökande som är man. Beviljandegraden är något högre för ansökningar med en kvinnlig huvudsökande, 11,8 procent, jämfört med 11,1 procent för en manlig huvudsökande.

8.4.3 Analys och slutsatser

Regeringens bedömning är att Forte genom sitt forskningsstöd och en kontinuerlig utveckling av bedömningsprocesserna bidrar till att nå regeringens mål om en övergripande kvalitetsförstärkning av forskningen.

Regeringen gör även bedömningen att Fortes arbete för att främja jämställdhet i fördelningen av forskningsstöd, och som perspektiv i den forskning som beviljas bidrag, bidrar till att uppnå målet att jämställdheten ska öka.

Avseende målet att samverkan och samhällspåverkan ska öka ser regeringen positivt på Fortes omfattande samverkan med olika aktörer både nationellt och internationellt. Inriktningen för de nationella forskningsprogrammen om arbetsliv respektive tillämpad välfärdsforskning har tagits fram genom samverkan med berörda aktörer och kunskapsluckor har identifierats. Regeringen bedömer därför att forskningsprogrammen på sikt kan bidra till långsiktigt uppbyggande av kunskap och samhällspåverkan inom angelägna områden.

8.5 Den årliga revisionens iakttagelser

Forte har av Riksrevisionen fått ett uttalande med reservation då myndigheten har överskridit bemyndiganderamen gällande anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning, anslagspost 1*. Bemyndiganderamen uppgår till 1 280 miljoner kronor medan utestående åtaganden enligt årsredovisningen uppgår till 1 301 miljoner kronor. Myndigheten har även överskridit bemyndigandets slutår 2022, då framtida åtaganden sträcker sig till 2025.

Fortes bemyndiganderam är från och med 2019 höjd till 2 800 miljoner kronor och infriandeperioden är förlängd med ett år.

8.6 Politikens inriktning

Politikens inriktning för forskning redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, avsnitt 6.5.

I forskningspolitiska propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) beskrevs forskningspolitikens inriktning för perioden 2017–2020.

Den offentligt finansierade socialtjänsten är en viktig del av det svenska välfärdssystemet och genom det nationella forskningsprogrammet om tillämpad välfärdsforskning kan kunskapsläget inom området förbättras.

Arbetslivets utveckling har stor betydelse för samhällsutvecklingen och är grunden för tillväxt, hälsa och välfärd. Det nationella forskningsprogrammet för arbetslivsforskning ska bidra till att stärka kunskapen på området och skapa förutsättningar för ett mer hållbart arbetsliv.

De utmaningar som den demografiska utvecklingen innebär, medför vidare att forskning om åldrande, tillgänglighet, befolkning och hälsa är fortsatt angelägen.

8.7 Budgetförslag

8.7.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tabell 8.2 Anslagsutveckling för 7:1 Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

2018	Utfall	35 775	Anslags-sparande	-377
2019	Anslag	35 918 [1]	Utgifts-prognos	36 196
2020	**Förslag**	**36 488**		
2021	Beräknat	37 026 [2]		
2022	Beräknat	37 559 [3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
[2] Motsvarar 36 488 tkr i 2020 års prisnivå.
[3] Motsvarar 36 488 tkr i 2020 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds förvaltningsutgifter.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Forte har rätt att ta ut avgifter upp till full kostnadstäckning från Svenska ESF-rådet för temaplattformen för hållbart arbetsliv. Avgifterna disponeras av myndigheten.

Tabell 8.3 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2018 (varav tjänsteexport)	–	–	–
Progonos 2019 (varav tjänsteexport)	4 500	–	4 500
Budget 2020 (varav tjänsteexport)	4 500	–	4 500

Forskingsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd har från och med 2019 rätt att ta ut avgifter upp till full kostnadstäckning från Svenska ESF-rådet för temaplattformen för hållbart arbetsliv. Myndigheten har rätt att disponera avgifterna.

Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2020–2022 beräknats enligt följande.

Tabell 8.4 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**35 918**	**35 918**	**35 918**
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning [2]	570	1 100	1 636
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**36 488**	**37 018**	**37 554**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.
[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.
[3] Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 36 488 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 37 018 000 kronor respektive 37 554 000 kronor.

8.7.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tabell 8.5 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

2018	Utfall	575 991	Anslags-sparande	30 512
2019	Anslag	631 503 [1]	Utgifts-prognos	624 225
2020	**Förslag**	**661 503**		
2021	Beräknat	661 503		
2022	Beräknat	661 503		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för

utvärderingar, beredningsarbete, kommunikationsinsatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2020–2022 beräknats enligt följande.

Tabell 8.6 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 7:2 Forskingsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	2020	2021	2022
Anvisat 2019 [1]	**631 503**	**631 503**	**631 503**
Förändring till följd av:			
Beslut	30 000	30 000	30 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**661 503**	**661 503**	**661 503**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Anslaget ökas med 30 000 000 kronor fr.o.m. 2020. Ökningen avser det nationella forskningsprogrammet för tillämpad välfärdsforskning och görs i enlighet med den forskningpolitiska propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50).

Regeringen föreslår att 661 503 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 661 503 000 kronor respektive 661 503 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2020 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 800 000 000 kronor 2021–2026.

Skälen för regeringens förslag: Den forskning som Forte finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2020 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 800 000 000 kronor 2021–2026.

Tabell 8.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	Utfall 2018	Prognos 2019	Förslag 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022	Beräknat 2023–2026
Ingående åtaganden	952 074	1 301 132	1 342 015			
Nya åtaganden	930 358	641 995	2 071 983			
Infriade åtaganden	-581 300	-601 112	-613 998	-641 008	-493 050	-1 665 942
Utestående åtaganden	1 301 132	1 342 015	2 800 000			
Erhållet/föreslaget bemyndigande	**1 280 000**	**2 800 000**	**2 800 000**			

Bilaga

International Horizon Scanning Initiative

Membership Dossier

International Horizon Scanning Initiative

Membership Dossier

Table of Contents

Introduction 3
Checklist 4
Part 1: ADHERENCE FORM 5
Annex 1 to Part 1: Guidance Document Adherence Form 7
Annex 2 to Part 1: Template - Outline of the national decision making process 9
Annex 3 to Part 1: Template Elements for Letter of recommendation by MoH 10
Annex 4 to Part 1: Formula of Repartition 11
Part 2: Articles of Association 13
Annex 1 to Part 2: Guidance document Articles of Association 32
Part 3: Internal Regulations 40
Part 4: Schedule of Requirements 47
Annex 1 to Part 4: Q & A Document 55

Introduction

The International Horizon Scanning Initiative (IHSI) hereby invites all interested parties to apply for membership in the organisation. The criteria for membership are outlined in this document. With this call IHSI only invites applications for “full members”[1].

The “Membership Dossier” provides guidance and all relevant documents necessary for a full membership in IHSI. This dossier is divided in several parts, beginning with the actual “Adherence Form” and its Annexes, which needs to be signed by the applicant. Then following are all relevant supporting documents that are relevant for the applicant to be fully and transparently informed about all rights and obligations that are related to the full membership.

Part 1 provides all relevant documents which are necessary to apply for full membership to IHSI. Parts 2,3 and 4 deliver all relevant supporting documents in their final version as discussed and agreed upon by the involved parties.

The documents represent the broadest possible consensus and are the result of more than 2 years of negotiations between the interested parties.

Transparency between members is one core element of our collaboration, therefore all replies to individual members have been shared, equally we will share all Adherence forms between the members.

We want to take the opportunity and thank all involved individuals and organisations for their outstanding support and invaluable contributions!

[1] Please refer to the Articles of Association for an overview of the different forms of membership and their specific rights and obligations. Once a full member has been approved affiliate members can be added according to the rules outlined in the Articles of Association.

Checklist

Here follows a checklist for convenience purposes to ensure that all relevant documents and information have been provided for a successful application.

- ☐ Adherence Form fully completed, including “total member contribution estimate p.a.” and signed by legal representative of future Full Member organisation (Part 1).
- ☐ List of all outstanding conditions that might invoke the exceptional withdrawal clause as outlined in Adherence Form Art. III. (Annex 2 to Part 1)
- ☐ Letter of recommendation with Full Member specified, which is supposed to represent the relevant member state (Annex 3 to Part 1).

Deadline

Please return the above mentioned documents fully completed and signed to the IHSI Secretariat in electronic form to:

info@ihsi-health.org

and

in via formal mail to:

International Horizon Scanning Initiative Secretariat
Hosted at RIZIV – INAMI
To the attention of
Dr. Anouk Waeytens
Tervurenlaan 211, 1150 Brussel
Belgium

Please ensure their arrival at one of the above addresses no later than **30.09.2019!**

International **H**orizon **S**canning **I**nitiative IHSI

Part 1: ADHERENCE FORM

DECLARATION OF ACCESSION

The undersigned:

……
(*name of the organisation)*,

……
(*address)*, represented by

……..

……..
(*name and address)* (the "**Candidate Member**"),

requests: the founders, acting as general meeting of the International Horizon Scanning Initiative, an international non-profit association, in course of being established, incorporated in front of the notary public on 5 July 2019, having its registered offices at Tervurenlaan 211, 1150 Sint-Pieters-Woluwe, Belgium (hereinafter referred to as the "association"),

to accept the Candidate Member as a Full Member of the association, whereby:

(i) the Candidate Member acknowledges that the association is incorporated for the purposes of setting up and managing the relevant tender and contractual processes relating to the development, maintenance, consultation and exploitation of a database and/or related data, designed to (i) assist its users in gathering up to date, combined and extensive information regarding, in particular, new and emerging pharmaceutical products and medical devices and which can be particularly helpful in refining the pricing and reimbursement policies of the members' home country social security systems, and (ii) provide periodical information to the members in this respect, assessing these bids and ultimately awarding the relevant tender, and managing the commercial relationship with the approved supplier of the database,

(ii) the Candidate Member acknowledges and agrees to pay a membership fee, calculated by the board of directors of the association on the basis of the Formula for Repartition, as established by the general meeting, which is annexed to this declaration of accession,

(iii) the Candidate Member attaches as an annex to this declaration of accession a clear description of the national decision-making process for the approval of the membership of the Candidate Member of the association by the competent national authorit(y)(ies) and indicates the state of affairs in this process. After the admission by the General Meeting of the Candidate Member, the Full Member will inform the General Manager / Managing Director or General Meeting promptly about the changes to the progress in the national decision-making process.

(iv) the Candidate Member submits a letter of recommendation of the Minister that is responsible for pharmaceutical care and medical devices of the country where the candidate Full Member is established, to the general meeting.

(v) the membership of the Candidate Member can be terminated by the Candidate Member with immediate effect, subject to the following two cumulative conditions:

1) one of the following conditions has been fulfilled:

a. the member's yearly financial participation, calculated in line with Section 15 of the articles of association and with the internal regulations, exceeds……..... EUR; *(please enter relevant country value as provided in the formula for repartition in column "total member contribution estimate p.a.")*
b. the parliamentary, governmental or any other approval(s) required in accordance with the outline of the national decision-making process, as annexed to this declaration of accession, ha(s)(ve) not been obtained;
c. the objective of the association has been substantially modified.

2) the Candidate Member invokes the fulfilment of one of the abovementioned conditions for the purposes of definitively terminating its membership, through registered mail to the board of directors of the association within four weeks as of receiving the results of the evaluation of the final offers.

(vi) the Candidate Member acknowledges to have read the by-laws, as well as the internal regulations of the association, as annexed to this declaration of accession;

(vii) the Candidate Member confirms that the interests it has in its capacity as an Full Member do not conflict with any possible (direct or indirect) interests it has in relation to the tender and/or contractual processes.

This declaration of accession shall be governed by and interpreted in accordance with Belgian law. All disputes arising in connection with this declaration of accession (whether contractual or not), shall be exclusively settled by the Dutch speaking courts of Brussels, Belgium.

Done at …… (place), on …… (date),

Name:	Name:
Title:	Title:

IHSI – Member Dossier – 20190830

Annex 1 to Part 1: Guidance Document Adherence Form

GUIDANCE DOCUMENT

on the accession of Full Members to the International Non-Profit Association IHSI

1. Introduction – context of use of this Guidance Document

This Guidance Document aims to provide the interested countries with clarifications in relation to the adherence form for candidate Full Members.

Please note that this Guidance Document is not legally binding and does not create rights and obligations. It is of an explanatory nature only.

2. Full Members: Adherence

Candidate Full Members can adhere through the signing of an adherence form. The execution of the adherence form implies the candidate Full Member agrees with the by-laws, internal regulations and the Formula for Repartition of IHSI. In addition, a written statement is included in the adherence form, whereby the candidate Full Member confirms that the interests it has in its capacity as a Full Member do not conflict with any possible (director or indirect) interests it has in relation to the tender and/or contractual processes. When submitting the executed adherence form to the founders/general meeting, the following two important annexes need to be attached to it:

(1) an outline of the decision-making process for the approval by the competent national authority of the adherence by the candidate Full Member;

The candidate Full Member should attach a clear description of the national decision-making process for the approval of the membership of the candidate Full Member of the association by the competent national authorit(y)(ies) and should simultaneously indicate the state of affairs in this decision-making process at the time of execution of the adherence form. After the admission by the general meeting of the candidate Full Member, the Full Member needs to inform the general manager / managing director or general meeting promptly about the changes to the progress in the national decision-making process.

This annex is required in order to prevent misuse of the exceptional withdrawal conditions the Full Members can invoke (see below).

(2) a letter of recommendation of the Minister that is responsible for pharmaceutical care and medical devices of the country where the candidate Full Member is established.

The candidate Full Member should in addition attach a letter of recommendation of the Minister that is responsible for pharmaceutical care and medical devices of the country where the candidate Full Member is established, to the adherence form.

This annex is required because a Full Member is the representative of the participating country (in which it is established) and therefore, there can only be one such representative per country, who should logically be supported by the competent national authorities.

3. Full Members: Exceptional Withdrawal

Once the adherence form is signed and has been accepted by the general meeting, the Full Member still has an exceptional possibility to withdraw from IHSI, subject to several strict conditions, as set out in the adherence form.

Full Members should have the exceptional possibility to withdraw if:

(1) it appears, at the end of the tender procedure, that the member's yearly financial participation will exceed a predetermined threshold, as indicated in the adherence form (calculated in accordance with the Formula for Repartition and taking into account the information provided by the candidate Full Member with regard to their own budget for the relevant year); or
(2) the necessary parliamentary, governmental or any other approval required in accordance with the outline of the national decision-making process, as annexed to the adherence form, ha(s)(ve) not been obtained; or
(3) if the objective of the association has been substantially modified (which is of course a rather theoretic situation, as the clear and unanimously supported purpose of IHSI is the horizon scanning).

If one of these conditions has been met, the Full Member should invoke the activation of the exceptional withdrawal within four weeks as of receiving the results of the evaluation of the final offers in the tender procedure, for the purposes of definitively terminating its membership. As a result of this timely invocation, the withdrawing Full Member will thus not be obliged to take on a share in the financial burden of the agreement with the database supplier and can step out of IHSI without any financial consequences.

4. Full Members: Minimum Duration of Membership, rights and obligations

If the Full Member cannot rely on one of these early withdrawing conditions, or does not rely on it within the prescribed grace period, the Full Member will be financially bound to IHSI for a minimum duration that is equal to the entire duration of the agreement with the database supplier (probably 4 to 5 years) (the **"Minimum Duration of Membership**"):

- The Full Member will still be able to resign as a member of IHSI at any time, implying it will no longer participate in the organs and bodies of IHSI.

- However, the resigning Full Member will not be liberated from its minimum financial commitment towards IHSI and towards the other participating countries, being taking on a share of the costs of the multi-year-agreement with the database supplier (i.e. the costs for the actual database and the high impact reports, together the "**Core Data Set**").

Annex 2 to Part 1: Template - Outline of the national decision making process

This Annex provides a template to be used by the applying Full Member. All outstanding procedural steps that might invoke an exceptional withdrawal as outlined in Section 8 of the Articles of Association and Art. III of the Adherence Form.

In those cases where more than one decision is still pending please copy and repeat the template accordingly. It is the responsibility of the applying full member to keep IHSI Secretariat fully and timely informed about any changes to the outlined pending decisions.

1. Outstanding Approval - Please outline which decision is still pending

   Description of pending approval step, including any other preconditions that are relevant for IHSI to understand and evaluate in relation to the relevant approval.

2. Decision Making body – Please outline which body(ies) is in charge of the decision

   Explanation as to which body or bodies are responsible for the pending approval step, also including the individual function that holds final decision power.

3. Latest expected date of decision

   Definition when according to applicable procedural rules and regulations, based on the submission of the "membership dossier" to the applicants, the pending approval step is expected latest to be decided.

4. Preconditions - or other information related to the pending approval step IHSI needs to be aware of:

   Inform here about any relevant preconditions or prohibiting factors that IHSI should be aware of.

Annex 3 to Part 1: Template Elements for Letter of recommendation by MoH

Letter of recommendation

The application of a full member needs to be supported by a letter of recommendation, provided by the relevant Ministry of Health or equivalent government body representing the Member State the applying full member is to represent within the International Horizon Scanning Initiative.

The letter of recommendation needs to include:

1. Letterhead of the Ministry of Health or equivalent government body;
2. Signature of an authorised legal signatory representing the Ministry of Health;
3. Specifically name the applying full member, including the full name of the full member institution;
4. commonly known abbreviations for the full member institution;
5. the current CEO or equivalent of the full member institution;
6. full address of the full member institution.
7. Statement by relevant Ministry of Health or equivalent government body nominating and authoring the applying full member to be the representing full member within the International Horizon Scanning Initiative.

In cases where the Ministry of Health or equivalent body itself applies to become full member such letter of recommendation still needs to be provided with the details of the applying body.

Annex 4 to Part 1: Formula of Repartition

International Horizon Scanning Initiative (IHSI) Cost calculation and Formula for Repartition			
Aims and objectives			
Aim: Provide "formula of repartition" and transparent cost calculation estimates for IHSI members. **Focus:** The focus of this model are the members that have actively involved in IHSI development and have expressed interest to become members with providing an emphasis on forseable costs. **Considerations:** Such model currently does not take into consideration potential members that have indicated they might be able to join at a later stage.			
General information			
The here provided cost calculation and formula for repartition form part of the statutory documents and the adherence form of the International Horizon Scanning Intitiatvie AISBL. This document will be updated only in cases where changes to the cost or member structure of the AISBL have a direct effect on the cost calculation and formula for repartition. The first expected review is planned for 2020 after the final award of the tender and finalised contractual negotiations with the selected provider. The actual costs will be available then and as per Articles of Association the Board of Directors together with the General Meeting will determine the exact costs per member of IHSI. It is important to note that all members agree to commit financially for the "minimal duration" as outlined in the statutory documents. The "minimal duration" is expected not to be shorter than 4 years which is reflected in the calculation in this document.			
While we have endevoured to be as clear as possible in the guidance documents and in the various past meetings, if any further clarifications are required, please do not hesitate to contact the Secretariat on info@ihsi-health.org			
Cost Categories			
How are costs estimated? The costs are based on market research and experience with earlier providers. In its current form market participants have indicated they would consider the estimated value of 4 Mio. EUR as a minimum. The costs will be shared based on "purchasing-power-parity" taking population size and GDP per capita into consideration.	*Database Cost (total)* The costs here are considered to be covering the "core data set" as outlined in the Articles of Assosiation. These include full access for members to the database and high impact reports. If individual members want to request additional reports outside of the "core data set" to be prepared for them individually, they are at liberty to do so however these costs will be billed additionally to that members individual membership contribution.	*Minimum and Maximum adjustments* a minimum contribution per member has been set at 2% of the total database cost, equally a maximum contribution of 15% of the total database costs per member has been set. First are those members identified that fall into one of these two categories, their contributions are deducted from the total database cost, the remaining costs are the adjusted costs shared among the remaining members.	*Investment Costs* The ministries of Health in Belgium and Netherlands have contributed to the establishment of IHSI through involvment of in kind contributions via their staff and associated institutions as operational costs, additionally they contributed directly via contracting external experts and consultants.
Calculation total annual costs			
Country This column represents and lists the countries that have indicated to become members. In cases where new members join at a later stage, their contribution will calculated according to the formula of repartition.	*Member contribution calculation* For the calculation of the member contribution the relevant statistical data is listed and cited in these 3 columns: **Population (1/1/2018, Eurostat)** represents the most recent population data available **GDP per Capita** represents the most recent population data available **GDP per capita x population (in billions)** this column provides the result of the previous two and builds the basis for the calculation of the actual member contribution (taking the adjustments of minimum and maximum contributions into account).	*Estimated database contribution* Based on the the GDP per capita x population value and adjusted by the minimum and maximum contributions this column provides an overview of contribution of each member to the total costs of the IHSI database. *IHSI organisational costs* The organisational costs are set here with 5% of the overall database costs. These costs are linked to the share of the individual members overall share of the database costs. The Articles of Association allow a bandwith of orgnanisational costs of 5-7% of the overall database costs, we base our estimation on the lower number.	*Total member contribution* This column brings together the individual contributions per member of the database and the organisational costs and provides the total estimate of costs per year. This data is based on the assumption of a 4 Mio. EUR cost for the database, if this cost base changes overall costs will change accordingly.
Actual costs per calendar year			
Actual cost per calendar year This Section informs about the actual costs anticipated based on the planned tender procedure. As this has direct impact on the member contributions and the budget planning of members we provide an overview for the entire minimum duration of the planned tender.	*2019 - Organisational Costs Q4* For the year 2019 only organisational costs are foreseen and will only be applied for the fourth Quarter of the year. This can apply to documents which have not been started, in progress or finalised. If the document has not been finalised, select the anticipated approval level of the final process. There are three options here: *2020 - Start of Database in Q3 and full organisational costs* Based on the tender timeline and assuming that the absolut earliest starting date for the tender procedure is November 2019 the actual start of the contract with a database provider can not start before the end of the second quarter of 2020. This directly impacts the calculation of the member contritution for that year. The organisational costs are applicable for the entire year.	*2021 and following - full costs* Assuming the tender will be awarded Q2 or Q3 2020, the database and all related services will be available fully by the end of that year. That will lead full member contributions as calculated in this document. We want to stress that in these calculations no provisions have been made for potential new members joining. If additional members join, the member contributions will of course be reduced. Further we want to further stress that according to the Articles of Association all members committ to a minimum duration. The years indicated in this document assemble the most likely minimum duration.	*Investment Costs* The ministries of Health in Belgium and Netherlands have contributed to the establishment of IHSI through involvment of in kind contributions via their staff and associated institutions as operational costs, additionally they contributed directly via contracting external experts and consultants.

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

International Horizon Scanning Intitiative (IHSI)

Calculation of annual total costs

Cost categories:							Expected actual costs per calendar year *(mimum duration)*						Investment costs
Database Cost (total)		**€ 4,000,000**					organisational costs for Q4 2019	Start of Database Q3 & full organisational costs 2020	First year with full costs (not taking potential new members into account)	full costs (not taking potential new members into account)	full costs (not taking potential new members into account)	full costs (not taking potential new members into account)	operational costs, incl. consultant and legal fees
Adjusted Database Cost (min 2% - max. 15%)		**€ 2,720,000**	{Canada and The Netherland each € 600.000; Luxembourg € 80.000}										
Organisational Costs (est. 5% of database costs)		**€ 200,000**											
Country	**Population (1/1/2018, Eurostat)**	**GDP per capita, current prices - Purchasing power parity; international dollars per capita (IMF)**	**GDP per captia x population (in billions)**	**Estimated database contribution, 2% minimum and 15% maximum.**	**IHSI organisational costs (5%)**	**total member contribution estimate p.a.**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2018 & 2019**
Belgium	11,398,589	49,700	567	€ 475,000	€ 23,750	€ 498,750	€ 5,938	€ 261,250	€ 498,750	€ 498,750	€ 498,750	€ 498,750	€ 175,000
Denmark	5,781,190	53,560	310	€ 260,000	€ 13,000	€ 273,000	€ 3,250	€ 143,000	€ 273,000	€ 273,000	€ 273,000	€ 273,000	
Ireland	4,830,392	81,690	395	€ 330,000	€ 16,500	€ 346,500	€ 4,125	€ 181,500	€ 346,500	€ 346,500	€ 346,500	€ 346,500	
Sweden	10,120,242	54,470	551	€ 465,000	€ 23,250	€ 488,250	€ 5,813	€ 255,750	€ 488,250	€ 488,250	€ 488,250	€ 488,250	
Switzerland	8,419,550	66,780	562	€ 470,000	€ 23,500	€ 493,500	€ 5,875	€ 258,500	€ 493,500	€ 493,500	€ 493,500	€ 493,500	
Lithuania	2,808,901	37,160	104	€ 90,000	€ 4,500	€ 94,500	€ 1,125	€ 49,500	€ 94,500	€ 94,500	€ 94,500	€ 94,500	
Norway	5,295,619	76,740	406	€ 340,000	€ 17,000	€ 357,000	€ 4,250	€ 187,000	€ 357,000	€ 357,000	€ 357,000	€ 357,000	
Portugal	10,291,027	33,410	344	€ 290,000	€ 14,500	€ 304,500	€ 3,625	€ 159,500	€ 304,500	€ 304,500	€ 304,500	€ 304,500	
Luxembourg	602,005	112,620	68	€ 80,000	€ 4,000	€ 84,000	€ 1,000	€ 44,000	€ 84,000	€ 84,000	€ 84,000	€ 84,000	
Netherlands	17,181,084	59,110	1,016	€ 600,000	€ 30,000	€ 630,000	€ 7,500	€ 330,000	€ 630,000	€ 630,000	€ 630,000	€ 630,000	€ 175,000
Canada	37,460,000	51,550	1,931	€ 600,000	€ 30,000	€ 630,000	€ 7,500	€ 330,000	€ 630,000	€ 630,000	€ 630,000	€ 630,000	
Total (rounded)				**€ 4,000,000**	€ 200,000	€ 4,200,000	€ 50,000	€ 2,200,000	€ 4,200,000	€ 4,200,000	€ 4,200,000	€ 4,200,000	

Eurostat, population	http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=en
IMF pop. Canada	https://www.imf.org/external/datamapper/LP@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD
IMF, GDP per capita	https://www.imf.org/external/datamapper/PPPPC@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD

The estimated financial contribution is based on the countries PPP per capita GDP and population. Formula: (PPP per captia GDP x population / total PPP per capita GDP x population) x estimated cost, rounded.

This data is separately provided as attachment in its original excel form.

Part 2: Articles of Association

Articles of association

I. LEGAL FORM – NAME – REGISTERED OFFICE – DURATION - PURPOSE

Section 1. Legal form - Name

The association is established as an international non-profit association under the Code of Companies and Associations (together with its implementing legislation, the "**Act**").

The name of the association is: "International Horizon Scanning Initiative". The name will be abbreviated as “IHSI”.

This name must appear in all deeds, invoices, announcements, letters, orders, websites and other documents, whether or not in electronic form issued by the association, immediately preceded or followed by the words " *internationale vereniging zonder winstoogmerk*" or “*association internationale sans but lucrative”* or by the abbreviation "*IVZW*" or “*AISBL*”.

Section 2. Registered office

The registered office of the association is located in the Brussels-Capital Region.

The Board of Directors has the authority to relocate the registered office to any location within Belgium and to fulfill the related disclosure requirements, insofar as the relocation does not lead to a mandatory change of the language of the articles of association in accordance with the applicable language legislation.

Section 3. Duration

The association is incorporated for an indefinite duration.

Section 4. Purpose

The association aims to, without prejudice to the autonomy of its members:

a) establish, organize, coordinate and manage the cooperation between its members with a view to facilitating the development, maintenance, consultation and exploitation of a database, and/or related data, designed to (i) assist its users in gathering up to date, combined and extensive information regarding, in particular, new and emerging pharmaceutical products and medical devices and which can be particularly helpful in refining the pricing and reimbursement policies of the members' home country social security systems, and (ii) provide periodical information to the members in this respect;
b) set up and manage the relevant tender and contractual processes relating to the development, maintenance, consultation and exploitation of the database and/or related data, assess these bids and ultimately award the relevant tender; and

c) manage the commercial relationship with the approved supplier of the database.

The association can provide any kind of cooperation to and in any way participate in associations, companies or institutions at Belgian, European or international level that have a similar or related purpose or that can contribute to the realization or further development of its purpose.

The association can enroll in national, European and international grant programmes for the purposes of obtaining grants, or in international initiatives within the scope of its purpose, with a view to the development of the aforementioned non-profit objectives.

The association may engage in any activity that directly or indirectly, in whole or in part, relates to the aforementioned non-profit objectives or to their development, including commercial or profitable activities within the limits of what is permitted by law and insofar as the proceeds will at all times be devoted to achieving the non-profit objectives.

II. MEMBERS

Section 5. Categories of members

The association consists of the following categories of members:

a) Full Members;
b) Affiliated Members; and
c) Joined Members.

Section 6. Full Members - General

The number of Full Members is unlimited but must be at least two.

Section 7. Full Members – Capacity requirements

The capacity of Full Member may be granted to any entity that meets the membership criteria as set out below and specified in the internal regulations, following a decision by the General Meeting in accordance with Section 8:

a) has competencies in the collection and/or assessment of information regarding, in particular, new and emerging pharmaceutical products and medical devices; and/or
b) has competencies in defining/negotiating pricing and reimbursement policies of the social security systems of the country in which the Full Member is established,

taking into account that there can only be one Full Member per country.

Admission as an Full Member does not limit the objectives and autonomy of the entity concerned, in particular with respect to the pricing and reimbursement policies of the members' home country social security systems.

The entities who are established in the following countries, once they are admitted as Full Member by the General Meeting in accordance with Section 8, are hereinafter jointly referred to as the "Members of the Beneluxa initiative":

a) Belgium.
b) The Netherlands.
c) Luxembourg.
d) Austria.
e) Ireland

Section 8. Full Members - Admission

The candidate Full Members submit their application for admission to the General Meeting.

In order to become an Full Member, the candidate Full Member must, together with its application,
a) submit a letter of recommendation of the Minister that is responsible for pharmaceutical care and medical devices of the country where the candidate Full Member is established, to the General Meeting;
b) submit a written statement to the General Meeting, whereby the candidate Full Member confirms that its interests in its capacity as a Full Member of the association do not conflict with any possible (direct or indirect) interests it has in relation to the tender and/or contractual processes.

The candidate Full Members must endorse the articles of association and the internal regulations of the association and undertake to pay the membership fee as calculated by the Board of Directors on the basis of the Formula for Repartition, as established by the General Meeting, during - at least - the entire Minimum Duration of Membership, in accordance with the last paragraph of this Section. The General Meeting can further specify the manner in which applications as Full Member must be submitted and dealt with.

The General Meeting decides at its own discretion, taking into account the capacity requirements and application conditions, as described in Section 7 and 8, on the admission of Full Members when at least half of the total number of Full Members is present or represented. The admission of a Full Member must be approved with a 75% majority of the votes cast by the Full Members present or represented. In the event that less than half of the total number of Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide as well as accept the appiclication(s) with the majority specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting. The General Meeting has no obligation to reason its decisions in respect of the admission of Full Members.

The minimum duration of the membership of the Full Members, whose admission has been approved by the General Meeting and who did not, as the case may be, terminate their membership within four weeks as of receiving the results of the evaluation of the final offers, in accordance with the conditions as set out in their declaration of accession, is equal to the entire duration (without any extension) of the initial agreement with the supplier of the database, including the period necessary for the settlement of the administrative costs related to the termination of

their membership (with a maximum of one year) (the "**Minimum Duration of Membership**"). If the association decides to extend the existing agreement with the supplier of the database or to award a new agreement (following a new tender process), the Full Members undertake to pay membership fees for the entire duration of the extension of the initial agreement or the duration of the new agreement, unless if they would have resigned prior to the extension of the existing agreement or the award of the new agreement.

Section 9. Full Members – Rights

Provided that they have fulfilled their financial obligations with regard to the association correctly, the Full Members of the association have the rights granted to them by these articles of association, the internal regulations and the decisions taken by the bodies of the association in accordance with these articles of association and the internal regulations.

Each Full Member has one (1) vote at the General Meeting, provided that it has paid the applicable membership fee, when the fee has become due and payable.

In addition thereto, each Full Member has the right to access and use the database in accordance with the terms and conditions of the database, provided that it has paid the applicable membership fee. If the Full Member fails to pay its membership fees, it can be denied further access to the database by the Board of Directors (without this denial of access releasing the Full Member from its duty to pay the remaining membership fees for the entire Minimum Duration of Membership).

The Full Members also have the rights which are described in these articles of association or in the internal regulations.

Section 10. Full Members - Obligations

The Full Members must comply with the applicable laws, the articles of association, the internal regulations, the terms and conditions of the database and, without prejudice to the possibility to resign as a Full Member, the decisions taken by the bodies of the association in accordance with the articles of association and the internal regulations. In particular, the Full Members must individually pay a membership fee during - at least - the entire Minimum Duration of Membership, as determined by the General Meeting and subsequently calculated by the Board of Directors in accordance with Section 19 of the articles of association.

If a conflict of interest arises between the interests of the Full Member as a member of the association, and the (direct or indirect) interests of the Full Member itself in relation to the tender and/or contractual processes, the Full Member in question shall disclose the conflict of interest in writing to the Board of Directors, who may decide to convene a General Meeting in order to discuss this conflict of interests and the actions to be taken.

Section 11. Affiliated Members – Capacity requirements

The capacity of affiliated member (hereinafter "**Affiliated Member**") may be granted to:

a) (sub)national associations, other (sub)national not-for-profit legal entities or institutions which are active in the field of social security, pharma or healthcare; and/or
b) (sub)national associations, other (sub)national not-for-profit legal entities or institutions which are active in the field of education or scientific research regarding social security, pharma or healthcare.

that are established in one of the countries in which the Full Members are established.

Section 12. Affiliated Members – Admission

The Full Member, that is established in the same country as the candidate Affiliated Member, submits the application of the candidate Affiliated Member to the Board of Directors.

Together with this application, a written statement should be submitted to the Board of Directors whereby the candidate Affiliated Member confirms that its interests in its capacity as an Affiliated Member of the association do not conflict with any (direct or indirect) interests it has in relation to the tender and/or contractual processes.

The candidate Affiliated Members must endorse the articles of association and the internal regulations of the association. The Board of Directors can further specify the manner in which applications as Affiliated Members must be submitted and dealt with.

Once the application has been duly submitted by the Full Member to the Board of Directors, together with the written statement of the candidate Affiliated Member, the candidate Affiliated Member is automatically admitted as Affiliated Member as of confirmation of receipt of the application by the Board of Directors.

Section 13. Affiliated Members - Rights

The Affiliated Members can be invited to the General Meeting, without having any voting rights.

In addition thereto, each Affiliated Member has the right to access and use the database in accordance with the terms and conditions of the database and under the supervision of the Full Member that is established in the same country.

The Affiliated Members have the rights described in these articles of association or the internal regulations.

Section 14. Affiliated Members – Obligations

The Affiliated Members must comply with the applicable laws, the articles of association, the internal regulations, the terms and conditions of the database and, without prejudice to the possibility to resign as a Affiliated Member, the decisions taken by the bodies of the association in accordance with the articles of association and the internal regulations. The Afffiliated Members

are closely monitored in this respect by the Full Members who proposed their admission to the Board of Directors.

No membership fee is due by the Affiliated Members.

If a conflict of interest arises between the interests of the Affiliated Member as a member of the association, and the (direct or indirect) interests of the Affiliated Member itself in relation to the tender and/or contractual processes, the Affiliated Member in question shall disclose the conflict of interest in writing to the Chairperson, who may decide to convene a Board Meeting in order to discuss this conflict of interests and the actions to be taken.

Section 15. Joined Members – Capacity requirements

The capacity of a joined member (hereinafter "**Joined Member**") may be granted to:

c) international or European associations, other not-for-profit legal entities or institutions which are active in the field of social security, pharma or healthcare;
d) international or European associations or other not-for-profit legal entities or institutions active in the field of education or scientific research regarding social security, pharma or healthcare;

Section 16. Joined Members – Admission

The candidate Joined Members submit their application to the Board of Directors.

In order to become a Joined Member, the candidate must, together with its application, submit a written statement to the Board of Directors whereby the candidate confirms that its interests in its capacity as a Joined Member of the association do not conflict with any (direct or indirect) interests it has in relation to the tender and/or contractual processes.

The candidate Joined Members must endorse the articles of association and the internal regulations of the association and undertake to pay the membership fee determined by the Board of Directors. The Board of Directors can further specify the manner in which applications as Joined Members must be submitted and dealt with.

The Board of Directors decides at its own discretion on the admission of Joined Members by a simple majority of the votes cast by the members of the Board of Directors present and represented and without being obliged to provide any reasons..

Section 17. Joined Members - Rights

The Joined Members can take part in the General Meeting, without voting right, provided that they have paid the applicable membership fee.

In addition thereto and provided that they have paid the applicable membership fee, each Joined Member has a right to (fully or partially) access the database, as decided by the Board of Directors on the occasion of the admission of the Joined Member in question. Actual (full or partial) access

to the information included in the database is provided by the Secretariat upon request of the Joined Member, in accordance with the aforementioned decision by the Board of Directors. . If the Joined Member fails to pay its membership fees, it can be denied further access to the database by the Board of Directors (without this withdrawal of access releasing the Joined Member from its duty to pay the remaining membership fees due for the entire financial year in which the withdrawal of access took place).

The Joined Members have the rights described in these articles of association or the internal regulations, provided that they have fulfilled their financial obligations with regard to the association.

Section 18. Joined Members – Obligations

The Joined Members must comply with the applicable laws, the articles of association, the internal regulations, the terms and conditions of the database and, without prejudice to the possibility to resign as a Joined Member, the decisions taken by the bodies of the association in accordance with the articles of association and the internal regulations. In particular, the Joined Members must individually pay a membership fee, as determined by the Board of Directors in accordance with Section 19 of the articles of association.

If a conflict of interest arises between the interests of the Joined Member as a member of the association, and the (direct or indirect) interests of the Joined Member itself in relation to the tender and/or contractual processes, the Joined Member in question shall disclose the conflict of interest in writing to the Chairperson, who may decide to convene a Board Meeting in order to discuss this conflict of interests and the actions to be taken.

Section 19. Membership fees

The General Meeting establishes the criteria for the repartition of membership fees amongst the Full Members of the association (the "**Formula for Repartition**"). The Formula for Repartition is further specified in an annex to the internal regulations.

The General Meeting can only validly deliberate and decide on the modification of the Formula for Repartition during the first quarter of the current financial year and if at least half of the total number of Full Members are present or represented. The modification of the Formula for Repartition must be approved with a 80% majority of the votes cast by the Full Members present or represented. In the event that less than half of the total number of Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide as well as accept the changes with the majority specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

The Board of Directors shall determine the total amount of the annual membership fees to be paid by the Full Members to the association, taking into account:

(i) the price of the agreement with the supplier of the database, i.e. the fixed costs for the actual database and the high impact reports (together the "**Core Data Set**"); and

(ii) the administrative costs for running the International Horizon Scanning Initiative (the "**Overhead Costs**"), calculated in accordance with section 4 of the Internal Regulations;

The annual membership fees for Full Members, as calculated by the Board of Directors in accordance with the previous paragraph, can increase with 2% of the membership fee per year, without such an increase requiring prior approval by the General Meeting. In case the annual membership fees for Full Members would need to increase with more than 2% of the previous annual membership fees, the Board of Directors will notify the Full Members thereof through registered letter. An actual increase of the annual membership fees of more than 2% of the previous membership fees for Full Members can only validly be decided upon by the General Meeting, with the same attendance quorum and majority as specified in paragraph 2 of this Section. An actual increase of the annual membership fees of more than 5% of the previous membership fees needs to be unanimously approved by the General Meeting, whereby at least half of the Full Members needs to be present or represented. In the event that less than half of the total number of Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide as well as accept the changes with the unanimity specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

In addition, the Board of Directors determines at its own discretion the membership fees to be paid by the Joined Members to the association.

Section 20. Resignation – Suspension - Exclusion

Without prejudice to Section 8, paragraph 3, each Full Member can resign from the association at any time, by means of a notification by registered letter to the Chairperson.

Each Affiliated and Joined Member can resign at any time as a member of the association by means of a notification by registered letter to the Chairperson.

A Full Member who no longer meets the capacity requirements mentioned in Section 7 automatically loses the status of Full Member.

An Affiliated or Joined Member who no longer meets the capacity requirements mentioned in Section 11 orSection 15 automatically loses the status of Affiliated or Joined Member.

A member is legally regarded as resigning if it has not paid its membership fee within six (6) months after the date on which the membership fee has become due and payable and continued to be in default of paying the membership fee (or the unpaid part thereof) within thirty (30) days after the Board of Directors has given notice to the relevant member by registered letter.

At the proposal of the Board of Directors, the General Meeting may, by means of a secret ballot, decide to exclude a Full Member. The General Meeting may exclude a Full Member, inter alia, if the member concerned acts contrary to the objectives of the association, has committed a serious shortcoming in respect of its obligations as a member, seriously harmed the interests of the association or sustainably damaged the reputation of the social security sector. The Full Member whose exclusion is proposed has the right to be heard by the General Meeting. The decision to exclude a Full Member shall only be validly adopted if at least two-thirds of the total number of Full Members is present or represented and this resolution is adopted with a 80% majority of the votes cast by the Full Members present or represented.

If the Board of Directors decides to propose the exclusion of a Full Member, it may suspend the member concerned pending the decision of the General Meeting on the exclusion.

The Board of Directors may decide to exclude Affiliated or Joined Members. The Board of Directors may exclude an Affiliated or Joined Member if, inter alia, the member concerned acts contrary to the objectives of the association, has committed a serious shortcoming in respect of its obligations as a member, seriously harmed the interests of the association, sustainably damaged the reputation of the social security sector or has a conflict of interest in relation to the tender and/or contractual process. The Affiliated or Joined Member whose exclusion is proposed has the right to be heard by the Board of Directors.

A member who resigns, is suspended or is excluded, cannot claim the assets of the association and is not entitled to the reimbursement of paid membership fees. The outstanding membership fees of a Full Member who resigns, is deemed to resign or is excluded, before the expiration of the Minimum Duration of Membership, as specified in the last paragraph of Section 8, remain due for the entire remaining period of the Minimum Duration of Membership, whereby the Board of Directors can however decide to waive the share of these membership fees that covers the Overhead Costs. The outstanding membership fees of a Joined Member who resigns, is deemed to resign or is excluded, remain due for the entire financial year in which the resignation, suspension or exclusion took place.

A Full Member who resigns or is deemed to resign, before the expiration of the Minimum Duration of Membership, retains the right to access and use the database in accordance with the terms and conditions of the database, during the entire remaining period of the Minimum Duration of Membership, provided that it has paid the outstanding membership fees in accordance with the above paragraph and with Section 19.

Each Affilated Member shall be deemed to have resigned as an Affiliated Member of the association, if the membership of the Full Member that is established in the same country, has ended.

Section 21. <u>Rights of members in connection with assets of the association</u>

No member can exercise any claim on the assets of the association on the basis of the sole capacity of member.

III. GENERAL MEETING

Section 22. General Meeting - Composition

The General Meeting consists of Full Members and Joined Members, as well as of invited Affiliated Members.

Only the Full Members are entitled to vote. The Joined Members and invited Affiliated Members can attend the General Meeting without having any voting rights.

Each Full Member or Joined Member can grant a proxy to another Full Member or Joined Member respectively, to participate in the General Meeting. However, a Full Member or Joined Member cannot represent more than one other Full Member or Joined Member, at a meeting of the General Meeting. In addition, each Full Member can also grant a proxy to an Affiliated Member that is established in the same country as the Full Member, to participate in the General Meeting.

The General Meeting is chaired by the Chairperson or, in his absence, by the Vice-Chairperson.

Section 23. General Meeting - Powers

The following powers can only be exercised by the General Meeting:

a) the amendment of the articles of association;
b) the appointment and dismissal of the directors;
c) the appointment and dismissal of the statutory auditor and the determination of his remuneration;
d) the discharge of duties to the directors and the statutory auditor;
e) the approval of the budget and of the annual accounts;
f) the dissolution of the association;
g) the admission of a Full Member;
h) the exclusion of a Full Member;
i) the conversion of the association into another legal form;
j) the determination and modification of the Formula for Repartition;
k) the selection and award of the tender concerning the database;
l) the approval of the terms and conditions for using the database and of material modifications of the terms and conditions for using the database ;
m) the general decision that the Board of Directors can start hiring staff on behalf of the association;
n) all other powers reserved to the General Meeting pursuant to the Act, the articles of association or the internal regulations.

Section 24. General Meeting - Meetings

The annual General Meeting shall be held at the registered office or at the place indicated in the convocation on the first Friday of June. If this day is a public holiday, the annual General Meeting will take place on the next working day at the same time.

The General Meeting is convened by the Chairperson or by a majority of the members of the Board of Directors. The Chairperson must convene the General Meeting within twenty-one (21) days when at least three Full Members so request. The General Meeting will be held no later than the fortieth day after this request.

The convocation shall be sent to all Full Members and Joined Members at least fifteen (15) days prior to the date of the General Meeting, if the General Meeting will physically deliberate, and eight (8) days prior to the date of the General Meeting, if the General Meeting will deliberate by video or telephone conference. The convening notice contains the agenda of the General Meeting. The convocation can take place in any form. If the General Meeting is to deliberate and decide on an amendment to the articles of association, the changes will be explicitly mentioned in the convocation.

Each proposal signed by at least one fifth of the Full Members is put on the agenda of the next General Meeting. If the convening notice for the next General Meeting has already been sent, the proposal will be put on the agenda of the next General Meeting following the already convened General Meeting.

The Chairperson ensures that minutes are prepared for each meeting of the General Meeting. All minutes are signed by the Chairperson. The minutes are kept in a minutes register. All members will receive a copy of the minutes within four weeks after each meeting.

Section 25. General Meeting – Quorum and voting

The Full Members are each entitled to one vote.

a) General decisions

The decisions of the General Meeting are taken by a simple majority of the votes cast by the Full Members present or represented, unless otherwise stated in these articles of association.

Abstentions or blank votes and invalid votes are not included in the calculation of the majority at the General Meeting.

b) Decisions regarding the selection and award of the tender

The General Meeting can only validly deliberate and decide on the selection and award of the tender concerning the database if all Full Members are present or represented. The selection and award of the tender concerning the database must be unanimously approved. In the event that not all Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide as well as accept the changes with the unanimity specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

c) Decisions regarding the amendment of the articles of association and the Formula for Repartition

The General Meeting can only validly deliberate and decide on an amendment to the articles of association if at least half of the total number of Full Members are present or represented. An amendment of the articles of association, including changes to the purpose and to the Formula for Repartition, must be approved with a 80% majority of the votes cast by the Full Members present or represented. In the event that less than half of the total number of Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide, as well as accept the changes with the majority specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

d) Decisions regarding the agreement with the database supplier

The General Meeting can only validly deliberate and decide on the transfer of the maintenance of the database to another supplier, the termination of the agreement or any other fundamental changes to the agreement, if at least two-thirds of the total number of Full Members are present or represented. The aforementioned decisions must be approved with a 80% majority of the votes cast by the Full Members present or represented. In the event that less than two-thirds of the total number of Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide with the majority specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

e) Decisions regarding the terms and conditions of the database

The General Meeting can only validly deliberate and decide on the approval of the terms and conditions of the database and modification of the terms and conditions of the database, if at least half of the total number of Full Members are present or represented. The aforementioned decisions must be approved with a 75% majority of the votes cast by the Full Members present or represented. In the event that less than half of the total number of Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

The General Meeting can deliberate by video or telephone conference, as long as all participants are able to express themselves and are intelligible to all other participants.

In the event of a tie, the Chairperson has a decisive vote.

By derogation to the preceding rules on the functioning of the General Meeting, a General Meeting can be validly held by at least two members of the Board, in the presence of a notary, without any convening notice or quorum being required, in case a special meeting of the General Meeting is required to adopt modifications to the articles of association of the association which must be recorded in a notarial deed pursuant to applicable law, provided that these modifications have

been previously approved by a General Meeting convened and held in accordance with the functioning of an (extra)ordinary meeting of the General Meeting.

IV. BOARD OF DIRECTORS

Section 26. Board of Directors – Composition

The association is managed by a Board of Directors composed of at least two (2) and maximum five (5) directors, who may or may not be Full Members of the association. Each director is appointed from a list of candidates nominated by the Full Members and, in case a director is not also a Full Member of the association, this director should be professionally active within the organization of one of the Full Members.

As long as the Members of the Beneluxa initiative are members of the association, at least two (2) members of the board will be appointed from a list of candidates nominated by the Members of the Beneluxa initiative (the "**Beneluxa Directors**"). In case only two Members of the Beneluxa initiative are still members of the association, at least one (1) Beneluxa Director will be appointed.

The directors are appointed by the General Meeting, taking into account the nomination rights described above, by a simple majority of the votes cast by the Full Members present or represented.

The directors shall not be remunerated for their mandate.

When a legal entity takes on a mandate as a director, the legal entity appoints a natural person as permanent representative who is charged with the execution of that mandate in the name and on behalf of the legal entity. The legal entity may not terminate the permanent representation without simultaneously appointing a successor. The rules of disclosure for the appointment and termination of the legal entity's mandate also apply to its permanent representative.

Section 27. Board of Directors – Chairperson – Vice-Chairperson

The Board of Directors appoints among the Beneluxa Directors a Chairperson, as long as there is at least one Beneluxa Director and insofar as the Beneluxa Director in question is willing to accept this mandate, and can appoint among all directors a Vice-Chairperson, who will perform the duties assigned to them by virtue of the articles of association or internal regulations. They also fulfill the tasks that the Board of Directors instructs them.

The Chairperson is appointed for a term of no more than three (3) years, which can only be renewed once.

The Vice-Chairperson shall be appointed for a term of no more than three (3) years, which can only be renewed once.

The Chairperson or Vice-Chairperson can voluntarily decide to cease his mandate as a Chairperson or Vice-Chairperson, by means of a notification by registered letter to the Board of

Directors. The Chairperson or Vice-Chairperson is obliged to fulfill his mandate after his resignation until it is reasonably possible to provide for his repalcement.

Without prejudice to his or her other powers under these articles of association, the Vice-Chairperson may exercise the powers of the Chairperson in all cases where the Chairperson is unable to attend.

Section 28. Board of Directors – Duration of the mandate

The directors are appointed for a term of no more than three (3) years, which can only be renewed once. Their mandate expires at the end of the annual General Meeting that takes place during the third year after their appointment.

The directors can be dismissed at any time by the General Meeting by a simple majority of the votes cast by the Full Members present or represented.

Each director can voluntarily resign by means of a notification by registered letter to the Chairperson. A director is obliged to further fulfill his mandate after his resignation until it is reasonably possible to provide for his replacement.

Each director, who is nominated by a Full Member of the association, shall be deemed to have resigned as a director of the association, if the membership of the Full Member concerned has ended or if he or she is no longer professionally active within the organization of the Full Member concerned .

In the event of death, resignation or dismissal of a director, the Board of Directors can appoint a successor, as the case may be, after consultation with the Members of the Beneluxa initiative who proposed to appoint the withdrawing director (insofar as the Members of the Beneluxa initiative are still members of the association). The General Meeting must ratify that decision at its next meeting. The director so designated shall continue the mandate of the person he is replacing.

Section 29. Board of Directors – Powers

The Board of Directors is authorized to perform all acts of internal management that are necessary or useful to achieve the purpose of the association, with the exception of those activities for which, in accordance with the Act, these articles of association or the internal regulations, the General Meeting is exclusively authorized.

Without prejudice to the obligations arising from collegial management, in particular consultation and supervision, the directors can divide the management tasks among themselves. Such division of tasks cannot be enforced against third parties, even after it has been made public. Failure to comply will jeopardize the internal liability of the director(s) involved.

The Board of Directors may delegate part of its management powers to one or more natural or legal persons without this transfer being able to relate to the general policy of the association or the general management authority of the Board of Directors. Subject to these conditions, the Board

of Directors may, among other things (without limitation), delegate part of its management powers to the Chairperson, the Managing Director or to a Full Member.

Section 30. Board of Directors – Meetings, deliberations and decisions

The Board of Directors meets after convocation by the Chairperson whenever the interests of the association so require and at least once every quarter. The Chairperson must convene the Board of Directors whenever at least one third of the members of the Board of Directors so request. The persons who request the Chairperson to convene a meeting of the Board of Directors determine the items they wish to place on the agenda.

The Board of Directors is chaired by the Chairperson or, in his absence, by the Vice-Chairperson. The meeting is held at the headquarters of the association or at any other place mentioned in the convocation.

The Board of Directors may invite one or more third parties to take part in certain meetings with an advisory vote and may, for that purpose, include a procedure in the internal regulations.

The Board of Directors can only deliberate and decide when at least the simple majority of its members is present or represented. Unless otherwise provided in these articles of association, the decisions are taken by simple majority of the votes cast by the members of the Board of Directors present or represented. In the event of a tie, the Chairperson or the Vice-Chairperson has a decisive vote.

Abstentions, blank votes or invalid votes are not included in the calculation of the majority at the Board of Directors.

The Chairperson strives to reach a consensus during the deliberations of the Board of Directors.

The Board of Directors can only validly deliberate and decide on the urgent termination of the agreement with the supplier of the database or on any other urgent fundamental changes to the agreement with the supplier of the database if at least half of the directors are present or represented. The decision must be approved with a 75% majority of the votes cast by the directors present or represented. If the aforementioned decisions are not urgent, but permanent, the prior approval of the General Meeting is required, with a 80% majority of the votes cast by the Full Members present or represented.

Subject to the prior approval by the General Meeting, with a 75% majority of the votes cast by the Full Members present or represented, the Board of Directors can only validly deliberate and decide on material changes to the terms and conditions of use of the database, if at least half of the directors are present or represented. The decision must be approved with a simple majority of the votes cast by the directors present or represented.

The Chairperson ensures that minutes are prepared for each meeting of the Board of Directors. All minutes are signed by the Chairperson. The minutes are kept in a minutes register.

The Board of Directors can deliberate by video or telephone conference, as long as all participants are able to express themselves and are intelligible to all other participants.

Each director can grant a proxy to another director to participate in the deliberation and the vote. However, a director cannot represent more than two (2) other directors at a meeting of the Board of Directors.

In exceptional cases, when urgent necessity and the interests of the association so require, the decisions of the Board of Directors can be taken by written decision of the directors.

If a director, directly or indirectly, has an interest that conflicts or may conflict with a decision regarding the tender and/or contractual process, or any other matter related to the management of the association, that falls under the authority of the Board of Directors, the director in question must inform the other directors thereof before the Board of Directors takes a decision on the matter. The Board of Directors may decide to convene a General Meeting in order to discuss the (possible) conflict of interests and the actions to be taken.

V. DEPARTMENTS, COMMITTEES AND WORKING GROUPS

Section 31. Departments, committees and working groups

The Board of Directors may, under its responsibility, set up special departments, section meetings, commissions, committees, working groups and task forces under whatever name and charge them with specific matters, taking into account the limitations of the articles of association to the delegation of authority, representation of the association and the provision of proxies. The Board of Directors can delegate this power under its responsibility to another body.

The Board of Directors can also set up such commissions, committees, working groups and task forces in collaboration with the Full Members.

Section 32. Composition, powers and operation

The Board of Directors determines the composition, powers and operation of the special departments, departmental meetings, committees and working groups that it establishes.

VI. DAILY MANAGEMENT – MANAGING DIRECTOR

Section 33. Managing Director - General Manager

The day-to-day management of the association as well as the external representation with respect to that day-to-day management can be entrusted to a natural or legal person who may or may not be a member of the Board of Directors or a member of the association. This person bears the title "Managing Director" if he is also a director, or "General Manager" if he is not a director.

The Board of Directors appoints the Managing Director or the General Manager. The appointment of the Managing Director or the General Manager is for an indefinite period of time. The Managing

Director or the General Manager can be dismissed by the Board of Directors at any time without having to give any reasons.

The Managing Director or the General Manager is charged with the day-to-day management of the association, the leadership and the management of the staff and the fulfillment of all other duties assigned to them by the articles of association or the internal regulations or by the Board of Directors. The Managing Director or the General Manager represents the association in accordance with the powers granted to him by the articles of association or by the Board of Directors.

When a legal entity takes on a mandate as a Managing Director or as a General Manager, he appoints a natural person as permanent representative who is charged with the execution of that mandate in the name and on behalf of the legal entity. The legal entity may not terminate the permanent representation without simultaneously appointing a successor. The rules of disclosure for the appointment and termination of the legal entity's mandate also apply to its permanent representative.

VII. LIABILITY OF DIRECTORS AND PERSONS RESPONSIBLE FOR DAY-TO-DAY MANAGEMENT

Section 34. No personal liability

The directors and the General Manager are not personally held by the commitments and actions of the association.

In respect of the association and towards third parties, their responsibility is limited to the fulfillment of the task given to them in accordance with common law, the provisions of the Act and in the articles of association.

VIII. REPRESENTATION

Section 35. General power of representation

As a collegial body, the Board of Directors represents the association in all acts. The Board of Directors represents the association by the majority of its members.

Without prejudice to the general power of representation of the Board of Directors as a collegial body, the association is also represented by the Chairperson, or Vice-Chairperson, and one other Director acting jointly.

Within the limits of day-to-day management, the association is also represented by the Managing Director or the General Manager.

Section 36. Proxies

The Board of Directors can appoint special proxy holders. Only special and limited proxies for specific or a series of specific legal acts are permitted. These special proxy holders only bind the association within the limits of the proxy granted to them.

The Managing Director and the General Manager may appoint special proxy holders within the limits of day-to-day management. Only special and limited proxies for specific or a series of specific legal acts are permitted. These special proxies only bind the association within the limits of the proxy granted to them.

IX. FINANCIAL YEAR – STATUTORY AUDITOR - FINANCING - ACCOUNTING - RESERVE FUND

Section 37. Financial year

The financial year starts on 1 January and ends on 31 December.

Section 38. Statutory auditor

The General Meeting appoints a statutoty auditor among the members, natural or legal persons, of the "*Institut des Reviseurs d'Entreprises* / *Instituut der Bedrijfsrevisoren*", to the extent that there is a legal obligation to do so. The General Meeting also determines the remuneration of the statutory auditor.

The statutory auditor is responsible for checking the financial situation of the association, the annual accounts, the other accounts of the association and the regularity of the transactions in relation to the Act and the articles of association.

Section 39. Financing and accounting

The association can acquire funds in any way that does not violate the Act.

The accounting is conducted in accordance with the provisions and modalities of the Act.

The annual accounts are drawn up and published in accordance with the provisions of the Act.

The Board of Directors submits an annual report, the annual accounts of the previous financial year and a proposal for a budget to the annual General Meeting for approval.

X. DISSOLUTION AND LIQUIDATION

Section 40. Dissolution

The General Meeting decides on the dissolution of the association.

The General Meeting shall decide on the dissolution of the association by a majority of four fifths of the votes cast by the Full Members present or represented and on the condition that at least two thirds of the Full Members are present or represented.

If this quorum is not met at a first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide with the majority specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

Section 41. Liquidation

If the dissolution proposal is approved, the General Meeting will appoint one or more liquidator(s) of which it will define the assignment with due observance of the provisions of the Act. This decision can be made in accordance with the Full quorum and majority requirements.

Section 42. Announcements

All decisions regarding the dissolution, the liquidation conditions, the appointment and termination of the mandate of the liquidators, the termination of the liquidation and the destination of the net assets will be announced in accordance with the Act.

Section 43. Destination of the net assets at dissolution

In the event of dissolution, the General Meeting will allocate the net assets of the association to one or more non-profit institutions with a similar purpose, subject to the reimbursement to each member of the nominal value of its membership fees paid in accordance with Section 19to the extent not yet used.

Under no circumstances can the members of the association claim any assets of the association.

XI. INTERNAL REGULATIONS

Section 44. Internal regulations

The General Meeting or, within its powers, the Board of Directors, may supplement or further specify the articles of association by means of internal regulations (under whatever name). Such internal regulations shall be adopted with the ordinary quorum and majority requirements, unless the articles of association prescribe otherwise. The Board of Directors ensures that the internal regulations are brought to the attention of the members.

Annex 1 to Part 2: Guidance document Articles of Association

GUIDANCE DOCUMENT

on the functioning of the International Non-Profit Association IHSI

1. Introduction – context of use of this Guidance Document

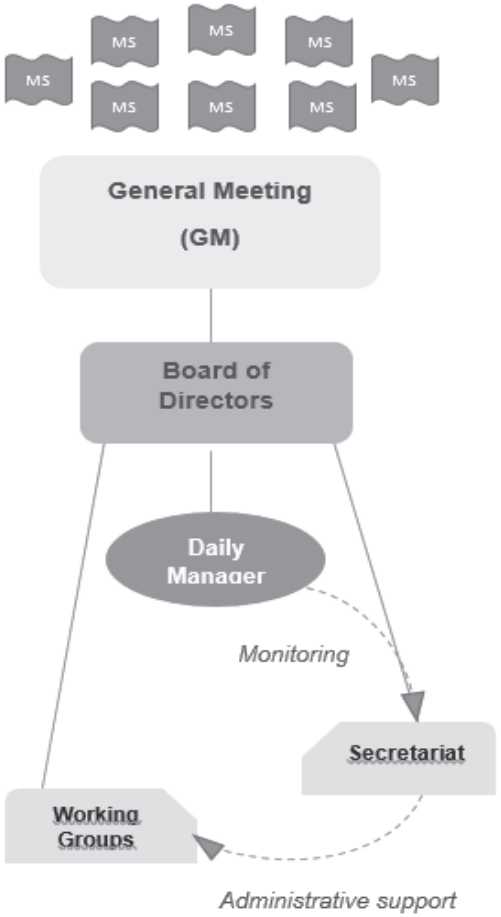
This Guidance Document aims to provide the interested countries with clarifications in relation to the corporate documents that underly IHSI (by-laws, internal regulations and adherence forms, hereinafter together the IHSI corporate documents) and generally addresses the comments provided by the countries until 19 July 2019.

Please note that this Guidance Document is not legally binding and does not create rights and obligations. It is of an explanatory nature only.

2. International non-profit association as legal form

IHSI has been structured as a Belgian international non-profit association (AISBL) and has been incorporated in front of a Belgian notary public on 5 July 2019. The by-laws of IHSI are thus governed by Belgian law. Any disputes arising out of or in relation to these by-laws will be settled by the competent Belgian courts. The tender process itself will be governed by both Belgian and European law, as well as by, insofar as applicable, GPA rules.

The IHSI corporate documents are drafted in the spirit of an agile, fast-working international collaboration between European and non-European countries. The current drafts constituted indispensable tools to kick-off the project and to enable the swift incorporation of IHSI, pending the (parliamentary) approval by all participating countries of their adherence and of the ultimate governance of IHSI. Amendments to the corporate documents remain thus possible at any time (taking into account that changes to the by-laws need to be approved by an 80% majority of the votes cast in the General Meeting and that some changes to the by-laws need to be laid down in a notarial deed). Currently, a general meeting for the approval of a revised text of the by-laws and the internal regulations is scheduled on 29 October 2019.



3. Membership

IHSI is a member-based, democratic organization – the participating countries retain ultimate control over the functioning and operations of the association.

IHSI has three categories of members:

(1) the Full Members, which are healthcare organizations representing the participating countries;
(2) the Affiliated Members, which are (sub)national bodies nominated by the Full Members; and
(3) the Joined Members, which are international or European institutions or non-profit entities that are active in the field of social security, pharma or healthcare (e.g. WHO).

3.1. Full Members: Adherence

Full Members can adhere through the signing of an adherence form, thereby agreeing with the by-laws, internal regulations and the Formula for Repartition of IHSI. The adherence form will be circulated in execution form to all interested countries. To this adherence form, two important annexes need to be attached:

(1) an outline of the decision-making process for the approval by the competent national authority of the adherence by the candidate Full Member; and
(2) a letter of recommendation of the Minister that is responsible for pharmaceutical care and medical devices of the country where the candidate Full Member is established – a Full Member is indeed a representative of the participating country and therefore, there can only be one such representative per country.

3.2. *Full Members: Exceptional Withdrawal*

Once the adherence form is signed and has been accepted by the General Meeting, the Full Member still has an exceptional possibility to withdraw from IHSI, subject to several strict conditions, as set out in the adherence form. Full Members should have the exceptional possibility to withdraw if :

- it appears, at the end of the tender procedure, that the member's yearly financial participation will exceed a predetermined threshold (calculated in accordance with the Formula for Repartition); or
- the necessary parliamentary, governmental or any other approval required in accordance with the outline of the national decision-making process, as annexed to the adherence form, has not been obtained; or
- if the objective of the association has been substantially modified (which is of course a rather theoretic situation, as the clear and unanimously supported purpose of IHSI is the horizon scanning).

If one of these conditions has been met, the Full Member should invoke the activation of the exceptional withdrawal within four weeks as of receiving the results of the evaluation of the final offers in the tender procedure. As a result of this timely invocation, the withdrawing Full Member will not be obliged to take on a share in the financial burden of the agreement with the database supplier and can step out of IHSI without any financial consequences.

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

3.3. *Full Members: Minimum Duration of Membership, rights and obligations*

If the Full Member cannot rely on one of these early withdrawing conditions, or does not rely on it within the prescribed grace period, the Full Member will be financially bound to IHSI for a minimum duration that is equal to the entire duration of the agreement with the database supplier (probably 4 to 5 years) (the **"Minimum Duration of Membership**"):

- The Full Member will still be able to resign as a member of IHSI at any time, implying it will no longer participate in the organs and bodies of IHSI.
- However, the resigning Full Member will not be liberated from its minimum financial commitment towards IHSI and towards the other participating countries, being taking on a share of the costs of the multi-year-agreement with the database supplier (i.e. the costs for the actual database and the high impact reports, together the "**Core Data Set**").

This minimum financial commitment is required in order to be able to award the tender and to run the database, without risking a deficit in the longer term (as the contract price for the Core Data Set is fixed). The membership fees of the Full Members only cover the fixed costs for the Core Data Set[2], i.e. the database, and the high impact reports, as will be set out in the tender documentation. If a Full Member would exceptionally like to acquire an additional analysis, on top of the Core Data Set, from IHSI, IHSI will invoice this additional task separately to the Full Member in question – such invoices will not be considered to be part of the membership fees covering the costs for the Core Data Set.

The Full Members will have full access to the database for the entire Minimum Duration of Membership, even if they resign earlier – the right to access the database is thus linked to the financial contribution of the Full Member. This also implies that, if the Full Member fails to pay its membership fees, it can be denied further access to the database by the Board of Directors (without this withdrawal of access releasing the Full Member from its duty to pay the remaining membership fees for the entire Minimum Duration of Membership).

3.4. *Affiliated Members: adherence, rights and obligations*

Institutions or agencies

(1) that are established in the country of a Full Member,
(2) that meet the capacity requirements for Affiliated Members; and
(3) whose accession as Affiliated Members is proposed and their participation in IHSI monitored by the Full Member that is established in the same country,

are automatically admitted by the Board of Directors as Affiliated Members.

Affiliated Members are granted full access to the database, without, however, being required to pay a membership fee for this access. These Affiliated Members will of course still be required to respect the terms and conditions of use of the database and cannot disseminate or publish any of the obtained information without the consent of the Full Member who proposed its accession.

3.5. *Joined Members: adherence, rights and obligations*

Joined Members have more limited rights and obligations than Full Members. They will also be required to pay a membership fee, which can be freely determined by the Board of Directors. This membership fee will however, at first instance, not be used to cover the costs of the agreement with the database supplier, but rather to cover the operational costs of IHSI and to build up reserves. The Joined Members are granted full or partial access to the database, depending on the

[2] As well as the overhead costs, as specified under (10).

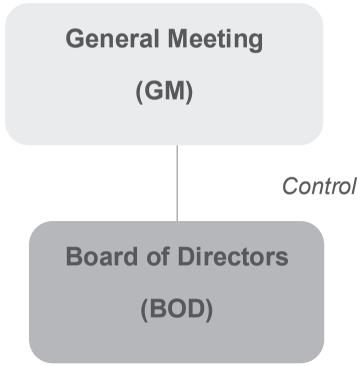
decision of the Board of Directors in this respect, at the occasion of the admission decision. For Joined Members, their access rights to the database are, just like for Full Members, linked to the proper payment of their membership fees.

4. Dispute handling

If there is a disagreement between the members of IHSI, or if the members have questions or remarks about certain decisions of the Board of Directors, the tools to resolve these disputes are the following ("**dispute resolution mechanisms**"):

- The General Meeting can be convened upon the request of three Full Members – the Full Members who request the convocation, need to set the agenda of this General Meeting and can thus include an agenda item regarding the dispute at hand, in order to have an open debate about the dispute with the other Full Members, and, if necessary, a vote in the General Meeting in order to resolve the concerned issue. In addition, each proposal signed by at least one fifth of the Full Members is put on the agenda of the next General Meeting.
- It is possible for the General Meeting to exclude a Full Member, if the Full Member, e.g., acts contrary to the objectives of the association, has committed a serious shortcoming in respect of its obligations as a member, seriously harmed the interests of the association, etc. This decision requires an attendance quorum of two-thirds of the total number of Full Members and an 80% majority of the votes cast.
- On the occasion of a General Meeting, it is also possible for the Full Members to convene the Board members in parallel, in order to hold them to account about a matter of concern for the Full Members.

5. General Meeting



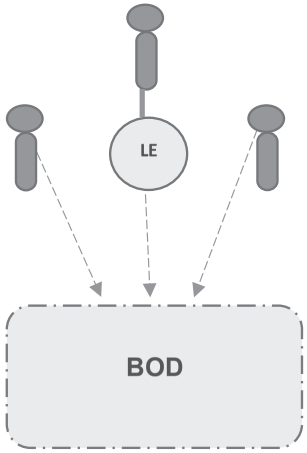
The General Meeting is the democratic organ of IHSI, in which all members have an opportunity to speak, and is by law the general *leading* body, that takes the key decisions for the functioning of the association, such as the award of the tender, the admission of a Full Member, the approval of the budget and the annual accounts, etc. The General Meeting has control over the Board of Directors through, i.a., its competence to appoint or dismiss the members of the Board, to the full extent of its discretion.

At the General Meeting, each Full Member has one vote. Joined members have the right to attend the meeting and Affiliated Members can be invited to the General Meeting, without however having any voting rights. At the General Meeting, each Full Member can give a proxy to another Full Member to represent it. A Full Member cannot represent more than one other Full Member. The same applies for the Joined Members, who can be represented by another Joined Member. In addition, a Full Member can give a proxy to an Affiliated Member, that is established in the same country as the Full Member.

The General Meeting is convened at least once a year by the Chairperson, or by a majority of the Board members or upon request of at least three Full Members, no later than (15 or) 8 days before the (physical) meeting The meeting can be held physically, at any place indicated in the convocation notice, or through video or telephone conference, as long as all Full Members can express themselves in an intelligible manner. It is also possible to let certain Full Members participate through video or telephone conference in a physical meeting.

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

In principle, the General Meeting decides with a simple majority of the votes cast by the Full Members present or represented, but a range of special majorities (e.g. unanimity, 80% majority, 75% majority) is provided for significant decisions.



6. Board of Directors

The Board of Directors is

- the executive organ of IHSI, that takes the operational decisions within the framework and in execution of the decisions of the general leading body, i.e. the General Meeting.
- is held accountable by the General Meeting – the General Meeting can decide to dismiss the Board members at any time in case the General Meeting would not be satisfied with their management.

The possibility to dismiss a director at any time, even if the director is appointed for a definite term, is general Belgian legal practice – the inclusion of dismissal criteria is unusual and undesirable for the obvious reason that the General Meeting would be hampered in dismissing a director, who is not properly managing the association in her view, because the strict statutory conditions to dismiss the director have not been met.

The composition and functioning of the Board of Directors is as follows:

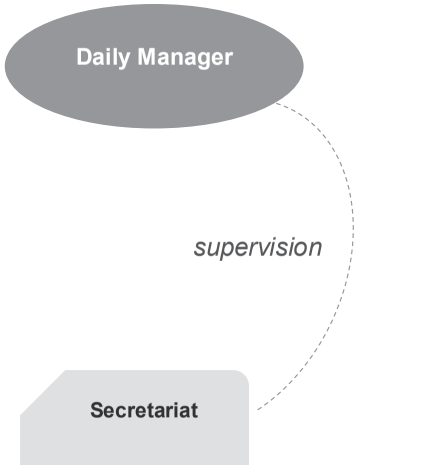
- 3, maximum 5, members (to enable the Board to act in a flexible and agile operational manner);
- each Board member is appointed from a list of candidates nominated by the Full Members. At least two Board members should be appointed from a list of candidates nominated by the members of the Beneluxa Initiative (as long as they are members of the association);
- each Board member is a natural person or legal entity who is (1) a Full Member of IHSI, or (2) is professionally active within the organization of one of the Full Members.
- a Board member who is a legal entity is obliged to appoint a natural person as its permanent representative, who is charged with the execution of the mandate in the name and on behalf of the legal person;
- meets at least once every quarter;
- convened by the Chairperson or by at least one third of the Board members;
- decisions can only be taken if at least half of the Board members is present or represented and if there is a simple majority of the votes cast. A special majority is provided for certain important decisions.

7. Daily Manager

The Board of Directors delegates the daily management to a daily manager, who is responsible for all actions and decisions that are needed in the daily life of IHSI. The daily manager leads and supervises the Secretariat in its activities. This daily manager may or may not be a Board member and can be a

natural person or a legal entity. In case the daily manager is a legal entity, the same principles apply as set out above under (6). A conflict of interests procedure is provided in the internal regulations, in case a conflict would, as the case may be, arise between a person in his capacity of daily manager, and in his capacity of director of IHSI.

The daily manager is appointed by the Board of Directors and can be dismissed by the Board of Directors, at any time, without having to give any reasons, in accordance with general Belgian legal practice. If the daily manager is also bound by a management or an employment agreement with IHSI, the termination clauses in these agreements will of course need to be respected.



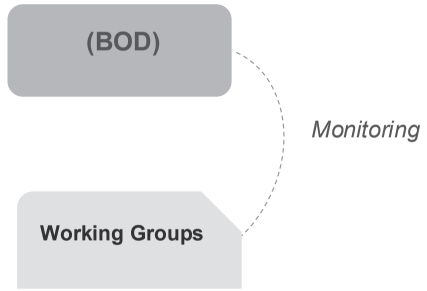
8. Secretariat – composition and competences

The Secretariat is responsible for the administrative management of the association, in cooperation with the daily manager. It is appointed by the Board of Directors and supervised by the daily manager.

In particular, without being exhaustive, the Secretariat is (together with the daily manager) responsible for the following:

- working out proposals concerning the aims and the strategy of the association;
- monitoring the Working Groups; informing the Working Groups on all the association's matters relevant to their area of responsibility.
- taking care of the bookkeeping of the association and the preparation of payments.
- deciding on expenses that are in line with the budget approved by the General Meeting, upon prior approval by at least one director.
- administrating and preserving the relevant documents and other data carriers concerning the activities of the association
- preparing and coordinating annual and other reports related to the operations of the association
- preparing and planning General Meetings and Board meetings

Certain actions require prior written approval of at least one director (such as the effectuation of payments above a given amount during the first year after incorporation of IHSI and the opening or closing of bank accounts).



9. Working Groups – composition and competences

The Working Groups are responsible for conducting research about specific, specialized topics, such as innovation, and formulate recommendations in the framework of this research to the Board of Directors. A Working Group is set up by the Board of Directors and supervised by the Board of Directors: the Board

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

of Directors has final responsibility for the work delivered by the Working Groups and shall regularly report on the functioning of the Working Groups to the General Meeting. As the General Meeting approves the annual budget of IHSI, it is logical that the Board of Directors can only set up Working Groups, insofar as the operational costs for these Working Groups stay within the budget – if the anticipated costs related to the functioning of the Working Groups could significantly impact the budget, the Board submits these costs for prior approval to the General Meeting.

10. Financial governance

As explained above, a minimum financial commitment will be required from the Full Members through means of the payment of membership fees, that are calculated in accordance with the Formula for Repartition. The Formula for Repartition is established by the General Meeting and constitutes the allocation key for the costs of the agreement with the database supplier, i.e. the costs for the Core Data Set, and the costs for the administrative running of IHSI (that are not directly related to the costs in relation to the tender, hereinafter "overhead costs"). Overhead costs are set to start in the first year of 5% of the total amount of the costs for the Core Data Set, but must not exceed 7% of the total Core Data Set value, without approval of the General Meeting (see below). The Formula for Repartition will be an annex to the internal regulations and to the adherence form - the participating countries will thus be fully informed upfront of the envisaged allocation key. Taking into account (1) the fixed price of the agreement with the database supplier, once the tender has been awarded and (2) the overhead costs of IHSI, calculated on the basis of the Core Data Set value, the Board of Directors determines the total amount of membership fees needed, calculates the individual membership fee per Full Member and communicates the specific fees to the Full Members.

The Board of Directors thus only has the competence to calculate and communicate the fees, taking into account the strict parameters that have been established by the General Meeting and the Full Members, and does not have any leeway in determining the specific amount of the membership fees. The modification of the Formula for Repartition can only be approved with an 80% majority of the votes cast by the Full Members present or represented at the General Meeting, whereby at least half of the Full Members should be present or represented. The annual membership fees can increase with a maximum of 2% of the membership fee per year, without prior approval of the General Meeting. An exceptional change to the Formula for Repartition should, as the case may be, be decided in the first quarter of the financial year in order to permit the Full Members to take the change into account in the national budgetary negotiations.

In principle, the risk for a deficit is very low, as the costs for the Core Data Set are fixed and known upfront, and the Full Members have committed themselves for the Minimum Duration of Membership to pay their (maximum) share in the financial burden of the Core Data Set. Any potential variable costs (such as the acquisition of an additional analysis by a Full Member from IHSI) will be invoiced separately and do not form part of the membership fees. An increase of the membership fees could only have the following (exceptional) causes: (1) an amendment request for the agreement with the database supplier is launched by the supplier, (2) the overhead costs for running IHSI are significantly higher than expected, (3) judicial proceedings result in a compensation obligation for IHSI. The situation under (1) will be tackled separately in the tender documentation and is highly exceptional. To cover the situations under (2) and (3), the following safeguards will be provided in the IHSI corporate documents:

- a notification obligation for the Board of Directors to all Full Members whenever there is a risk of an increase of the annual membership fee of more than 2% of the membership fee per year;
- an approval with an 80% majority by the General Meeting of every decision that would result in an increase of the annual membership fee of more than 2% (but less than 5%) of the membership fee per year
- a unanimous prior approval by the General Meeting of every decision that would result in an increase of the annual membership fee of more than 5% of the membership fee per year.

As regards accounting, the Board of Directors submits an annual report to the annual General Meeting and prepares the annual accounts. The General Meeting subsequently approves the annual accounts. IHSI will appoint a statutory auditor insofar as there is a legal obligation to do so.[3] In any case (whether there is a legal obligation for a statutory auditor or not), IHSI remains totally free to appoint an external bookkeeper, which (rather big) associations usually do (without this having to be specified as an obligation in the by-laws).

[3] Cf. Section 34 of the by-laws

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

Part 3: Internal Regulations

Internal regulations

The founders of International Horizon Scanning Initiative adopted on 5 July 2019 pursuant to and by way of derogation of Section 44 of the articles of association of International Horizon Scanning Initiative, the internal regulations.

The General Meeting approved an amended version of the internal regulations pursuant to and by way of derogation of Section 44 of the articles of association of the International Horizon Scanning Intiative on 29 October 2019.

1. Definitions

All capitalized terms have the meaning given to them in the articles of association of International Horizon Scanning Initiative (hereinafter the “association”), unless otherwise indicated.

2. Members

2.1. The association consists of the following categories of members:
   a) Full Members; and
   b) Affiliated Members; and
   c) Joined Members.

2.2. The resignation, suspension or exclusion in accordance with the articles of association of a member remains possible at all times. A Full Member or Joined Member who resigns, is deemed to resign, is suspended or excluded, is not, however, released from its initial financial engagements and the resignation, suspension or exclusion shall in no way affect the obligation of the Full or Joined member in question to take on its share of the financial burden of the association, (i) as concerns the Full Member, for the entire Minimum Duration of Membership, in accordance with section 20, paragraph 9 of the articles of association, unless if the Full Member in question resigns pursuant to the realization of the condition subsequent, as included in the declaration of accession, and (ii) as concerns the Joined Member, for for the entire financial year in which the resignation, suspension or exclusion took place.

3. Bodies

3.1. The statutory bodies of International Horizon Scanning Initiative are the General Meeting, the Board of Directors and the Managing Director (or the General Manager).

3.2. The extra-statutory bodies of International Horizon Scanning Initiative are the working groups (under whichever name, hereinafter the "**Working Groups**") and the Secretariat.

4. Financial requirements

4.1. The General Meeting establishes the criteria for the repartition of membership fees amongst the members of the association (the "**Formula for Repartition**"). The Formula for Repartition is annexed to these internal regulations. The Formula for Repartition is established by the General Meeting and constitutes the allocation key between the Full Members for the costs of the agreement with the database supplier, i.e. the fixed costs for the actual database and the high impact reports (together the "**Core Data Set**"), and the costs for the administrative running of IHSI that are not directly related to the costs in relation to the tender (hereinafter the "**Overhead Costs**"). Overhead Costs are set to start in the first year after incorporation of the association as 5% of the total amount of the costs for the Core Data Set, but must not exceed 7% of the total Core Data Set value, without prior approval of the General Meeting.

4.2. If a Full Member would exceptionally like to acquire an additional analysis, on top of the Core Data Set, from the association, the Board of Directors will invoice this additional order separately to the Full Member in question. Such invoices for additional analysises will not be considered to be part of the membership fees.

4.3. The Board of Directors shall determine the total amount of the annual statutory membership fees, taking into account:

(i) the costs for the Core Data Set; and

(ii) the Overhead Costs, calculated in accordance with this section;

4.4. No membership fee is due by the Affiliated Members.

4.5. The Board of Directors determines the membership fees for Joined Members.

5. General Meeting

5.1. **Composition.** The General Meeting consists of the Ordinary Members and the Joined Members, as well as of the invited Affiliated Members, with the rights specified in the articles of association.

5.2. **Powers.** The General Meeting has the powers that the law and the articles of association grant it. The General Meeting is responsible, among other things, for the amendment of the articles of association, the approval of the annual accounts and the budget, and the appointment and dismissal of the directors.

5.3. The General Meeting decides whether the Board of Directors is allowed to hire staff on behalf of the association.

5.4. **Frequency of meetings.** The General Meeting meets at least once a year with a view to the approval of the annual accounts and budget.

6. Board of Directors

6.1. **Composition**. The Board of Directors is composed in accordance with the articles of association of at least 2 and maximum 5 directors, of which at least 2 directors will be appointed from a list of candidates nominated by the Members of the Beneluxa initiative ("**Beneluxa Directors**"), as long as they are members of the association. In case only two Members of the Beneluxa Initiative are still members of the association, at least one (1) Beneluxa Director will be appointed.

6.2. Each director, who is appointed from a list of candidates nominated by a Full Member of the association, undertakes to resign as a director of the association, if the membership of the Full Member concerned has ended or if he or she is no longer professionally active within the organization of the Full Member concerned.

6.3. **Powers.** The Board of Directors is authorized to perform all acts that are not reserved to the General Meeting by law or the articles of association.

6.4. The Board of Directors determines the general policy of the association in accordance with the law, including, but not limited to, the management of conflicts of interest.

6.5. Subject to the prior decision by the General Meeting to allow the Board of Directors to hire staff on behalf of the association, in accordance with art. 5.3, the Board of Directors recruits and dismisses the employees of the association.

6.6. The Board of Directors appoints and dismisses the members of the Working Groups and appoints a chairman of each Working Group amongst the members of this Working Group.

6.7. The Board of Directors may delegate within the limits of what is legally possible and under its responsibility a part of its powers to the Working Groups as set out under section 9 and under the conditions and modalities defined therein.

6.8. **Frequency of meetings**. The Board of Directors meets at least once every quarter.

7. Duration of mandates

7.1. The directors are appointed for a term of no more than three (3) years, which can only be renewed once. Their mandate expires at the end of the annual General Meeting that takes place during the third year after their appointment.

7.2. The Chairperson is appointed for a term of no more than three (3) years, which can only be renewed once.

7.3. The Vice-Chairperson shall be appointed for a term of no more than three (3) years, which can only be renewed once.

8. Chairperson and Vice-Chairperson

8.1. The Board of Directors appoints among its Beneluxa Directors a Chairperson, as long as there is at least one Beneluxa Director and insofar as the Beneluxa Director in question is willing to accept this mandate, and can appoint among all directors a Vice-Chairperson, who will perform the duties assigned to them under the articles of association or the internal regulations. They also fulfill the tasks that the Board of Directors instructs them.

9. Managing Director – General Manager – Secretariat

9.1. The Board of Directors appoints a Managing Director or General Manager.

9.2. The Managing Director or General Manager:
a) bears ultimate responsibility for the daily operation of International Horizon Scanning Initiative;
b) represents the association within the limits of the day-to-day management;
c) is responsible for the administrative follow-up of the association together with the Secretariat; and
d) organizes communication with press and media on sector matters.

9.3. The Board of Directors shall establish a Secretariat.

9.4. The Managing Director or the General Manager is, together with the Secretariat, in charge of the administrative management of the association.

9.5. In particular, the Managing Director or General Manager has the following responsibilities, whereby it is supported by the Secretariat:
- in collaboration with the Working Groups, working out proposals concerning the aims and the strategy of the association and ensuring that the association's objectives are pursued and that the association's strategy is implemented.
- monitoring and ensuring that the Working Groups are implementing their mandates; keeping the Working Groups informed on all the association's matters relevant to their area of responsibility.
- taking care of the bookkeeping of the association and the preparation of payments.
- deciding on expenses that are in line with the budget approved by the General Meeting, upon prior approval by at least one director.
- administrating and preserving the relevant documents and other data carriers concerning the activities of the association.
- preparing and coordinating annual and other reports related to the operations of the association.
- preparing and planning General Meetings and Board meetings.

9.6. During the first year after the date of incorporation of the association, the effectuation by the Secretariat of payments, as prepared by the Secretariat under the supervision of the

Managing Director or the General Manager, always requires the prior written approval of at least one director.

9.7. The opening or closing of bank accounts by the Secretariat, under the supervision of the Managing Director or the General Manager, always requires the prior written approval of at least one director.

9.8. If the Managing Director or General Manager, directly or indirectly, has an interest that conflicts or may conflict with a decision that falls under the authority of the Managing Director or General Manager, the Managing Director or General Manager must inform the Chairperson thereof, before he takes a decision on the matter. The Chairperson may decide to convene a meeting of the Board of Directors in order to discuss the (possible) conflict of interests and the actions to be taken.

9.9. If a member of the Secretariat, directly or indirectly, has an interest that conflicts or may conflict with a decision that falls under the authority of the Secretariat, the member concerned must inform the Managing Director or General Manager thereof, before he takes a decision on the matter. The Managing Director or General Manager may decide to convene a meeting of the Secretariat in order to discuss the (possible) conflict of interests and the actions to be taken.

10. <u>Working Groups</u>

10.1. The Board of Directors can set up, under its responsibility, Working Groups and will at least appoint a Working Group for the action point “Innovation” (hereinafter referred to as the “**Innovation Working Group**”).

10.2. For each Working Group, it is determined on which themes the Working Group should deploy.

10.3. Each Working Group is composed of a limited number of members, whereby the majority of its members will be representatives of the Members of the association, who are appointed by the Board of Directors and who have a particular interest in the matters falling within the competence of the Working Group in question and who can be expected to make a valuable contribution to these matters.

10.4. Each Working Group has a chairman, who is appointed by the Board of Directors.

10.5. The Innovation Working Group is responsible, among others, for:
a) evaluating the change proposals submitted by the selected supplier;
b) supervising the implementation of change proposals;
c) performing state-of-the-art analyses;
d) reporting/advising the Board of Directors on the progress and performance of the contract

10.6. Any reasonable costs and out-of-pocket expenses incurred by a member of a Working Group (who is not a representative of a member or director of the association) in the performance of his mandate as a member of the Working Group in question, can be reimbursed by the association, if agreed upon in advance by the Board of Directors in writing and subject to the receipt by the Board of Directors of evidencing documents.

10.7. Any operational costs related to the functioning of the Working Groups that could significantly impact the budget, as approved by the General Meeting in accordance with Section 23 (e) of the articles of association, should be submitted by the Board of Directors, to the General Meeting, for prior approval.

10.8. Members of a Working Group must be sufficiently mandated by their institution to decide on the agenda of the Working Group and actively contribute to the work.

10.9. The final responsibility for the proper functioning of Working Groups lies with the Board of Directors, which can, among other things, limit the size of a Working Group. The Board of Directors shall report on the functioning of the Working Groups to the General Meeting.

11. Decision-making

11.1. The Chairperson strives to reach a consensus during the deliberations of the Board of Directors.

11.2. If a consensus is not possible, decisions are taken with the majority prescribed by the articles of association (in principle a simple majority).

11.3. In the event of a tie, the Chairman has a decisive vote.

11.4. The Working Groups shall report on subjects with meaningful reputational, financial or strategic impact to the Board of Directors, for approval by the Board of Directors.

12. Tender and contractual process

12.1. The association is incorporated for the purposes of:

a) establishing, organizing, coordinating and managing the cooperation between its members with a view to facilitating the development, maintenance, consultation and exploitation of a database and/or related data, designed to (i) assist its users in gathering up to date, combined and extensive information regarding, in particular, new and emerging pharmaceutical products and medical devices and which can be particularly helpful in refining the pricing and reimbursement policies of the members' home country social security systems, and (ii) provide periodical information to the members in this respect;
b) setting up and managing the relevant tender and contractual processes relating to the development, maintenance, consultation and exploitation of the database and/or related data, assess these bids and ultimately award the relevant tender; and
c) manage the commercial relationship with the approved supplier of the database.

12.2. The tender and contractual process will be managed by the Board of Directors. All members will, per phase of the tender process, be informed by the Board of Directors about the state of affairs of the tender process and contractual process concerning the database.

12.3. The Board of Directors will, amongst others, and prior to the finalization thereof, consult the members about the draft cost book.

12.4. The selection and award of the tender concerning the database is decided by the General Meeting, who can only validly deliberate and decide if all Full Members are present or represented. The selection and award of the tender concerning the database must be unanimously approved. In the event that not all Full Members are present or represented at the first meeting, a second meeting can be convened that can validly deliberate and decide with the unanimity specified above, irrespective of the number of Full Members present or represented. The second meeting may not be held earlier than after a period of fifteen (15) days after the first meeting.

13. Final provisions

13.1. In the event of a conflict between any provision of these internal regulations and the articles of association, the provisions of the articles of association will take precedence.

13.2. The General Meeting or, within its powers, the Board of Directors can amend, supplement and cancel these internal regulations.

13.3. The assocation, its articles of association and its internal regulations are governed by Beligan law. Any disputes arising out of or in relation to the articles of association or these internal regulations will be settled by the competent Belgian courts. The association will adhere to the provisions of the GPA insofar as applicable and appropriate for the purpose and scope of the association.

13.4. The Full Members undertake to comply with the applicable state aid rules in their dealings with Affiliated Members and any other entities that are granted access to the database.

Part 4: Schedule of Requirements

The Schedule of requirements as shown here is the result of negotiations between the involved and interested parties. Certain elements in regards to their status as “must haves” might change during the tender preparations due to the nature of the legal requirements of the tendering procedure.

The overview given here is also provided for convenience as attachment in its original excel file format.

For full transparency further has been added as Annex 1 to Part 4 a document providing answers to all questions received from the individual member states representatives.

Please note for the Schedule of Requirements as presented here and in the separate excel file:

- For sheet 1 and 2 a column has been added, which is a clarification of what is asked of the Tenderer/Contractor and based on the description already provided. Reason for this is that based on comments from the legal advisors some of the descriptions were too vague, especially for a must have criteria
- Some of the “must haves” have been changed into should haves. The reason for this is that a must have criteria needs to be binary and cannot be vague. A “should have” criteria allows for more explanation and can serve for making award criteria later
- Deleted entries for reason of duplication: 11.4 (will be covered in selection criteria document later – with regards to IP), 13.2 (already described in 10.2), 13.4 (already described before in section on referencing), 31.5 (suggestion of Eubelius because it would be problematic to ask contractor to formulate constraints and assumptions themselves and then compare the offers).
- A specific document will follow later with the selection and award criteria. In this document attention will be paid to how Tenderers will be selected and on which basis the three best will be judged (award criteria). Further attention will be paid to two important issues: the data ownership and confidentiality of data. Members will be able to feedback on this at a later stage.

International Horizon Scanning Initiative IHSI

Introduction
The requirements for the tender "Horizon Scanning System (HSS)" are described on the next worksheets of this document.
You are requested to confirm in the column "Confirmation? (yes/no)" whether you are able to meet the specific requirement.

Structure of this document
In the this document the requirements are categorized in the following worksheets:
1. Analysis pharmaceuticals
2. Functional
3. Technical
4. Saas & Non-functional
5. Variables of fields
6. Projectplan

Requirements	
The requirements are divided into three categories:	
Must have	Product must meet these criteria.
	By answering with "no" the proposal is rejected. By answering with "yes" your proposed solution is eligible for award for this requirement.
Should have	It is highly desirable the product meets these critera. If not, the product is still useful. Further explanation can be given in the "Explanation" column.
Could have	Nice to have requirements for the product, if there is still time and budget available.

Minimum Viable Product (MVP)
A MVP is a product with enough features to satisfy early customers, and to provide feedback for future product development.
For each requirement is stated whether the requirement should be part of the MVP or that it can be realised in later products.

Standard or customized functionality
This requirements document assumes part of your solution contains customized functionalities.
Meeting the requirements means that you confirm that the MVP and respectively the final product meet the requirements at final delivery.
Therefore it is not required that your current solution or development environment meets all the requirements from the start.

List of acronyms	
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
ATMP	Advanced Therapy Medicinal Products
CE	Conformité Européene
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
EMA	European Medicines Agency
FDA	US Food and Drug Administration
FTP	File Transfer Protocol
HIA	High Impact Assessment
HSS	Horizon Scanning System
IHSI	International Horizon Scan Initiative
IMID	Immuno Modulatory Imide Drug
INN	International Nonproprietary Name
ISAE	International Standard on Assurance Engagements
ISO	International Organization for Standardization
KPI	Key Performance Indicator
LoA	Level of Assurance
MAP	Mean Arterial Pressure
SaaS	Software as a Service
SLA	Service Level Agreement
SLR	Service Level Report
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine
SOP	Standard Operating Procedure

Documents
The following documents are used for the program of requirements:
1. FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
2. FINAL Annex 1 - variables.xlsx
3. FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
4. 181212 IHSI overview report.pdf
5. 190121 Technical specifications Sweden.xlsx
6. 5. Revised technical document.docx

Document history
Version 0.5: first concept shared with Ministry of VWS, RIZIV-INAMI, Corvers, Eubelius
Version 0.6: review processed from Atos and Corvers
Version 0.7: review processed from Country Council Stockholm (Sweden), Dutch Healthcare institute (Zorginstituut Nederland), Dutch Ministry of Health Welfare & Sport
Version 1.0: final review comments are processed from Dutch Ministry of Health Welfare & Sport (final deliverable)
Version 2.0: additional final review comments are processed from Dutch Ministry of Health Welfare & Sport (final deliverable)
Final version: review of all countries involved

ID	Kolom1	Description	Requirement type	MVP	Confirmation?	Explanation	Sources
1	**General**						
1.1	All entries must refer to a unique identifier	In the Horizon Scanning System (HSS) for all analysis the unique identifier for pharmaceuticals is: substance + indication + delivery route and pharmaceutical form + company name. All entries must refer to this unique identifier in order to perform additional analyses	Must have	Yes			
1.2	The database must allow for flexibility to include future data on other than pharmaceuticals.	It is possible to expand the analysis, application and database for medical devices and diagnostics. Initially the requirements in this document also apply to medical devices and diagnostics.	Must have	No, but later			
1.3	No country specific data is included in the database.	The HSS must contain information that is generally equal for all participating countries. National or regional information must be left out, such as national guidelines. This is because of the large variety between countries with regards to this type of data.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
1.4	The time horizon of the database must be 2-3 years before market authorisation.	Information in the HSS will be used for national horizon scanning initiatives. Several national initiatives have a time window of at least 2 years. Therefore the HSS must have a time window of at least 2-3 years before market authorisation.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
1.5	No further data collection on a unique ID takes place after market authorisation, a negative recommendation from the authority on market approval, or is withdrawn by the manufacturer	The HSS is able to publish updated information, by using the unique ID, until the product is registered in at least one participating country, or if it is withdrawn by the manufacturer, or it receives a negative opinion from the authorities (EMA or FDA). Conditional approvals are seen as not yet authorised, whereby full approval status has not been met. Therefore data collection still needs to take place.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
1.6	Montly updates to the database are required.	In the database new information on pharmaceuticals is updated monthly: - It is clear what has changed since the last time a person visited the website. - It is clear when changes were applied (timestamp). - It is clear what has changed compared to a previous version.	Must have	Yes			5. Revised technical document.docx
1.7	All data must be referenced.	The database includes fact based data which needs to be referenced and if possible a link should be added to documentation or data. The database cannot include data which cannot be verified properly.	Must have	Yes			
2	**Data in the database**						
2.1	The database could include limited data on phase I clinical research.	With the available data in the database a baselist can be created with an overview of all pharmaceutical products in development from phase I clinical research, these also include vaccines and Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP), as well as new uses as for already approved pharmaceuticals.	Could have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
2.2	Data from clinical trial registries must be imported into the database.	Data from the clinical registers from can be (directly oor indirectly) imported to the database: US: https://clinicaltrials.gov/ EU: https://www.clinicaltrialsregister.eu/ WHO: International clinical trials registry platform (ICTRP)	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
2.3	All data fields described later must be included in the scope for data collection.	The data fields that are in scope are listed in worksheet "Data fields".	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
3	**Filtering of data**						
3.1	Data collection must start at phase II or Phase II for all originator pharmaceutical products	With the available data in the database an overview can be created of all originator pharmaceutical products coming to market from phase II or phase III. Depending on the inclusion of Phase I data, it needs to be clear what data is collected for the different stages. The data requirements for Phase I data, are less compared to those for later stage pharmaceuticals.	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
4	**High impact reports**						
4.1a	High impact reports must be produced every 6 months per therapeutic area.	Every 6 months a High Impact Assessment (HIA) Report is delivered of the products in the database per therapeutic disease area. This report documents the high impact analysis of pharmaceutical products coming to the market (before authorisation) and ranks the products according to their expected impact in the respective therapeutic area. An estimation is about 500 new pharmaceutical products are in scope per year for phase II and III. The analysis requirements are described in requirements 4.2 up to 4.12.	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.1b	Tenderer must submit a proposal for a methodology for the high impact reports.	Hereby the Tenderer proposes a methodology for high impact analysis. This methodology describes the process of data collection, the scoring of pharmaceuticals products, appropriate definitions of concepts used.	Should have	Yes			
4.1c	Contractor must work with IHSI to ensure methodology meets the needs of the members with flexibility to adapt based on yearly evaluations.	The scope for the high impact analysis is defined in 4.2-4.12, however it is expected that input from member countries is used to adapt the methodology and reports where necessary based on yearly evaluations.	Must have	Yes			
4.2a	Medical experts must be interviewed to inform the high impact reports.	The tenderer has a pool of medical experts where a high impact analysis is performed through interviewing key opinion leaders in the field: 1. The tenderer creates a pool of medical experts, who will perform the HIA analysis based on previously collected data. Sufficient medical experts, i.e. at least 15 per therapeutic area, will be asked to provide input for the analysis. 2. Tenderer ensures the medical specialists come from different countries and not all from one country. this to ensure that different views are incorporated. It would be preferred to have at least one medical specilist per therapeutic area from each member. 3. Each expert in the pool has at least 5 years of experience as a medical specialist in the relevant diagnostics area	Should have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.2b	Conflict of interest of medical experts must be transparent.	Conflicts of interest are acceptable as long as experts are not directly employed by the pharmaceutical industry and as long as it is transparent what the potential conflicts of interest are, if they are involved in research on specific products or receive fees from industry this has to be clearly stated. Members of IHSI must be able to see the conflict of interest statements.	Must have				
4.3	Contracting authority must have access to list of experts involved in HIA	The Contracting Authority always has access to the list of experts who performed each HIA per diagnostics area as well as to their potential conflict of interest declarations.	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.4	List of experts must be electronically available in line with the GDPR.	The list of medical experts is electronically available to the Contracting Authority. Upon approval of <NAME OF CONTRACTING AUTHORITY / OF THE BOARD OF THE IHSI ASSEL / DECISION MAKING BODY>, medical experts and in line with the General Data Protection Regulation (GDPR), the list is published to the users of the HSS website (public and/or private area).	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.5	HIA must include organisational consequences	The HIA analysis and report includes organisational consequences: 1. Health care use 2. Infrastructure 3. Impact on service delivery 4. Impact on disease mangement	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.6	HIA must include health care costs	The HIA analysis and report includes healthcare costs: 1. Populationlevel 2. Patientlevel (cost per patient, volume of patients expected to be treated on the potential for high expenditure) 3. Volume risk (extension of indication or off-label use)	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf 181212 IHSI overview report.pdf
4.7	HIA must include innovativeness	The HIA analysis and report includes innovativeness: 1. First in class/ availability of alternatives 2. Unmet clinical need 3. Patients/ clinical demand 4. Severity of condition	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.8	HIA must include health benefits	The HIA analysis and report includes health benefits: 1. Therapeuticvalue 2. Life expectancy In more detail this includes: 1. potential importance of the unmet need it intends to address: 1a. Impact of the condition on quality of life, given current treatments available (taking into account not only medical impact but also impact on other aspects of patients' lives) 1b. Impact of the condition on life expectancy, given current treatments available 1c. Inconvenience of current treatment 2. potential to improve patient health (patient outcomes): 2a. First in class 2b. Size of the expected effect 2c. Clinical relevance of patient outcomes 2d. Support by scientific rationale 2e. Support by preliminary data 2f. Potential to have adverse health events	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf 181212 IHSI overview report.pdf
4.9	HIA must include epidemiological data	The HIA analysis and report includes prevalence/ incidence of disease: 1. Patient population 2. Orphan designation	Must have	Yes			FINAL 181010 Market consultation HSS.pdf
4.10	HIA must include potential health care utilization	The HIA analysis and report includes the potential for acceptance/adoption by patients and clinicians (health care utilization): 1. Convenience/ease of use and the potential need to have to reorganise health care (e.g. from intravenous to subcutaneous or an added need for testing and/or diagnostics) 2. Short learning curve to use it 3. Ease of compliance 4. Tolerability (low anticipated side effects, risks, adverse events) 5. Effects on clinical guidelines	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
4.11	HIA must include a scoring based on the parameters in 4.5-4.10	The HIA analysis and report includes the overall potential to fulfill the unmet need: Includes an overall score, based on the abovementioned parameters: 0 = no impact 1 = little impact 2 = moderate impact 3 = large impact	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
5	**Pharmaceutical products failed or withdrawn**						
5.1	The database must list when for a unique id the following situation occurs: - withdrawn by manufacturer - failed at a clinical stage	With the available data in the database an overview can be created of products/line extensions (linked to unique id) that fail at any stage of development or are withdrawn from the registration procedure (both FDA and EMA).	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
5.2	When 5.1 is aplicable the unique id must be set on Inactive	A failed or withdrawn product can be set on the status "inactive" until something else happens, such as new studies or a new application.	Must have	Yes			
5.3	Data fields described for this analysis (28.1) must be included	The data fields that are in scope for analysis 4 are listed on worksheet "Data fields".	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
6	**Registered pharmaceuticals**						
6.1	Data collected must be preserved when unique ids are marked as "registered"	With the available data in the database an overview can be created of products after market approval from the European Commission. The status of pharmaceutical products (based on unique ID) are set as "registered" in the database after market approval / registration by the European Commission. It is not expected that any of the data collected is updated after this stage, with the exception of products that have received a conditional approval from EMA/FDA. Registered in this case means only for those pharmaceutical products, which were already included in the database.	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

7		**User interface**					
7.1	Tenderer develops a user-friendly interface.	The Tenderer designs, develops and implements the interface . It should be easy to understand and handle (self-explaining). The Contracting Authority must be able to provide feedback on this in an evaluation whereafter necessary changes can be made.	Should have	Yes			5. Revised technical document.docx 190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
7.2	Users must be able to receive alerts when updates are published	Users of the HSS receive automatic alerts (via e.g. e-mail) when updates are published based on users choices (e.g. update in specific disease area or Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) code).	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
7.3	Users should be able to post remarks online referring to the data	Users have the functionality to post remarks online at pharmaceutical product level.	Should have	No, but soon			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
7.4	It could be possible to include the option for some basic statistical function to be applied to the database	Basic statistical function is associated to the database e.g. to calculate number of drugs with a certain indication or in a certain therapeutic area. It would be nice to be able to visualise the results of this function.	Could have	No, but later			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
7.7	Users must be able to personally configure the website within their accounts	The website must have the possibility for personalized configuration, based on a personal account (e.g. colours, letter size and screen layout).	Could have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
7.8	the contracting authority decides on the scope of the information that is shielded off	The website must have the possibility to (partially) shield off information for users without an account.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
8		**Filter and search**					
8.1	Users must be able to filter and search the data as well as combine searches.	In the filter and search functionality one or many data fields can be combined. With a combined filter/search functionality detailed information is collected for a subset of pharmaceutical products. This to be able to execute analyses and to create the related reports as mentioned on tab "1. Analysis pharmaceuticals".	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.2	Users must be able to store search models	Functionality is available to store search models for own purposes or centrally which everyone can use.	Must have	No, but later			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.3	The unique id search results must be detailed	Display of search result of unique ID is described in detail.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.4	In a search the relation beween substance and indication must be clear	In a search result the relation between substance and all indications are clear.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.5	User must be able to search within a specified time frame	Functionality is available to search in a time period (free choice between either "from" or "between xx and zz").	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.6	Users must be able to search using free text	Free-text-search functionality is availble, because some data fields have a regulated set of variables, e.g. how to write ATC-codes is regulated, but other fields may be freely formulated such as indication where there is no preset choices.	Should have	No, but soon			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.7	User must be able to perform a structured search in fields where there is no free text	Functionality is available for a structured search in all fields that are not free text.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
8.8	Search must be shown as a list	Search result shown as lists.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
9		**Data**					
9.1	Contracting authority and Tendered must decide together on availbility of data in national HSS.	Contracting Authority and Tenderer determines toghether which information from the HSS is available for use in national horizon scanning initiatives (information in private or public environment, e.g. there can be chosen to have concept information of pharmaceutical products in a private environment).	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
9.2	It should be possible to expand the database with new data fields	It should be possible to expand the database with new data fields in the future for new information such as patent-related data, generics and biosimilars thar are expected to be launched, and inclusion of medical devices and diagnostics.	Should have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
9.3	Database must make use of specific data fields	The following data fields can be created: - Non-mandatory and mandatory - Types/formats of data fields: - Free text - Numbers - Dates (year-month-day) - Dropdown lists	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
9.4	Data fields can be specified	Certain data fields can consist sub-level of data fields. E.g. ATC codes can consist of various levels.	Could have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
9.5	Data must include substance and indication (extension) as well as the link between these.	Data includes both substance and extended/new indications, and the connection between a substance and all related indications are clearly shown.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
9.6	Users must be able to see the history for each unique id	History functionality is available, e.g.: - For a each pharmaceutical product, date for regulatory status for every indication is clearly shown. - An overview is available to follow the history of a each pharmaceutical product/indication - e.g. positive/negative opinion, sold, on hold, new application, altered formulation of	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
10		**Data import and collection (only for named users)**					
10.1	Named users must be able to upload data	Upload functionality is available for users, where standard forms, processes, preset terms and fields (dropdown lists) are used. Both single entries and bulk of information can be uploaded.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
10.2		Only sources are used in the database that can guarantee the quality of the analysis and reports from tab "1. Analysis pharmaceuticals": - Many and different sources are chosen, e.g. EMA clinical trials database, regulatory, industry, newsletters and journals. - Reliable sources are chosen for search of information to database. - Data from clinical phase I are included according to the Standard Operating Procedure (SOP). (If included) - Data from clinical phase II and III (and IV) are included.	Should have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
11		**Data export**					
11.1	User must be able to extract a list of their search	The user needs to be able to extract a list of pharmaceutical products (and their unique ID's) in development at any given time and aggregated in any way.	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
11.2	User must be able to apply a filter and then export data	Possibility to download search result with a limited amount of data (by using e.g. filtering) and large amount of data (by using e.g. no filtering).	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
11.3	The search strategy must be include din the download	Description of search strategy is included with downloaded data, so that always can be seen which search logic is used for the downloaded data as well as the date of the search.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
12		**Identity & access management**					
12.1	Tenderer should describe SOP on the accesibility / security of the database	The Tenderer should describe in the Projectplan how the database is secured and how users will get access e.g.: passwords, when they expire and registration of users. If users get different level of access this should be described. E.g. read only and administrator. A plan for each level of security should be described.	Should have	Yes			5. Revised technical document.docx
12.2	Access must be through safe communication channels	Access by https or other safe communication channel(s).	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
12.3	Functionality must be available to provide and administer different users/access by password.	Functionality is available to provide and administer different users/access by password. This includes also a functionality to automatically administer password for different users/access: - reset password - receive new password by e-mail - possible for user to change given password to a personlized password	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
12.4	Functionality must be available to provide and administer different authorisation levels	Functionality is available to provide and administer different authorisation levels and restricted access to different types of information for different users. Example for different authorisation levels are: - Read - Read and write - Read, write and administer	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
12.5		Functionality is available to keep the list of authorized users up to date automatically.	Should have	No, but soon			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
12.6	Contractor needs to keep a daily log with changes	A daily log is available that contains a list of all changes in/of the database (who, when, what).	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
12.7	Contractor must collaborate with members on identity and access management.	For Identity & Access Management the Contractor works together with the assigned national contact persons by the Contracting Authority. This to keep track on who is authorized in that country.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
13		**Quality**					
13.1	It would be nice to have an explanation with each data field	Explanation is available of every data field with mouse-over functionality. In other words when there is pointed to a data field an explanation is shown of the data field.	Could have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
13.2	Standard formats for data must be used.	Standard formats for data are used in the database where possible e.g.: - Writing/formulating information. - Using of internationally established terms as far as possible e.g. Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED), ATC and International Nonproprietary Name (INN). Tenderer needs to explain any variations.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
13.3	Data must be referenced. Any interpretation made by the Contractor has to be explained.	Source is shown for all information is collected from external sources and what is calculated/estimated inhouse.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
13.4	Data must be archived after unique id are "registered"	Records that are finalized, must be kept in an archive (including the unique ID), for future reference, evaluation or otherwise. The records must be differential from active records, but visible and searchable for all users. The status "approved" for example can be used for these records.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx

IHSI – Member Dossier – 20190830

ID	Description	Requirement type	MVP	Confirmation?	Explanation	Sources
14	**In general**					
14.1	The system must be accessible by the Internet.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
14.2	All functionalities of the system must be available by at least the current and last 2 major version of the following browsers Firefox, Internet Explorer, Edge, and Google Chrome , Safari.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
14.3	The system is capable of responsiveness so that it can be used by tablets and smartphones.	Could have	No, but later			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
14.4	The system does not store data permanently on local workplaces, but ensures an environment in which dat can always be recovered quickly.	Must have	Yes			
14.5	No plug-ins are required on the browser.	Should have	Yes			
14.6	The system supports import/upload, such as but not limited to: csv, xml, xls, xlsx, pdf, doc and docx.	Must have	Yes			
14.7	The exported file, for example for search result, should be available in conventional extensions, such as but not limited to: csv, xml, xls, xlsx, pdf, doc and docx.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx 190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
14.8	External connections can be configured to only accept specific IP adresses (whitelisting).	Should have	No, but later			
14.9	File uploads and downloads, if necessary, can be based on secure File Transfer Protocol (FTP).	Should have	No, but later			
15	**Search engine**					
15.1	The database must provide the possibility to combine search parameters (build query using 'AND', 'OR', 'NOT' and wildcards).	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
15.2	Progressive search results that can guide the search query. This means when there is no exact match between the search and the results, also suggestions of results in broader context are shown by the search engine.	Could have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx

ID	Description	Requirement type	MVP	Confirmation?	Explanation	Sources
16	**Delivery model**					
16.1	The system is available via Software as a Service (SaaS).	Must have	Yes			
16.2	A service desk is available and the service window (see hereafter on this tab) is set on 8.30-17.00 on working days (GTM +1).	Must have	Yes			
17	**Sizing**					
17.1	The SaaS solution supports about 1.000 (simultaneous) users and expansion is possible .	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx 190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
18	**Availaibility**					
18.1	The availability of the system in the service window is equal or higher than 99,5% measured over 1 year (period of 12 months).	Must have	Yes			
18.2	The availability of the system outside the service window is at least 98% measured over 1 year (period of 12 months).	Must have	Yes			
18.3	In a year, a maximum of 1 serious disruption occurs with a recovery time greater than four hours.	Must have	Yes			
18.4	In the event of a disruption, immediate action is taken by the Contractor. 95% of the disruptions must be resolved within 15 minutes of reporting.	Must have	Yes			
18.5	If an agreed recovery time is not met, an escalation procedure must be started and the client must be informed immediately.	Must have	Yes			
18.6	Planned maintenance leading to non-availability to the platform only takes place outside the service window in pre-agreed maintenance windows that are agreed with the Contracting Authority at least 14 days in advance.	Must have	Yes			
18.7	If maintenance is necessary that affects the work of any user of the system, this is only permitted after consultation with and permission from the Contracting Authority.	Must have	Yes			
19	**Reliability**					
19.1	The Contractor guarantees that in the event of changes to the system, the interfaces with the adjacent systems will continue to function.	Must have	Yes			
19.2	Every month the Contractor reports which service levels meet the agreed standard. In situations where service levels are not meeting the standard, also the cause, solution and measures are reported to avoid these in the future.	Must have	Yes			
19.3	Application and data are logically or physically completely separated from systems.	Must have	Yes			
20	**Performance**					
20.1	The SaaS solution / database must not be down for more than 12-24 hours per instance.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
20.2	The Contractor makes the functionality of the system available via an adequate broadband connection via the Internet.	Must have	Yes			
20.3	The launching time of an application page (excluding network delays outside the responsibility of the Contractor and on sufficiently modern and well-functioning devices) has a maximum of 2 seconds in 98% of the cases and a maximum of 5 seconds in 99.5% of the cases. Hereby is taken into account the information under the sections "sizing".	Must have	Yes			
20.4	The performance of infrastructure and application is continuously monitored and logged.	Must have	Yes			
20.5	Back up-server in other location than the working server, and regularly back up takes place at least once a week.	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf
21	**Scalability**					
21.1	The system and the underlying ICT infrastructure are scalable in the sense that the system can achieve the performance and availability requirements without structural adjustments.	Must have	Yes			
21.2	Upscaling of the infrastructure can, within the agreements to be made, be temporary.	Must have	Yes			
22	**Security & data integrity**					
22.1	The contractor is International Organization for Standardization (ISO) 27001 certified or equivalent.	Must have	Yes			
22.2	Supplier will submit an annual International Standard on Assurance Engagements (ISAE) 3402 statement.	Must have	Yes			
22.3	The registration of personal data (the system contains only low-confidential personal data) in the system complies with the EU General Data Protection Regulation (GDPR).	Must have	Yes			
22.4	The data of the system is stored on a system that is subject to European privacy legislation.	Must have	Yes			
22.5	Security incidents are logged and reported to the Contracting Authority.	Must have	Yes			
22.6	The system provides authentication based on knowledge (Level of Assurance (LoA) is level 2). This means username / password for named users.	Must have	Yes			
22.7	The system works with a dedicated database, specifically for this application.	Must have	Yes			
22.8	All data of the system of the last day, last week, last month and last 12 months must be able to be recovered by the Contractor at the request of the Contracting Authority.	Must have	Yes			
22.9	The Contractor is adequately protected against external attacks, including at least DDOS, virus attacks and hacking.	Must have	Yes			
22.10	All changes to the database need to be logged and what is logged should be kept in an archive.	Must have	Yes			
23	Release & customization					
23.1	The contractor provides full documentation on the content of the release and consequences for the system 4 weeks prior to a release of the system.	Must have	Yes			
24	Service management					
24.1	A website for service and support is available for end users that are appointed by the Contracting Authority.	Must have	Yes			
24.2	Contractor agrees that incidents and other activities (service tickets / calls) have only been completed if they have been accepted by the end users.	Must have	Yes			
24.3	Contractor provides a service desk (English language) that has been opened during the service window and then accessible via web, mail and telephone.	Must have	Yes			5. Revised technical document.docx
24.4	It must be possible to ask questions regarding contents and functionality of the database. At least via a dedicated email address. The response time can not be longer than 5 working days.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
24.5	Downloaded information will be used to upload in other applications/websites etc. Therefore, changes to the format of the downloaded file, or new/removed data fields, need to be communicated to the Contracting Authority and her end users at least 3 months in advance for end-users to make preparations.	Must have	Yes			FINAL Annex 2 - HSS requirements.xlsx
24.6	Contractor provides a Service Level Agreement (SLA) which meet the requirements in this document and contains the following SLA subjects: 1. Objective of the SLA 2. Duration of the service 3. Delivered services and products 4. Involved parties, including relations and responsibilities 5. Key Performance Indicators (KPI's) 6. Reporting methodology (Service Level Reports); 7. Change management procedure (including time to respond and deliver) 8. Problem/incident management procedure (including time to respond and repair) 9. Maintenance procedure (including duration and planning maintenace windows) 9 - Escalation procedure	Must have	Yes			

ID	Description	Requirement type	MVP	Confirmation?	Explanation	Sources
25	**Data fields for analysis 1 (all pharmaceutical products in development). The list is not exhaustive and the Contractor can include additional data fields based on his experience.**					
25.1	General: Company name Clinical phase or research Orginator/biosimilar/generic/vaccine/Advanced therapy medicinal products (ATMP) First in class License extension Mono/combination INN (substance) Disease/therapeutic area ATC code Mechanism of action Active compound Proposed indication Existing indications Future indications Delivery route Pharmaceutical form	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
25.2	Unique ID Each entry should have a unique ID, whereby the following variables are determining the unique id: substance, drug name, company, indications, use and pharmaceutical formulation	Must have				
26	**Additional data fields for analysis 2 (filtering all originator pharmaceutical products from late phase II and phase III). The list is not exhaustive and the Contractor can include additional data fields based on his experience.**					
26.1	General: Partner companies name (if applicable) Brand name Conformité Européene (CE) number Main indication Category (type of application of the product e.g. new chemical entity or license extension)	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
26.2	Regulatory affairs/market entry: Stage of development/phase of study Date of submission US Food and Drug Administration (FDA) Date of submission European Medicines Agency (EMA) Expected CHMP opinion date CHMP opinion - outcome Expected marketing authorisation FDA Expected marketing authorisation EU Date of market authorisation FDA Date of market authorisation EU Timelines of EMA procedure including clock-stops Reason for delays in EMA procedure Orphan drugs status (US or EU or both) Special status US (FDA): breakthrough, priority review, accelerated, orphan Special status EU: accelerated, PRIME, Orphan Failure - clinical phase or FDA/EMA negative or withdrawn Estimated time of file Actual time of file EMA day 150/56 Estimated time of approval in US and EU EMA opinion and withdrawn applications European Comission decision (Market authorisation EU) PRIME-status (EMA) Accelerated approval process (EMA) Orphan drug status US and/or EU Decision number (EMA and FDA) Procedural code (EMA and European Commission decision) Date of submission Swissmedic	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
26.3	Evidence / Clinical trials (per trial, phase II or III): Name of study Phase Patient population (including inclusion and exclusion criteria) Study design Primary endpoints + outcomes Secondary endpoints + outcomes Expected enddate Publications Length of follow-up Treatment arms NCT number of equivalent in other trial databases	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
26.4	Treatment related: Indication (proposed) Formulations / route of administration Mechanism of action Dose per administsration Frequency of administration Duration of treatment Mono or combination therapy Off label use Competition (current and future) / comparator Substitution	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
26.5	Burden of disease: Prevalence Incidence Therapeutic value Place in therapy (e.g. 1st, 2nd, 3rd line) % percentage of patients treated in relation to the prevalence / incidence Unmet need	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
26.6	Cost: Expected price range per dose (US and EU) Expected price range per treatment (US and EU) Expected price range per patient per year (US and EU) Global sales forecast	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
26.7	Expert input: Potential impact on Quality of Life (QoL) Unmet need Potential impact on life expectancy Guidelines	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf
28	**Additional data fields for analysis 4 (pharmaceutical products failed or withdrawn). The list is not exhaustive and the Contractor can include additional data fields based on his experience.**					
28.1	1. Stage of failure: at which stage of clinical research has the pharmaceutical product failed 2. The reason of failure and study results 3. The reason of withdrawal and whether the withdrawal is for the FDA, EMA or both 4. Other reasons, e.g. Company decides against marketing	Must have	Yes			181212 IHSI overview report.pdf

PROP. 2019/20:1 UTGIFTSOMRÅDE 9 Bilaga

ID	Description	Requirement type	MVP	Confirmation?	Explanation	Sources
31	Project plan structure consists of the following captures:					
31.1	Project definition	Must have	Not appllicable			
31.2	Background	Must have	Not appllicable			
31.3	Project objectives and desired outcomes	Must have	Not appllicable			
31.4	Project scope and exclusions	Must have	Not appllicable			
31.5	The user(s) and any other known interested parties	Must have	Not appllicable			
31.6	Interfaces	Must have	Not appllicable			
31.7	Project Approach	Must have	Not appllicable			
31.8	Project Management Team Structure	Must have	Not appllicable			
31.9	Role Descriptions	Must have	Not appllicable			
31.10	Quality management	Must have	Not appllicable			
31.11	Configuration management	Must have	Not appllicable			
31.12	Risk management	Must have	Not appllicable			
31.13	Planning of MVP and following product versions	Must have	Not appllicable			
31.14	Projectcontrols	Must have	Not appllicable			
32	Project approach					
32.1	Database and interfaces are created stepwise according to value engineering, see Agreement	Must have	Yes			190121 Technical specifications Sweden.xlsx 181212 IHSI overview report.pdf

Annex 1 to Part 4: Q & A Document

Answers regarding the Schedule of requirements and questions from IHSI members

Please find below the answers to the questions posed by Sweden, Denmark, Switzerland and Portugal regarding the Schedule of Requirement. We aim to provide some general feedback as well as detailed feedback to the individual remarks.

General

Inclusion of country specific data

Currently it is not foreseen to include country specific data in the database. We also believe that differences between countries may be too vast for this. However, when available, some information may be included and referenced accordingly for overall prevalence or incidence data. The high impact report should provide a general insight as to the impact a product may have. In the end it is up to the end-user (e.g. an individual country, HTA organization, health insurance company) how to use this data and how it is related to the situation in their own country, hospital etc.

At some point, the database may become more advanced and countries may be able to upload their country specific data into the database. However, this would be a thought for the long run.

Schedule of requirements and changes at a later stage

The schedule of requirements is our proposal for what we see as must have or nice to have in the database and what we expect from the Contractor. However, the schedule of requirements is above all meant as input for the contractor to come up with a detailed plan of action. What is much more important in the selection of the Contractor is the willingness and the plan of the Contractor to develop the IHSI database together with the participating countries. This is also specified in article 10.5 of the Request for Candidacies (RFC). We believe that we should be careful in providing a too detailed schedule of requirements without flexibility for the organisations applying to the tender to react to it. Once we have selected a number of proposals it is up to IHSI to determine if they meet our criteria and to talk to the nominees about the acceptability of their proposal. Once IHSI has identified a winner there is ample time to work out in more detail some of the must haves of the database.

This also applies to the IT related aspects of the database. In the years we work with the Contractor there should be flexibility to discuss country's needs and to make changes where necessary.

Inclusion of phase I data

Perhaps, if all members agree, we could change the addition of any phase I data to a nice to have, rather than a must have. There seems general consensus that the use of phase I data

may be of limited use to payers for decisions on the pricing and reimbursement of medicines. Our advise is to give this requirement a nice-to-have status, instead of a must-have. It is up to the Contractor to come up with possible ideas to fulfill this need of information.

Conflict of Interest (CoI) – with regards to medical experts

We would propose to slightly alter the criteria around CoI of medical experts. To find the best experts without any CoI will be nearly impossible. Therefore we believe that CoI should not be problem, as long as the medical experts are not be directly employed by the pharmaceutical industry. Therefore, the Contractor needs to ensure there is a sound policy for this and it is transparent what the CoI's are of medical experts who provide input for the high impact reports.

Unique ID

The unique ID is indeed an important parameter to incorporate in the database. It was not described as such, since it was assumed each entry would automatically generate a unique ID. It would become very difficult to track and search without. The proposal from Sweden to include substance, company name, pharmaceutical form, indication is good. This means that each product or drug or indication a new unique ID is formulated. Therefore please understand that in the table, if the term product, or drug or indication is mentioned it is meant that all these will have a separate unique ID. The unique ID is created when there is a new set of the four variables.

Medical devices

Currently the scope of the database is limited to pharmaceuticals, however in the schedule of requirements it is written that it must be possible to expand the analysis for medical devices and diagnostics. The inclusion of medical devices is ultimately the decision of the members of IHSI, this includes when and how this is done. Since there is currently a lack of a common methodology on horizon scanning for medical devices the suggestion would be to create a working group on medical devices which looks at the possibilities of expanding the database to include medical devices. Once there is a clear idea and direction as well as an idea of potential additional costs the members can decide to expand the database.

Confidentiality of data

The current proposal is to not accept confidential data into the database, based on the input from IHSI members so far. There are a number of reasons for this:

- Users should not be responsible for ensuring no confidential data is shared. The idea of the database is that users can do whatever they want with the data. This may vary per country, but the principle remains the same.
- It allows industry to 'hide' behind confidential data and a lack of transparency on some of the data. Experience teaches us that when data is public industry still provides valuable input. For them it is important that no 'wrong' data is published on their products.

Country specific questions and answers

Sweden

Field	Comment Sweden	Answer
1.1	We strongly suggest that pharmaceutical form is used instead of delivery route. It may be useful to differ between e.g. ordinary tablets, depot tablets and oral solution but they are all po.	Agreed, the unique ID should be give to a combination of substance, indication, pharmaceutical formulation and company name
1.4; 1.5; 2.0; 3.0; 4.0; 5.0; 5.1; 5.2; 6.1; 11.1; 26.1; 27.0; 28.0; 28.1.1	For the database to be of use for us, all entries and instructions must refer to the unique ID and not product. With the help of "global fields" analysis of products may be done. See above.	Partly agree. Each combination of a substance, company, indication and pharmaceutical formulation should have its own unique ID. However, it is too far-fetched to replace every sentence containing 'pharmaceutical product' with 'unique ID'. EMA is not registering unique ID's, it is registering a product. We believe that everyone will use the database will know, that a product is registered for a certain indication and produced by a certain company, but we should keep it readable
1.4; 6.2; 13.6	For us the unique ID doesn't have to be kept track of more than to approval. But there should be no other time frame. Some studies are very long. For other end-point there must be an opening to go on scanning. Products are sold and licensed, more studies are done, etc.	Agreed, as long as archived properly. We would suggest to mark as approved (for each unique ID), but to continue adding data in case of conditional approval.
1.7	There must be references to all information. We agree to the possibility of linking. But the information must also be entered into the database since web-pages may be shut down and/or re-organized.	Agreed, changed text in SoR
1.6	What is an analysis report?	We assume you mean 1.8. We have deleted the entry, it seemed unnecessary.
2.1	Phase I, see above	See above
4.1–4.2;4.5–4.11	See above	See above
4.3	And access to their declaration of interest	Agreed, changed in text
4.9	What is the difference between this point and point 1 under 4.8?	We have removed 1.d, so no more duplication.
4.11	How should this score be created? Subjective or by adding scores from the above points. Which in that case need to have predefined scoring.	This will be dependent on the methodology the Tenderer will propose and the one we will in the end all agree on. The proposal from us is to include some form of scoring mechanism.
5.2	Ok to us. See comment for 1.4	

6.2	Does not work for us. If this applies we can't use the database. Should be deleted. See above	We removed "6 months" from the entry, so should be clear now. This is the same as pointed out with 1.4
7.3	What is "the diagnostic expert group"?	The diagnostic expert group is the same as mentioned in 4.2 as 'pool of medical experts' i.e. the group of experts that is consulted for the High Impact Reports. They should be able to post remarks at the pharmaceutical products in a closed off part of the database.
7.7	A website hasn't been mentioned before. Have no objection to reach the database over the internet.	
8.1	Or any other analysis. Is the meaning of sentence two that the result of the filter and search functionality is a subgroup? Otherwise we don't agree that only a subgroup of the content can be searched.	Changed in text to analyses
8.3; 8.4; 8.7	See above	All datafields should be searchable
9.1	Don't understand. Please explain.	Each country may set rules as to access to the database and agree with the Contractor on this. E.g. one country may provide all access and ask the contractor to reply directly to the organisations, other countries may ask their HS bodies to ask for user access for organisations.
9.3	In which format will dates be written? We write year-month-day. If other way around, exported search result must be able to convert to our format i.e. be understood by Office	Added to text year-month-day
9.5	See "Filter and search" above	
9.6	If database rely on uniqe ID and no limitation to as how long a product will be followed from first approval, this will come automatically	agree
10.2	We favour this approach to collection of phase I data.	See above
11.1	Extract a list of search results at any given time – aggregated in any different way. Whether that is products, indications, companies are irrelevant. Independent of any other relations than stated in the search query.	Agree; changed in text
11.3	And date of search/export of data	Agree; added to text
12.1	Which level of security do we need/want? Preferably higher level of security the more access you have to the database, where the highest level is for	Here we have to study the proposal from the Tenderer and see whether we agree. This will happen at a later stage.

	administration – for those who are allowed to read, write and administer.	
13.3	We agree on the need of standardized formats when applicable. But Snomed can't be used, I'm told, unless you are licensed to use it. This would mean that all joining countries need to be licencees as all future joining countries if we would use Snomed. We must find other standardized classification systems MESH? Other? More than one?	Added to text that Tendered should inform us of any license needs. However we would anticipate that only one such license would be necessary, if not let the Tenderer inform us about the consequences.
13.6	All database information must stay in the database and be searchable (even if new information isn't added to an approved unique ID). Free-standing reports may be archived.	Yes
14	Need to be mentioned that IHSI owns the data. Should we also define who owns the right to develop the database, the right so code, coding language, licensing fees?	This is specifically mentioned in the selection criteria document for the Tender
14.2	Or even later versions. Maybe until they are not serviced any longer? We have very old browser and will never have shining new versions. Also applies to format of exported search results.	Partly Agree; changed into last 2 major versions, or 'in line with market practice'
14.4	Do not fully understand. Exported data must be able to store.	This is the database itself and applies to Contractor only. Added some text in entry.
14.8	Do not fully understand. Please explain. Is it the users IP-addresses that might be whitelisted and identified by the databases external connections?	This is how users get access to database.
18.3–18.4	Including holidays?	Yes
20.1	And how many instances per month or year? Can't have a day's failure every third day. Including holidays?	This is covered under 18.
20.5	How long should the backed version be keep "just in case"?	Look at proposal from Tenderers on this. Decide later if we agree with these measures.
21.2	Don't understand. Please explain.	If there are too many users at once, it should be possible to upgrade to allow for this.
22.7	Don't fully understand. Please explain.	This means that the website for the database does not rely upon other systems as well and therefore may be affected by downtime because something else does not work.
22.8	Is this the same as a kind of back-up?	Yes
22.9	How is adequately defined and by whom? And the physical premises?	Look at proposal from Tenderers on this. Decide later if we agree with these measures.
22.10	For all changes to the database it should be logged: who, what, when. This log should be kept X time and accessible for	Agree; added to list

	steering functions (defined before tender publicized)	
24.4	What is reasonable time of response?	Added 5 working days
24.5	What if we are informed according to this but can't use the new format in our existing applications? Would that be ok?	It would be unfortunate, but it cannot be prevented completely. The contractor should consider a time period of at least three months for technical changes, for participating countries to prepare their systems.
25.1	Favour pharmaceutical form to delivery route. Po use is too broad.	Agree; See above
26.1	If based on unique ID there will not be a main indication. How to know what is/will be main indication (which could be tagged to the unique ID if it can be identified)? Hard to predict.	The aim is to have the possibility to aggregate data for indications, which have the same root. For example, an indication can be specific for a mutation, but is part of a larger indication. For non-small-cell-lung-cancer (NSCLC), it would be nice to have an overview of all products, but they can be specified according to expression / mutation.
26.2	To be able to analyse both as unique ID and product there need be added a few "global" fields like global phase and global dates relating to highest level of clinical development in the EU. FDA statuses are interesting but not absolutely important to us, for the exception of date of authorization. Why not also adding "Breakthrough designation" at the FDA? Estimated time of approval=expected (date of?) market authorisation EU Commission decision=date of market authorisation EU Orphan drug status of HS-finds=Orphan drug status (US or EU or both) Should also contain decision number (EMA and FDA) and procedural code (EMA and commission decision)	Partly agree; we would suggest phase US/EU and where a product is with EMA/FDA. Breakthrough is in list. Others added
26.3	Could be an idea if it shown where the studies are done on a general level. Sometimes all development takes place in the US and it is doubtful whether it will come to Europe. Should include NCT-number or equivalent in the European trials database	Partly agree; we believe this is too detailed for the database. Adding NCT is fine, changed this in text.
26.5-26.7	Based on where and in which system. See also "High impact report" above.	
27.0	Is this requirement for a report or data for the database? If it is for the database, we think it should be added to each unique ID with an expected approval within the set	Report

	timeframe. Aggregation to product can be done by using "global" variables.	
27.1	Is this only examples or planned grouping? Hesitant whether "8) Other" is the most optimal group. Suggest formation of groups are based on some standardized principle. Very hard to devide products into these groups. Possible for the unique ID!	Agree; deleted the entry
28.1	1. Unique ID! It is generally not the product itself that fail but the product used for a specific purpose. Also add what kind of failure (almost 2 and 3). Differences if EMA says there is not enough evidence to if the company stops development for market reasons (i.e. they are no four in line…).	Added other reasons to entry
31–32	There is a lack of details. Don't we have any desired level or structure?	This has to be included in the proposal by the Tenderer

Switzerland

To include the following to the database:

1) Date of submission Swissmedic
2) Expected marketing authorization Swissmedic
3) Date of market aothorisation Swissmedic

Agree: These have all been added to the list of variables.

Denmark

With regards to the definition or use of NAME OF CONTRACTING AUTHORITY / OF THE BOARD OF THE IHSI AISBL / DECISION MAKING BODY. After discussion with Eubelius and Corvers is chosen to use the term: . Because… . this is only highlighted under field 4 in the answers, all other queries related to this are therefore deleted. (OUSTANDING STILL WITH EUBELIUS and CORVERS)

Field	Comment Denmark	Answer
1	ID 1.4+1.5: ID 1.4 specifies, "*The pharmaceuticals should be tracked for at least 2 years after market authorisation*". However, ID 1.5 indicates, "*The HSS is able to publish updated information … until the product is registered in at least one participating country, or if it is withdrawn by the manufacturer, or it receives a negative opinion from EMA*". We consider the two statements contradictory as ID 1.5 possibly prevents the 2-year monitoring of the pharmaceuticals. The differences	Agree; Entry updated. Pharmaceuticals are tracked until full approval by EMA/FDA. After approval, information is not updated anymore. This can be changed later if all countries agree.

	between these two statements are not clear.	
2	2.1: The importance and relevance of Phase I data need to be addressed as many products fail Phase I. We suggest that Analysis 1 is removed, if budget are not sufficient. The response from the Danish Minister for Health also address this concern.	See general answers above.
4	4.1: We question whether it is possible to create a generic High Impact Assessment (HIA) report on a European level considering the national variability. Please see our general comments to the HSS on page 1 for elaboration.	See general answers above.
	4.1+4.3+4.4: Please provide a definition of and ensure consistent use of the term "contracting authority". How is the "contracting authority" different from the "client"?	Agree; need to choose one of them – according to Eubelius and Corvers the option xxx would be best.
	4.2: We agree with the criteria for assessing the impartiality; however, we think it will be difficult to find experts who meet the criteria.	Agree; changed the entry, see general comments.
	4.4: Please provide a definition of and ensure consistent use of the term "users". How are "users" different from "named users"/"authorized users"/"end users"?	See above under 4.1
	4.6-4.10: Differences in treatment traditions, populations, clinical needs, demands etc. is highly likely to exist between countries. The level of analysis from which generic conclusions can be drawn must be reconsidered.	See general answers.
7	ID 7.2-7.3: Please provide a definition of and ensure consistent use of the term "users". How are "users" different from "named users"/"authorized users"/"end users"?	We believe in the tender there is only the use of the word user, which refers to the people using the database. End-users is a term we have used to identify which organisations are most likely to use the data for their own purposes. We will foresee a proposal from the Tenderer with regards to rights to the database and mention roles such as user, and administrator.
	7.7: We suggest changing the "Requirement type" from "Must have" to "Nice to have". The size of the current budget of the HSS may not allow for the coverage of personalized configuration. Further, personalised configuration is not considered a critical function of the HSS.	Agreed, changed entry.
	7.8: Please elaborate on the types of information available for the public (external/not named users) as well as the members of the International	IHSI will have to make a final decision on the level of access to the public, with a distinction possible between high impact reports and the actual database. The idea is that users from member

	Horizon Scanning Initiative (internal/named users).	countries will be able to obtain an account (by means of IP address)
8	8.2: We suggest changing the "Requirement type" from "Could have" to "Should have". The function of storing search models in the HSS is timesaving and allows for an effective workflow.	Agree; changed entry.
	8.3: Please elaborate on the meaning of the statement "Display of search result where information of a drug/indication is described in detail". Further, what does the term "detail" cover? In our opinion, the search should result in full display of all relevant information relevant for the specific pharmaceutical product covering the data fields stated in ID 25-27.	This is to mention that when a search is for a particular product all fields should be visible or one can filter the result. Added unique ID to the entry, instead of indication.
9	9.1: Please elaborate on the term "concept information". Further, which information are available for use in national horizon scanning initiatives?	The Tenderer needs to work out a proposal how to possible incorporate industry data. Besides IHSI needs to decide full stop on the role of industry. Once we have more clarity on this together with the contractor this needs to be decided. If national horizon scanning bodies get higher level of access to the database and if any information is included which is not to be shared yet, this needs to be agreed on. However the preference would be to have no data in there that cannot be shared and then this would be obsolete. Information that is not shared to all users of the database e.g. information that is only shared between medical specialists debating on the therapeutic value of a product.
17	17.1: The number of simultaneous users (1.000) seems like a large number. Does the current budget of the HSS allow for this number of simultaneous users?	The budget should not be related to the number of users. It is expected that a large volume of users may apply for access, e.g. in the Netherlands, hospitals, health insurers, etc. may apply.
18	18.4: This requirement places high demands on the capacity of the HSS and therefore the cost of the system. Does the current budget of the HSS allow for this relatively strict requirement?	We believe this is relatively standard in IT, however we would have to look at the final proposals from the Tenderers and see if we agree with their proposed measures and methodologies.
19	19.3: Please provide a definition of the term "system". What does systems mean in this particular requirement?	
20	20.3: Please provide a definition of "application page". How does the application page differentiate from search result? The launching time requirements are considered quite strict and costly to implement. Adjustments may be needed in relation to the current budget of the HSS.	

22	22.8: Please change the word "recoverd" to "recovered".	Agree
24	24.6: Please change the word "deliverd" to "delivered".	Agree
26	26.5+26.6: The data provided in these data fields are highly relevant, but we consider generic analysis on a European level particularly difficult to complete due to national differences in assessing the therapeutic value, place in therapy and expected price. Please reconsider the ability of the HSS to perform such analysis.	See general answers.

Portugal

Field	Comment Portugal	Answer
4.6	In patient level, is it expected that eligible population could be determined for each country of the IHSI?	Please see general answers on page 1. The answer is no.
25.1	Should be possible identify if the new pharmaceutical is a new indication of a medicine already in the market or a new substance. We think that requirement is met with the field "existing indications". Can you confirm this understanding?	Yes, this is correct.
26.6	Why do not consider an estimated EU price in this field, if available?	Adapted the field to include US and EU price for each variable
27.1	Why these categories?	This was an example, but we are proposing to delete 27.1 and let the contractor come up with a methodology first. Meaning that we can provide input on this at a later stage.

Norway

Field	Comment Norway	Answer
1.2	Comment: We suggest a stronger focus on medical devices in the requirement specification including a targeted plan to upgrade this field over the coming 3 years For example: The inclusion of companion diagnostics will enhance the value of the database for pharmaceuticals depending on such diagnostic tools	See general answers above.
2.1	We see limited value in phase 1 data, as many pharmaceuticals will fail between this stage and potential marketing. In our opinion this should be downgraded to "nice to have" as you purpose in the answer to Sweden, Denmark and Switzerland	See above

2.2	Comment: Include also WHOs International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)	Yes, added to the description
4.1	We are concerned that making of HIA on product-level might increase the costs of the database without giving equivalent value. The criteria for high impact may differ significantly among member states. We suggest that such reports are based on therapeutic areas or indications rather than products.	As described in the IHSI overview report, the HIA are not on a product level, but per therapeutic area (the text in the SOR is slightly adapted to reflect this better). The Tenderer is asked to come up with an appropriate methodology for this, so we can agree or suggest potential changes.
4.4	How will these experts be recruited? And from where?	See 4.1. The Tenderer will be expected to explain this in their methodology.
4.5-4.6	This information can be quite country specific - should we include information that might not be relevant for all members?	See answer to 4.1. The aim would be to keep the data as generalizable as possible. Some of the data is likely to apply to all. E.g. if there is a new formulation from I.V. to oral with the consequence a medicine can be taken at home it will impact the system. This applies to all, however it will be up to the country to interpret this data further.
4.7	Comment: Add «Severity of condition» to the listing above	Yes, added to the description
4.7-4.8	The HIA reports should in our opinion focus on these	Once we have a proposed methodology from the Tenderer we can provide feedback as to what we think is good or needs to be changed. Even once we have selected a Contractor the aim is to keep evolving the database and make changes where necessary. It would be too difficult to determine everything upfront. When evaluating IHSI member can determine where changes are warranted, also for the HIA.
4.11	Not sure if this is useful. In all cases, criteria for scoring needs to be defined in advance	See answers above
9.1	Still not completely clear despite your effort to explain. Can every country decide for itself the level of access given to national HS initiatives?	Yes that would be the aim, however countries will have one main member, others will become affiliated members. This means that for example if the Norwegian Ministry is the Member they will have to organise the access to the database for the affiliate members, but they can decide who these organisations are.
13.4	What kind of data in the databased will be based on opinion?	The assessment from experts on the impact of products, or information on price, which could for example be an opinion of an investor group or so. As long as this is referenced properly it should not be a problem. All medical data should be factual though and referenced to the respective trials.
26.4-26.6		See answer 4.5-4.6