

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2008

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	13
2	Lagförslag.....	15
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	15
2.2	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	16
3	Utgiftsområde Hälsovård, sjukvård och social omsorg	17
3.1	Omfattning.....	17
3.2	Utgiftsutveckling	17
3.3	Skatteutgifter.....	18
4	Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	19
4.1	Omfattning.....	19
4.2	Utgiftsutveckling	21
4.3	Skatteutgifter.....	22
4.4	Mål	22
4.5	Resultatredovisning verksamhetsområde Hälso- och sjukvård	23
4.5.1	Indikatorer och tidigare mål.....	23
4.5.2	Resultat	23
4.5.3	Analys och slutsatser	28
4.6	Resultatredovisning verksamhetsområde Tandvård	30
4.6.1	Indikatorer och tidigare mål.....	30
4.6.2	Resultat	31
4.6.3	Analys och slutsatser	34
4.7	Revisionens iakttagelser.....	34
4.8	Politikens inriktning	35
4.9	Budgetförslag	40
4.9.1	13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	40
4.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	40
4.9.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	41
4.9.4	13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	42
4.9.5	13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	43
4.9.6	13:6 Socialstyrelsen	44
4.9.7	13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	45
4.9.8	13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	46
4.9.9	13:9 Bidrag till psykiatri.....	47

4.10	Övrig verksamhet	48
4.10.1	Läkemedelsverket	48
4.10.2	Apoteket AB	49
5	Politikområde Folkhälsa	51
5.1	Omfattning	51
5.2	Utgiftsutveckling.....	52
5.3	Mål.....	52
5.4	Resultatredovisning.....	52
5.4.1	Folkhälsans utveckling.....	52
5.4.2	Alkohol.....	54
5.4.3	Narkotika	57
5.4.4	Tobak.....	58
5.4.5	Smittskydd och hälsoskydd	59
5.4.6	Spelberoende.....	62
5.5	Revisionens iakttagelser	63
5.6	Politikens inriktning.....	63
5.6.1	Alkohol, narkotika och tobak.....	64
5.6.2	Smittskydd	65
5.6.3	Spelberoende.....	66
5.7	Budgetförslag	66
5.7.1	14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	66
5.7.2	14:2 Bidrag till WHO.....	67
5.7.3	14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	67
5.7.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	68
5.7.5	14:5 Smittskyddsinstitutet	69
5.7.6	14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	70
5.7.7	14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	71
5.7.8	14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	71
5.7.9	14:9 Insatser för vaccinberedskap.....	72
5.8	Övrig verksamhet	73
5.8.1	Systembolaget	73
6	Politikområde Barnpolitik.....	75
6.1	Omfattning	75
6.2	Utgiftsutveckling.....	75
6.3	Mål.....	76
6.4	Resultatredovisning.....	76
6.4.1	Indikatorer	76
6.4.2	Resultat.....	76
6.4.3	Analys och slutsatser	78
6.5	Revisionens iakttagelser	79
6.6	Politikens inriktning.....	79
6.7	Budgetförslag	80
6.7.1	15:1 Barnombudsmannen.....	80
6.7.2	15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	81
6.7.3	15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	81
7	Politikområde Handikappolitik	83
7.1	Omfattning	83
7.2	Utgiftsutveckling.....	83

7.3	Mål	84
7.4	Resultatredovisning	84
7.4.1	Indikatorer.....	84
7.4.2	Resultat	85
7.4.3	6.4.3 Analys och slutsatser	98
7.5	Revisionens iakttagelser.....	99
7.6	Politikens inriktning	100
7.7	Budgetförslag	104
7.7.1	16:1 Personligt ombud.....	104
7.7.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	105
7.7.3	16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	106
7.7.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	107
7.7.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	109
7.7.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	110
7.7.7	16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	110
7.7.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	111
7.7.9	16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	112
8	Politikområde Äldrepolitik.....	115
8.1	Omfattning.....	115
8.2	Utgiftsutveckling	115
8.3	Mål	116
8.4	Resultatredovisning	116
8.4.1	Resultat	116
8.4.2	Analys och slutsatser	122
8.5	Politikens inriktning	124
8.6	Förslag till författningsändringar.....	127
8.6.1	Ändring i hälso- och sjukvårdslagen.....	127
8.7	Budgetförslag	128
8.7.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	128
9	Politikområde Socialtjänstpolitik	131
9.1	Omfattning.....	131
9.2	Utgiftsutveckling	131
9.3	Mål	132
9.3.1	Mål och villkor	132
9.4	Resultatredovisning	132
9.4.1	Resultat	132
9.5	Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbruksvård.....	139
9.6	Analys och slutsatser	140
9.7	Politikens inriktning	142
9.8	Revisionens iakttagelser.....	145
9.9	Förslag till författningsändringar.....	145
9.9.1	Ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	145
9.10	Budgetförslag	148
9.10.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	148
9.10.2	18:2 Statens institutionsstyrelse.....	150
9.10.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	151

10	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning	153
10.1	Budgetförslag	153
10.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	153
10.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	154

Tabellförteckning

Anslagsbelopp.....	14
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet.....	17
3.2 Härledning av ramnivån 2008–2010. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	18
3.3 Ramnivå 2006 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	18
3.4 Skatteutgifter	18
4.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, inkl moms. Andel av BNP, exklusive respektive inklusive kommunernas äldresjukvård, 2002–2006.....	19
4.2 Detaljredovisning av hälso- och sjukvårdens kostnader, 2006	20
4.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	21
4.4 Skatteutgifter inom politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik, netto	22
4.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2002–2006 (inkl moms)	28
4.6 Tandvårdens kostnader, 2000–2005.....	33
4.7 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.....	40
4.8 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.....	40
4.9 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	40
4.10 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	41
4.11 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	41
4.12 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	42
4.13 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	42
4.14 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	43
4.15 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	43
4.16 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	44
4.17 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen.....	44
4.18 Offentligrättslig verksamhet	44
4.19 Uppdragsverksamhet	45
4.20 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:6 Socialstyrelsen	45
4.21 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	45
4.22 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	46
4.23 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	46
4.24 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	47
4.25 Anslagsutveckling 13:9 Bidrag till psykiatri	47
4.26 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:9 Bidrag till psykiatri	48
4.27 Offentligrättslig verksamhet	49

4.28	Ekonomisk översikt för Apoteket AB	50
5.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	52
5.2	Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	66
5.3	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	67
5.4	Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO	67
5.5	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:2 Bidrag till WHO	67
5.6	Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	67
5.7	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	68
5.8	Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut	68
5.9	Offentligrättslig verksamhet	68
5.10	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut	69
5.11	Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet	69
5.12	Uppdragsverksamhet	69
5.13	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:5 Smittskyddsinstitutet	70
5.14	Anslagsutveckling 14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	70
5.15	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	70
5.16	Anslagsutveckling 14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	71
5.17	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	71
5.18	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	71
5.19	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	72
5.20	Anslagsutveckling 14:9 Insatser för vaccinberedskap.....	72
5.21	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	72
5.22	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:9 Insatser för vaccinberedskap.....	73
5.23	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren.....	74
5.24	Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och målpuppfyllelse	74
6.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	75
6.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen	80
6.3	Uppdragsverksamhet	80
6.4	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 15:1 Barnombudsmannen	81
6.5	Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	81
6.6	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	81
6.7	Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	81
6.8	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	82
7.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	84
7.2	Fördelning av ärenden under 2004—2006 per lag och totalt	88
7.3	Kostnader för kommunala insatser enligt SoL och LSS, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt antal kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män	90
7.4	Antal kommunala LSS-insatser fördelade per insats	91

7.5	Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt	93
7.6	Utveckling av personliga ombud (PO)	94
7.7	Antal som har bilstöd i december månad, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper.....	95
7.8	Antal elever med särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer.....	97
7.9	Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer.....	97
7.10	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	104
7.11	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:1 Personligt ombud.....	104
7.12	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	105
7.13	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	106
7.14	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	106
7.15	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	106
7.16	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:4 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	107
7.17	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	107
7.18	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	108
7.19	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	109
7.20	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	109
7.21	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	110
7.22	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	110
7.23	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder.....	110
7.24	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	111
7.25	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	111
7.26	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	112
7.27	Anslagsutveckling 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	112
7.28	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	113
8.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	115
8.2	Antal och andel av befolkningen, 65 år och äldre, som den 1 oktober fick insatser från hemtjänst eller i särskilt boende.....	116
8.3	Anslagsutveckling 17:3 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken...	128
8.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	128
8.5	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	129
9.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	131
9.2	Biståndshushåll fördelade efter hushållets sammansättning 2006.....	133
9.3	Antalet barn och unga (0–20 år) med insatser den 1 november 2001 och 2006	135
9.4	Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2001 och 2006	137

9.5	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	148
9.6	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 18:1 Bidrag till socialt arbete m.m.	149
9.7	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse	150
9.8	Offentligrättslig verksamhet	150
9.9	Uppdragsverksamhet	150
9.10	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	150
9.11	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	151
9.12	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	151
9.13	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	151
10.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	153
10.2	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	153
10.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	154
10.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	154
10.5	Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	155

Diagramförteckning

4.1	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2006, procentuellt fördelade på verksamhetsområde.....	20
4.2	Landstingens inkomster år 2006, exklusive försäljning till landsting, procentuellt fördelade efter inkomstslag	21
4.3	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991–2006 (exklusive moms)	28
5.1	Medellivslängd 1983–2006	53
5.2	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen 2000–2006, per invånare 15 år och äldre.....	55
5.3	Alkoholkonsumtionen 1995, 1996, 1998 och 2000–2006: totalt och per alkoholdryck, registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion	56
5.4	Antal alkoholrelaterade dödsfall 1993–2004.....	56
5.5	Andel elever i årskurs 9 samt andel mänstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2006	57
5.6	Andelen dagligrökare fördelat på kön och ålder 1992–2005.....	58
5.7	Antal fall av hivinfektion som anmälts 1997–2006.....	60
5.8	Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 1997–2006.....	60
5.9	Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2000–2006	61
7.1	Kostnader för och antal beviljade bilstöd under perioden 1996–2006.....	96
9.1	Ekonomiskt bistånd. Antal biståndsmottagare och utbetalningar (2006 års priser)	133
9.2	Döda 1994–2004 med alkoholrelaterad diagnos.....	136
9.3	Döda 1994–2004 med narkotikarelaterad diagnos	136

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (avsnitt 2.1 och 8.6.1),
2. antar regeringens förslag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) (avsnitt 2.2 och 9.9.1),
3. godkänner det mål för politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik som regeringen föreslår och upphäver nuvarande mål för politikområdet (avsnitt 4.4),
4. godkänner vad regeringen föreslår om det nationella rådet för vårdpolitik (avsnitt 4.5.2),
5. godkänner det mål för politikområdet Äldrepolitik som regeringen föreslår (avsnitt 8.3),
6. bemyndigar regeringen att under 2008 för ramanslaget 14:9 *Insatser för vaccinerberedskap* besluta om ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 672 000 000 kronor efter 2008 (avsnitt 5.7.9),
7. bemyndigar regeringen att under 2008 för ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 83 000 000 kronor under 2009 (avsnitt 7.7.3),
8. bemyndigar regeringen att under 2008 för ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 530 000 000 kronor efter 2008 (avsnitt 8.7.1.),
9. bemyndigar regeringen att under 2008 för ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 500 000 kronor efter 2008 (avsnitt 9.10.2),
10. bemyndigar regeringen att under 2008 för ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 646 000 000 kronor efter 2008 (avsnitt 10.1.2),
11. för budgetåret 2008 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	Ramanslag	5 328 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	Ramanslag	21 000 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	Ramanslag	360 505
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	Ramanslag	41 001
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	Ramanslag	29 329
13:6 Socialstyrelsen	Ramanslag	549 288
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	Ramanslag	59 053
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	Ramanslag	395 159
13:9 Bidrag till psykiatri	Ramanslag	500 000
14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	Ramanslag	145 607
14:2 Bidrag till WHO	Ramanslag	34 665
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	Ramanslag	18 581
14:4 Statens folkhälsoinstitut	Ramanslag	130 194
14:5 Smittskyddsinstitutet	Ramanslag	186 332
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	Ramanslag	217 153
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	Ramanslag	258 257
14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	Ramanslag	213
14:10 Insatser för vaccinberedskap	Ramanslag	300 000
15:1 Barnombudsmannen	Ramanslag	17 318
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	Ramanslag	11 549
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	Ramanslag	8 961
16:1 Personligt ombud	Ramanslag	109 460
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	Ramanslag	250 350
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	Ramanslag	178 783
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	Ramanslag	130 205
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	Ramanslag	183 660
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	Ramanslag	23 659
16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	Ramanslag	235 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	Ramanslag	16 208 000
16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	Ramanslag	19 260
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	Ramanslag	2 388 137
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	Ramanslag	258 481
18:2 Statens institutionsstyrelse	Ramanslag	779 842
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	Ramanslag	33 000
26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	Ramanslag	23 880
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	Ramanslag	342 007
Summa		50 754 889

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 19 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

19 §²

Om en överlåtelse har skett enligt 18 § tredje stycket får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i överlåtelsen får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2008.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 1992:567.

2.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas en ny paragraf, 4 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

1 a §

Följande inkomster ska inte beaktas vid bedömningen av rätten till bistånd enligt 1 §.

1. hemmavarande barns inkomster av eget arbete,

2. hemmavarande skolungdomars inkomster av eget arbete, om skolungdomarna är under 21 år.

Till skolgång räknas studier i grundskolan eller gymnasieskolan eller annan jämförlig grundutbildning.

Inkomster som avses i första stycket får dock beaktas vid tillämpning av 1 § till den del de överstiger ett halvt prisbasbelopp per kalenderår enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2008.
 2. Bestämmelsen gäller endast inkomster som intjänats efter den 1 januari 2008.

3 Utgiftsområde Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

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

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
Politikområde Barnpolitik	38	36	36	38	39	39
Politikområde Folkhälsa	886	963	1 174	1 291	1 289	1 398
Politikområde Forskningspolitik	314	342	344	366	379	394
Politikområde Handikappolitik	13 962	15 552	15 570	17 338	19 178	20 966
Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	25 036	26 619	26 657	28 262	30 227	29 807
Politikområde Socialtjänstpolitik	1 172	1 420	1 341	1 071	961	982
Politikområde Äldrepolitik	754	2 117	1 696	2 388	2 088	1 888
Totalt för utgiftsområde 9	42 162	47 049²	46 818	50 755	54 160	55 474

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition, (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Utfall för 2005 samt budget och prognos för 2007 har minskats med anslag 10:8 Handikappombudsmannen som i enlighet med riksdagens beslut (bet. SOU 2006:22, rskr. 2006/07:59) fr.o.m. 2008 ingår i Utgiftsområde 13 Arbetsmarknad.

**Tabell 3.2 Härlledning av ramnivån 2008–2010.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	46 893	46 893	46 893
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	18	80	151
Beslut	2 982	2 645	2 996
Övriga makroekonomiska förutsättningar	626	1 519	2 345
Volym	289	3 041	3 108
Överföring till/från andra utgiftsområden	-54	-19	-19
Övrigt			
Ny ramnivå	50 755	54 160	55 474

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2006 realekonomiskt fördelade.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2008
Transfereringar ¹	48 639
Verksamhetsutgifter ²	1 943
Investeringar ³	173
Summa ramnivå	50 755

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2006 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom UO 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteavvikelser. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad och som en skattesanktion om det rör sig om ett "överuttag" av skatt.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa avvikelser påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2007 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteavvikelser med politikområdesanknytning som är att hänföra till UO 9.

Tabell 3.4 Skatteutgifter

Miljoner kronor

	Prognos 2007	Prognos 2008
Politikområde Hälso- och sjukvård	2 580	2 830
Totalt för utgiftsområde 9	2 580	2 830

De enskilda skatteavvikelserna inom politikområdet 13 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas närmare i kapitel 4, avsnitt 4.3, där även en förklaring av respektive skatteutgift ges.

4 Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik

4.1 Omfattning

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

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

Hälso- och sjukvårdens kostnader uppgick 2006 preliminärt till 238,6 miljarder kronor, inklusive moms. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med 7 procent jämfört med 2005. I beloppet 238,6 miljarder kronor (motsvarande 8,4 procent av BNP) ingår inte kostnader för kommunernas hälso- och sjukvård för äldre. Kostnaderna för den verksamheten har beräknats till cirka 0,7 procent av BNP. Hälso- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2006 därmed preliminärt till 9,1 procent. Denna andel har legat på ungefär samma nivå sedan 2002.

Tabell 4.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, inkl moms. Andel av BNP, exklusive respektive inklusive kommunernas äldresjukvård, 2002–2006

Miljarder kronor

	2002	2003	2004	2005 ¹	2006 ¹
<i>Inklusive moms</i>					
Hälso- och sjukvårdskostnader	199,1	209,9	214,1	223,1	238,6
Andel av BNP, procent	8,4	8,5	8,3	8,4	8,4
Andel av BNP, procent inkl. kommunal äldrevård	9,1	9,2	9,0	9,1	9,1

¹ Preliminära uppgifter
Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Patienternas kostnader för hälso- och sjukvård i form av patientavgifter, läkemedel (egenavgifter avseende receptbelagda läkemedel samt hela kostnaden för receptfria, ej förskrivna läkemedel) m.m. uppgick under 2006 preliminärt till 35,6 miljarder kronor. Läkemedel kostade hushållen 9,3 miljarder kronor medan kostnaderna avseende tandvård samt patientavgifter avseende hälso- och sjukvård uppgick till 20 miljarder kronor. Patienternas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna uppgick därmed till cirka 15 procent.

De offentliga konsumtionsutgifterna, dvs. kostnader för att bedriva den offentliga hälso- och sjukvården reducerat med intäkter från patientavgifter såväl som övriga intäkter, uppgick preliminärt till 192,2 miljarder kronor år 2006. Av detta utgjorde kostnader för läkemedelsförmånerna och inkontinensartiklar 19,8 miljarder kronor. Ersättningar till privatpraktiserande läkare, tandläkare och andra privata vårdgivare uppgick till 1,8 miljarder kronor, en ökning med knappt 5 procent jämfört med föregående år, vilket är en relativt liten förändring. Ersättningen är en rörlig konsumtionsutgift och tidigare år har

förändringen kunnat röra sig om ett eller flera tiotal procent i positiv eller negativ riktning.

Investeringar, privata och offentliga, uppgick preliminärt under 2006 till 10,8 miljarder kronor, vilket motsvarar 4,5 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Denna andel har legat på ungefär samma nivå sedan 2001 då den sjönk något jämfört med åren innan.

Tabell 4.2 Detaljredovisning av hälso- och sjukvårdens kostnader, 2006

Miljarder kronor

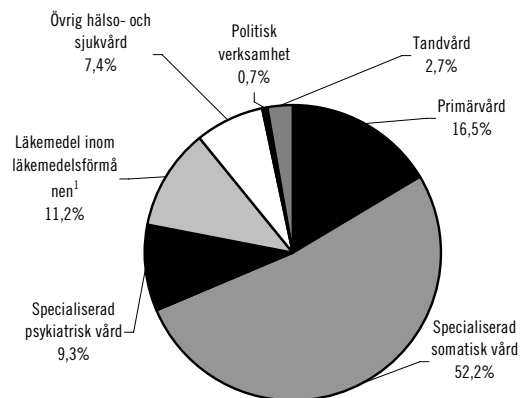
	2006 ¹
Hushållens konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård	35,6
<i>Varav</i>	
Läkemedel	9,3
Övriga sjukvårdsartiklar	0,3
Glasögon m.m.	6,0
Patientavgifter	20,0
Offentliga konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård	192,2
<i>Varav</i>	
Läkemedelsförmånerna och inkontinensartiklar	19,8
Privatpraktiserande läkare och tandläkare	1,8
Vårdavtal med privata vårdgivare	19,9
Övrigt	150,6
Investeringar	10,8
<i>Varav</i>	
Näringslivet	2,7
Offentliga	8,1
Summa kostnader	238,6

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, uppgick under 2006 till 173,5 miljarder kronor exklusive moms. Kostnaderna fördelades på landstingens verksamhetsområden enligt diagram 4.1.

Diagram 4.1 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2006, procentuellt fördelade på verksamhetsområde



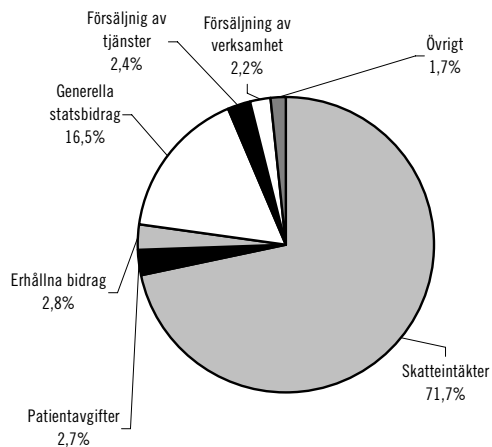
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

¹ Läkemedelsbidraget redovisas fr.o.m. 2005 inte i verksamheten utan som generellt statsbidrag.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde 61 procent av huvudmännens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till 17 procent.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 72 procent 2006. Landstingens verksamhet finansieras således till stor del via skatteintäkter. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 4.2 avser landstingens totala verksamhet där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgör cirka 93 procent av landstingens nettokostnader.

Diagram 4.2 Landstingens inkomster år 2006, exklusive försäljning till landsting, procentuellt fördelade efter inkomstslag



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	3 031,5	3 233,0	3 250,0	5 328,0	7 098,8	6 248,8
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	20 550,0	21 367,0	21 367,0	21 000,0	21 400,0	21 800,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	250,6	399,1	381,4	360,5	360,5	360,5
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	39,3	40,7	41,2	41,0	41,9	43,0
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	28,0	29,1	28,6	29,3	30,0	30,8
13:6 Socialstyrelsen	534,6	538,0	562,6	549,3	562,7	574,7
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	46,4	53,6	50,6	59,1	60,4	62,0
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	385,2	458,0	465,8	395,2	423,1	437,6
13:9 Bidrag till psykiatri		500,0	468,0	500,0	250,0	250,0
2006 09 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	170,1	-	40,5	-	-	-
2005 09 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.	0,5	-	0,5	-	-	-
2001 09 13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall		-	1,1	-	-	-
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	25 036,4	26 618,5	26 657,0	28 262,3	30 227,4	29 807,4

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

4.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. Avvikelse från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad i förhållande till en likformig beskattning och som en skattesanktion om det rör sig om ett "överuttag" av skatt. Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av redovisningen av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2007 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna med politikområdesanknytning som är att hänföra till politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik.

Tabell 4.4 Skatteutgifter inom politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik, netto¹

Milljoner kronor

	Prognos 2006	Prognos 2007
Läkemedel	2 330	2 580
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	2 330	2 580

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

Läkemedel

För läkemedel som utlämnas enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt. (Vid försäljning av icke receptbelagda läkemedel utgår dock mervärdesskatt.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

Förmån av privat hälso- och sjukvård

Om arbetsgivaren bekostar offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige är detta en skattepliktig förmån. Om arbetsgivaren däremot bekostar privat hälso- och sjukvård för en anställd är detta en skattefri förmån. Detsamma gäller för hälso- och sjukvård utomlands. Arbetsgivaren

har å andra sidan ingen avdragsrätt för kostnaden. Det finns inget som hindrar att arbetsgivaren efter överenskommelse gör ett bruttolöneavdrag för den anställde för att kompensera sig för kostnaden. Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

4.4 Mål

Regeringens förslag: För närvarande är målet för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik att *Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras*. Detta mål ska upphävas.

Regeringen föreslår att följande mål ska gälla för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik: *Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet*.

Arbetet inom politikområdet ska särskilt inriktas på att

- säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare
- säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad
- säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande
- skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt
- tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen anser att nuvarande mål för politikområde 13 Hälso- och sjukvårdspolitik inte tillräckligt tydligt beaktar patientperspektivet och förutsättningarna för att göra egna val. Ett nytt mål föreslås därför.

Genom att använda begreppet befolkningen anges att allt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården ska ske för en tydlig målgrupp, där även de som ännu inte är patienter inkluderas.

Den enskildes möjlighet till ett aktivt och fritt vårdval bland en mångfald av vårdaktörer indikeras genom formuleringen att vården erbjuds till befolkningen. I detta ingår också vikten av att erbjuda nya och lättillgängliga verktyg för en ak-

tiv vårdkonsument, där information om väntetider, öppna kvalitetsjämförelser och annan vital information presenteras målgruppsanpassat.

Att vården är behovsanpassad understryks av att det är befolkningens/patienternas individuella behov som vården ska möta. I detta begrepp ligger också en god tillgänglighet, eftersom vården knappast kan anses möta individens behov om tillgängligheten är dålig.

För att målen om en tillgänglig och behovsanpassad hälso- och sjukvård ska kunna uppfyllas krävs att kvinnors och mäns skilda behov och villkor särskilt uppmärksammas. En kunskapsbaserad vård innebär att fortlöpande följa upp och analysera exempelvis bemötande och tillgänglighet för att säkerställa att en likvärdig vård kan erbjudas alla utifrån individuella förutsättningar och behov.

Begreppet effektivt anger nödvändigheten av att fortlöpande utvärdera och förnya arbetssätt och processer inom hälso- och sjukvården, inklusive en god informationsförsörjning.

Vikten av systematisk förbättring av vård och behandling genom ett tydligt fokus på forskning och en effektiv kunskapsspridning markeras av formuleringen att vården ska vara av god kvalitet. En ökad kunskapsbas om jämställdhetsproblematiken inom hälso- och sjukvården är särskilt angelägen i detta arbete.

4.5 Resultatredovisning verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

4.5.1 Indikatorer och tidigare mål

Målet för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik 2007 är att vårdens tillgänglighet och kvalitet ska förbättras. För verksamhetsområde Hälso- och sjukvård finns följande mål för 2007:

- Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet, det vill säga vara säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, evidensbaserad och ändamålsenlig samt ges inom rimlig tid. Dessa delar av hälso- och sjukvården ska redovisas på ett öppet och jämförbart sätt.
- Medlen inom läkemedelsförmånerna ska användas på ett ändamålsenligt och kostnads-effektivt sätt.

4.5.2 Resultat

Kvalitetsutveckling

För att kunna utvärdera om befolkningen får god vård när de behöver den behövs indikatorer som speglar flera dimensioner av hälso- och sjukvården. Det som enligt Socialstyrelsen kännetecknar god vård är att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. Dessa dimensioner, som under 2007 också är formulerade som mål på verksamhetsområdesnivå, används numera i allt högre grad som utgångspunkt för uppföljning, analys och ersättning inom hälso- och sjukvården.

I ett internationellt perspektiv presterar den svenska hälso- och sjukvården väl på ett flertal områden. Enligt Socialstyrelsen (Hälso- och sjukvårdsrapport 2005) fick Sveriges hälso- och sjukvård ett flertal positiva omdömen i en granskning som OECD har genomfört, Towards High-Performing Health Systems. Den svenska befolkningens hälsotillstånd, hälso- och sjukvårdens kvalitet och valfriheten inom vården får positiva omdömen. Även de svenska kvalitetsregistren och registrens bidrag till att sprida kunskap om evidensbaserad vård och till att förbättra medicinsk praxis lovordas av OECD. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet beskrivs som flexibelt och innovativt. Trots dessa goda omdömen finns det, enligt regeringen, områden där den svenska hälso- och sjukvården kan bli bättre, exempelvis när det gäller tillgängligheten till primärvård och psykiatri, olikheterna i vård mellan och inom landstingen, kvaliteten inom psykiatri, samt tillgången till medicinsk rehabilitering.

Trots brister i nationella data och definitioner som inte är enhetliga för primärvårdens verksamhet valde Socialstyrelsen att i lägesrapporten för hälso- och sjukvård 2006 fokusera på utvecklingen inom primärvården. Rapporten visar att primärvårdens struktur och organisation varierar stort mellan landstingen liksom huvudmännens principer för verksamheternas ersättning och förväntningar på måluppfyllelse för god vård. I rapporten har några områden varit föremål för djupare analys och diskussion – det sjukdomsförebyggande arbetet, vård vid psykisk ohälsa, behandling av infektioner och kronisk sjukdom, med särskilt fokus på diabetes, samt vård av äldre.

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport för 2006 inom hälso- och sjukvård rapporterar allt fler landsting att det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården är ett prioriterat område. Förstärkta insatser avseende evidensbaserade sjukdomsförebyggande metoder såsom rökavvänjning och ordination av fysisk aktivitet på recept anses enligt landstingen vara angelägna. Enligt rapporten är primärvårdens möjligheter att erbjuda en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård vid psykisk ohälsa otillräckliga. Det gäller enligt landstingen framför allt tillgången till samtalsbehandling med kognitiv inriktning. Kvaliteten på antibiotikabehandling av vissa infektioner har förbättrats under senare år. Förskrivningen av vissa typer av antibiotika är dock generellt fortfarande för hög och har heller inte minskat. Översiktliga analyser av läkemedelsanvändningen tyder på att tillstånd såsom astma, hjärt-kärlsjukdom och diabetes behandlas enligt befintliga läkemedelsrekommendationer, men att det finns variationer mellan landstingen.

Enligt nyss nämnda rapport har äldres användning av läkemedel ökat och blivit alltmer komplex och visar på kvalitetsbrister. Bristerna är särskilt påtagliga hos de mest sköra äldre – de med demenssjukdom och/eller multisjuklighet. Patientsäkerhetsfrågorna inom primärvården har möjligen varit något mindre i fokus jämfört med den slutna vården, enligt Socialstyrelsens rapport. Befolkningens förtroende för primärvården har förbättrats något, liksom tillgängligheten. Mycket av det utvecklingsarbete som pågår inom primärvården syftar till att skapa en mer patientfokuserad vård.

Det finns betydande regionala skillnader inom flera av de områden som studerats. Regionala skillnader kan vara medicinskt motiverade, men kan även bero på skillnader i kunskap och attityder hos vårdgivarna.

De analyser som gjorts inom utvalda områden i lägesrapporten ger upphov till frågor kring vårdens effektivitet. Inom några områden pekar data på tillfredställande effektivitet när det gäller behandling. Inom andra områden finns frågetecken. Ett rimligt antagande, enligt lägesrapporten, är att ökad användning av kunskapsbaserade metoder i det förebyggande arbetet och vid psykisk ohälsa skulle kunna minska insjuknandet i kroniska sjukdomar. Både när det gäller omhändertagandet vid psykisk ohälsa och multibehandling av äldre kan orsakerna till problemen

ofta härledas till brister i samverkan mellan olika huvudmän eller organisatoriska enheter.

Syftet med de så kallade Dagmaröverenskommelserna är att genom riktade satsningar, i samförstånd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, stimulera olika former av utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. Inriktningen för Dagmaröverenskommelsen 2007 var att arbeta och prioritera utifrån en mer långsiktig nationell strategi för god vård.

En nationell IT-strategi för vård och omsorg har tagits fram genom ett omfattande samarbete mellan sektorns nyckelaktörer. Uppföljningen av strategin har intensifierats och breddats till nya områden under 2007. Den lägesrapport av genomförda insatser som regeringen presenterade i mars 2007 visar att betydande framsteg har gjorts i den gemensamma strävan att förverkliga IT-strategins mål om en effektiv och säker elektronisk informationshantering. Satsningar på nya IT-stöd betraktas i dag allt oftare som en investering för att utveckla och förbättra verksamheten, inte enbart som en teknikinvestering. Under det år som gått sedan strategin presenterades har en politisk och ekonomisk kraftsamling skett från många av sektorns aktörer. Uppslutningen kring strategin har varit stark, och det råder en bred enighet kring områdets betydelse. Stora delar av arbetet har därför kunnat bedrivas snabbare än förväntat.

Tillgänglighet

Brister när det gäller tillgängligheten får både medicinska och ekonomiska konsekvenser, enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2006. Målsättningen för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem är att minimera dessa konsekvenser genom att organisera vården så att olika vårdbehov tas om hand på rätt vårdnivå och genom att de som har störst behov tas om hand först.

Enligt databasen Väntetider i vården har tillgängligheten förbättrats vad gäller andelen patienter som får komma till primärvårdsläkare inom sju dagar. Enligt mätningen i oktober 2006 låg genomsnittet för riket på 87 procent jämfört med mätningen i oktober 2004 då riksgenomsnittet låg på 81 procent. Andelen patienter som får vård i tid varierar mellan landstingen med 78 procent som lägsta och 97 procent som högsta nivå. I genomsnitt är det alltså lite mer än var tionde patient som inte fått en tid hos läkaren inom föreskriven tid. Hallands läns landsting hade i mätningen den bästa tillgängligheten.

Dalarna och Västerbotten, som uppvisade de lägsta siffrorna, hade förbättrat sin tillgänglighet med några procentenheter.

Den 1 juli 2007 avskaffades åldersgränsen för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som får ersättning enligt den s.k. nationella taxan. Ett avskaffande av åldersgränsen bidrar till en ökad mångfald inom hälso- och sjukvården, vilket i sin tur kan stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättra tillgängligheten och öka valfriheten för medborgarna. Ett borttagande av åldersgränsen kan vidare öka kontinuiteten mellan vårdgivaren och patienten, genom att patienten inte behöver bryta en långvarig läkar- eller sjukgymnastkontakt.

Ett ytterligare led i regeringens tillgänglighets-satsning är att stödja landstingens utveckling av en nationellt kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning via Internet och telefon. Webbtjänsten Sjukvårdsrådgivningen.se byggs med stöd ur Dagmaröverenskommelsen under åren 2007–2008 ut till en komplett vårdwebbplats som ger enkel tillgång till allmän, regional och personlig information om vård och hälsa. Under 2007 har ytterligare två landsting anslutit sig till telefon-tjänsten Sjukvårdsrådgivningen 1177, vilket innebär att hälften av Sveriges befolkning nu kan få råd om vård och hälsa via det nationella kortnumret 1177.

Regeringen har vidare under sommaren 2007 tillfört medel för utvecklingen av en virtuell ungdomsmottagning, som bl.a. syftar till att förbättra unga kvinnors och unga mäns hälsosituation genom att erbjuda pålitlig och lättillgänglig information.

I de flesta landsting upplever befolkningen, enligt Vårdbarometern, att det blivit lättare att komma fram på telefon – en positiv trend som tyder på att satsningarna har gett resultat.

Nationell vårdgaranti

Den nationella vårdgarantin innebär att primärvården ska erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras ska väntetiden vara högst sju dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården ska erbjudas sådant besök inom 90 dagar.

Vidare innebär vårdgarantin att landstingen ska erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Den nuvarande vårdgarantin gäller från och med den

1 november 2005 och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

För att täcka de ökade kostnaderna för införande av vårdgarantin tillförs landstingen 500 miljoner kronor per år. För 2007 fick landstingen 250 miljoner kronor extra, dvs. totalt 750 miljoner kronor för genomförandet av vårdgarantin.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp införandet av den nationella vårdgarantin och den fortsatta satsningen på förbättrad tillgänglighet. En slutredovisning lämnas senast den 31 januari 2008.

En delredovisning från Socialstyrelsen 2006 tyder på en minskning både av det totala antalet patienter som väntar på en behandling och på antalet patienter som har väntat längre än 90 dagar. Variationerna är dock stora, både mellan landstingen och mellan olika specialitetsområden. Problem finns framför allt inom ortopedin och ögonsjukvården.

Ett problem är samtidigt att inrapporteringsfrekvensen till databasen Väntetider i vården fortfarande är låg i flera landsting. Landstingen förband sig redan 2001 i samband med den s.k. tillgänglighetsöverenskommelsen att inrapporteringen av faktiska väntetider till databasen skulle vara 100 procent vid utgången av 2004.

Den bristande inrapporteringsfrekvensen beror till viss del på tekniska svårigheter, men också på ointresse för frågan i vissa landsting. Ett annat problem är att många besöks- och behandlingsområden inte omfattas av databasen. Det är angeläget att väntetidsdatabasen också omfattar områden som inte karaktäriseras av operativa ingrepp, t.ex. habilitering/rehabilitering och psykiatri. För att skapa bättre förutsättningar för en snabbare och mer effektiv inrapportering gav regeringen genom Dagmaröverenskommelsen 2007 stöd till en ny teknisk plattform för databasen Väntetider i Vården. Detta teknikskifte väntas underlätta det fortsatta arbetet och avsevärt öka landstingens inrapporteringsfrekvens.

SKL har också följt upp vårdgarantin. I den rapport som presenterades i januari 2007 och som omfattar 23 behandlingar och åtta specialitetsområden, konstateras att det totala antalet som väntat längre än 90 dagar på behandling har minskat. Fortfarande uppfylls emellertid inte vårdgarantin för en av fyra patienter. Cirka hälften av landstingen rapporterar att de inom vissa specialiteter endast har enstaka patienter eller

inga alls som väntat mer än 90 dagar. Ytterligare några landsting har påtagligt förbättrat tillgängligheten inom tidigare kända problemområden. Framför allt gäller detta operationer av grå starr men utvecklingen är även väsentligt mycket bättre när det gäller höftledsoperationer. Variationerna mellan landsting och mellan specialitetsområden är dock fortfarande stora.

I enlighet med den överenskommelse om en nationell vårdgaranti som träffades mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet (nu SKL) 1995 bedriver landstingen, i samarbete med Socialstyrelsen, ett utvecklingsarbete med inriktning på att de patienter som behandlas inom garantin framgent också ska kunna följas upp ur ett ålders- och jämställdhetsperspektiv.

Medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder. Under verksamhetsåret 2006 har SBU bl.a. publicerat fem stora utvärderingar som behandlar demens, långvarig smärta, fysisk aktivitet, metoder för tidig fosterdiagnostik och en uppdatering av rapporten om hjärnskakning.

Det är svårt att efter mindre än ett år redovisa praxisförändringar av de projekt som slutförts under 2006. De potentiella effekterna eller konsekvenserna av avslutade projekt visar dock besparingar om ca 40 miljoner kronor per år om SBU:s råd för behandling av hjärnskakning följs. Ytterligare besparingspotential om uppskattningsvis 32 miljoner kronor per år finns om råd om behandling av benskörhet följs.

SBU har aktivt arbetat med att sprida och förankra resultat från pågående och avslutade utvärderingsprojekt i syfte att påverka vården. De övergripande resultaten från 2006 års kvalitativa undersökning stämmer väl överens med tidigare SCB-enkäter, som har visat att målgruppernas kännedom om SBU:s arbete är god och att rapporterna anses hålla mycket hög kvalitet och trovärdighet. SBU får det högsta betyget bland medicinska myndigheter, organisationer och företag vad gäller den vetenskapliga tillförlitligheten hos olika informationskällor. Många anger att de haft praktisk nytta av SBU:s information.

Patientsäkerhet m.m.

Som ett resultat av att Hälso- och sjukvården ansvarsnämnd (HSAN) och Socialstyrelsen samt andra organisationer såsom t.ex. Sveriges Kom-

muner och Landsting vid flera tillfällen påtalat behovet av en översyn av lagstiftningen på tillsyns- och patientsäkerhetsområdet beslutade regeringen i april 2007 att tillsätta en utredning om patientsäkerhet och tillsyn (dir. 2007:57). Detta initiativ utgör en del av den Operation Patient-säkerhet som regeringen lanserade under våren 2007 i syfte att förbättra patientsäkerheten.

I syfte att minska de illegala och osäkra aborter som utländska kvinnor kan riskera att genomgå har regeringen i juni 2007 till riksdagen överlämnat propositionen Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter (prop. 2006/07:124). I propositionen föreslås att abortlagen ändras, så att kravet att kvinnan ska vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige för att genomgå abort eller avbrytande av havandeskap tas bort. Regeringen har tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar. Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga det arbete vad avser att förebygga oönskade graviditeter som pågår vid ungdomsmottagningarna, studenthälsomottagningarna och liknande verksamheter. I uppdraget ingår att beskriva och analysera hur arbetet fungerar och vid behov föreslå konkreta förbättringsåtgärder.

Nationellt planeringsstöd

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens tillgång till och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en mer långsiktig planering när det gäller tillgången på dessa personalgrupper. Av den rapport som kom in till regeringen i januari 2007, NPS 2007, framgår att Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för sjuksköterskor, barnmorskor och tandhygienister för närvarande är i balans medan den för läkare och tandläkare är i obalans.

Sjuksköterskeutbildningen utökades kraftigt i början av 2000-talet. Detta har nu fått genomslagskraft på arbetsmarknaden som är i balans för sjuksköterskor. Däremot är det en stor efterfrågan på specialistsjuksköterskor. Arbetsmarknaden är också i balans för barnmorskor men på grund av barnmorskornas höga genomsnittsålder är det troligt att tillgången kommer att minska starkt under den kommande tioårsperioden.

Tandhygienisternas arbetsmarknad är i balans. Eftersom tandhygienister under de senaste åren tagit över vissa förebyggande tandvårdsuppgifter som tidigare genomfördes av tandläkare kan det leda till att efterfrågan fortsätter att öka. Efterfrågan på läkare och tandläkare är större än tillgången. Läkarutbildningen utökades 2006 med 165 helårsstudenter och 2007 med ytterligare 185. Tandläkarutbildningen utökades 2006 med 100 helårsstudenter och 2007 med ytterligare 50. Trots denna redan beslutade utbyggnad av utbildningsplatser för läkare och tandläkare är det enligt Socialstyrelsen bedömning inte tillräckligt. Vad gäller tillgången på läkare inom vissa specialiteter uppger många landsting att efterfrågan är betydligt större än tillgången, framför allt inom specialiteterna allmänmedicin och psykiatri.

Avveckling av det nationella rådet för vårdpolitik

I samband med budgetpropositionen för 2000 inrättade den dåvarande regeringen ett nationellt råd för vårdpolitik. Syftet med rådet var bl.a. att ta initiativ till och finansiellt stödja nationella program för utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Rådet skulle bestå av företrädare för regeringen och ledningarna i dåvarande Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Verksamheter som har fått stöd genom rådet är prioriteringsarbete och ett demensprojekt.

Regeringens förslag: Det nationella rådet för vårdpolitik avvecklas.

Skälen för regeringens förslag: Det nationella rådet för vårdpolitik har inte fungerat i enlighet med de intentioner den dåvarande regeringen hade med dess tillkomst. Endast ett fåtal beslut har tagits. Regeringen gör bedömningen att diskussioner om utvecklingen inom vården samt beslut om finansiella stöd för utvecklingsarbete bättre hanteras i annan form, exempelvis inom ramen för den s.k. Dagmaröverenskommelsen. Det prioriteringsarbete som tidigare fick stöd via det nationella rådet ingår redan i dagsläget i Dagmaröverenskommelsen. Andra angelägna utvecklingsområden, som exempelvis informationsteknik, hanteras också i Dagmaröverenskommelsen. Regeringen valde att utöka den finansiella omfattningen av överenskommelsen med 35 miljoner kronor 2007. Regeringen be-

dömer i och med ovanstående att det inte längre finns behov av det nationella rådet för vårdpolitik.

Psykiatri

Riksdagen beslutade under 2004, efter förslag från den tidigare regeringen, att satsa totalt 700 miljoner kronor under åren 2005 och 2006 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp denna satsning. Av myndighetens slutredovisning Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 framgår att satsningen har haft en positiv inverkan när det gäller att öka ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder på nationell, regional och lokal nivå (S2007/6579/HS). Samverkan mellan kommuner och landsting har förbättrats. Kunskapen om målgruppens sammansättning och behov har ökat. När det gäller sysselsättning och rehabilitering har metoder utvecklats. Inget tyder emellertid på att satsningen har bidragit till att lösa det övergripande problemet – att ett stort antal individer inte har en meningsfull sysselsättning eller saknar en samordnad rehabilitering till arbete. En övergripande slutsats är att punktinsatser med statliga projektmedel endast i mycket liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin och socialtjänsten.

Socialstyrelsen har under 2007 på regeringens uppdrag inrättat ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som riskerar att drabbas av svårare psykisk ohälsa (S2007/2699/HS). Centrumets uppgifter ska vara att samla, koordinera och föra ut kunskap och vetenskap då det gäller att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga.

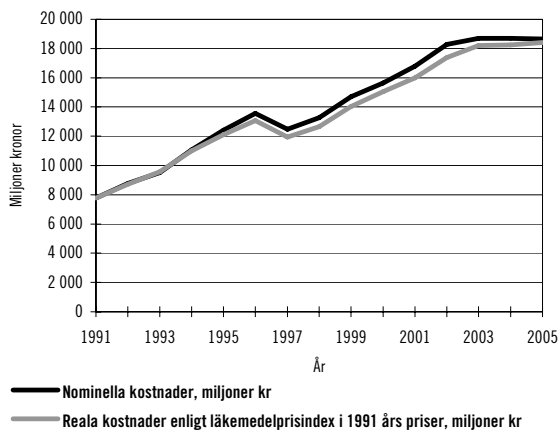
Socialstyrelsen har på den tidigare regeringens uppdrag utrett behovet av särskilda krav på läkares behörighet att utfärda vårdintyg (S2006/5683/HS). Av rapporten Behov av särskilda krav för läkares behörighet att utfärda vårdintyg enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård framgår att vårdintyg i hög utsträckning utfärdas av specialister eller blivande specialister i någon gren av psykiatrin oavsett om

vårdintyget leder till intagning eller inte. Undersökningen visar inte att intagning till tvångsvård skulle minska om kompetensen hos vårdintygs-skrivande läkare höjdes. Regeringen avser därför inte att ta några ytterligare initiativ i frågan.

Den tidigare regeringen beslutade den 23 oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, socialtjänst och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). I november 2006 inkom slutbetänkandet *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100) och delbetänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91). Samordnaren föreslår bl.a. insatser inom områdena boende, sysselsättning, rehabilitering, brukarinflytande, statlig styrning, forskning och utveckling, samt personalförsörjning. I betänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* föreslås bl.a. ändringar i brottsbalken avseende överlämnande till rättspsykiatrisk vård och förordnande av läkarintyg vid personutredning i brottmål. Betänkandena har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet
Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick 2006 till cirka 19,2 miljarder kronor.

Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991–2006 (exklusive moms)



Av Socialstyrelsens rapport *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos från september 2006 framgår bl.a. följande*. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna har uppgått till knappt 19 miljarder kronor per år. En tendens till svag ökning finns emellertid och enligt Socialstyrelsen väntas kostnaderna för läkemedelsförmånerna öka med en till två procent 2006 respektive två till tre procent 2007. De för läkemedelsförmånerna mest kostsamma läkemedelsgrupperna är immunsuppressiva medel, antidepressiva medel och insulin. Kostnaden för immunsuppressiva medel ökar kraftigt medan kostnaden för antidepressiva medel, magsårsmedel och blodfetsänkande medel fortsätter att minska. Teststickor för blodglukos är den enskilda vara som kostar mest för läkemedelsförmånerna. Läkemedelskostnaderna i slutenvården ökar allt snabbare. Effekten av patentutgångar och kostnadsökningar på grund av introduktion av nya läkemedel påverkar kostnadsutvecklingen.

Tabell 4.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2002–2006 (inkl moms)

Miljoner kronor

År	2002	2003	2004	2005	2006
Läkemedelsförmånerna	18 563	18 985	19 015	18 981	19 171
Egenavgift	5 063	4 967	5 013	5 006	5 043
Andel egenavgift ¹	21,4 %	20,7 %	20,9 %	20,9 %	20,8 %
Slutenvård ²	3 378	3 741	4 357	5 016	5 706
Receptfritt ³	2 603	2 718	2 883	3 106	3 379
Total	29 607	30 411	31 268	32 109	33 299
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ⁴	14,9 %	14,6 %	14,6 %	14,5 %	14,0 %

¹ Som andel av förmån + egenavgift

² Läkemedel på rekvisition ingår

³ Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

⁴ Preliminära siffror för 2005 och 2006

Källor: Apoteket AB, Nationalräkenskaperna, SCB

4.5.3 Analys och slutsatser

Verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården begränsar sig fortfarande till stor del till redovisningar av tillgängliga resurser och utförda prestationer. Även om det blir allt vanligare att följa upp och utvärdera utifrån de olika dimensionerna av god vård så visar vanligtvis inte uppföljningen vilka resultat som insatta resurser och utförda prestationer leder till. Det är också

svårt att urskilja vad statens insatser betytt för kvalitetsutvecklingen.

Ett flertal projekt pågår dock för att på olika sätt försöka mäta kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2006 innehåller indikatorer för medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet samt kostnader och produktivitet. Det är svårt att dra slutsatser om skillnader mellan landstingen eftersom resultatet av jämförelsen påverkas av bland annat kvaliteten på inrapporteringen till registren. En första slutsats är dock att olika landsting faller olika väl ut beroende på vilken indikator som analyseras.

Av de skillnader som föreligger i rapporten om öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård framgår att landstingen kan lära av varandra. Om sjukvården inom de olika landstingen i större utsträckning än i dag kan lära av varandra på olika områden borde skillnader i resultat och kvalitet kunna reduceras och i bästa fall utan att kostnaderna behöver öka. Det är emellertid inte möjligt att utvärdera om vården sker på lika villkor och är kostnadseffektiv samt uppfyller kriterierna för god vård baserat på det underlag som i dag finns tillgängligt. Dataunderlaget, analyserna och jämförelserna behöver utvecklas ytterligare. De effekter av rapporten som hittills kunnat avläsas är att många initiativ tagits av sjukvårdshuvudmännen för att förbättra kvaliteten i vården liksom för att förbättra kvaliteten i registerdata. I oktober 2007 kommer en uppföljningsrapport med mer aktuella kostnads- och prestationsdata och där landstingens mottagande och användning av 2006 års rapport kommer att beskrivas och analyseras.

Socialstyrelsen presenterade i maj 2007 en fördjupad rapportering av kvaliteten i den svenska strokesjukvården. Rapporten är en redovisning av ett stort antal jämförelser av olika kvalitetsmått, både process- och resultatmått. Genomgående har sjukhusen och landstingen rankats utifrån utfall inom respektive mått. Frågan om tillgången till data och dess kvalitet är ett återkommande tema i rapporten. Detta gäller kvalitetsdata, såsom rapporteringen till kvalitetsregistret Riks-Stroke och till patientregistret vid Socialstyrelsen, men också kostnadsredovisningen behöver utvecklas. I nuläget är det i allmänhet inte möjligt att följa kostnaderna för olika diagnosgrupper.

Den evidensbaserade medicinen har blivit en alltmer betydelsefull metod för att nå en effektivare och bättre vård. Den utgör också en av grundförutsättningarna för att rationella beslut som rör resursanvändning inom vården ska kunna fattas. Den informationsstrategi som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) hittills följt har medverkat till en god kännedom om SBU-rapporterna. Rapporterna tillmäts hög trovärdighet av sjukvårdens företrädare och utgör viktiga underlag i det regionala och lokala arbetet med vårdprogram, liksom för Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Läke-medelsverkets behandlingsrekommendationer. Fortfarande finns dock en tröghet i hälso- och sjukvårdens system när det gäller att ta till vara framtagen kunskap. Det krävs fortsatta målmedvetna ansträngningar både centralt och i vården för att uppsatta mål ska nås. I detta sammanhang kan nämnas att SBU hösten 2006 utarbetat en strategisk plan för det fortsatta utvecklingsarbetet vid myndigheten. De förslag som där tagits fram gäller dels utvecklingen av samverkan med andra aktörer inom sjukvårdens område, dels utvecklingen av verksamheten med den vetenskapliga utvärderingen, samt spridningen av resultaten.

Stimulansbidrag inom äldreområdet utgår till kommuner och landsting från och med 2007. Satsningarna på bland annat förbättrad läkartillgång för äldre, fler läkemedelsgenomgångar, bättre demensvård och rehabilitering har stor betydelse för att förbättra brister för de svårast sjuka och svagaste grupperna av äldre som Socialstyrelsens återkommande rapporteringar visar. Satsningarna innebär även att förutsättningarna för samverkan mellan huvudmännen ska förbättras. En ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen innebär dessutom krav på att landstingen ska sluta överenskommelser med kommunerna om omfattningen av läkarmedverkan i särskilda boenden och i de fall då kommunen ansvarar för hemsjukvård.

Den nationella psykiatrisamordnarens betänkanden *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100), *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) och Socialstyrelsens rapporter visar att det finns stora behov av förbättringar av vård och stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Det handlar bl.a. om förbättringar av personalens kompetens, ökad tillgång till psykosocial kompetens samt en ökad kvalitet i och tillgänglighet till vården. Det

finns även ett stort behov av fler platser i vården och i det individuella stödet. Regeringen har under 2007 påbörjat satsningar för att stärka huvudmännens arbete i dessa frågor.

Den bristande tillgängligheten inom den psykiatriska vården för barn och unga är, enligt psykiatrisamordnarens slutbetänkande, ett stort problem. Verksamheterna för barn och unga måste stärkas för att vända denna utveckling och för att förebygga att fler utvecklar psykisk ohälsa och psykosociala svårigheter senare i livet. Psykiatrisamordnaren har i slutbetänkandet betonat att verksamheterna för barn och unga i högre grad behöver samorganiseras, samlokaliseras och samarbeta. Det behövs en bredare och stärkt kompetens i primärvården för att hantera lättare/tidiga former av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Regeringen har gjort ett antal satsningar för att stärka verksamheterna för barn och unga, för att förbättra vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri samt för att stärka kompetensen inom första linjens sjukvård.

Regeringen har under 2007 satsat 500 miljoner kronor på att stärka psykiatrin. På anslaget 13:9 *Bidrag till psykiatri* avsätts ytterligare 500 miljoner kronor 2008.

Läkemedelsförmånsnämnden har genomfört undersökningar för att utvärdera effekterna av generiskt utbyte som infördes den 1 oktober 2002. Enligt en av dessa undersökningar har läkemedelspriserna sjunkit cirka 15 procent sedan införandet. Undersökningen sträcker sig till den 31 december 2005. Prisnedgången på marknaden för generiska läkemedel är drygt 40 procent. Den ackumulerade besparingen under perioden har varit nästan sju miljarder kronor i jämförelse med de kostnader som skulle ha uppstått om generikareformen inte införts. Huvudorsaken till de lägre genomsnittspriserna är att något läkemedel inom respektive terapiområde förlorat sitt patent och sjunkit kraftigt i pris. En annan orsak är att användningen av dyra patentskyddade läkemedel minskar till förmån för läkemedel som tappat sina patent och fallit i pris. Effekterna av det generiska utbytet begränsas således inte enbart till generikamarknaden, utan påverkar konkurrenssituationen inom hela terapiområden. Läkemedelsförmånsnämnden har genom att införa en webbaserad marknadsplats för prisändringsansökningar stimulerat till priskonkurrens mellan generika. Vidare har Läkemedelsförmånsnämnden genom sitt fortsatta arbete med läkemedelsgenomgångar och

genom att pröva om bl.a. nya läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna bidragit till att medlen inom läkemedelsförmånerna används på ett mer ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

4.6 Resultatredovisning verksamhetsområde Tandvård

4.6.1 Indikatorer och tidigare mål

Målet för politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik 2007 är att vårdens kvalitet och tillgänglighet ska förbättras. För verksamhetsområdet Tandvård gäller under 2007 målet att tandhälsan ska förbättras för de grupper som är mest eftertagna ur tandhälsosynpunkt.

Som indikatorer används här förekomsten av karies hos barn i olika åldrar och andelen vuxna som har löständer eller nedsatt tuggförmåga eller upplever sin tandhälsa som dålig. Tandhälsans utveckling är ett resultat av många faktorer, där tillgången till tandvård är en. Tandhälsoutvecklingen kan ge en indikation om vilka grupper som inte får den tandvård som de behöver. En betydelsefull aspekt att beakta är kön, vilket även är viktigt vid redovisningen av exempelvis tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader.

För uppföljning av kvalitet används uppgifter om Socialstyrelsens tillsynsarbete och antalet lex Maria-ärenden.

Tandvårdens tillgänglighet belyses med uppgifter om tandvårdskonsumtionen (andel som besökt tandvården under en tvåårsperiod samt andelen som avstår trots behov och orsakerna till detta), kostnadsutvecklingen för tandvårdserättningen, prisutvecklingen, statistik över handläggningen av ärenden om högkostnadsskydd för personer som är 65 år eller äldre samt tillgång och efterfrågan på tandläkare och tandhygienister. Vidare redovisas översiktligt utvecklingen när det gäller volym och kostnader för det tandvårdsstöd för särskilda patientgrupper som administreras av landstingen.

Prisutvecklingen i kombination med utformningen av det offentliga ersättningsystemet för tandvård har direkt betydelse för möjligheten att få tandvård, eftersom patienten oftast står för större delen av kostnaden själv. Vidare är tillgången på personal en viktig förutsättning för att det ska vara möjligt att få tandvård inom rimlig tid.

4.6.2 Resultat

Tandhälsans utveckling

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att se över statistiken över barns och ungdomars tandhälsa och utforma förslag till förbättringar. Det kan finnas skäl att komplettera uppföljningen med bl.a. relevanta data om exempelvis socioekonomiska faktorer samt uppgifter om initiala karies-skador, vilket inte ingår i statistiken i dag. De senaste tillgängliga uppgifterna gäller 2005 och visar att förändringarna under de senaste fem åren har varit små. En ökning av andelen kariesfria 3- och 6-åringar skedde under perioden 2000–2005 medan andelen kariesfria 12-åringar minskade med cirka fem procentenheter under samma period. Den årliga kostnaden för barn- och ungdomstandvården uppskattas av Sveriges Kommuner och Landsting till cirka 2,5 miljarder kronor för 2005 och 2006.

När det gäller vuxna redovisades i budgetpropositionen för 2007 vissa resultat av en enkätundersökning som Socialstyrelsen och Försäkringskassan lät genomföra under 2005. Undersökningen visade bl.a. att andelen som har löständer var mindre än tre procent totalt sett, men betydligt högre bland de äldre. Ungefär var åttonde person som var 75 år eller äldre hade enbart löständer. I denna åldersgrupp var andelen med enbart löständer större bland kvinnor än bland män, men en något större andel män än kvinnor hade både löständer och egna tänder. Över 80 procent ansåg sig inte ha några svårigheter att tugga hårda saker, men en viss försämring kunde noteras bland de yngsta, 20–29-åringarna, jämfört med tidigare undersökningar av dåvarande Riksförsäkringsverket. I de flesta åldersgrupper är det en större andel bland kvinnorna som anser sig ha svårigheter att tugga hårda saker.

Avseende 2006 finns vissa data från Statens Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät. Andelen män som uppgav att de hade mycket eller ganska dålig tandhälsa ökade mellan 2004 och 2006 med tre procentenheter medan kvinnors upplevda tandhälsa låg på ungefär samma nivå under 2004, 2005 och 2006. År 2006 var andelen som uppgav dålig tandhälsa 14 procent för män respektive 11 procent för kvinnor. Förändringen innebär att de två senaste åren har andelen med dålig tandhälsa varit något större bland män än bland kvinnor.

Vårdens kvalitet

Inom det nationella verksamhetstillsynsprojektet Vårdhygien i praktiken har tillsynsbesök gjorts i tandvården. Socialstyrelsen kunde konstatera att majoriteten av de besökta tandläkarmottagningarna hade goda hygienrutiner som också tillämpades. Vissa förbättringsområden fanns dock. På många håll saknades det rutiner för en systematisk och kontinuerlig egenkontroll och kvalitetsuppföljning av rutinerna. Antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner följdes ofta inte upp tillfredsställande.

Antalet lex Maria-anmälningar som inkom under 2006 var något färre än 2004 och 2005. Nedtappade föremål och förväxlingar var liksom tidigare de vanligaste orsakerna till anmälan. Intrycket är dock att vårdgivarna arbetar mer aktivt med avvikelshantering. De flesta anmälningarna kommer från folktandvården. Hos privata vårdgivare finns det ett motstånd mot att anmäla, vilket kan bero på rädsla för negativ publicitet. Socialstyrelsen bedömer att en orsak till bristande dokumentation av avvikelser kan vara att tandvårdsmottagningar ofta är små enheter där avvikelser rapporteras muntligt och sedan åtgärdas snabbt.

Vårdens tillgänglighet

Tandvårdsersättning

Det statliga tandvårdsstödet bidrar till att minska den enskildes kostnader för tandvård och på så sätt göra tandvården mer tillgänglig ur ett ekonomiskt perspektiv. Utgifterna för tandvårdsstödet uppgick 2006 till cirka 3 miljarder kronor, varav nästan hälften avsåg högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre. Utfallet var cirka 0,6 miljarder kronor högre än 2005 men något lägre än 2004. Skillnaderna kan främst hänföras till högkostnadsskyddet och en ändrad bokföringsprincip hos Försäkringskassan som medförde att utgifterna 2005 blev lägre än normalt.

Tandvårdskostnader och tandvårdskonsumtion

Statens Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät 2006 visade att 17 procent av männen och 11 procent av kvinnorna inte hade besökt tandläkare de senaste två åren. Den största andelen som inte hade besökt tandläkare bland alla åldersgrupper fanns bland 30–44-åriga män. Bland arbetslösa och långtidssjukskrivna samt bland ålderspensionärer

och förtidspensionärer var andelen större än bland de yrkesverksamma. Andelen som inte hade sökt tandläkare trots behov var cirka 20 procent. Andelen var störst i åldrarna upp till 44 år. Den vanligaste orsaken till att man inte sökt tandläkare trots behov var ekonomiska skäl, vilket uppgavs av cirka 70 procent.

Högekostnadsskyddet för dem som är 65 år och äldre

Genomströmningstiderna för ärenden om förhandsprövning var relativt långa under 2006. Under det första halvåret 2007 ökade takten i beslutsfattandet, vilket har medfört att genomströmningstiderna sjunkit. Antalet ansökningar som inkommer till Försäkringskassan har fortsatt att ligga på en förhållandevis hög nivå, med ett genomsnitt på omkring 4 800 ansökningar per månad under det första halvåret 2007. Den genomsnittliga ersättningen från Försäkringskassan är drygt tio procent högre för män än för kvinnor. Den genomsnittliga ersättningen för samtliga patienter under det första halvåret 2007 uppgick till strax under 40 000 kronor. När det gäller kvaliteten i ärendehandläggningen har Försäkringskassans analys av genomförda efterkontroller visat indikationer på allvarliga brister i ärendenas kvalitet, främst i form av otillräckligt beslutsunderlag. Försäkringskassan arbetar på olika sätt för att förbättra ärendehandläggningens kvalitet, bland annat genom att anordna seminarier för handläggare och försäkringstandläkare. Ett syfte är att uppnå en mer likformig försäkringstillämpning.

Prisutvecklingen

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följer upp utvecklingen av folktandvårdens priser för allmäntandvård. Prisökningarna på olika åtgärder har i SKL:s undersökningar vägts samman med hur vanligt förekommande de olika åtgärderna är. För perioden mellan januari 2006 och januari 2007 har man redovisat en prisökning på 2,0 procent, vilket är den lägsta ökningstakten sedan tandvårdspriserna avreglerades 1999. Prisökningarna har dock varierat kraftigt mellan olika åtgärder.

Försäkringskassan har i en rapport belyst prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden från maj 2005 t.o.m. juni 2006. Enligt Försäkringskassan går det inte att jämföra prisutvecklingen inom den offentliga och den privata sektorn, eftersom de metoder som använts är olika, och myndigheten redovisar därför i rapporten den sammanvägda prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden som helhet. De sammanvägda resultaten tyder på att prisökningen var större än den allmänna prisutvecklingen men i paritet med den generella löneutvecklingen.

Andra faktorer som påverkar tillgängligheten

I sin rapport i januari 2007 inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS) gör Socialstyrelsen bedömningen att arbetsmarknaden för tandläkare är i fortsatt obalans, eftersom efterfrågan överstiger tillgången. Detta gäller trots att antalet tandläkare visat sig bli något större än det förväntade under 2003 och 2004. Som förklaringar till detta nämns en positiv nettoimmigration, utökningen av antalet utbildningsplatser och en högre andel än beräknat som är sysselsatt inom tandvården ett år efter examen. Flera regioner har angett att tillgången varierar inom regionerna och att det är svårare att rekrytera till glesbygd. De utökningar av antalet utbildningsplatser på tandläkarutbildningen som skett under de senaste åren – totalt 150 helårsstudenter 2006 och 2007 – är enligt Socialstyrelsen inte tillräckliga för att säkra en långsiktig tillgång på tandläkare. Arbetsmarknaden för tandhygienister bedöms i nuläget vara i balans. Tillväxten av antalet tandhygienister kommer att fortsätta.

Landstingens tandvård för särskilda patientgrupper

Landstingens kostnader för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa äldre och personer med funktionshinder samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling uppgick under 2006 till 657 miljoner kronor, vilket var nästan oförändrat jämfört med föregående år. Landstingen erhöll via det generella statsbidraget 716 miljoner kronor samt förväntades som ytterligare kompensation enligt den grundläggande överenskommelsen med staten kunna få ökade intäkter om 80 miljoner kronor på grund av ändrade avgiftsregler för oralkirurgi.

Antalet uppsökta personer låg på ungefär samma nivå som 2005 och utgjorde knappt 60 procent av målgruppen. Att andelen inte är större beror bl.a. på svårigheterna att nå personer i ordinärt boende som omfattas av stödet. Kostnaderna hade dock sjunkit något, vilket Sveriges Kommuner och Landsting förklarar med att landstingen tecknat fördelaktigare avtal med utförarna. För nödvändig tandvård redovisas i stort sett samma omfattning och kostnader som de två föregående åren. Även för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling var resultatet 2006 i princip oförändrat jämfört med 2005. Skillnaden mellan de landsting som redovisar den högsta respektive lägsta kostnaden per patient har minskat något, men är fortfarande betydande.

Socialstyrelsen har följt upp den tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljningen avser 2005 och visar att det finns stora

variationer mellan landstingen avseende hur stor andel av befolkningen som får del av förmånen. Rapporten visar bl.a. att det finns en brist på kunskap om reformen, framför allt bland patienterna. Enligt Socialstyrelsen följer landstingen oftast Socialstyrelsens meddelandeblad vid tillämpningen av tandvårdsstödet, men det finns både landsting som tillämpar en generösare praxis och sådana som tillämpar reglerna mera restriktivt. Majoriteten av landstingen uppvisar ett ekonomiskt överskott i relation till den samlade kompensationen från staten. Bland de landsting som har en restriktiv praxis finns flera som har ett överskott totalt sett. De könsskillnader som finns när det gäller utnyttjandet av reformen överensstämmer med de skillnader som konstaterats när det gäller olika sjukdomstillstånd och dylikt.

Tabell 4.6 Tandvårdens kostnader, 2000–2005

Miljoner kronor, löpande priser

	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ¹
Patientavgifter	9 056	9 862	10 614	11 451	13 177	13 561
varav						
Offentlig tandvård	2 198	2 036	2 156	2 366	2 566	2 638
Privat tandvård	6 858	7 826	8 458	9 085	10 611	10 923
Patientavgifter som andel av totala kostnader	61,8 %	63,3 %	63,2 %	61,1 %	62,4 %	65,1 %
Landstingens nettokostnader	3 411	3 471	4 257	4 354	4 464	4 535
Landstingens investeringsutgifter	151	147	153	136	172	126
Tandvårdsförsäkringen	1 462	1 515	1 604	2 607	3 129	2 426
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	0	0	0	0
Administrationskostnader för försäkringen	163	168	169	204	175	186
Summa	14 648	15 568	16 797	18 752	21 117	20 834
Årlig förändring av de totala kostnaderna	+7,9 %	+6,3 %	+7,9 %	+11,6 %	+12,6 %	-1,3 %

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Socialstyrelsen, SCB, Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan

4.6.3 Analys och slutsatser

Även om den allmänna uppfattningen är att den tandvård som ges i Sverige oftast håller hög kvalitet, saknas det i dag nationella riktlinjer på tandvårdsområdet och den vård som utförs är i alltför låg grad evidensbaserad. Regeringen anser att det är viktigt att det utformas nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet i likhet med vad som skett inom hälso- och sjukvården. Ambitionen bör vara att en större del av tandvårdsbehandlingarna ska bygga på evidens. Detta är viktigt både när det gäller förebyggande åtgärder som utförs i stor omfattning och i fråga om reparativ vård och protetik, där exempelvis implantatbehandlingarna behöver följas upp betydligt bättre. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att inleda ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för tandvården. Inrättandet av nationella kvalitetsregister kan också vara ett viktigt led i arbetet med att stärka tandvårdens kunskapsbas och förbättra vårdens kvalitet.

För att kunna utvärdera om befolkningen får en god tandvård behövs också inom detta område indikatorer som speglar de olika dimensionerna av god vård. Dessa bör användas som utgångspunkt för uppföljning, analys och ersättning. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta kvalitetsindikatorer inom tandvårdsområdet.

En utveckling som är positiv för tandvårdens tillgänglighet kan ses på några områden. Det gäller bl.a. prisutvecklingen och de kortare handläggningstiderna för högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre. De prisuppföljningar som gjorts av Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting ger sammantaget bilden av en påtagligt dämpad prisutveckling i jämförelse med de stora prisökningar som förekom den första perioden efter införandet av den fria prissättningen på tandvård 1999. Detta är naturligtvis positivt, men faktum kvarstår att redan dagens prisnivå och den andel patienten betalar själv tycks få en relativt stor grupp att avstå från tandvård.

De senaste årens uppgifter om tandvårdskonsumtion och upplevd tandhälsa ger stöd för regeringens bedömning att tandvårdsstödet behöver reformeras. Andelen regelbundna besökare tenderar att minska. Det nya tandvårdsstödet måste ge både ett verkligt skydd mot höga kostnader och goda förutsättningar för regelbundna

tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Ambitionen är att reformen ska genomföras under 2008. Försäkringskassan har fått i uppdrag att genomföra de förberedelser som krävs för att kunna administrera det nya tandvårdsstödet. Utveckling av ett nytt användarvänligt IT-stöd är en väsentlig del av detta arbete. För att syftet med reformen ska uppnås är det av central betydelse att den kombineras med åtgärder för att stärka patienternas ställning, exempelvis genom förbättrad tillgång till information om priser och behandlingsalternativ.

Allt fler söker sig utomlands för att få tandvård, även om det fortfarande rör sig om en mycket liten del av den totala tandvården som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Lägre kostnader är ofta en stark drivkraft för att välja att genomgå en tandvårdsbehandling utomlands. Denna utveckling innebär ökad konkurrens, vilket är positivt, men väcker också frågor om hur patientsäkerheten kan värnas.

4.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har i rapporten Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården (RiR 2006:16), granskat Socialstyrelsens hantering av de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården. Registren innehåller individbundna data om problem eller diagnos, behandlingsåtgärder samt resultat.

De nationella kvalitetsregistren ägs och förvaltas av sjukvårdens huvudmän. Ett av de viktigaste syftena med registren är att bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och till utjämnande av de skillnader som finns avseende kvalitet och säkerhet mellan olika vårdgivare i landet.

Riksrevisionens slutsats är att Socialstyrelsen har brustit i ansvar i bevakningen av registrens kvalitet. Inte heller har man lämnat en rättvisande bild av registren till regeringen. Riksrevisionen anser också att kraven på samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, genom Dagmaröverenskommelserna, har hindrat Socialstyrelsen från att agera i enlighet med de förväntningar och krav som ställs på Socialstyrelsen som expertmyndighet.

Riksrevisionen ifrågasätter om den nuvarande modellen med självständiga kvalitetsregister är effektiv som ett medel för Socialstyrelsen att ut-

veckla vården. Bakgrunden till ifrågasättandet är att registren inte utgör en integrerad del av vården. De drivs på frivillig grund.

Kvalitetsregistren omfattar bara delar av vården; det saknas register för bland annat primärvård, psykiatri och tandvård. En minoritet av registren redovisar resultat på klinisknivå, de används inte för tillsyn och de har bara i begränsad omfattning använts för utveckling av medicinsk praxis.

Regeringen har tagit del av Riksrevisionens synpunkter. Frågan om kvalitetsregister har där efter behandlats i Socialutskottets betänkande 2006/07:SoU8. Regeringen bereder med anledning av detta frågan om kvalitetsregister och därtill anslutande frågor vidare.

Riksrevisionen har granskat högkostnads-skyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre i rapporten Tandvårdsstöd för äldre (RiR 2006:9). Granskningen avsåg förra regeringens beslutsunderlag och främst de underlag som förelåg vid reformens genomförande och huruvida regeringen och myndigheterna vidtagit tillräckliga åtgärder för att kontrollera kostnadsutvecklingen. Enligt Riksrevisionens bedömning hade regeringen inte tagit hänsyn till konsekvenserna av utvidgningen av förmånsgruppen i förhållande till den utredning som föregick propositionen. Den dåvarande regeringen underskattade vidare efterfrågans och behandlingsinriktningens konsekvenser för kostnaderna.

Beträffande konstruktionen av reformen ansåg Riksrevisionen att blandningen av reglering och en ofullständigt fungerande marknad ledde till en som helhet mycket svårkontrollerad utveckling. Riksrevisionen ansåg vidare att RFV/Försäkringskassan borde ha följt upp reformens kostnader bättre. Den koncentrerade handläggningen vid Försäkringskassan i Skåne hade inte lett till den effektiva och likvärdiga handläggning som avsågs. Informationen till riksdagen om reformens kostnad var enligt Riksrevisionens mening otillräcklig. Riksrevisionen rekommenderade Försäkringskassan att se över sitt ärendehanteringssystem för tandvården, eftersom bristerna hade gjort det svårt att få fram tillförlitlig statistik, samt att överväga åtgärder för att framöver kunna förse regeringen med bättre underlag över vilka inom åldersgruppen 65 år eller äldre som tagit del av reformen och vilka som fortsättningsvis kan antas behöva omfattande protetikbehandling.

Regeringen har aviserat en tandvårdsreform och avser att återkomma med förslag om hur denna ska utformas. När det nya stödet utformas är det viktigt att säkerställa att det kan följas upp på ett effektivt sätt, något som inte var fallet vid genomförandet av den tidigare reformen.

Riksrevisionen har i maj 2007 publicerat en rapport om brister i styrningen av bidragshandläggning och om upphandling hos Socialstyrelsen. Riksrevisionen rekommenderar att myndigheten utarbetar och implementerar för myndigheten gemensamma policydokument och rutinbeskrivningar för att minska risken för otydligheter. Riksrevisionen anser att Socialstyrelsen bör förbättra samordningen av inköp samt ta fram policydokument som beskriver hur personalen ska förhålla sig till otillbörlig leverantörspåverkan. Socialstyrelsen har inkommit med ett svar på Riksrevisionens rapport, och anger i detta vilka åtgärder som myndigheten avser att vidta för att undanröja bristerna. Regeringen bedömer att ytterligare åtgärder med anledning av Riksrevisionens rapport inte erfordras. Rapporten bedöms därför vara slutbehandlad.

Riksrevisionen har vidare granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten för budgetåret 2006 för samtliga myndigheter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för myndigheterna. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnittet Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser.

4.8 Politikens inriktning

Regeringens ambition är att skapa de bästa tänkbara förutsättningarna för en god vård med patienten i centrum. Vården ska kännetecknas av hög tillgänglighet, god kvalitet och valfrihet för den enskilde. Dessa principer återspeglas i regeringens strategi om god vård. Strategin visar på vikten av ett samspel mellan satsningar på öppna jämförelser, utvecklade ersättningsystem, en effektiv informationsförsörjning, samt en mångfald av vårdgivare bl.a. genom stöd för avknoppning. Regeringens intention är att fortsätta dessa satsningar, i linje med den omfattning och inriktning som aviserats i budgetpropositionen för 2007.

Det är angeläget att komma till rätta med dagens problem med bristande tillgänglighet. Köerna i vården förvärrar lidandet för den enskilde och leder till ökade anspråk på våra gemensamma trygghetssystem. Det måste därför bli lättare att komma i kontakt med vården på det sätt som passar var och en. Symtom och besvär bör diagnostiseras snabbare och tiden till en eventuell behandling måste bli kortare än i dag. Tillgänglig vård på lika villkor är en viktig förutsättning för att upprätthålla befolkningens förtroende för, och tilltro till, den offentligt finansierade sjukvården.

En mångfald av aktörer berikar vården. Mångfalden ger både personal och patienter valmöjligheter. Oavsett om det är frågan om verksamheter som drivs av landsting eller av privata eller ideella aktörer måste verksamheterna ges goda möjligheter att verka långsiktigt. Då skapas förutsättningar att lära av varandra och dra nytta av den kunskap och kompetens som utvecklas. För att främja en sådan utveckling fortsätter regeringens satsning för att göra det möjligt för anställda att ta över offentligt driven verksamhet genom avknoppning.

Det är viktigt att stimulera start av nya företag inom hälso- och sjukvården och omsorgen för att på så sätt stärka medborgarnas möjlighet att välja den vård- och omsorgsgivare vars inriktning passar dem bäst. En mångfald av vård- och omsorgsgivare inspirerar till innovativa lösningar, vilka skapar goda förutsättningar för en positiv kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården samt omsorgen. Regeringen har tillsatt en utredning om reformerade regler angående F-skatt för att på så sätt göra det enklare att starta företag inom exempelvis hälso- och sjukvården. Ett fortsatt arbete kommer att ske för att underlätta för privata vårdgivare att etablera sig och verka inom hälso- och sjukvården samt omsorgen.

För att uppnå en verklig mångfald av aktörer inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården krävs även att ideella aktörer som bedriver sådan verksamhet ges goda förutsättningar att verka.

Regeringen sätter ett särskilt värde på den stora roll som den sociala ekonomins aktörer spelar i dag som producenter av hälso- och sjukvård och omsorgstjänster. Bedömningen är dock att ideella sektorn skulle kunna och bör spela en ännu större roll inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Regeringen kommer därför bl.a. ta

initiativ till en dialog med ideella aktörer som är verksamma inom det sociala området.

Delegationen för mångfald inom vård och omsorg framhöll i betänkandet Vård med omsorg – möjligheter och hinder (SOU 2007:37) att det i den offentliga statistiken inte går att särskilja vård och omsorg som bedrivs av ideella aktörer från annan privat driven vård. Regeringen anser att det statistiska underlaget avseende vård och omsorg som bedrivs av ideella aktörer måste utvecklas och kommer därför att följa frågan.

Patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver utvecklas. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren. En särskild utredare har fått i uppdrag att lämna förslag på hur patientens ställning inom, och möjlighet att påverka, vården kan förbättras. Patientens rätt till en fast vårdkontakt ska stärkas, inte minst är detta viktigt för äldre patienter med sammansatta och komplicerade vårdbehov. Utredaren har i uppdrag att lämna förslag till lagreglering som stärker patientens möjlighet att fritt välja vårdgivare. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Utredaren ska dessutom överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin som skall kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt, samt huruvida andra yrkesgrupper inom sjukvården, till exempel sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter. Konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren ska föreslå åtgärder som befrämjar detta. Regeringen anser vidare att det är av stor vikt att beslutade behandlingar kan erbjudas varje patient inom rimlig tid. Utredaren ska därför också lämna förslag till en lagreglering av den nationella vårdgarantin.

Det svenska samhället står inför ett flertal utmaningar. Det stora utanförskapet, en åldrande befolkning och den medicinsktekniska utvecklingen ställer sjukvården och socialförsäkringssystemen under finansiell press. Samtidigt ökar möjligheterna att behandla sjukdomar och en större del av befolkningen lever ett längre liv i hälsa. För att möta de utmaningar och möjligheter som vi står inför är det viktigt att välfärds-

politiken är effektiv och, så långt möjligt, evidensbaserad. Kunskap från forskning inom social- och hälsoområdet behöver implementeras på ett mer effektivt och systematiskt sätt än tidigare. Regeringen avser därför att inrätta ett socialt råd med syfte att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i sociala frågor och sprida kunskap om forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformning av välfärdspolitik.

Den snabba utvecklingen inom flera medicinska forskningsområden och det stora informationsflödet av ny kunskap ställer höga krav på en strukturerad fristående bedömning och uttolkning av kunskapsläget. För att göra detta möjligt anser regeringen att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att starta en upplysningstjänst dit sjukvården kan vända sig med olika kliniska frågeställningar som kräver genomgång av det vetenskapliga underlaget. Denna typ av snabbutvärderingar bör ge dem som arbetar i vården ett stöd för att de mer objektivt ska kunna ta ställning till nya forskningsfynd. Snabbutvärderingar kan också bidra till att beslutsfattare får relevanta, uppdaterade beslutsunderlag. Regeringen avsätter därför 2 miljoner kronor per år för detta ändamål, från och med 2008.

Det förekommer fortfarande regionala variationer inom landet vad gäller användningen av evidensbaserade behandlingsmetoder inom vården. Samtidigt som dessa skillnader i utnyttjande av vetenskapligt etablerade metoder på sikt måste försvinna, indikerar de en stor förbättringspotential inom svensk hälso- och sjukvård som regeringen anser det vara viktigt att ta vara på. En ytterligare utvecklad samverkan mellan aktörer inom sjukvården ska leda till en bättre spridning av bevisat effektiva behandlingsmetoder och goda vårdresultat. Genom att förstärka det nationella arbetet med kvalitetsuppföljning och på ett systematiskt sätt öppet jämföra olika vård- och omsorgsgivares prestationer anser regeringen att förbättringsprocessen kan påskyndas. Öppna jämförelser som också görs tillgängliga och begripliga för befolkningen utgör vidare en förutsättning för att på ett effektivt sätt stärka patientens möjlighet att fritt välja vårdgivare.

Som ett ytterligare led i kvalitetsförbättringsarbetet har regeringen tillsatt en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till en nationell cancerstrategi. Utredaren ska föreslå en evidens-

baserad strategi utifrån ett helhetsperspektiv innefattande prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård samt kunskapsbildning och kunskapsspridning.

Regeringen vill främja utvecklingen av nya former för ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. Väl utformade ersättningsmodeller som på ett balanserat sätt premierar goda prestationer och hög vårdkvalitet kan skapa incitament som höjer det samlade värdet av svensk hälso- och sjukvårds insatser och patientnytta. Regeringen har med anledning av detta inlett ett samarbete mellan Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen i syfte att stimulera och ge stöd till landstingens arbete med att utveckla nya former för ersättning inom vården.

Den goda kvalitet och höga patientsäkerhet som i huvudsak präglar svensk hälso- och sjukvård ska bibehållas. Förbättringar behöver dock ske på vissa områden så att varje patient känner trygghet i sina kontakter med vården. En hög patientsäkerhet där antalet skador och felbehandlingar minimeras är en viktig ambition i regeringens arbete att ytterligare förbättra hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och prestationer. Regeringen har med anledning av detta tillsatt en utredning med uppgift att bl.a. se över den lagstiftning som reglerar patientsäkerhet, ansvarssystem och tillsynsfrågor inom hälso- och sjukvården.

En väl fungerande informationsförsörjning med hjälp av IT är en nödvändig förutsättning för att kunna bedriva en tillgänglig, högkvalitativ och patientsäker hälso- och sjukvård. Regeringen avser att föra vidare och utvidga de inledda satsningarna på IT-området i enlighet med den nationella strategi för IT i vård och omsorg som tagits fram i samverkan med vårdsektorns nyckelaktörer. Ambitionsnivån för det fortsatta arbetet är hög, och ett intensivt arbete pågår nu inom alla de sex insatsområden som pekades ut i strategin.

Fokus för arbetet under 2007 ligger på att skapa goda grundförutsättningar för en säker IT-användning som innefattar all vård och omsorg, oavsett huvudman. Det handlar exempelvis om att skapa en gemensam informationsstruktur och att driva den av regeringen beslutade nationella terminologi- och klassifikationsresursen inklusive projektet SNOMED CT för bl.a. enhetlig användning av begrepp och termer inom hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten.

I satsningen ingår även stimulansmedel till landstingen för att påskynda införandet av nya nationella IT-tjänster, såsom en nationell sjukvårdsrådgivning via Internet och telefon. Därutöver görs investeringar i vårdens tekniska infrastruktur för att förbättra säkerhet och kvalitet när information utbyts elektroniskt, exempelvis överföring av uppgifter mellan journalsystem och kvalitetsregister. Målet med satsningarna är dels att nödvändig vårddokumentation ska finnas tillgänglig vid vård och behandling, dels att informationen ska ha en så hög kvalitet att den tolkas och förstås på ett enhetligt sätt i alla delar av vården.

För att satsningarna på en mer effektiv informationsförsörjning med hjälp av IT ska kunna förverkligas krävs att gällande lagstiftning revideras. Regeringen har därför prioriterat ett lagstiftningsarbete för att möjliggöra en effektiv elektronisk informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Regeringen avser samtidigt att, med stöd av de medel som tidigare avsatts, stärka patientens möjlighet att själv komma åt personlig vårddokumentation och kontrollera hur den används. Regeringen avser att under 2008 lägga en proposition om en ny patientdatalag som bygger på betänkandet SOU 2006:82.

I syfte att effektivisera apoteksmarknaden i termer av bättre tillgänglighet, lägre konsumentpriser på läkemedel samt en säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning har regeringen tillsatt en särskild utredare. Denne har i uppdrag att lämna förslag som möjliggör för andra aktörer än Apoteket AB att bedriva detaljhandel med receptfria och receptbelagda läkemedel. Utredaren ska därefter lämna förslag till en reglering som innebär att vissa receptfria läkemedel ska kunna säljas till konsumenter på andra platser än apotek. Som ett första steg avser regeringen dock föreslå att tillgängligheten till receptfria nikotinläkemedel ökar. En proposition kommer att lämnas under hösten 2007 för att möjliggöra försäljning av dessa läkemedel utanför apotek.

Regeringen har för avsikt att under hösten 2007 lämna en proposition med förslag till en ny lag om katastrofmedicinska insatser utomlands. Lagen syftar till att ge landstingen möjlighet att planera för och delta i sådana insatser när många människor med hemvist i Sverige har drabbats av en stor olycka eller katastrof i ett annat land.

De resursförstärkningar som gjorts inom psykiatrin under 2007 har främst varit inriktade på tillgänglighet, utbildning och generella kvalitets-

förbättringar. Vidare har regeringen prioriterat satsningar mot den psykiska ohälsan hos barn och unga bl.a. genom att förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin samt att stärka vårdgarantin på detta område. Regeringen har även beslutat om inrättande av ett nationellt kompetenscentrum för barn och unga. Regeringens arbete med att utveckla psykiatrin drivs vidare under 2008 med satsningar på bl.a. kunskapsutveckling, ökad psykosocial kompetens och kvalitet inom primärvården samt en översyn av psykiatrins kvalitetsregister. Under 2008 planerar regeringen att genomföra reformen Vård med särskilda villkor vilken innebär att patienter inom tvångs- respektive rättspsykiatrisk vård, under vissa villkor, kommer att kunna skrivas ut till öppnare vårdformer. Regeringen avser också att göra en översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen, där en viktig fråga är om förutsättningarna för intagning till tvångsvård behöver förändras för att i vissa fall underlätta intagning.

Genom de påbörjade satsningarna har regeringen inlett ett viktigt utvecklingsarbete inom den psykiatriska vården. Det är angeläget att detta arbete fortsätter. Mot bakgrund av detta anser regeringen att den inriktning som angavs i budgetpropositionen för 2007 bör kvarstå. Regeringens förslag innebär att 500 miljoner kronor avsätts under 2008. Regeringen bedömer att arbetet för att stärka samhällets insatser för personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder bör utvecklas och intensifieras. Tidigare har regeringen bl.a. framfört att den psykiatriska vårdens organisation behöver ses över och att barn- och ungdomspsykiatrin behöver utvecklas. Innan ytterligare steg kan tas är det dock viktigt att inhämta olika aktörers ställningstaganden och synpunkter.

Den nationella psykiatrisamordnaren har i sitt betänkande lämnat förslag till en nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykisk sjukdom och funktionshinder, samt föreslagit långsiktiga resursförstärkningar till psykiatrin under åren 2009–2015. Psykiatrisamordnarens slutbetänkande bereds för närvarande inom Regeringskansliet och regeringen avser att återkomma i frågan.

Europa blir alltmer gränslöst, också inom hälso- och sjukvårdssektorn. Denna utveckling skapar förutsättningar för ökad tillgänglighet och valfrihet för den enskilde. I syfte att skapa tydliga regler för den gränsöverskridande vården

med trygga och förutsebara villkor för patienterna och sjukvårdshuvudmännen avser regeringen att ta fram en proposition om ersättning för vård i annat EES-land. I denna kommer att föreslås en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som, med stöd av EG-fördraget, givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). Regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen snarast möjligt efter det att förhandlingar med landstingen samt ärendets vidare beredning har avslutats.

Ett fortsatt stort intresse för medicinsk-etiska frågeställningar kan förutses i samhället vilket bl.a. återspeglas i debatten, både nationellt och internationellt. Inom den medicinska forskningen sker en snabb utveckling. Denna forskning är en förutsättning för nya behandlingsmetoder. Sjukdomar som tidigare inte kunnat behandlas blir möjliga att diagnostisera, bota eller lindra. Nya metoder för diagnos och behandling aktualiserar emellertid ibland grundläggande etiska frågeställningar. Detta ställer krav både på regering, riksdag och sjukvårdshuvudmän att göra bedömningar och ställningstaganden i kunskapsmässigt mycket komplicerade och ofta kontroversiella ämnen. Det kan handla om frågor med koppling till människovärdet eller som kan ha betydelse för individers rätt till självbestämmande och integritet. Regeringens arbete inom området syftar till en ansvarsfull hantering av frågorna så att fundamentala värden inte äventyras. Hit hör bl.a. att tidigt identifiera sådana nya metoder som kan kräva en etisk analys före introduktion i vården. Regeringen vill också betona vikten av en öppen debatt kring dessa svåra frågor. En sådan öppenhet är också avgörande för att vidmakthålla allmänhetens förtroende för forskning och vård. När det gäller ensamståendes tillgång till assisterad befruktning följer regeringen frågan.

Europaparlamentet och rådet antog den 31 mars 2004 ett direktiv (2004/23/EG) om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Ett förslag till ny lag om vävnader och celler avses överlämnas till riksdagen efter årsskiftet 2007/2008. Kostnaderna för landstingen för genomförandet i Sverige av de krav direktiven ställer beräknas till 119 miljoner kronor per år under tio år. Medel tillförs i samband med denna proposition:

119 miljoner kronor per år under 2008–2017 via anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Regeringen avser att förordna en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. En av utgångspunkterna för översynen ska vara att sådan information och kunskap som kan erhållas från humanbiologiskt material, s.k. vävnadsprover, som förvaras i biobanker ska vara tillgänglig för sjukvården vid vård och behandling av patienter. Sådana prover ska även vara tillgängliga för forskning. Vävnadsproverna ska dock endast få användas på ett sätt som respekterar den enskildes integritet och självbestämmande och som kan ge den enskilde och dennes genetiska släktingar ett tillräckligt skydd.

Regeringen planerar att genomföra en tandvårdsreform under 2008 i syfte att förstärka den enskildes skydd mot höga tandvårdskostnader samt att stimulera vuxna till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Regeringen anser att de patienter som har de största behoven behöver få bättre möjligheter att få sitt vårdbehov tillgodosett. Det är därför av stor vikt att det nya tandvårdsstödet omfattar ett skydd mot höga kostnader. Det ska vidare införas en tandvårdscheck som patienten kan använda som delbetalning för abonnemangstandvård eller regelbundna förebyggande tandvårdsbesök. För att stärka patientens ställning och möjliggöra ökad konkurrens på tandvårdsmarknaden avser regeringen vidare att lämna förslag som bl.a. gör det lättare att hitta information om olika behandlingsalternativ samt att jämföra priser mellan vårdgivare. Genom utvecklad styrning samt förstärkt uppföljning och utvärdering av bl.a. tandhälsa och tandvårdskostnader ska kvaliteten och effektiviteten inom tandvården förbättras. I syfte att, liksom inom hälso- och sjukvården, öka användandet av evidensbaserade behandlingsmetoder har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för tandvården. Senare under mandatperioden planerar regeringen en satsning på patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett ökat behov av tandvård.

4.9 Budgetförslag

4.9.1 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 4.7 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2006	Utfall	3 031 545	14 711	
2007	Anslag	3 233 000 ¹		3 250 000
2008	Förslag	5 328 000		
2009	Beräknat	7 098 814		
2010	Beräknat	6 248 814		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget ändamål är att finansiera det statliga tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan. En mindre del av anslaget används för stöd till kompetenscentrum m.m. på tandvårdsområdet.

År 2006 uppgick anslaget till drygt 3 miljarder kronor och utfallet blev något lägre än anslagsbeloppet.

Regeringens överväganden

Tandvårdsersättning

Regeringen avser att under 2008 genomföra en tandvårdsreform som omfattar ett skydd mot höga kostnader samt en tandvårdscheck. För att finansiera reformen föreslår regeringen att anslaget ökas till cirka 5,3 miljarder kronor. År 2009, då reformen får helårseffekt, beräknas anslaget till cirka 7,1 miljarder kronor.

Försäkringskassan har fått i uppdrag av regeringen att förbereda införandet av reformen. I förberedelserna ingår bl.a. utveckling av ett nytt IT-stöd för administrationen av tandvårdsstödet samt informations- och utbildningsinsatser. Regeringen föreslår därför att anslaget 13:1 minskas med 35 miljoner kronor 2008. Anslaget 19:6 *Försäkringskassan* (utgiftsområde 10) ökas med motsvarande belopp 2008 för att finansiera Försäkringskassans förberedelsearbete under 2007 och 2008. Regeringen avser att återkomma med ett förslag till slutlig reglering då den sammanlagda kostnaden för reformen har klarlagts.

Vid beräkningen av anslaget har regeringen beaktat att utfasningen av det nuvarande högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre kommer att leda till utgifter efter det nya stödets ikraftträdande.

Kompetenscentrum på tandvårdsområdet

För 2008 ska 13 miljoner kronor avsättas till kompetenscentrum m.m. på tandvårdsområdet. En del av medlen kan komma att användas för finansieringen av den nordiska produkt databasen för dentala material (Dentala Material Norden).

Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	3 233 000	3 233 000	3 233 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	3 000 000	3 000 000	3 000 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	-870 000	865 000	15 000
Överföring till/från andra anslag	-35 000	814	814
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	5 328 000	7 098 814	6 248 814

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 328 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 7 098 814 000 kronor respektive 6 248 814 000 kronor.

4.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 4.9 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2006	Utfall	20 550 000	0	
2007	Anslag	21 367 000 ¹		21 367 000
2008	Förslag	21 000 000		
2009	Beräknat	21 400 000		
2010	Beräknat	21 800 000		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

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

fastställts genom överenskommelser mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Överenskommelsen lägger fast det belopp staten ersätter landstingen med för perioden. För kostnaderna under 2006 erhöll landstingen enligt avtalet 20,7 miljarder kronor. För 2007 uppgår den avtalade ersättningen till 21,5 miljarder kronor. Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. Från anslaget utbetalas således under 2007 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2006, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2007. Under 2006 utbetalades från anslaget följaktligen 20,55 miljarder kronor och för 2007 kommer 21,37 miljarder kronor att utbetalas.

Regeringens överväganden

På tilläggsbudget i samband med denna proposition har regeringen begärt ett bemyndigande att ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 64,2 miljarder kronor under 2008–2010. Åtagandena bedöms rymmas inom de beräknade anslagsnivåerna för perioden 2008–2010.

Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	21 367 000	21 367 000	21 367 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-367 000	33 000	433 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	21 000 000	21 400 000	21 800 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 21 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 21 400 000 000 kronor respektive 21 800 000 000 kronor.

4.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 4.11 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor			
År	Slagslag	Belopp	Övrigt
2006	Utfall	250 586	Anslags-sparande 17 846
2007	Anslag	399 103 ¹	Utgifts-prognos 381 369
2008	Förslag	360 505 ²	
2009	Beräknat	360 505	
2010	Beräknat	360 505	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² 1 243 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2008 varav 606 tkr avser regleringsbelopp för 2005.

Ändamålet för anslaget är att genom riktade satsningar förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. Från anslaget utbetalas dessutom vissa statsbidrag i enlighet med Dagmaröverenskommelsen som träffas mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringens överväganden

Den 21 december 2006 godkände regeringen Dagmaröverenskommelsen för 2007. En ny överenskommelse kommer att tecknas för 2008.

Förutom satsningarna inom Dagmaröverenskommelsen beräknar regeringen för 2008 följande:

- 117 miljoner kronor till strategi för en god vård – förbättrad informationsförsörjning, öppna jämförelser av resultat, terminologi och klassifikationer, SNOMED CT, utvecklade ersättningssystem inom hälso- och sjukvården samt ökad mångfald, innefattande bl.a. stöd för avknoppning.
- ca 11,7 miljoner kronor till övriga bidrag för utveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn.
- 10 miljoner kronor till Socialstyrelsens arbete med rikssjukvård.
- ca 8,8 miljoner kronor för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168), miljöbalken och livsmedelslagen (2006:804), samt för ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare.

- ca 8,6 miljoner kronor till medicinteknisk verksamhet vid Läkemiddelsverket.
- 8 miljoner kronor för specialistkompetenskurser.
- 7 miljoner kronor till Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) för kunskapspridning och utbildningsinsatser.
- 7 miljoner kronor till Rett Center.
- 5,5 miljoner kronor till Centrum för patientklassificering och Socialstyrelsens projekt Hur mår Sverige.
- 5 miljoner kronor till Läkemiddelsverket för producentobunden läkemedelsinformation.
- 4 miljoner kronor till det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring.
- 3 miljoner kronor för Apoteket AB:s drift av läkemedelsförteckning.
- 2 miljoner kronor till SBU för utveckling av en upplysningstjänst för vården.
- 2 miljoner kronor till Socialstyrelsen för arbete med prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- 1,7 miljoner kronor till Läkemiddelsverket för myndighetens ökade kostnader till följd av den planerade propositionen om nikotinläkemedel i detaljhandeln.
- 1,5 miljoner kronor till Swecare för ökad samverkan mellan det offentliga hälso- och sjukvårdssverige och det privata företaget inom vård, omsorg, läkemedel och medicinteknik.
- ca 1,2 miljoner kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.
- 474 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

Anslaget minskades med 15 miljoner kronor under åren 2006 och 2007 efter beslut att finansiera satsningar på framför allt Rikskvinnocentrum och kvinnojourer. Anslaget minskas dessutom från och med 2008 med 3 miljoner kronor per år.

Anslaget minskas med ca 49,3 miljoner kronor jämfört med 2007 på grund av att bidraget till Hjälpmedelsinstitutet flyttas till anslag 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsbinder*.

För genomförande av undersökningar av levnadsförhållanden (ULF och Barn-ULF) minskas

anslaget 13:3 permanent med 830 000 kronor per år från och med 2008. Anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med motsvarande belopp. Under 2007 var motsvarande tilldelning 500 000 kronor.

Anslaget minskas med 1 miljon kronor per år 2008–2010 för inrättande av ett socialt råd med syfte att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området (se avsnitt 4.8). Anslaget 90:5 *Regeringskansliet m.m.* ökas med motsvarande belopp.

Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	399 103	399 103	399 103
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	10 707	10 707	10 707
Överföring till/från andra anslag	-49 305	-49 305	-49 305
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	360 505	360 505	360 505

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 360 505 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 360 505 000 kronor respektive år.

4.9.4 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 4.13 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2006	Utfall	39 340		2 102
2007	Anslag	40 695 ¹	Utgifts-prognos	41 155
2008	Förslag	41 001		
2009	Beräknat	41 940 ²		
2010	Beräknat	43 022 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 41 008 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 41 008 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) förvaltningskostnader. Myndigheten har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska

metoder ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. SBU ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig den kunskap som vunnits. SBU:s verksamhet har i huvudsak redovisats under avsnitten 4.5.2 och 4.5.3. Under 2006 uppgick anslaget till ca 40,4 miljoner kronor och utfallet var 39,3 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2006. Inriktningen för SBU:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.14 Härlledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	40 695	40 695	40 695
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	298	1 230	2 312
Beslut	8	15	16
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	41 001	41 940	43 022

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 41 001 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 41 940 000 kronor respektive 43 022 000 kronor.

4.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.15 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

2006	Utfall	28 001	Anslags-sparande	1 100
2007	Anslag	29 099 ¹	Utgifts-prognos	28 577
2008	Förslag	29 329		
2009	Beräknat	30 019 ²		
2010	Beräknat	30 804 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 29 334 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 29 334 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds förvaltningskostnader.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ska pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrken bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Myndighetens verksamhet innebär en medicinsk prövning av varje individuellt ärende och ger därmed möjlighet till en offentlig och oberoende genomlysning av vården. HSAN ska återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna. Under 2006 uppgick anslaget till ca 28,9 miljoner kronor och utfallet var 28 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2006. Inriktningen för HSAN:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	29 099	29 099	29 099
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	224	909	1 694
Beslut	6	11	11
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	29 329	30 019	30 804

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 29 329 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 30 019 000 kronor respektive 30 804 000 kronor.

4.9.6 13:6 Socialstyrelsen

Tabell 4.17 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2006	Utfall	534 631		41 397
2007	Anslag	537 989 ¹	Utgifts-prognos	562 600
2008	Förslag	549 288		
2009	Beräknat	562 693 ²		
2010	Beräknat	574 685 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 549 244 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 546 239 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Socialstyrelsens förvaltningskostnader, utvecklingsmedel inom socialtjänsten, miljömålsfrågor, särskilda tillsynsinsatser inom äldreården, samt Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd. Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, stöd

och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. Myndigheten har utöver detta ett samlat sektorsansvar för handikappolitiken i vård- och omsorgsfrågor. Socialstyrelsen ska säkerställa och främja god hälsa, social välfärd, omsorg och vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen ingår dessutom i samverkansområdena Skydd, undsättning och vård samt Spridning av allvarliga smittämnen, giftiga kemikalier och radioaktiva ämnen. Dessa områden beskrivs under utgiftsområde 6 Försvar samt beredskap mot sårbarhet. Under 2006 uppgick anslaget till cirka 562 miljoner kronor och utfallet var cirka 535 miljoner kronor.

Ansvar för administrationen av läkarnas specialistkompetenskurser överfördes i september 2002 från Socialstyrelsen till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). IPULS erhåller 17,3 miljoner kronor för sådan verksamhet 2007.

Under 2007 utbetalas ca 13,2 miljoner kronor från anslaget till Läkemedelsverket för marknadsbevakning av medicintekniska produkter. Under 2007 utbetalas dessutom 5,6 miljoner kronor från anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för samma verksamhet.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.18 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	15 263	0	15 263	0
Prognos 2007	12 800	0	12 800	0
Budget 2008	11 800	0	11 800	0

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta, utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida.

Socialstyrelsen ska även ta ut avgifter för tillsyn av blodverksamhet. Styrelsen disponerar inte dessa avgifter som beräknas uppgå till 1,8 miljoner kronor årligen från och med 2007.

Tabell 4.19 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	9 883	-6 668	3 215
Prognos 2007	9 700	-6 500	3 200
Budget 2008	9 700	-6 500	3 200

Avgiftsintäkterna under 2006 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivningskostnader i tabellens beräkningar, inte personalkostnader. Detta är anledningen till att verksamheten visar överskott.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har erhållit 2 miljoner kronor 2007 för tillsyn över sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen har sedan 2003 disponerat medel för detta ändamål, samt för andra insatser som är särskilt inriktade på att det nationella målet för regeringens ohälsöarbete uppfylls. Detta tillskott upphör under 2008.

I regeringens proposition Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (prop. 2006/07:129) föreslogs att Socialstyrelsen ska utveckla nationella uppföljningssystem och register för att på ett bättre sätt möjliggöra uppföljning och resultatmätning av den sociala barn- och ungdomsvården på nationell nivå. För uppdraget ökas anslaget med 2,5 miljoner kronor från och med 2008. Anslag 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp.

I regeringens proposition Utredningar avseende barn som avlidit i anledning av brott m.m. (prop. 2006/07:108) föreslogs att Socialstyrelsen ska genomföra en utredning när ett brott har begåtts mot ett barn och barnet har avlidit i anledning av brottet eller det annars finns särskilda skäl att utreda ett barns dödsfall och det finns särskild anledning att anta att dödsfallet har samband med förhållanden som inneburit att barnet varit i behov av skydd. För uppdraget ökas anslaget med 1 miljon kronor från och med 2008. Anslag 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen har, som tidigare nämnts, för avsikt att under hösten 2007 lämna en proposition med förslag till en ny lag om katastrofmedicinska insatser utomlands. Anslaget ökas med 6 miljoner kronor per år 2008–2009 samt 3 miljoner kronor 2010 för Socialstyrelsens ökade kostnader till följd av propositionen.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2006. Inriktningen för Socialstyrelsens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	537 989	537 989	537 989
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	3 712	16 976	31 922
Beslut	7 587	7 728	4 774
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	549 288	562 693	574 685

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 549 288 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 562 693 000 kronor respektive 574 685 000 kronor.

4.9.7 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tabell 4.21 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

			Anslags- sparande	
2006	Utfall	46 443		13 513
2007	Anslag	53 626 ¹	Utgifts- prognos	50 577
2008	Förslag	59 053		
2009	Beräknat	60 402 ²		
2010	Beräknat	61 958 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 59 065 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 59 065 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Läkemedelsförmånsnämndens förvaltningskostnader. Läkemedelsför-

månsnämndens (LFN) huvudsakliga uppgifter är att besluta om receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar ska omfattas av samhällets subvention. För att ett läkemedel ska få subvention måste dess medicinska effekt stå i rimlig proportion till de kostnader det medför i ett brett medicinskt, humanitärt och samhällsekonomiskt perspektiv. Övriga krav som ställs på läkemedel för att de ska subventioneras återfinns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. På ansökan av den som marknadsför ett läkemedel eller en vara fastställer LFN även försäljningspriset på produkten. Nämnden kan också på eget initiativ ompröva om ett läkemedel eller en vara ska finnas kvar inom förmånerna. LFN har i uppdrag att gå igenom hela läkemedels Sortimentet och pröva om produkterna uppfyller de krav som i dag ställs på subventionerade läkemedel. Under 2006 uppgick anslaget till cirka 58,2 miljoner kronor och utfallet var cirka 46,4 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2006. Inriktningen för Läkemedelsförmånsnämndens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.22 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

	Tusental kronor		
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	58 626	58 626	58 626
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	417	1 754	3 310
Beslut	10	22	23
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	59 053	60 402	61 958

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 59 053 000 kronor anvisas under anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 60 402 000 kronor respektive 61 958 000 kronor.

4.9.8 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 4.23 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor				
2006	Utfall	385 243	Anslags-sparande	-7 394
2007	Anslag	458 023 ¹	Utgifts-prognos	465 751
2008	Förslag	395 159		
2009	Beräknat	423 057		
2010	Beräknat	437 577		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslagets ändamål är att finansiera ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden och anslaget administreras av Försäkringskassan. Under 2006 uppgick anslaget till ca 358 miljoner kronor och utfallet under samma år blev ca 385 miljoner kronor.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har i huvudsak kopplingar till det svenska medlemskapet i den Europeiska unionen och till sjukvårdsavtal/konventioner som Sverige tecknat med andra länder. Kostnaderna inom anslaget kan delas upp i de olika områdena – pensionärsvård, konventionsvård, sjukvårdstjänster, samt så kallad turistvård.

I begreppet pensionärsvård ingår vård för svenska pensionärer som valt att bosätta sig i annat medlemsland samt vård för pensionärernas familjemedlemmar. Termen konventionsvård avser kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner och betalningsavståenden med länder utanför EU. I turistvård ingår vård för svenska turister som blivit sjuka i samband med tillfällig vistelse i annat EU-land, vård för studerande och utsända samt planerad vård som ges efter det att förhandstillstånd beviljats. Begreppet sjukvårdstjänster avser kostnader i samband med ersättningar i enlighet med EG-fördragets artiklar 49 och 50 om den fria rörligheten för varor och tjänster.

Kostnaderna inom detta område har ökat i och med ett ökat europeiskt samarbete, en utvidgad union och en ökad kunskap om rättigheter och möjligheter i ett integrerat Europa. Flera domar i EG-domstolen har de senaste åren bekräftat EU-medborgarnas rätt till ersättning för hälso- och sjukvård som erhållits i ett annat medlemsland. Europeiska kommissionen har under 2006 och 2007 haft ett offentligt samråd kring bl.a. rätten till ersättning för vård given i en

annan medlemsstat, i syfte att tydliggöra regelverket.

Antalet personer som ansöker om ersättning för planerad vård i ett annat EU-land, EES-land eller i Schweiz har ökat kraftigt. Under de första sex månaderna 2006 beviljades 927 ansökningar vilket kan jämföras med 147 beviljade ansökningar under hela 2004. Utöver ersättning i efterhand för planerad utlandsvård kan Försäkringskassan även bevilja förhandstillstånd för vård inom EU/EES eller Schweiz. Detta sker dock i relativt liten utsträckning med ca 100 förhandstillstånd per år.

Regeringens överväganden

Kostnaden för sjukvårdsförmånerna i internationella förhållanden har kopplingar till det svenska medlemskapet i EU och till avtal om sjukvårdsförmåner som Sverige tecknat med andra länder. Med medlemskapet i EU följer ett kostnadsansvar för sjukvård som lämnas i andra EU-länder till personer försäkrade i Sverige och till svenska pensionärer bosatta i en annan medlemsstat. På motsvarande sätt har andra medlemsstater ett kostnadsansvar gentemot Sverige.

Det råder svårigheter att prognostisera kostnader på detta område eftersom många länder väntar flera år med att skicka sina fakturor till Sverige. Schablonersättningen till Spanien för pensionärsvården höjdes både i början av 2006 och i början av 2007, vilket innebär ökade kostnader för Sveriges del med cirka 10 miljoner kronor per år. EU-utvidgningen har vidare medfört en viss osäkerhet i prognoserna och många länder har fortfarande inte skickat sina fakturor. För att finansiera ökade kostnader har regeringen föreslagit att tillföra anslaget ytterligare 90 miljoner kronor 2007, på tilläggsbudget i denna proposition.

Tabell 4.24 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	368 023	368 023	368 023
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	291	561	-7 688
Volym	26 845	54 473	77 242
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	395 159	423 057	437 577

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 395 159 000 kronor anvisas under anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 423 057 000 kronor respektive 437 577 000 kronor.

4.9.9 13:9 Bidrag till psykiatri

Tabell 4.25 Anslagsutveckling 13:9 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor			
År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Utfall		0
2007	Anslag	500 000 ¹	467 959
2008	Förslag	500 000	
2009	Beräknat	250 000	
2010	Beräknat	250 000	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2007 under anslaget avsatt 500 miljoner kronor 2007 och föreslagit att 500 miljoner kronor avsätts 2008 för satsningar på vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri (prop. 2006/07:1 utgiftsområde 9, bet. 2006/07:SoU1, rskr. 2006/07:59).

Regeringens överväganden

Regeringen har under 2007 avsatt cirka 215 miljoner kronor till landstingen för att stärka arbetet med att förbättra tillgängligheten till psykiatrisk vård för barn och unga. I samband med denna satsning har staten träffat ett avtal med Sveriges Kommuner och Landsting om en kartläggning av behoven inom den psykiatriska hälso- och sjukvården i syfte att stärka vårdgarantin för barn och unga. Regeringen har under 2007 avsatt 4 miljoner kronor för detta ändamål. Regeringen har utöver detta avsatt 20 miljoner kronor 2007 för att inrätta ett nationellt centrum för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa.

Regeringen avser att under våren 2008 föreslå riksdagen en ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, med inriktningen att personer som skrivs ut från den psykiatriska tvångsvården fortsatt ska kunna omfattas av krav på t.ex. medicinering när de vårdas under öppnare former. Samtidigt kan slutenvårdsresurserna användas mer effektivt. Regeringen har för 2007 avsatt cirka 150 miljoner kronor i form av en ekonomisk stimulans till kommunerna för att förbereda sin verksamhet inför den nya vårdformen.

Regeringen har i ett kompetenspaket avsatt totalt cirka 80 miljoner kronor 2007 i syfte att bl.a. stärka baspersonalens kompetens, förbättra den psykosociala kompetensen inom primärvården samt stärka specialistläkarutbildningen i psykiatri. För att stärka kvalitets- och utvecklingsarbete inom den psykiatriska vården samt öka brukarinflytandet i vården har regeringen avsatt totalt cirka 31 miljoner kronor 2007.

Genom de påbörjade satsningarna har regeringen inlett ett viktigt utvecklingsarbete inom den psykiatriska vården. Det är angeläget att detta arbete fortsätter. Mot bakgrund av detta anser regeringen att den inriktning som angavs i budgetpropositionen för 2007 bör kvarstå. Regeringens förslag innebär att 500 miljoner avsätts under 2008. Regeringen bedömer att arbetet för att stärka samhällets insatser för personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder bör utvecklas och intensifieras. Tidigare har regeringen bl.a. framfört att den psykiatriska vårdens organisation behöver ses över och att barn- och ungdomspsykiatrin behöver utvecklas. Innan ytterligare steg kan tas är det dock viktigt att inhämta olika aktörers ställningstaganden och synpunk-

ter. Den nationella psykiatrisamordnarens slutbetänkande bereds för närvarande inom Regeringskansliet och regeringen avser att återkomma i frågan.

Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 13:9 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	500 000	500 000	500 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-250 000	-250 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	500 000	250 000	250 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 500 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:9 *Bidrag till psykiatri* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 250 000 000 kronor respektive år.

4.10 Övrig verksamhet

4.10.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ska bidra till att uppfylla målet för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik genom att tillse att läkemedel är effektiva, säkra och av god kvalitet samt genom att verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Läkemedelsverket ska även ansvara för kontroll och tillsyn av medicintekniska produkter. Ett av Läkemedelsverkets mål är att medverka till att läkemedelsförsörjningen utvecklas och blir mer kostnadseffektiv. I detta arbete ska Läkemedelsverket dels utgöra en kontrollerande myndighet, dels arbeta för rationell utveckling och användning av nya och äldre läkemedel.

Tabell 4.27 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	400	367 524	329 488	38 036
Prognos 2007	1 450	367 575	363 835	3 740
Budget 2008	1 450	367 575	371 726	-4 151

Under 2006 uppgick verksamhetens avgiftsin-
täkter till cirka 367,5 miljoner kronor och kost-
naderna till cirka 329,5 miljoner kronor. Läke-
medelsverket uppvisade i årsredovisningen för
2006 ett överskott uppgående till cirka
38 miljoner kronor. Summan av det balanserade
resultatet och resultatet 2006 utgjorde
33 procent av omsättningen. Verket redovisade i
enlighet med kapitalförsörjningsförordningen
(1996:1188) ett förslag till regeringen om hur
överskottet bör disponeras. Regeringen avser att
se över myndighetens avgiftsnivåer. I budget-
underlaget angav Läkemedelsverket för 2008 en
beräknad kostnadsbudget om cirka 371,7 mil-
joner kronor och en beräknad intäktsbudget om
cirka 367,6 miljoner kronor.

Läkemedelsverket redovisade i december 2006
en rapport angående olaga läkemedelsförsäljning
(S2006/10485/HS). Uppdraget bestod i att öka
kunskapen om riskerna med olaga försäljning av
de produkter som faller inom Läkemedelsverkets
ansvarsområde. Av rapporten Ökad kunskap om
riskerna med försäljning av produkter som faller
inom Läkemedelsverkets ansvarsområde framgår
t.ex. att verket bidragit med viktig information
om olaga försäljning genom bl.a. sin hemsida,
seminerier, regelbundna kontakter med företag,
privatpersoner och massmedia samt inom ramen
för nationellt och internationellt samarbete.

4.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är ett av staten helägt bolag. En
beskrivning och bedömning av verksamheten
återfinns i regeringens årliga skrivelse till riks-
dagen, 2007 års redogörelse för företag med
statligt ägande (skr. 2006/07:120). Apoteket är
det företag som enligt 4 § lagen (1996:1152) om
handel med läkemedel m.m. har ensamrätt att
sälja läkemedel till allmänheten. Apotekets
huvudsakliga uppgift är att via cirka 900 öppen-
vårdsapotek verka för en god försörjning och
användning av såväl receptbelagda som receptfria
läkemedel. Apoteket ansvarar även, via ca
80 entreprenaddrivna sjukhusapotek, för upp-
handling och försörjning av läkemedel till den
slutna vården. I syfte att säkra läkemedelsför-
sörjningen också i glest befolkade områden har
Apoteket avtal med cirka 850 apoteksombud.
Ombudens uppdrag är att förmedla förskrivna
receptläkemedel samt att sälja ett begränsat sor-
timent av receptfria läkemedel. I Apotekets upp-
drag ingår vidare att erbjuda producentobero-
ende information och rådgivning till enskilda
konsumenter samt producentoberoende infor-
mation till läkemedelsförskrivare.

Bolagets omsättning uppgick under 2006 till
ca 37,3 miljarder kronor (35,5 miljarder kronor
2005). Försäljningen av läkemedel på recept
ökade under 2006, såväl avseende volymer som
priser. Resultat efter finansnetto (före skatt)
uppgick till 621 miljoner kronor (290 miljoner
kronor 2005). Det positiva resultatet förklaras av
en förbättrad bruttovinst och minskade kostna-
der i verksamheten. Apoteket lämnade för verk-
samshetsåret 2006 en utdelning på 150 miljoner
kronor.

Apoteket bedöms på ett tillfredsställande sätt
uppfylla sitt uppdrag som det är formulerat. De
av regeringen fastställda räntabilitets- och soli-
ditetsmålen överträffas. Bolaget placerar sig väl i
mätningar när det gäller allmänhetens kännedom
om och attityd till företaget. Patientsäkerheten i
bolagets verksamhet är mycket hög. Andelen
felexpedieringar under 2006 uppgick till
0,19 promille av de cirka 63,9 miljoner recept-
rader som expedierades. Tillgängligheten, såväl
geografiskt som i termer av öppethållande och
kortare väntetider, förbättras kontinuerligt.

Tabell 4.28 Ekonomisk översikt för Apoteket AB*Miljoner kronor*

	2002	2003	2004	2005	2006
Resultat efter finansiella poster	31	197	282	290	621
Eget kapital	1 648	1 855	2 518	2 632	3 010
Utdelning	100	117	100	70	150
Räntabilitet på eget kapital, %	0,7	19,7	9,4	7,8	15,8
Medelantalet anställda	10 827	10 886	10 856	10 914	10 632

5 Politikområde Folkhälsa

5.1 Omfattning

Folkhälsopolitikens sektorsövergripande karaktär innebär att ansvaret för de statliga insatserna på folkhälsoområdet är fördelat mellan departementen i Regeringskansliet. Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen är myndigheter som har centrala uppgifter inom folkhälsoområdet genom att vara kunskapscentrum inom området, genom nationell uppföljning och utvärdering såväl av folkhälsans utveckling som av insatser inom folkhälsoområdet och genom tillsyn och epidemiologisk bevakning. Folkhälsoforskning finansieras bl.a. av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och av Vetenskapsrådet.

Inom politikområdet finns ett särskilt ansvar för insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen. I budgetpropositionen redovisar regeringen i första hand resultat av insatser som har vidtagits inom politikområdet Folkhälsa. Hit hör exempelvis insatser för att förhindra alkoholskador och narkotikamissbruk, minska tobaksbruk och skadeverkningar av överdrivet spelande. Även smittskydd och hälsoskydd ingår i politikområdet samt en rad frågor av betydelse för samhällets beredskap i hälsorelaterade frågor, främst inom smittskyddsområdet.

Inom politikområdet ger regeringen bl.a. bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol- och narkotikapolitiska insatser. Även Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden ingår i politikområdet. Politikområdet omfattar även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO) och Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV). Från 2007 ingår även Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

Riksdagen har godkänt regeringens förslag i 2007 års ekonomiska vårproposition att Institutet för psykosocial medicin (IPM) avvecklas fr.o.m. den 1 oktober 2007 och att huvuddelen av de ändamål och verksamheter som utförts vid myndigheten och som finansierats från anslaget 14:6 *Institutet för psykosocial medicin* flyttas till utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning. Huvuddelen av verksamheten inordnas den 1 oktober 2007 i Stockholms universitet. Den del av IPM, som i samarbete med Stockholms läns landsting bildar Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, inordnas från samma datum i Karolinska institutet. Denna del finansieras även fortsättningsvis inom utgiftsområde 9.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet
Miljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	151,1	151,9	150,8	145,6	145,6	145,6
14:2 Bidrag till WHO	34,5	35,2	32,5	34,7	34,7	34,7
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	18,0	18,3	16,8	18,6	19,2	19,6
14:4 Statens folkhälsoinstitut	140,1	196,4	226,0	130,2	133,3	136,7
14:5 Smittskyddsinstitutet	181,6	184,8	184,4	186,3	190,8	195,8
14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	112,6	111,6	109,5	217,2	207,1	207,1
14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	232,4	248,2	251,0	258,3	258,3	258,3
14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
14:9 Insatser för vaccinerberedskap		1,0	1,0	300,0	300,0	400,0
2007 09 14:6 Institutet för psykosocial medicin	15,3	15,5	15,5	-	-	-
2006 09 14:10 Vaccinförsörjning	0,6	-	186,6	-	-	-
Totalt för politikområde Folkhälsa	886,2	963,0	1 174,3	1 291,0	1 289,1	1 398,0

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

5.3 Mål

Målet för politikområdet är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2004/05:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.3, bet. 2004/05:SoU1, rskr. 2004/05:114). I budgetpropositionen beskrivs särskilt resultaten inom de områden för vilka särskilda medel har avsatts inom politikområdet: alkohol, narkotika, tobak, smittskydd och spelberoende.

5.4 Resultatredovisning

För att nå målet för politikområdet krävs ett sektorsövergripande, långsiktigt och målinriktat arbete. Det förutsätter i sin tur god samordning på nationell, regional och lokal nivå. För att främja denna samordning inrättades 2003 en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor. I ledningsgruppen ingår 16 statliga myndigheter representerade genom sina chefer. Den regionala och lokala nivån företräds av Sveriges Kommuner och Landsting. Äldre- och folkhälso- ministern är ledningsgruppens ordförande.

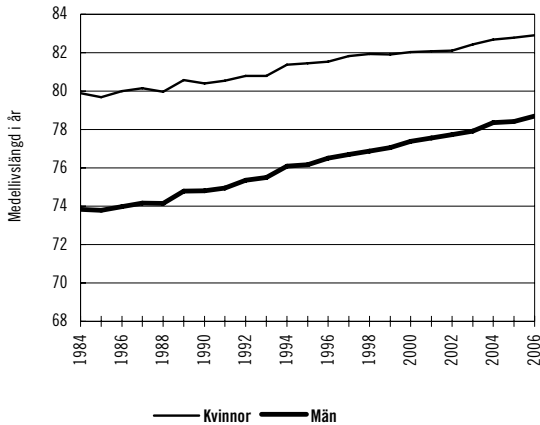
Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå av landsting, länsstyrelser, kommuner och frivilligorganisationer. Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808) och livsmedelslagen (1971:511). Statens folkhälsoinstitut (FHI) har producerat flera kunskapssammanställningar och kunskapsunderlag om metoder och strategier för folkhälsoarbetet. Landsting och kommuner är särskilt viktiga målgrupper för FHI:s kunskaps-spridning. Tillgången till regionala och lokala folkhälsodata via Internet, t.ex. Kommunala basfakta, har ytterligare utvecklats. FHI har även fortsatt arbetet med att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut och insatser inom olika områden.

5.4.1 Folkhälsans utveckling

Förbättringar i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och minskad risk för en för tidig död. Generellt sett har folkhälsans utveckling

varit gynnsam. Dock finns det områden med sämre utveckling. Till dessa hör unga kvinnors hälsoutveckling och att fler äldre rapporterar att de har fler sjukdomar.

Diagram 5.1 Medellivslängd 1983–2006



Källa: SCB

Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige. År 2006 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 78,7 år och en nyfödd flicka 82,9 år. Mellan 1970 och 2006 har den förväntade medellivslängden vid födelsen ökat med 5,8 år för kvinnor och 6,5 år för män. Enligt Statistiska centralbyråns prognoser väntas medellivslängden till 2020 öka till 80,8 år för män och 84,2 år för kvinnor.

Den stora nedgången i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden. Även risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom har minskat under 1990-talet vilket med största sannolikhet kan förklaras av förändrade levnadsvanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor.

Cancer är den näst största dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. I dag lever personer som diagnostiseras med cancer i genomsnitt sju år längre än de som fick cancer på 1960-talet. Förbättrade behandlingsmetoder och tidigare upptäckt har ökat överlevnaden.

Den självrapporterade hälsan bland äldre (65–84 år) har förbättrats under den senaste tjugofemårsperioden. Fler äldre lever till högre åldrar. Samtidigt visar studier en ökning av andelen långvarigt sjuka från 1980-talet till 1990-talet och en fortsatt kraftig ökning under 2000-talet. Detta gäller främst äldre som rapporterar minst tre sjukdomar. Det faktum att vi lever längre innebär med andra ord att vi hinner utveckla fler sjukdomar.

Sedan 1984 har spädbarnsdödligheten halverats. År 2006 var den 2,8 döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda barn under 1 års ålder. Detta är en liten ökning jämfört med 2005.

Besvär av övervikt och fetma ökade bland män mellan åren 2004 och 2005 för att sedan minska 2006 enligt Statens folkhälsoinstituts (FHI) nationella folkhälsoenkät. Bland kvinnorna ökade besvären av övervikt mellan 2004 och 2005, för att därefter vara konstant 2006. Besvär av övervikt och fetma är vanligast bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.

Det har skett en viss förbättring av det psykiska välbefinnandet under de tre senaste åren. Undantaget är unga kvinnor och unga män i åldersgruppen 16–24 år. Svåra besvär har dock inte ökat bland de unga männen. Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät 2006 är det kvinnor födda utanför Europa som i störst utsträckning rapporterar att de har nedsatt psykiskt välbefinnande.

Personer med utländsk bakgrund i åldrarna 16–64 år har överlag sämre självskattad hälsa än personer med svensk bakgrund. Slutrapporten Diskriminering – ett hot mot folkhälsan, från FHI:s projekt Diskriminering och hälsa, redovisar starka samband mellan diskriminering och ohälsa.

Enligt studien Skolbarns hälsovanor visar barnen tecken på bättre psykiskt välbefinnande än tidigare. Dock rapporterar en ökad andel 15-åriga flickor ett, två eller fler besvär, såsom nedstämdhet eller sömnbesvär.

Det finns ett samband mellan sysselsättning och hälsa samtidigt som risken är hög för att personer med dålig hälsa ska bli arbetslösa. I FHI:s nationella folkhälsoenkät 2006 rapporterar personer med sjuk- eller aktivitetsersättning och arbetslösa i större utsträckning dålig hälsa jämfört med de som yrkesarbetar. Om arbetslöshet leder till sämre hälsa är det angeläget att minska det utanförskap som dessa personer upplever genom att öka sysselsättningen och därmed förbättra folkhälsan.

Forskning visar att utanförskap i hög utsträckning orsakar psykisk ohälsa. Regeringens politik för att förhindra utanförskap är därför en viktig del i strategin för att minska den psykiska ohälsan.

5.4.2 Alkohol

Mål

Det övergripande målet för samhällets alkoholpolitik är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Målet ska nås genom insatser för att minska den totala alkoholkonsumtionen och mot skadligt dryckesbeteende, med hänsyn tagen till skillnader i livsvillkor hos flickor, pojkar, kvinnor och män (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:SoU12, rskr. 2005/06:157).

Indikatorer

Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är total alkoholkonsumtion och dödsfall i alkoholrelaterad sjukdom eller skada.

Resultat

Under våren 2006 antog riksdagen en ny nationell alkoholhandlingsplan för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:SoU12, rskr. 2005/06:157). Planen bygger i huvudsak vidare på den förra handlingsplanen från 2001, men med större tonvikt på internationella frågor.

Inom ramen för handlingsplanen har ett stort antal myndigheter, intresseorganisationer och forskare bidragit till att stärka det alkoholförebyggande arbetet. Alkoholkommittén har samordnat insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulerat insatser på regional och lokal nivå.

Det förebyggande arbetet i kommunerna bedrivs nu mer samordnat och insatserna baseras i allt större utsträckning på effektiva, vetenskapligt utprovade metoder. Många kommuner kan också redovisa positiva resultat, främst att konsumtionen och berusningsdrickandet minskat bland ungdomar. I kommuner som fått särskilt stöd kan man visa att tillgången på alkohol begränsats, föräldrar langar mindre och bjuder inte i lika stor utsträckning sina barn på alkohol hemma.

Kommunala samordnare finns i ca 250 kommuner. I varje län finns länsamordnare. Dessa har bidragit till att utveckla en struktur för det lokala och regionala arbetet med alkohol- och narkotikaprevention. Samordnarna har också aktivt medverkat till att få igång en rad olika förebyggande insatser i kommunerna. Ett exempel på detta är att 7 av 10 kommuner uppges använda Örebro Preventionsprogram (ÖPP), ett program riktat till föräldrar som visat goda resultat på högstadieungdomars alkoholvanor. Alkoholkommittén och Statens folkhälsoinstitut har bl.a. utbildat instruktörer i ÖPP som nu sprider programmet i hela landet. På den nationella nivån har stödinsatser riktade till föräldrar samt insatser i skolan och för riskgrupper, som t.ex. barn till föräldrar med missbruksproblem, stått i fokus liksom insatser för att bekämpa den illegala alkoholhanteringen.

I 36 kommuner har, med stöd från Alkoholkommittén, ett arbete påbörjats med att utveckla ett systematiskt föräldrastöd och insatser för att begränsa tillgången på alkohol.

En nationell mobilisering har inletts under året för att ytterligare stimulera kommunerna att ge stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk eller psykiska problem. En stor nationell satellitkonferens med fokus på denna fråga hölls den 10 september 2007. Insatserna från tull och polis mot den olagliga handeln med alkohol har förstärks. Framgångsrika metoder har bl.a. utvecklats av Polismyndigheten i Kronobergs län. Alkoholkommitténs lokala informationskampanjer på olika orter runt om i landet har visat goda resultat.

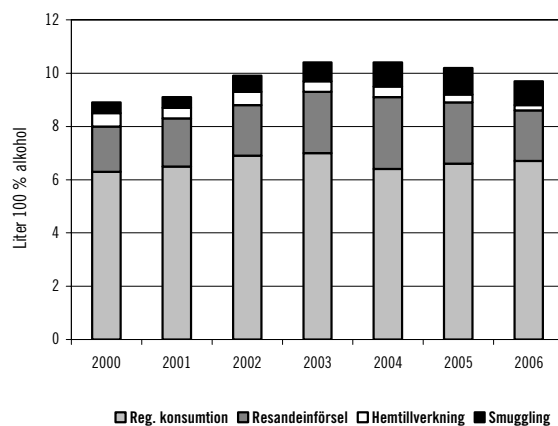
Alkoholkommittén har med stöd av länsamordnarna medverkat i mobiliseringen av de kommunala insatserna. Statens folkhälsoinstitut har tillsammans med bland andra Alkoholkommittén bedrivit insatser riktade till skolan. Alkoholkommittén har också initierat ett arbete på gymnasieskolan som kommer att utvecklas vidare. Under året har samtliga landsting genomfört ytterligare satsningar på riskbruk inom primärvården.

Inom ramen för den gemensamma nordiska alkoholpolitiska plattform som beslutades av Nordiska ministerrådet 2004, verkade den förra regeringen för höjda minimiskatter på alkohol inom EU och för en sänkning av de indikativa nivåerna och återinförande av fasta införselkvoter. Den Europeiska kommissionen har den 12 september 2006 lämnat ett förslag om inflationsuppräknning av minimiskatterna på alkohol inom Europeiska unionen (EU) med 31 procent, ett förslag som Sverige välkomnar. Däremot har det inte gått att få något stöd utanför den nordiska kretsen, för förslagen om sänkta indikativa nivåer och återinförande av fasta införselkvoter. Vid det nordiska ministerrådet i Helsingfors i juni 2007 beslutades att den nordiska alkoholplattformen återkommande ska revideras.

Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige under flera år arbetat för att det alkoholskadeförebyggande arbetet ska ges högre prioritet inom EU och internationellt. I EU har Sverige fört diskussioner med kommissionen och med medlemsländerna om att formulera en gemensam strategi för frågor om alkohol och folkhälsa. Inom Världshälsoorganisationen (WHO) har de nordiska länderna gemensamt tagit initiativ till ett flertal resolutioner på alkoholområdet med syfte att intensifiera insatserna mot alkoholens skadeverkningar både på global nivå och inom medlemsländerna. Detta har lett till ökad aktivitet både inom huvudorganisationen och i de sex regionerna. För att minska den globala alkoholrelaterade sjukdomsburden och säkerställa WHO:s fortsatta arbete på alkoholområdet har Sverige drivit på för att få igenom ytterligare en resolution med begäran om en global alkoholstrategi. Frågan ska behandlas på WHO:s styrelsemöte i januari 2008.

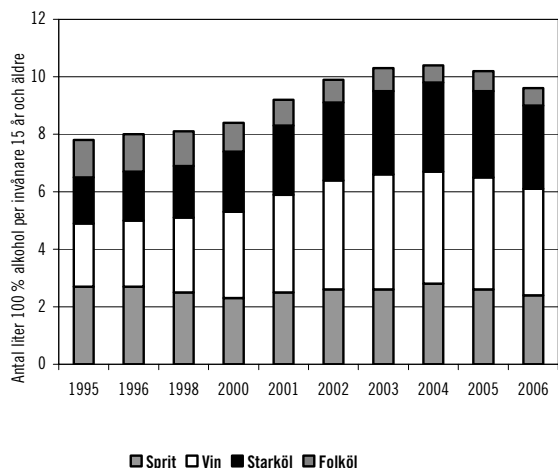
Två viktiga händelser under senare tid, med konsekvenser för svensk alkoholpolitik, är de båda EG-domarna, dels i det s.k. Joustramålet från 26 november 2006, dels i Rosengrenmålet från den 5 juni i år. Joustradomen slog fast att det bara är varor som importerar för eget bruk och där transporten sköts av köparen personligen som är befriade från punktskatt i hemlandet. I Rosengrenmålet (C-170/04) slog domstolen fast att ett nationellt förbud mot att privatpersoner importerar alkoholdrycker för eget bruk, som det föreskrivs i alkohollagen, utgör en obefogad kvantitativ importrestriktion av den fria rörligheten för varor. EG-domstolen anser att importförbudet varken är befogat eller proportionellt för att skydda människors hälsa och liv.

Diagram 5.2 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen 2000–2006, per invånare 15 år och äldre



Källa: SoRAD, Stockholms universitet

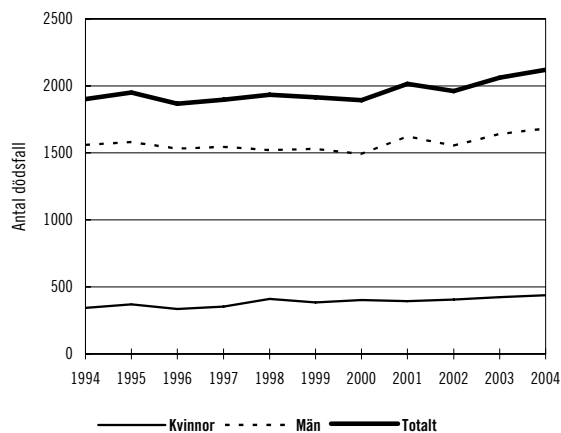
Mellan 1995 och 2004 ökade den årliga alkoholkonsumtionen bland personer 15 år eller äldre med drygt 30 procent i Sverige, från 7,8 till 10,5 liter ren alkohol per person. Sedan toppåret 2004 har konsumtionen minskat till 9,7 liter år 2006. Enligt preliminära siffror för det första kvartalet 2007 tycks dock nedgången ha avstannat.

Diagram 5.3 Alkoholkonsumtionen 1995, 1996, 1998 och 2000–2006: totalt och per alkoholdryck, registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion

Källa: SoRAD, Stockholms universitet

Det bör också uppmärksammas att den generella ökningen av alkoholkonsumtionen sedan mitten av 1990-talet gäller vin och starköl. Vinkonsumtionen omräknat i hundra procentig alkohol har ökat med nästan 70 procent. Starkölskonsumtionen har i det närmaste fördubblats till en nivå på 2,9 liter per person. Spritkonsumtionen har legat nästan konstant på en nivå på ca 2,5 liter per person. Folkölskonsumtionen är den enda delen av totalkonsumtionen som minskat och ligger i dag på ca 0,6 liter per person och år. Män står för ca 70 procent av den totala alkoholkonsumtionen och kvinnor för 30 procent.

Intensivkonsumtionen (alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit eller en helflaska vin eller fyra burkar starköl eller sex burkar öl klass II vid samma tillfälle) är som störst bland män i åldersgruppen 20–25 år och bland kvinnor i åldersgruppen 18–19 år. Bland 16-åringar har flickornas konsumtion kommit i kapp pojkarnas. En trolig förklaring är att antalet flickor som dricker mycket har blivit fler. För pojkar har alkoholutvecklingen de senaste åren varit mer återhållsam. Men pojkars och flickors konsumtion skiljer sig åt i olika regioner. Störst är den i Skåne, där konsumtionen bland elever i årskurs nio är allra högst.

Diagram 5.4 Antal alkoholrelaterade dödsfall 1993–2004

Källa: Socialstyrelsen, EpC

En indikator på de negativa konsekvenserna av alkoholmissbruk är antalet dödsfall med alkoholdiagnos. De senaste tillgängliga siffrorna över alkoholrelaterad dödlighet (från 2004) återspeglar dock inte den kraftiga konsumtionsökningen under senare år även om det har skett en viss ökning sedan mitten av 1990-talet.

År 1995 dog 369 kvinnor av alkoholrelaterade skador mot 437 år 2004 medan motsvarande antal för män var 1 581 dödsfall 1995 och 1 682 dödsfall 2004. Detta motsvarar en ökning med 6 procent för män och drygt 18 procent för kvinnor.

Analys och slutsatser

Under de senaste åren har en rad förändringar ägt rum i vår omvärld. Spritskatten har successivt sänkts kraftigt i våra närmaste grannländer och den 1 januari 2004 togs införselbegränsningarna på alkohol bort. Vidare har de baltiska länderna och Polen, där alkoholpriserna är väsentligt lägre än i Sverige, blivit medlemmar i EU. Det är några viktiga förklaringar till den ökande alkoholkonsumtionen i Sverige. Men konsumtionsökningen är också en del av en global trend som bl.a. kan förklaras av ett ökat resande, den snabba utvecklingen av kommunikationstekniken och en ökad satsning på internationell marknadsföring av alkohol. Alkoholvanor och konsumtionsmönster blir alltmer likartade världen över. Det gäller också den alkoholrelaterade problematiken. Därmed ökar behovet av internationellt samarbete och hållbara strukturer för ett vetenskapligt baserat erfarenhets- och kunskapsutbyte inom världssamfundet.

Regeringen har påbörjat arbetet med att följa upp Rosengrendomen och genomföra nödvändiga justeringar så att svensk lag står i överensstämmelse med EG-rätten. Regeringen har beslutat om en utredning för att göra en översyn av alkohollagen med en fortsatt restriktiv alkoholpolitik som grundpelare.

Det kan dock redan nu konstateras att det faktum att svensk skatt ska erläggas för sådana varor som köpts utomlands men där transporten ombesörjts av annan person än konsumenten, kan innebära ett visst skydd för folkhälsan eftersom det i regel inte blir ekonomiskt lönsamt att handla alkohol över nätet. Det förutsätter dock en effektiv kontroll av inköpen, vilket är en uppgift som åligger tullen. Sedan domen i juni har ett stort antal personer eftertaxerats för tidigare gjorda inköp.

5.4.3 Narkotika

Mål

Det övergripande målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218).

Indikator

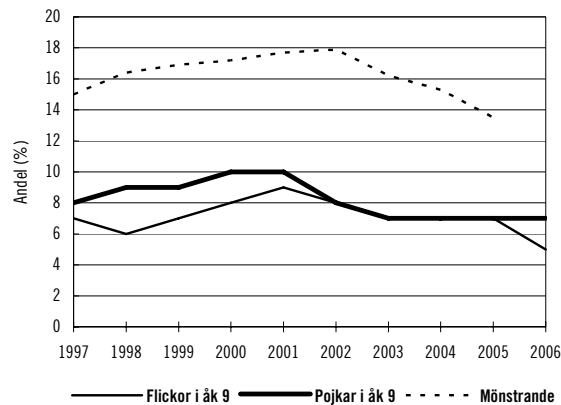
Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterad narkotikaanvändning.

Resultat

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, som varje år genomför skolvaneundersökningar, ökade narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 successivt under andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet, vilket diagram 5.5 visar. Som högst var användningen 2001, då 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna angav att de använt narkotika. Därefter sjönk narkotikaanvändningen och 2006 var andelen 7 procent för pojkar och 5 procent för flickor. Andelen mönstrande 18-åriga män som provat narkotika minskade 2003 för första gången på 15 år. År 2004 hade 15,3 procent provat narkotika, jämfört med 18 procent 2002. År 2005 hade andelen

minskat till 13,5 procent. Andelen elever i årskurs 9 och bland mönstrande som någon gång har använt anabola steroider har legat på ca 1 procent sedan 1994. Enligt tillgängliga data kan antalet personer med tunga missbruksproblem beräknas vara ca 26 000.

Diagram 5.5 Andel elever i årskurs 9 samt andel mönstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2006



Källa: CAN

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

Det är förhållandevis få unga människor som experimenterar med narkotika. Det är långt fler som tar avstånd från än som förespråkar användande av droger, åtminstone i jämförelse med de flesta andra länderna inom Europeiska unionen (EU).

Inom ramen för EU:s gemensamma åtgärd om tidig upptäckt av nya syntetiska droger har FHI kartlagt flera nya ämnen. FHI har vidare utvecklat nätverk och databaser för att effektivisera datainsamlingen rörande narkotikautvecklingen.

Den nationella narkotikasamordnaren (Mobilisering mot narkotika), vars uppdrag är att stimulera och samordna insatserna både på nationell och lokal nivå, har i samspel med kommuner och landsting stöttat en lång rad metod- och kunskapsutvecklande projekt som rör prevention, vård och behandling. Ett resultat av detta arbete är bl.a. att i stort sett samtliga kommuner rapporterar att de nu har lokala drogstrategier och huvudparten har också någon form av drog-

samordnare. Samordnaren har på regeringens uppdrag även uppmärksammat dopningsproblemet och påbörjat insatser för att begränsa både utbudet och efterfrågan av dopningsmedel.

Analys och slutsatser

Tillgången på narkotika har ökat i världen, priserna har sjunkit och rörligheten över gränserna har ökat. Detta innebär nya utmaningar för narkotikapolitiken.

Det internationella samarbetet inom Förenta nationerna och Europarådet samt inom EU ger Sverige en möjlighet att förbättra samarbetet mellan olika länders polis- och tullmyndigheter för att bekämpa narkotikahandeln. Även när det gäller insatser som syftar till att minska efterfrågan på narkotika så har samarbetet inom EU och det internationella samarbetet utvecklats. Det är angeläget att Sverige även fortsättningsvis har en framträdande roll i detta samarbete för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

5.4.4 Tobak

Mål

Det övergripande målet för de statliga insatserna inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) beslutades även följande etappmål för tobaksområdet:

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

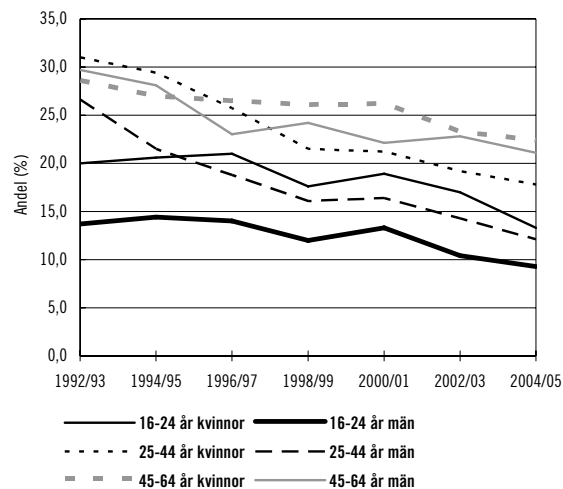
Indikatorer

Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterat tobaksbruk.

Resultat

Sverige är ett av få länder i Europa som uppnått Världshälsoorganisationens (WHO:s) mål på tobaksområdet att minst 80 procent av befolkningen skulle vara rökfri 2000. Sedan 1990-talet har rökningen minskat påtagligt i alla grupper.

Diagram 5.6 Andelen dagligrökare fördelat på kön och ålder 1992–2005



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)

Tidigare år har den årliga statistiken från Statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden (ULF) använts för att följa utvecklingen av andelen dagligrökare i befolkningen (se diagram 5.6). Då materialet ännu inte har bearbetats färdigt för 2006 utgår nedanstående analys istället från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoundersökning. Det har under de senaste åren varit en mycket positiv trend vad gäller antalet som slutar med cigarettrökning. I alla åldersgrupper, både bland män och kvinnor, har rökningen minskat. Sedan införandet av rökfria serveringsmiljöer har 150 000 personer slutat att röka, av dessa är 116 000 kvinnor. Minskningen gäller främst kvinnor i åldrarna 16–64 år. Bland kvinnor rökte dagligen 15 procent 2006, vilket är en minskning från 19 procent 2004. Bland männen har andelen dagligrökare minskat från 14 till 13 procent under samma period. År 2004 utsattes 31 procent av männen för tobaksrök, vilket minskade till 21 procent 2006. Bland kvinnorna var andelen som utsattes för tobaksrök 22 procent 2004, vilket minskade till 15 procent 2006. Det finns fortfarande stora skillnader i rökvanor mellan olika sociala grup-

per. Bland kvinnorna finns en tendens till att dessa skillnader har ökat de senaste åren.

Ett sätt att mäta effektiviteten av åtgärder är att undersöka dödlighet och insjuknande i sådana sjukdomar som har ett tydligt samband med rökning, som t.ex. kronisk obstruktiv lungsjukdom och lungcancer. Dessa sjukdomar ökar fortfarande, särskilt bland kvinnor. Dagens statistik över dödligheten avspeglar rökvanorna för ett par decennier sedan. Sjukdomar och för tidig död till följd av rökning uppkommer först efter en lång tids rökning.

Ett annat sätt att mäta effektiviteten är att undersöka antalet barn och ungdomar som börjar röka eller snusa. De flesta som använder tobak som vuxna har börjat som dagliganvändare innan de fyllt tjugo år. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning ställer i sin årliga drogvaneundersökning frågan om hur många niondeklassare som har testat tobak. Den andel som svarade att de använder tobak i någon form var under 2005 nära 30 procent.

Analys och slutsatser

Enligt Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät är antalet rökare i den vuxna befolkningen fortfarande ca 1 miljon. Det har dock under de senaste åren varit en positiv trend vad gäller daglig rökning. Allt fler har slutat röka, särskilt kvinnor. Även bland personer under 18 är trenden positiv med tecken på en svag minskning under de senaste åren. Den andel som utsätts för ofrivillig exponering för tobaksrök har också minskat de senaste åren, något som har förstärkts av den senaste lagändringen avseende rökfria serveringsmiljöer. En jämförelse med etappmålen visar dock att minskningen är alltför blygsam för att målen om en halvering 2014 ska kunna uppnås. Varje dag använder 32 procent av männen och 18 procent av kvinnorna tobak i någon form.

Rökning beräknas fortfarande leda till 7 000 dödsfall årligen i Sverige och ökar risken för uppkomsten av ett 40-tal sjukdomar. Rökning dödar varannan rökare och en rökare förlorar i genomsnitt 7–8 år av sin förväntade livstid.

Åtgärder mot tobak är ett mycket kostnads-effektivt sätt att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest kostnadseffektiva metoderna. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU)

presenterade 1998 en kunskapssammanställning avseende metoder för rökavvänjning inom hälso- och sjukvården. Kostnaden per räddat levnadsår var då 5 000–15 000 kronor för rökavvänjning. Om nikotinläkemedel inkluderas höjdes kostnaden. Den litteratur som publicerats därefter har ytterligare förstärkt värdet av rökavvänjning jämfört med andra metoder (exempelvis läkemedelsbehandling för högt blodtryck).

5.4.5 Smittskydd och hälsoskydd

Mål

Målet för samhällets smittskydd är enligt smittskyddslagen (2004:168) att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Indikatorer

Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är antalet fall som varje år upptäcks av hivinfektion, klamydiainfektion, hepatit B, infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker och campylobakter samt den årliga uppföljningen av det nationella barnvaccinationsprogrammet.

Insatserna inom hälsoskyddsområdet faller inom miljöbalkens (1998:808) mål om att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö.

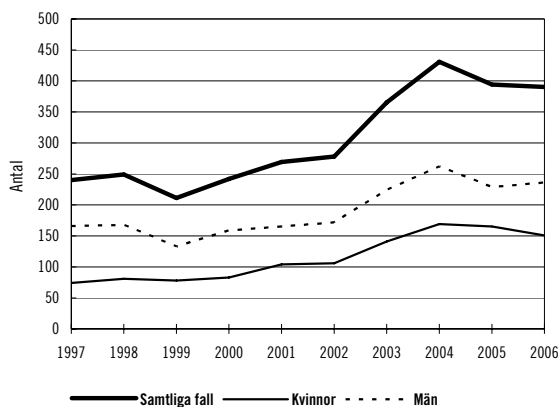
Resultat

Det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Anslutningen till det allmänna barnvaccinationsprogrammet övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnavårdscentraler i landet samt för de äldre barnen från skolhälsovården.

Hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Spridningen av hivinfektion i Sverige har kunnat hållas på en internationellt sett låg nivå. Totalt har 7 099 personer anmälts som smittade med hivinfektion sedan 1985 (5 065 män och 2 034 kvinnor).

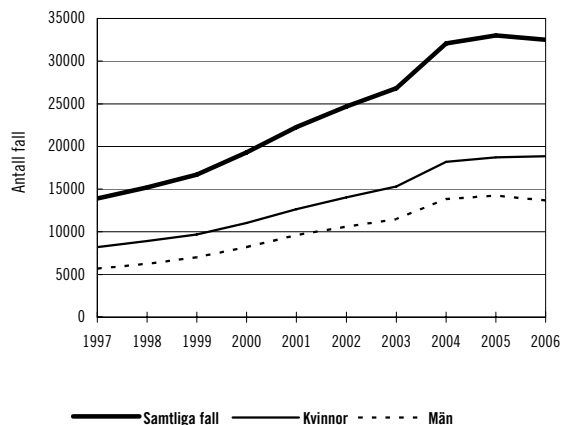
Diagram 5.7 Antal fall av hivinfektion som anmälts 1997–2006



Källa: Smittskyddsinstitutet

Cirka 4 000 personer beräknas leva med hiv-infektion i Sverige i dag. Fram till 2002 rapporterades 200–300 nya fall per år, men under de senast åren har en ökning skett. Under 2006 rapporterades 390 nya fall (236 män och 151 kvinnor). Heterosexuell smittväg stod för drygt hälften av fallen (198 fall), en fjärdedel (93 fall) hade smittats genom sex mellan män och knappt 10 procent (35 fall) hade smittats via injektionsmissbruk. Invandring av redan smittade personer utgjorde två tredjedelar av fallen som rapporterats med heterosexuell smittväg.

Diagram 5.8 Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 1997–2006



Källa: Smittskyddsinstitutet

Hösten 2006 upptäcktes en ny genetisk variant av den bakterie som orsakar klamydiainfektion. Den nya varianten kunde inte påvisas med det vanligaste använda diagnostiska testet vid landets laboratorier. Denna underdiagnostik påverkade markant klamydiastatistiken för 2006. År 2006 anmäldes 32 518 fall av klamydia (13 658 män och 18 860 kvinnor). År 2006 testades 450 000 personer för klamydia, vilket är en minskning med 10 000 personer i jämförelse med 2005.

Totalt anmäldes 162 fall av hepatit B (105 män och 57 kvinnor) 2006. Detta är den lägsta årssiffran sedan 1998. Intravenöst missbruk och sexuella kontakter är fortfarande de dominerande smittvägarna.

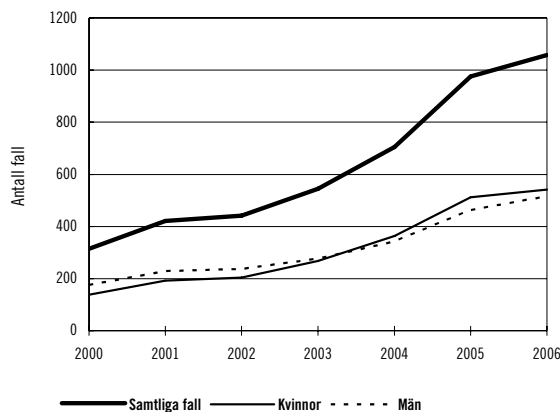
Inom ramen för det nya ansvaret att genomföra Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar har Socialstyrelsen under året påbörjat arbetet med att utveckla det nationella hivförebyggande arbetet.

Under året har Sverige deltagit i kommissionens arbetsgrupp för hiv/aids, vilken bl.a. fungerar som ett stöd för att genomföra kommissionens meddelande om arbetet mot hiv/aids inom Europeiska unionen samt i de omgivande länderna. Sverige har även fortsatt att vara aktivt i det internationella samarbetet rörande hiv/aids, bl.a. inom Världshälsoorganisationen, UNAIDS och i Globala fonden för aids-, tbc- och malaria-insatser.

Antibiotikaresistens

Bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett stort problem runt om i världen. Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) är en bakterie som kan orsaka svårbehandlade vårdrelaterade sjukdomar.

Diagram 5.9 Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmäls 2000–2006



Källa: Smittskyddsinstitutet

Fotnot: Infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) blev anmälningspliktig år 2000.

Under 2006 anmäldes 1 057 fall av MRSA (516 män och 541 kvinnor) jämfört med 975 fall året innan. Även om förekomsten av infektioner med MRSA fortfarande är låg i Sverige i jämförelse med andra europeiska länder är det oroande att antalet fall har ökat varje år sedan MRSA blev anmälningspliktig år 2000. En ökande andel av MRSA påträffas nu också i kommunala äldreboenden och ute i samhället. Under 2006 påvisades för första gången två fall av MRSA hos hundar, vilket är oroande eftersom smittöverföring kan ske mellan djur och människor. Även de övriga nordiska länderna har noterat en kraftig ökning av MRSA under senare år. Arbetet med att genomföra Samlad strategi mot vårdrelaterade sjukdomar och antibiotikaresistens pågår.

Livsmedelsburen smitta

Campylobakter är en ibland livsmedelsburen bakterie som kan orsaka kräkningar, diarréer och i allvarliga fall förlamning. Antalet fall med campylobacterinfektion minskade under 2006 med 11 procent jämfört med 2005. Totalt rapporterades 6 078 fall (3 221 män och 2 857 kvinnor) under 2006 varav 29 procent smittades i Sverige.

Det nationella barnvaccinationsprogrammet

Under början av 2000-talet minskade vaccinationsgraden av mässling, påssjuka och röda hund. Statistiken för de senaste åren tyder dock på att denna trend har brutits och 2006 var täckningsgraden åter ca 95 procent.

Skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Den 15 juni 2006 trädde det nya internationella hälsoreglementet i kraft. Samma datum trädde lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa i kraft. Den nya lagen ersatte karantärlagen (1989:290) vilken tillkom för att uppfylla åtagandena i det tidigare gällande hälsoreglementet.

Pandemiberedskap

Den nationella beredskapsplanen har kompletterats och uppdaterats, resurser har satsats på tillsyn och uppföljning av landstingens beredskap, lagret av antivirala läkemedel har utökats och tillgången till vacciner ses över.

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att uppdatera den tidigare omvärldsanalysen från 2005 om influensaberedskap med avseende på tillgången till influensavacciner i händelse av en pandemi samt förutsättningarna för en vaccintillverkning i Sverige.

Regeringen har ingått avtal med SBL Vaccin AB om en förstudie beträffande förutsättningarna för att tillverka såväl influensavaccin i händelse av pandemi som produktion av influensavaccin under år med vanlig influensa. Det grundläggande syftet med förstudien är att ta fram en ekonomisk kalkyl för att starta och driva produktion med en cellbaserad produktionsteknologi.

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att i samarbete med bl.a. Stockholms Läns Landsting upphandla försäkringar om leveranser av influensavacciner i händelse av en pandemi (s.k. pandemigarantier).

Alla landsting har nu pandemiplaner och analyser av dessa pågår för att utveckla beredskapen ytterligare. Den nationella samordningen har stärkts genom att regelbundna regionala möten har genomförts med landets smittskyddsläkare. Viktigt arbete har under skett inom information och kommunikationsområdet – koordinering och myndighetssamverkan har lett till en gemensam kommunikationsstrategi.

Inom Europeiska unionen har en utveckling skett av alarmeringssystemet Early Warning Response System som gör att man snabbt kan få ett informationsutbyte om vad som händer i världen. Systemet utgör en viktig länk i den svenska smittskyddsberedskapen. Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska kommissionen och Världshälsoorganisationens europakontor har under året arbetat vidare med att gå igenom de nationella pandemiberedskapsplanerna i Europa. De lämnade en rapport i januari 2007 vilken visar att alla länder gjort stora framsteg när det gäller pandemiberedskap men att det återstår 2–3 år innan Europa har en nöjaktig beredskap.

Analys och slutsatser

I nuläget har de statliga aktörerna förmått hantera de utmaningar som funnits på smittskyddsområdet, men omvärldens krav på en utökad och förbättrad verksamhet inom svenskt smittskydd fortsätter att växa. Strukturerna i den svenska smittskyddsorganisationen utsätts för växande krav på utökad EU-samarbete och internationellt samarbete samt på förmåga att hantera både nyupptäckta sjukdomar som t.ex. svår akut respiratorisk sjukdom (sars) eller hotet om pandemisk influensa samt långsiktiga hälsohot som t.ex. spridningen av resistenta bakterier inom hälso- och sjukvården och i övriga samhället.

Det finns tecken på en oroande utveckling i fråga om spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner.

Genom införandet av vaccinationsprogram har sjukdomar som difteri, polio, mässling, påsjsjuka och röda hund så gott som helt försvunnit i Sverige, vilket medfört omfattande och positiva konsekvenser för individer, samhälle och sjukvård. Under senare år har nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri medfört att frågor om vacciner och vaccination har aktualiserats.

Problemet med bakterier som inte längre går att behandla med antibiotika ökar runt om i världen, även i Sverige. Samtidigt som resistensproblematiken ökar för befintliga antibiotika har bara ett fåtal nya antibiotikasubstanser utvecklats de senaste åren. Inom ramen för arbetet med att genomföra Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade

sjukdomar, vilken antogs av riksdagen 2005, pågår arbete för att säkerställa tillgång till effektiva antibiotika.

De ökade omvärldskraven, den ökande förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar och av bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika samt ett eventuellt förändrat epidemiologiskt läge till följd av klimatförändringarna är faktorer som noga bör bevakas. Sverige måste långsiktigt kunna hantera dessa och andra utmaningar för att säkerställa en fortsatt god svensk smittskyddsberedskap.

5.4.6 Spelberoende

Mål

Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningar av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Resultat

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har regeringens uppdrag att bl.a. motverka och förebygga spelproblem. FHI ansvarar också för stödlinjen samt utvecklingsarbete när det gäller behandling av personer med spelproblem.

En möjlighet för spelberoende och deras anhöriga att via telefon få omedelbar hjälp har sedan 1999 funnits genom den s.k. Stödlinjen. Sedan 2004 finns telefonnumret till Stödlinjen på de lotter som distribueras av ATG och AB Svenska Spel. Till Stödlinjen har ett forsknings- och utvecklingsprojekt knutits för att ta fram ett självhjälpsprogram som distribueras via Internet och kompletteras med terapeutstöd per telefon.

Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet har genomfört omfattande studier om etableringen av statliga kasinon i Sverige och av spelare och spelmiljöer.

Studierna visar att andelen personer med spelproblem har fördubblats i Malmö sedan kasinostarten, medan inga större förändringar ägt rum i Sundsvall eller i kontrollorten Karlstad. Resultaten från FHI:s nationella folkhälsoenkät åren 2004–2006 visar att inga dramatiska förändringar när det gäller riskabelt spelande har skett på befolkningsnivå under denna period.

Ett stort åtagande har varit utveckling och utvärdering av behandlingsmetoder. I behandlingsprojekt i Stockholm, Göteborg och Malmö har ca 400 personer deltagit. I det Internetbaserade självhjälpsprogrammet har drygt 400 personer deltagit, de flesta män.

Analys och slutsatser

Spelandet i Sverige har, sett i relation till disponibel inkomst, legat på en relativt konstant nivå. Spelandet förskjuts dock successivt till mer snabba spel såsom automatspel, vadhållning, och olika spel över Internet, t.ex. poker, medan traditionella lotterier och liknande spel minskar i omfattning. Tillförlitliga aktuella data om utvecklingen av spelproblem för hela befolkningen finns ännu inte. Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät är andelen personer med riskabelt spelbeteende högst i grupper med en socialt eller ekonomiskt utsatt position. Samtal till Stödlinjen domineras av personer som har automatspel eller spel på nätpoker som sitt största problem. SoRAD:s analyser visar att personer som spelar bingo, på spelautomater eller restaurangkasino i mycket högre utsträckning har spelproblem än övriga spelare (frågor om nätpoker ingick inte i denna studie). De undersökningar bland skolungdomar som genomförs av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning visar att en stor andel av ungdomarna spelar på automater och nätpoker, vilket är särskilt oroande.

Genom FHI:s egen informationsverksamhet, stödet till forskningen och kontakter med myndigheter och organisationer samt genom stödet till frivilliga organisationer inom området har en ökad kunskap och medvetenhet om spelproblem och deras karaktär spridits till stora delar av såväl beslutsfattare som allmänheten.

De senaste årens förstärkning av resurserna till insatser mot spelberoende har bidragit till att Sverige är ett av de länder i Europa som kommit längst i ett systematiskt arbete när det gäller att motverka skadeverkningar av spelberoende.

5.5 Revisionens iakttagelser

Inga effektivitetsrapporter eller revisionsberättelser med invändning har lämnats av Riksrevi-

sionen (RiR) inom politikområdet. Ingen myndighet inom området har fått invändningar från RiR, vilket innebär att årsredovisningarna för 2006 i allt väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler.

5.6 Politikens inriktning

Folkhälsopolitiken syftar till att skapa förutsättningar för en god hälsa i hela befolkningen. Det offentliga kan och bör på en mängd olika sätt bidra till att skapa goda villkor för människors hälsa, men det bör ske på ett sådant sätt att individen uppmuntras att ta ansvar för sin egen hälsoutveckling. Det civila samhällets kompetens och engagemang i folkhälsoarbetet bör tas tillvara.

Arbetet för en god folkhälsa bidrar till att minska utanförskapet. En god hälsa minskar risken att drabbas av arbetslöshet och därmed följande utanförskap. Det finns också statistiskt samband mellan sysselsättning och hälsa. Att delta i arbetslivet är således hälsofrämjande i sig. En politik för ökad sysselsättning kan således också vara en politik för en bättre hälsa.

Att ge förutsättningar för en god fysisk och psykisk hälsa är särskilt angeläget för barn och unga. Trygga och goda uppväxtvillkor skapar grunden för en god hälsa bland barn och unga och bidrar till en god hälsa under hela livscykeln. Föräldrarna är de viktigaste personerna för barnens utveckling. Det är därför angeläget att föräldrar erbjuds det stöd som de behöver för att utöva sitt föräldraskap på bästa möjliga sätt. Detta stöd bör ges under barnens hela uppväxtperiod och ska inte enbart begränsas till småbarnsåren.

Valet av livsstil har stor betydelse för hälsan. Ofta samverkar goda respektive skadliga livsstilar. Det är därför angeläget med en folkhälspolitik som utgår från hur olika livsstilmönster ser ut. Politiken bör alltså inte fokusera på en riskfaktor i taget utan istället utgå från hur riskerna samverkar. Ett förebyggande arbete bör således inkludera hur man bör förhålla sig till riskfaktorer som alkohol, narkotika, dopning, tobak, kostvanor, otillräcklig fysisk aktivitet m.m.

Under föregående mandatperiod har satsningar gjorts på att förebygga missbruk av alkohol och narkotika. De satsningarna bör fortsätta.

Men, inom ramen för de medel som föreslås för 2008, behöver även insatserna när det gäller att motverka t.ex. tobaksbruk samt övervikt och fetma förstärkas.

Den psykiska ohälsan bland barn och unga väcker stor oro. Vid sidan om insatser för att stärka psykiatrin är det också viktigt att förbättra det förebyggande arbetet. Särskilt angeläget är att förebygga suicid som är den yttersta konsekvensen av den psykiska ohälsan.

Andelen äldre i befolkningen växer snabbt. Förebyggande och hälsofrämjande insatser för äldre kvinnor och män är därför viktiga. Regeringen har inom äldrepolitiken tagit flera långsiktiga initiativ som syftar till att stärka det uppsökande och förebyggande arbetet bland äldre. Syftet är bl.a. att öka antalet förebyggande hembesök och att förebygga fallskador.

Det är angeläget att ta vara på verksamheter som kan vara arenor för det förebyggande arbetet och att utveckla och stödja det arbete som sker. Primärvården är en sådan arena som bör kunna spela en väsentligt större roll i det förebyggande arbetet när det gäller att främja goda livsstilar. Skolan är vid sidan av familjen den viktigaste hälsofrämjande arenan för barn och unga. Även föreningslivet har stor betydelse för människors hälsa.

Folkhälsopolitiken omfattar elva målområden. Regeringen avser att återkomma till riksdagen med en folkhälsoproposition med närmare redovisning på åtgärder för de kommande åren.

5.6.1 Alkohol, narkotika och tobak

Alkoholkonsumtionen ligger på en historiskt sett hög nivå. Det är därför en fortsatt uppgift för folkhälsopolitiken att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar genom att minska den totala alkoholkonsumtionen och motverka skadligt dryckesbeteende.

Att minska alkoholkonsumtionen och motverka skadligt dryckesbeteende är angeläget då det motverkar våldsbrott och övergrepp samt förbättrar folkhälsan och minskar många sociala problem. Sverige ska också arbeta för en mer restriktiv syn på alkohol inom Europeiska unionen.

Ett fortsatt intensivt arbete mot narkotika och dopning är nödvändigt. Det finns en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. De narkotikapolitiska insatser-

na ska fokusera på att begränsa både tillgången till och efterfrågan på narkotika och dopningspreparat.

För ett framgångsrikt alkohol- och narkotikapolitiskt arbete krävs att det finns ett strukturerat, långsiktigt och samordnat förebyggande arbete framför allt på lokal nivå. Utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå är därför av särskild vikt.

Tobaksrökning är fortfarande den största enskilda riskfaktorn för sjukdom och förtida död i Sverige, trots att andelen rökare i befolkningen har sjunkit de senaste decennierna. Att minska tobaksbruket är således en prioriterad fråga.

Regeringen anser att målet och etappmålen på tobaksområdet ska ligga fast. Det återstår mycket för att uppnå etappmålen. Införandet av rökfria restauranger och caféer har varit mycket positivt och bidragit till att påverka den vuxna befolkningens rökvanor. Åtgärder för att förebygga nyrekrytering bland barn och unga och att stödja dem som vill sluta använda tobak är också nödvändiga. Frivilligorganisationernas arbete bör bättre tas tillvara. Primärvården har en viktig roll när det gäller att stödja dem som vill sluta röka. Efterlevnaden av tobakslagen är grundläggande för en effektiv tobakskontroll. Det är alltför vanligt att personer under 18 år själva kan köpa tobaksvaror trots att det står i strid med tobakslagen.

Inom ramen för de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna har det nu i Sverige byggts upp en rikstäckande struktur för det förebyggande arbetet. Den strukturen är även för det framtida arbetet en viktig förutsättning för drogförebyggande verksamhet.

Regeringen har slagit fast att de nu gällande nationella alkohol- respektive narkotikahandlingsplanerna (prop. 2005/06:30) ligger fast. Arbetet måste dock organiseras på ett mer långsiktigt hållbart sätt.

Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika kommer att avvecklas den 1 januari 2008 och den verksamhet som har bedrivits ska permanentas i den ordinarie myndighetsstrukturen. Från den 1 januari 2008 kommer därför ansvaret för att genomföra de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna att ligga på berörda myndigheter. Regeringen avser att återkomma med uppdrag till myndigheterna att, inom sina respektive ansvarsområden, driva utvecklingen vidare utifrån målen i handlings-

planerna. Myndigheterna ska regelbundet följa upp arbetet och rapportera om utvecklingen till regeringen.

Den samordning av de berörda myndigheterna, som f.n. sköts av Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika, kommer i fortsättningen att hanteras i Regeringskansliet. Samordningen kommer även att inrymma tobaksområdet.

I enlighet med syftet bakom kommittéernas tillkomst och arbete avser regeringen att under mandatperioden arbeta för att de förebyggande insatser som genomförs i allt större utsträckning ska vara kunskapsbaserade. För att nå dit krävs uppföljning, utvärdering, öppna jämförelser och liknande.

Regeringen avser att även fortsättningsvis samarbeta med det civila samhället inom områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak.

5.6.2 Smittskydd

I skyddet mot spridning av smittsamma sjukdomar är världens länder ömsesidigt beroende av varandra. Omvärldsförändringar som ökat resande, ändrade levnadsförhållanden, ökat handelsutbyte samt klimatförändringar innebär ständigt nya utmaningar för smittskyddet. Länders olika begränsningsstrategier och åtgärder får återverkningar för andra länder varför EU-samarbete och internationellt samarbete är av högsta vikt. Nya smittsamma sjukdomar, som sars, hotet om en pandemisk influensa samt långsiktiga hälsohot som resistensutveckling, måste kunna hanteras.

För att även fortsättningsvis kunna säkerställa ett gott smittskydd i Sverige är det angeläget att bibehålla och utveckla anpassningsförmåga till de ökade omvärldskraven, med ett föränderligt internationellt sjukdomspanorama. Det är också viktigt att visa uthållighet i insatser för att motarbeta långsiktiga hälsohot.

Beredskap för allvarliga hälsohot

Beredskapen mot spridning av smittsamma sjukdomar måste behålla en hög nivå; förmågan att kunna förutse händelser och vidta förebyggande åtgärder prioriteras. Regeringen avser att satsa på uthålliga och utvecklade funktioner för att hantera allvarliga hälsohot, inklusive pandemisk influensa, såväl nationellt som inom EU och internationellt. För att utnyttja de samlade

resurserna på ett optimalt sätt är ett fördjupat och effektivt EU-samarbete viktigt. I synnerhet gäller detta uppbyggnaden av effektiva övervakningssystem, för användning såväl i preventivt syfte som under en pågående smittspridning.

Allvarliga hälsohot påverkar många olika samhällssektorer varför en multisektoriell beredskapsplanering är nödvändig. Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen har tillförts extra resurser på totalt 10 miljoner kronor per år under perioden 2006–2008 för att genomföra handlingsplanen för influensaberedskap och därmed stärka den generella smittskyddsberedskapen i landet.

För att säkra en god tillgång på influensavaccin vid en eventuell pandemisk influensa avser regeringen att fortsätta prioritera arbetet med att trygga tillgången på vaccin för hela Sveriges befolkning. Regeringen fortsätter att utreda möjligheterna till inhemsk eller nordisk produktion av vaccin samtidigt som avtal ska slutas med influensavaccintillverkare om säkra leveranser av vaccin om världen drabbas av en influensapandemi.

Hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Ökningen av antalet inhemska fall av hivinfektion i Sverige avspeglar dels den globala hivepidemins utveckling, dels ett ökat sexuellt riskbeteende. Regeringen avser därför att även fortsättningsvis avsätta medel till insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids, tex. sexuellt överförbara sjukdomar och blodburna sjukdomar. Inom ramen för befintlig verksamhet måste förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar. Det hivförebyggande arbetet bör även fortsättningsvis införlivas i de lokala huvudmännens ordinarie arbete. Ett sätt att stimulera till intensifierat arbete mot hiv/aids på lokal nivå är de medel som regeringen avsätter för att fördelas i enlighet med en årlig överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Nationella barnvaccinationsprogrammet

Vaccinationer är en av de mest kostnadseffektiva insatserna för folkhälsan. Många av de allvarliga sjukdomar som för drygt hundra år sedan

skördade tusentals offer har i dag mer eller mindre försvunnit från Sverige, huvudsakligen genom införande av vaccinationsprogram. I ljuset av nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri avser regeringen att även fortsättningsvis nära följa myndigheternas arbete med barnvaccinationsprogrammet.

Antibiotikaresistens

Möjligheten att använda antibiotika som ett effektivt läkemedel hotas genom att bakterier i ökande omfattning utvecklar resistens mot antibiotika. För att även i framtiden kunna använda antibiotika som effektiva läkemedel för behandling av bakterieinfektioner hos människor och djur är det viktigt att arbeta mot antibiotikaresistens och samtidigt söka nya vägar att säkerställa utveckling av nya antibiotikasubstanser både nationellt och internationellt. Det arbete som utförs på lokal nivå genom Strama-grupper (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) utgör ett viktigt bidrag. Strama syftar till att genom samverkan mellan myndigheter, landsting och kommuner motverka spridning av antibiotikaresistens.

5.6.3 Spelberoende

Insatserna mot spelberoende har under den senaste tioårsperioden dominerats av grundläggande åtgärder, såsom kunskapsinhämtande, stöd till de mest drabbade och informations-spridning till nyckelgrupper. Målsättningen bör vara att arbetet mot spelberoende ska integreras i det allmänna folkhälsoarbetet, socialtjänstens och hälsovårdens insatser.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska föreslå en långsiktigt hållbar svensk spelreglering. Den nya regleringen ska tillvarata och stärka de sociala skyddsaspekterna och motverka spelberoende, bedrägerier och annan kriminalitet. Grunden för den nuvarande modellen för spelregleringen ska alltså även i fortsättningen tjäna som förebild. Modellen ska förena kravet på en stark och förbättrad social skyddsnivå med behovet av en anpassning till det moderna IT-samhällets villkor och de skyldigheter som följer av EG-rätten.

5.7 Budgetförslag

5.7.1 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor				
2006	Utfall	151 127	Anslags-sparande	2 610
2007	Anslag	151 937 ¹	Utgifts-prognos	150 795
2008	Förslag	145 607		
2009	Beräknat	145 607		
2010	Beräknat	145 607		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslagets ändamål är att finansiera insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids, t.ex. sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Anslaget är främst avsett att användas för bidrag enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar samt bidrag som fördelas enligt en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Därutöver kan medel användas till finansiering av insatser på nationell nivå och till övergripande samordning och uppföljning m.m.

Regeringens överväganden

De medel som används för bidrag till ideella organisationer som bedriver verksamhet riktad till homo- och bisexuella samt transpersoner överförs fr.o.m. 2008 till utgiftsområde 13, anslag 10:2 *Integrationsåtgärder*. Anslaget minskas därmed med 6 330 000 kronor.

Tabell 5.3 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	151 937	151 937	151 937
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	-6 330	-6 330	-6 330
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	145 607	145 607	145 607

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 145 607 000 kronor anvisas anslaget 14:1 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 145 607 000 kronor per år.

5.7.2 14:2 Bidrag till WHO

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

2006	Utfall	34 494	Anslags-sparande	10 715
2007	Anslag	35 165 ¹	Utgifts-prognos	32 500
2008	Förslag	34 665		
2009	Beräknat	34 665		
2010	Beräknat	34 665		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget används för finansiering av Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Avgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av den amerikanska dollarns valutakurs, som är den valuta budgeten fastställs i.

WHO:s budget består dels av medlemsavgifterna, dvs. den reguljära budget som fastställs av WHO, dels av frivilliga bidrag som medlemsländerna själva beslutar om, och som i Sverige kanaliseras via Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida).

Anslaget används även för finansiering av Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

Regeringens överväganden

Sveriges medlemsavgift till WHO beräknas 2008 uppgå till ca 5 miljoner amerikanska dollar. År 2007 ökades anslaget med 1 000 000 kronor för att finansiera Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll åren 2006 och 2007. För 2008 beräknas kostnaden för detta ändamål uppgå till 500 000 kronor. Anslaget minskas därför med 500 000 kronor.

Tabell 5.5 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	35 165	35 165	35 165
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	-500	-500	-500
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	34 665	34 665	34 665

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 665 000 kronor anvisas anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor per år.

5.7.3 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

2006	Utfall	18 003	Anslags-sparande	664
2007	Anslag	18 288 ¹	Utgifts-prognos	16 779
2008	Förslag	18 581		
2009	Beräknat	19 157 ²		
2010	Beräknat	19 612 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 18 581 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 18 581 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), som är en del av Nordiska ministerrådets organisation.

Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete 2008, inklusive NHV, fastställs först i november 2007 och vad respektive land ska betala beslutas kort därefter.

Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	18 288	18 288	18 288
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	293	869	1 324
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	18 581	19 157	19 612

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 581 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 19 157 000 kronor och för 2010 till 19 612 000 kronor.

5.7.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5.8 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Utfall	140 077	Anslags-sparande	33 778
2006				
2007	Anslag	196 350 ¹	Utgifts-prognos	226 003
2008	Förslag	130 194		
2009	Beräknat	133 262 ²		
2010	Beräknat	136 681 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 130 218 tkr i 2008 års prispivå.

³ Motsvarar 130 218 tkr i 2008 års prispivå.

Anslaget används för Statens folkhälsoinstituts förvaltningskostnader.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. FHI ansvarar även för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, för tillsyn inom alkohol- och tobaksområdena och för bevakning och utredning av behovet av narkotikaklassi-

ficering av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

År 2003 tillfördes anslaget särskilda medel för återbetalning av avgifter för partihandelstillstånd, som tagits ut med stöd av dåvarande bestämmelser i alkohollagen (1994:1738) och alkoholförordningen (1994:2046). Bakgrunden var att Regeringsrätten i ett antal domar från december 2002 slagit fast att dessa avgifter tagits ut i strid med EG-fördraget och därför måste återbetalas. Avgifterna har återbetalats successivt sedan 2003. Större delen av anslagssparandet från 2006 utgörs av dessa medel.

Genom en dom i Länsrätten i Stockholms län i april 2005, som sedan fastställts av Kammarrätten i Stockholm, har även avgifter som tagits ut enligt den nuvarande ordningen i alkohollagen för tillverkningstillstånd bedömts vara i strid med EG-fördraget. FHI blev ålagt att betala tillbaka ansöknings- och tillsynsavgifter till de företag som berörs av domen. I maj i år avslog Regeringsrätten FHI:s begäran om prövningstillstånd. FHI:s bedömning är att domen är prejudicerande även för andra företag som erlagt ansöknings- och tillsynsavgifter och att även dessa avgifter bör betalas tillbaka. I förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition föreslår regeringen att 70 000 000 kronor tillförs anslaget innevarande budgetår för detta ändamål.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.9 Offentlighetsrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	3 639			
Prognos 2007	3 100			
Budget 2008	3 100			

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

Regeringens överväganden

Som ett led i arbetet med att genomföra lokaliseringar av statliga verksamheter till de lokala arbetsmarknadsregioner som berörs mest av förändringarna inom Försvarsmaktens grundorganisation, beslutade den förra regeringen i juni 2005 att FHI skulle omlokaliseras från Stockholm till Östersund. Omlokaliseringen slutfördes den 1 juli 2007.

Regeringen avser att, med anledning av omlokaliseringen, noga följa de omlokaliserade myndigheternas ekonomiska situation, så att verksamheterna långsiktigt kan fungera med bibehållen kvalitet. Regeringen avser vidare under 2008, som tidigare aviserats, fortsätta att kompensera flertalet myndigheter för den engångspremie som en särskild pensionsersättning medför.

Anslaget ökas med 2 600 000 kronor för finansiering av den del av Institutet för psykosocial medicin (IPM), som i samverkan med Stockholms läns landsting bildar Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, och som den 1 oktober 2007 inordnas i Karolinska institutet. På detta sätt skapas förutsättningar för att vidmakthålla en expertfunktion för suicidprevention även efter IPM:s avveckling. Regeringen avsätter totalt 3 000 000 kronor från anslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* till detta ändamål.

Tabell 5.10 Härlledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	126 350	126 350	126 350
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning ²	1 219	4 201	7 550
Beslut	25	51	52
Överföring till/från andra anslag	2 600	2 661	2 729
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	130 194	133 262	136 681

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 130 194 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 133 262 000 kronor och för 2010 till 136 681 000 kronor.

5.7.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tabell 5.11 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor				
2006	Utfall	181 618	Anslags-sparande	2 887
2007	Anslag	184 849 ¹	Utgifts-prognos	184 371
2008	Förslag	186 332		
2009	Beräknat	190 761 ²		
2010	Beräknat	195 823 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 186 366 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 186 366 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Smittskyddsinstitutets förvaltningskostnader.

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

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.12 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	26 765	62 739	-35 974
(varav tjänsteexport)	6%		
Prognos 2007	29 000	62 500	-33 500
(varav tjänsteexport)	6%		
Budget 2008	29 000	62 500	-33 500
(varav tjänsteexport)	6%		

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och experimentell biomedicin. Inkomsterna disponeras av SMI. Den speciella diagnostiken finansieras med avgifter som ger full kostnadstäckning. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191) vilket innebär att avgiftsfinansiering inte krävs. Underskottet för den experimentella biomedicinen uppgick 2006 till 34 028 000 kronor, vilket till stor del beror på lokalkostnaderna för SMI:s djurhus. Under 2006 motsvarade intäkterna, 7 508 000 kronor, personalkostnaderna. Regeringen avser att även fortsättningsvis noga följa myndighetens arbete med att hantera verksamhetens inriktning och omfattning för att säkerställa en långsiktig finansie-

ring av de totala kostnaderna för den experimentella biomedicinen.

Regeringens överväganden

Tabell 5.13 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	184 849	184 849	184 849
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 448	5 841	10 901
Beslut	35	71	73
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	186 332	190 761	195 823

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.
² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 186 332 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 *Smittskyddsinstitutet* för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 190 761 000 kronor och för 2010 till 195 823 000 kronor.

5.7.6 14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 5.14 Anslagsutveckling 14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor			
2006	Utfall	112 558	Anslags-sparande 605
2007	Anslag	111 585 ¹	Utgifts-prognos 109 510
2008	Förslag	217 153	
2009	Beräknat	207 085	
2010	Beräknat	207 085	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Ändamålet för anslaget är att finansiera insatser som förstärker folkhälsoarbetet inom angelägna områden.

Regeringens överväganden

Medel från anslaget fördelas till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och med stöd och hjälp till personer med missbruksproblem, till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, till insatser för att förebygga spelberoende, till Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens och till den fortsatta utvecklingen av skaderegistreringssystemet Injury Data Base (tidigare EHLASS). År 2008 fördelas även medel till Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet för förstärkning av beredskapen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar.

Åren 2008–2010 avsätter regeringen 115 000 000 kronor årligen för åtgärder inom särskilt viktiga folkhälsopolitiska områden. Regeringen avser att senare detta år återkomma till riksdagen med en närmare presentation av de folkhälsopolitiska prioriteringarna för de kommande åren. Detta har beaktats i de beräkningar som ligger till grund för förslag om anslag och ramar.

Åren 2008–2010 ökas anslaget med 500 000 kronor per år för bidrag till Riksförbundet Suicidprevention och efterlevandes stöd. Finansiering sker genom att anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* minskas med motsvarande belopp.

Tabell 5.15 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	111 585	111 585	111 585
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	105 568	94 100	94 100
Överföring till/från andra anslag		1 400	1 400
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	217 153	207 085	207 085

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 217 153 000 kronor anvisas under anslaget 14:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 207 085 000 kronor per år.

5.7.7 14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.16 Anslagsutveckling 14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

2006	Utfall	232 387	Anslags-sparande	49 468
2007	Anslag	248 155 ¹	Utgifts-prognos	251 048
2008	Förslag	258 257		
2009	Beräknat	258 325		
2010	Beräknat	258 325		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Ändamålet för anslaget är i huvudsak att finansiera särskilda alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkoholkonsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bör fortsätta. En minskad alkoholkonsumtion förbättrar folkhälsan och minskar många sociala problem. Våldsbrott och övergrepp hänger ofta samman med alkoholkonsumtion. Narkotika och dopningsmedel hotar individers hälsa, livskvalitet och trygghet. Nyrekrytering till missbruk måste motverkas. De särskilda alkohol- och narkotikapolitiska satsningarna bör därför fortsätta även under perioden 2008–2010.

För genomförande av undersökningar av levnadsförhållanden (ULF och Barn-ULF, se avsnitt 9.10.1) minskas anslaget med 830 000 kronor fr.o.m. 2008. Anslaget 18:1 *Bidrag till socialt arbete m.m.* ökas med motsvarande belopp.

Tabell 5.17 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007 ¹	248 155	248 155	248 155
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	10 102	10 170	10 170
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	258 257	258 325	258 325

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 258 257 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 258 325 000 kronor per år.

5.7.8 14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tabell 5.18 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tusental kronor

2006	Utfall	53	Anslags-sparande	169
2007	Anslag	212 ¹	Utgifts-prognos	214
2008	Förslag	213		
2009	Beräknat	218 ²		
2010	Beräknat	223 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 213 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 213 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Alkohol- och läkemedelssortimentsnämndens förvaltningskostnader.

Nämndens uppgift är att pröva överklaganden över Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sortimentet samt att pröva överklaganden över Apoteket AB:s beslut om att inte lagerhålla vissa läkemedel på lokala apotek.

Regeringens överväganden

Tabell 5.19 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:8 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	212	212	212
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1	6	11
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	213	218	223

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 213 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden* för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 218 000 kronor och för 2010 till 223 000 kronor.

5.7.9 14:9 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 5.20 Anslagsutveckling 14:9 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos	
2006				0
2007	Anslag	1 000 ¹		982
2008	Förslag	300 000		
2009	Beräknat	300 000		
2010	Beräknat	400 000		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Ändamålet för anslaget är att stärka Sveriges försäkringar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår ett bemyndigande för att regeringen vid behov ska kunna ingå avtal om att påbörja uppbyggnaden av en produktionskapacitet av vaccin. Bemyndigandet ska vid behov även kunna användas för att ingå avtal om leverans av vaccin i händelse av influensapandemi.

Tabell 5.21 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2006	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010–
Ingående åtaganden		0	144 000	-	-
Nya åtaganden		144 000	600 000	-	-
Infriade åtaganden		0	-72 000	-272 000	-400 000
Utestående åtaganden		144 000	672 000	-	-
Erhållet/förslaget bemyndigande		600 000	672 000	-	-

Regeringens överväganden

Den globala kapaciteten för tillverkning av influensavaccin som kommer att finnas tillgänglig vid en pandemi är i stort sett densamma som under normala influensaår. Vid en pandemi kommer den befintliga produktionen att vara långt ifrån tillräcklig och en bristsituation kan komma att uppstå. Det finns ingen influensavaccintillverkning i Sverige. En utökad produktion av influensavaccin för den svenska marknaden skulle öka möjligheterna att vaccinera Sveriges befolkning i ett tidigt skede. En sådan lösning bidrar också till att öka den globala kapaciteten att producera influensavaccin.

Ett annat sätt att trygga tillgången på vacciner är att träffa överenskommelser med vaccintillverkare som garanterar tillgång till vacciner vid en eventuell pandemi.

Tabell 5.22 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 14:9 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	300 000	300 000	400 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	300 000	300 000	400 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 300 000 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 *Insatser för vaccinberedskap* för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 300 000 000 kronor och för 2010 till 400 000 000 kronor.

5.8 Övrig verksamhet

5.8.1 Systembolaget

Systembolaget AB är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget också de helägda dotterbolagen Lagena Distribution AB, Systembolaget Fastig-

heter AB samt IQ-initiativet AB. Verksamheten omfattar detaljhandel med alkoholdrycker. Systembolaget sålde 384 (359)³ miljoner liter alkoholdrycker under 2006. Det är en ökning med 7,1 procent jämfört med år 2005. Försäljningsvolymen av vin och starköl ökade med 5,2 procent respektive 9,3 procent. Nettoomsättningen ökade under 2006 till 19 026 (18 083) miljoner kronor främst till följd av högre försäljningsvolym för vin och öl. Resultatet före skatt uppgick till 602 (513) miljoner kronor.

Systembolaget hade vid årsskiftet 410 (411) butiker på 322 (322) orter. Av dessa hade sammanlagt 250 (214) självbetjäning. Vid samma tidpunkt hade Systembolaget också 552 (560) ombud där kunderna kan beställa varor för avhämtning. Självbetjäningbutikerna står för 81 procent av Systembolagets totala försäljning. Ombuden svarar för 1,1 av Systembolagets omsättning.

Under 2006 års alla månader, förutom januari, lanserades totalt ca 1 400 nyheter i sortimentet. Till detta tillkom ytterligare ca 730 artiklar, i små kvantiteter i högre prislägen, i bolagets tre vinkällarbutiker. Under året fick Systembolaget in 14 268 (17 773) offerter och provade 9 501 (11 859) produkter.

Systembolaget har under de senaste åren ökat sin effektivitet både i butikerna och på huvudkontoret. Detta har medfört att bolagets avkastning blivit väsentligt högre än vad statens ägardirektiv anger. Systembolagets styrelse beslutade i enlighet med ägardirektivet därför att kunderna ska komma kunderna till godo genom sänkta priser. Den 1 augusti 2006 sänktes priserna med i genomsnitt 1,6 procent.

Av den totala alkoholkonsumtionen i landet har den andel alkoholdrycker vilka införskaffats på Systembolaget ökat till 53 (48) procent under 2006.

Den svenska alkoholmarknaden har genomgått en kraftig förändring sedan Sverige blev medlem i EU och Systembolaget har därigenom fått utvidgade uppgifter. En central uppgift för Systembolaget kommer dock fortfarande att vara att uppfylla EU:s krav på att detaljhandelsmonopolet ska fungera icke-diskriminerande, dvs. att inköps- och försäljningsvillkor är objektiva och tillämpas likvärdigt på medborgare och produk-

³ Uppgifterna inom parentes avser motsvarande data för 2005.

ter i gemenskapen samt att villkoren är transparenta.

Tabell 5.23 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren

Milljoner kronor

	2006 ¹	2005 ¹	2004 ²	2003	2002
Nettoomsättning	19 026	18 083	17 708	18 985	19 132
Resultat efter finansiella poster	602	513	240	202	202
Eget kapital	2 071	1 989	1 749	1 348	1 409
Räntabilitet på eget kapital ³	20,6	17,7	11,5	10,0	10,3
Medeltalet årsanställda	3 026	2 960	3 127	3 334	3 350
Arbetsproduktivitet ⁴	766	743	708	701	662
Lageromsättningshastighet ⁵	21,3	20,5	19,9	21,9	24,7

¹ Enligt International Financial Reporting Standards (IFRS).

² Enligt IFRS, men inte justerat för International Accounting Standards (IAS) 39 Finansiella instrument.

³ Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

⁴ Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

⁵ Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

Tabell 5.24 Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse

Perspektiv	Strategiska nyckeltal	2006	2005	2004	2003	2002	Målnivå 2010	Målnivå 2007	Målnivå 2006
Samhälle	Opinionsindex	57	55	53	55	50	60	57	56
	Ålderskontroll, procent ¹	88	89	84	83	79	93	90	90
Kund	Nöjd-Kund-index (NKI)	74	73	72	73	73	75	74	74
Medarbetare	Nöjd-Medarbetare-index (NMI)	70	70	69	69	68	73	71	71
Finansiellt	Handelsmarginal exkl. alkoholskatt (moderbolaget), procent	24,3	25,5	25,2	25,1	25,5	23,0	23,3	24,1

¹ Årlig ålderskontroll genomförd av oberoende bolag av ungdomar som var äldre än 20 år men som bedömts se yngre ut än 25 år.

6 Politikområde Barnpolitik

6.1 Omfattning

Regeringens barnpolitik syftar till att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. För att förverkliga barnkonventionen i Sverige krävs insatser inom flertalet politikområden. Barnpolitiken är därmed tvärssektoriell och insatser som genomförs inom politikområdet syftar huvudsakligen till att initiera, driva på och samordna regeringens arbete för barnets rättigheter och intressen. Politikområdet omfattar också frågor som rör internationella adoptioner.

Inom politikområdet finns myndigheterna Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Barnombudsmannen har till uppgift att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen samt företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån Sveriges åtaganden enligt konventionen. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner samt utövar tillsyn över dessa sammanslutningar. Vidare ansvarar myndigheten för information i frågor rörande internationella adoptioner.

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

6.2 Utgiftsutveckling

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
15:1 Barnombudsmannen	17,0	17,2	17,3	17,3	17,7	18,2
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	11,1	11,5	11,5	11,5	11,8	12,1
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	9,4	7,5	7,6	9,0	9,0	9,0
Totalt för politikområde Barnpolitik	37,6	36,1	36,4	37,8	38,5	39,3

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

6.3 Mål

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

Målet är beslutat av riksdagen (prop. 2002/03:1 utgiftsområde 9, bet. 2002/03:SoU1, rskr. 2002/03:81).

6.4 Resultatredovisning

Regeringen avser att återkomma till riksdagen med en redogörelse för barnpolitiken och dess inriktning.

6.4.1 Indikatorer

En arbetsgrupp inom Regeringskansliet har presenterat ett förslag till uppföljningssystem för barnpolitiken (Ds 2007:9). Målet för politikområdet har delats upp i sex horisontella målområden som var för sig bidrar till måluppfyllelsen. För varje målområde har arbetsgruppen tagit fram indikatorer som syftar till att beskriva utvecklingen av flickors och pojkars levnadsvillkor. Förslaget till uppföljningssystem har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

6.4.2 Resultat

Barnpolitiken är ett tvärsektorielt politikområde vilket innebär att insatser för att förverkliga barnkonventionen genomförs inom flertalet politikområden och av många olika aktörer i samhället. Såväl statliga myndigheter som kommuner, landsting och frivilligorganisationer bidrar genom sina verksamheter till att uppfylla målet för barnpolitiken.

Resultat av statliga insatser

Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannen har under 2006 fokuserat på tre specifika områden: de yngsta barnens rättigheter och intressen, utsatta barn samt insatser för att stärka barnperspektivet i kommuner, landsting och statliga myndigheter. Myndig-

heten har presenterat flera publikationer, bl.a. hur rättegångar kan anpassas till ungas behov och hur barnperspektivet kan uppmärksammas i revisionen. Ett samarbetsprojekt med Handikappförbundens samarbetsorgan har resulterat i rapporten *Fritid för barn och unga med funktionshinder* samt en idéskrift om hur fritiden för dessa barn kan utvecklas. Vidare har Barnombudsmannen genomfört utbildningsinsatser om barnkonventionens tillämpning för bl.a. åklagare och domare samt för personal på ett antal länsstyrelser. Barnombudsmannens årsrapport för 2006, som fokuserar på metoder för att göra barn och unga delaktiga på kommunal nivå, har också resulterat i flera utbildningsinsatser i kommuner och landsting.

Barnrättsakademin

För att barnkonventionen ska kunna omsättas i praktisk handling måste de som i sitt arbete kommer i kontakt med barn få möjligheter att utveckla sin kunskap och kompetens om barnets rättigheter. Örebro universitet har haft i uppdrag att pröva en verksamhet som kan erbjuda berörda yrkesgrupper, beslutsfattare och andra intressenter möjlighet till fortbildning i tillämpningen av barnkonventionen. Verksamheten har antagit namnet Barnrättsakademin. Regeringen har som stöd för 2007 års verksamhet beviljat universitetet 2 miljoner kronor.

Barnkonventionen i statliga myndigheter

Flertalet myndigheter berörs av målet för barnpolitiken och ansvarar för att inom sina verksamhetsområden integrera ett barnperspektiv utifrån barnkonventionen. Några av dessa myndigheter har haft i uppdrag att redovisa de insatser man genomfört för att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen. Ett exempel är Försäkringskassan som har tagit fram en policy och handlingsplan för olika tvärsektorieella perspektiv, bl.a. barnperspektivet, som ska integreras inom myndighetens olika områden såsom ledning och styrning samt kund och handläggning. Migrationsverket har fortsatt sitt arbete med att integrera ett barnperspektiv inom sina verksamhetsområden och har bl.a. genomfört en översyn av övergripande frågor som rör barn. Utifrån denna översyn har man beslutat om att tillsätta en barnexpert som bl.a. ska utarbeta en barnutbildning anpassad till tillståndsärenden. Ett annat exempel är Kriminalvården som genom särskilda barnombud under 2006 arbetat

för att synliggöra barn till personer som är intagna i häkte eller anstalt.

En viktig del i att kunna bedöma vilka konsekvenser beslut eller åtgärder kan få för flickor respektive pojkar är att inhämta deras synpunkter i frågor som rör dem. Exempelvis har Statens institutionsstyrelse utvecklat formerna för ungdomars inflytande i regelbundet återkommande s.k. brukarforum. Ett annat exempel är Banverket som i sina sociala konsekvensbedömningar vid byggande av viss infrastruktur för järnvägen inhämtat barns och ungas synpunkter.

Som ett exempel på anpassad information för barn och unga har Brottsoffermyndigheten under 2006 tagit fram ett informationsmaterial som riktar sig till unga brottsoffer.

Länsstyrelserna har redovisat arbetet med att integrera barnperspektivet i sina verksamheter. Redovisningarna visar att ett antal länsstyrelser bedriver ett aktivt strategiskt arbete och har genomfört olika åtgärder för att stärka barnets rättigheter och intressen, medan resultaten från andra länsstyrelser är mer begränsade. Det är relativt vanligt att länsstyrelsen genomfört kunskaps- och kompetenshöjande insatser. Flera länsstyrelser har fokuserat på specifika frågeställningar, t.ex. barns rätt att komma till tals, eller genomfört åtgärder inom vissa verksamhetsområden såsom samhällsplanering och social tillsyn.

Statistik

Barn utgör en dryg femtedel av Sveriges befolkning. För att få kunskap om deras levnadssituation, bl.a. familjestruktur, boende och ekonomiska villkor, har Statistiska centralbyrån (SCB) i uppdrag att utveckla statistiken om barn och deras familjer. SCB har publicerat den årliga demografiska rapporten *Barn och deras familjer* samt en fördjupningsstudie om barn, boendesegregation och skolresultat. Regeringen har beviljat SCB 1 miljon kronor för detta. Sedan några år tillbaka genomför också SCB, inom ramen för den årliga undersökningen av levnadsförhållanden (ULF), intervjuer bland flickor och pojkar om deras levnadsförhållanden (Barn-ULF).

Samordning av barnsäkerhetsfrågor

Flera statliga myndigheter ansvarar för frågor som rör barns säkerhet. Statens räddningsverk (SRV) har sedan 2005 ansvar för att på ett övergripande plan samordna barnsäkerhetsfrågorna.

Syftet är att samordna och utveckla kunskaps- och erfarenhetsutbytet mellan berörda sektorsmyndigheter och aktörer samt identifiera behov av ytterligare åtgärder. SRV har bl.a. inrättat ett råd för barnsäkerhetsfrågor där berörda myndigheter och organisationer ingår samt tagit fram en webbplats med bl.a. information och statistik rörande barnsäkerhet.

Stöd till föräldrar

Det är enligt regeringen viktigt att kunskapen om olika metoder för föräldrastöd ökar i kommunerna. Statens folkhälsoinstitut har utifrån sin rapport *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd* (R 2004:49) spridit kunskap om metoder för föräldrastöd genom bl.a. webbplatser, seminarier och skriftligt material.

Omskärelse av pojkar

Socialstyrelsen har analyserat varför vissa pojkar omskärs av personer utanför hälso- och sjukvården och lämnat förslag på åtgärder som förebygger att pojkar far illa inom omskärelseverksamheten som helhet. Enligt Socialstyrelsen finns det olika skäl till varför föräldrar låter genomföra ingreppet utanför hälso- och sjukvården. Det handlar bl.a. om bristande tillgänglighet, information och bemötande inom hälso- och sjukvården och att föräldrarna inte känner till riskerna med att genomföra ingreppet utanför hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har lämnat ett antal förslag som för närvarande bereds inom Regeringskansliet.

Resultat av kommunala insatser

Det är kommuner och landsting som ansvarar för flertalet av de verksamheter som rör barns vardag och som påverkar deras levnadsförhållanden och villkor. Barnombudsmannen följer regelbundet upp kommunernas och landstingens arbete genom enkätundersökningar. Resultaten från den senaste undersökningen genomförd 2005 visar bl.a. att en majoritet av kommunerna har fattat beslut på ledningsnivå om barnkonventionen. Detsamma gäller för landstingen. Det är dock bara en tredjedel av kommunerna som i mål och riktlinjer angivit hur man ska arbeta med att integrera barnkonventionen i sina verksamheter. Det är också relativt få kommuner och landsting som de senaste åren erbjudit sin personal utbildning om barnkonventionen och dess

tillämpning. Däremot är det fler kommuner än tidigare som använder sig av olika metoder såsom checklistor, barnbilagor och barnkonsekvensanalyser för att integrera ett barnperspektiv, även om det fortfarande är en mindre andel av samtliga kommuner.

Det är av stor betydelse att det på kommunal nivå finns kunskap om hur man i olika verksamheter ska ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen. Våren 2006 genomfördes en seminarierie om barnkonventionen med syfte att öka kunskapen om detta i kommunala verksamheter. Ett partnerskap mellan ett antal kommuner, *Föregångskommuner för barnkonventions genomförande*, har etablerats. Partnerskapet har under 2006 bl.a. genomfört kollegiala granskningar där de ingående kommunernas representanter granskat varandras barnkonventionsarbete. Arbetsmetoden kommer också att spridas till kommuner utanför partnerskapet.

Resultat av frivilliga insatser

Det arbete som frivilligorganisationer och ideella föreningar bedriver är av stor vikt för att få ett brett genomslag för barnkonventionen i samhället. Under 2006 beslutade Arvsfondsdelegationen om att bevilja ca 58 mkr fördelade på ca 80 projekt till verksamheter för barn i åldrarna 0-12 år. Många av dessa projekt syftar till att på olika sätt stärka barnets rättigheter och intressen, bl.a. genom att göra barn delaktiga samt synliggöra barnperspektivet i olika verksamheter.

Internationella adoptionsfrågor

Fem sammanslutningar har under 2005 beviljats auktorisation av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor att t.o.m. 31 december 2007 förmedla internationella adoptioner i sammanlagt 29 länder. År 2006 adopterades 765 barn (446 flickor och 319 pojkar) genom dessa sammanslutningar i jämförelse med 941 barn (634 flickor och 307 pojkar) 2005.

Myndigheten har utarbetat en tillsynsplan för 2006 och sammanställt en tillsynsrapport för varje adoptionsammanslutning samt, som ett led i sin tillsyn över sammanslutningarna, besökt Ecuador, Colombia och Vietnam. Vidare har myndigheten under året genomfört utbildnings-

insatser för berörda yrkesgrupper, bl.a. hos länsstyrelserna och bland speciallärare och skolpsykologer.

6.4.3 Analys och slutsatser

Barnpolitiken verkar för att barnets rättigheter och intressen ska respekteras och tas tillvara i alla politikområden som rör barn och unga. Det förutsätter bl.a. att berörda myndigheter inom sina ansvarsområden aktivt verkar för att synliggöra flickors respektive pojkars intressen och behov. Det är många myndigheter vars verksamheter berör barn och som därmed ansvarar för att tillämpa barnkonventionen. Regeringen kan konstatera att det finns exempel på myndigheter som bedriver ett resultatriktat barnkonventionsarbete och som har en långsiktig strategi för det arbetet. Samtidigt finns det också exempel på myndigheter där det saknas ett helhetsperspektiv och där resultaten är begränsade. De enkätundersökningar som Barnombudsmannen regelbundet genomför visar också på varierande resultat bland kommuner och landsting. Riksrevisionen har även uppmärksammat brister i genomförandet av barnkonventionen (se vidare avsnitt 6.5). Det underlag som regeringen har till sitt förfogande för att få kunskap om utveckling och resultat av barnkonventionsarbetet på statlig och kommunal nivå har brister. Detta försvårar bedömningar av vilka insatser och styrmedel som såväl regeringen som BO ska prioritera.

Det arbete som pågått inom Regeringskansliet med att ta fram ett förslag till uppföljningssystem för barnpolitiken har också visat att det inom flera områden som rör barns levnadsförhållanden saknas statistiska underlag och att viktiga uppgifter också saknas i befintliga underlag. Det gäller bl.a. kunskapen om levnadsvillkoren för barn med funktionshinder och barn i utsatta situationer. Detta försvårar uppföljning och analys av hur barns levnadsförhållanden ser ut inom olika områden och hur deras rättigheter och intressen tillgodoses.

Inom området internationella adoptioner konstaterar Myndigheten för internationella adoptionsfrågor att såväl tillgången till som kvaliteten på föräldrautbildning för dem som ska adoptera varierar mellan kommuner. Myndigheten har vidare utifrån sitt tillsynsansvar påtalat brister i reglerna kring auktorisation av adoptionsammanslutningar. Det finns också enligt

myndigheten svårigheter i att bedöma om barnets bästa tillgodoses vid s.k. enskilda adoptioner, dvs. adoptioner som sker utan medverkan av auktoriserade adoptionssammanslutningar.

6.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2006 avseende Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

Riksrevisionen granskade år 2004 om den tidigare regeringen och de statliga myndigheterna har följt strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (RiR 2004:30). Riksdagen har mot bakgrund av granskningen bifallit en framställan (framst. 2004/05:RRS19) från Riksrevisionens styrelse och gett regeringen tillkänna att regeringen ska återkomma med förslag till mer precisa mål knutna till strategin samt förbättra sin redovisning av utfallet i förhållande till strategin (bet. 2005/06:SoU5, rskr. 2005/06:137).

Regeringen har i mars 2007 beslutat att ge Statskontoret i uppdrag att se över myndighetsstrukturen för barnpolitiken (S2007/2445/SK). Statskontoret ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 oktober i år.

Vidare avser regeringen att återkomma till riksdagen med en redogörelse för barnpolitiken och dess inriktning.

6.6 Politikens inriktning

Regeringens barnpolitik är en politik för barnets rättigheter. Varje barn har rätt till en trygg uppväxt och att få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna behov. Barnpolitiken syftar till att skapa förutsättningar för detta inom alla områden som är väsentliga för barns levnadsvillkor. Det innefattar att så långt som möjligt låta barn komma till tals och låta dem vara viktiga källor för kunskap i frågor som rör dem.

Familjen är den grundläggande gemenskapen i samhället. Barnets välbefinnande och trygghet påverkas i hög grad av föräldrarnas livssituation. Det är föräldrarna som har huvudansvaret för barnets omvårdnad, uppfostran och utveckling. Samhällets uppgift är att stödja och, när det finns

behov, komplettera föräldrarna så att barnets rättigheter och intressen tillvaratas under barnets hela uppväxt. Vid sidan av befintliga basverksamheter såsom barnhälsovård, förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg och insatser inom den ekonomiska familjepolitiken, kan stöd till föräldrar omfatta grundläggande information om barnets rättigheter, utveckling och behov liksom utbildnings- och rådgivningsinsatser. Dessa insatser är särskilt viktiga för barn som lever i stadsdelar och områden som präglas av utanförskap.

Varje barn har rätt till skydd mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld och övergrepp. Samhällets insatser för att förebygga och bekämpa våld och övergrepp mot barn måste vara effektiva och samordnade såväl nationellt som internationellt. Den nationella samordningen för att förebygga våld mot barn behöver utvecklas och stärkas. Arbete pågår för att vidareutveckla och intensifiera samhällets insatser mot sexuell exploatering av barn. Under hösten 2007 kommer regeringen att presentera en uppdatering av den nationella handlingsplanen mot sexuell exploatering av barn. Ett särskilt fokus kommer att läggas på åtgärder för att motverka att sexuella övergrepp mot barn begås i samband med turism och resande, s.k. barnsexturism.

Barns hälsa är generellt sett god men det är oroväckande att allt fler barn mår psykiskt dåligt och inte får det stöd de behöver. Tidiga insatser är av särskild stor vikt när det gäller barn. Föräldrars möjligheter att stödja sitt barn under hela uppväxten liksom insatser inom barnhälsovård, förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg och skola är viktiga för att förebygga och motverka psykisk ohälsa.

Vissa barn är i behov av särskilt stöd från samhället. Regeringen genomför därför satsningar för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin samt insatser för att utveckla kunskapen om barns och ungas psykiska hälsa. Regeringen föreslår också ändringar i reglerna om skydd och stöd för barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vidare överväger regeringen behov av ytterligare åtgärder som syftar till att förebygga att pojkar far illa vid omskärkelse.

För att stärka barnperspektivet och tydliggöra betydelsen av barnets bästa vid adoption avser regeringen att göra en allmän översyn av reglerna om adoption. I detta sammanhang kommer också behovet av åtgärder för att säkerställa

barnets bästa vid enskild adoption att övervägas. Regeringen avser också att se över tillämpningen av bestämmelsen rörande det s.k. balanskravet (6 a § i lagen om internationell adoptionsförmedling [1997:192]) och vilka konsekvenser bestämmelsen medför för adoptionssammanlutningarna.

För att barnpolitiken ska vara framgångsrik behövs det en ändamålsenlig myndighetsstruktur, effektiva verktyg och styrmedel samt instrument för uppföljning och analys. Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att göra en översyn av myndighetsstrukturen för barnpolitiken och föreslå hur den bör styras och organiseras. Regeringen kommer också att införa ett uppföljningssystem för att följa upp barns levnadsförhållanden inom alla relevanta områden. Statskontorets översyn och införandet av ett uppföljningssystem kommer att vara viktiga utgångspunkter för att vidareutveckla politiken för barnets rättigheter.

6.7 Budgetförslag

6.7.1 15:1 Barnombudsmannen

Tabell 6.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

År	Typ	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Utfall	17 034	406	
2007	Anslag	17 184 ¹		17 275
2008	Förslag	17 318		
2009	Beräknat	17 724 ²		
2010	Beräknat	18 187 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 17 321 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 17 321 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Barnombudsmannens förvaltningskostnader.

Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i samhället. Barnombudsmannen ska särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 6.3 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006 (varav tjänsteexport)	2 245	2 284	-39
Prognos 2007 (varav tjänsteexport)	3 816	3 816	0
Budget 2008 (varav tjänsteexport)	3 756	3 756	0

Avgiftsintäkterna omfattar främst internationella projekt om barns rättigheter. Barnombudsmannen får disponera intäkterna.

Regeringens överväganden

Barnombudsmannen bedriver en omfattande verksamhet för att ta tillvara och stärka barnets rättigheter i samhället. En av utgångspunkterna för den översyn av myndighetsstrukturen för barnpolitiken som Statskontoret genomför är att se över Barnombudsmannens uppdrag och i det sammanhanget även uppmärksamma frågor utanför Barnombudsmannens verksamhet som rör barns och ungas rättigheter och intressen och där det finns behov av samordning.

En sammantagen bedömning av Barnombudsmannens verksamhet för 2006 är att myndigheten huvudsakligen har redovisat sin verksamhet i enlighet med mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet.

Tabell 6.4 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	17 184	17 184	17 184
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	131	534	997
Beslut	3	6	6
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	17 318	17 724	18 187

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 318 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 Barnombudsmannen för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 17 724 000 kronor och för 2010 beräknas anslaget till 18 187 000 kronor.

6.7.2 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tabell 6.5 Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

År	Slagslag	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2006	Utfall	11 145	579
2007	Anslag	11 473 ¹	11 539
2008	Förslag	11 549	
2009	Beräknat	11 816 ²	
2010	Beräknat	12 122 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 11 551 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 11 551 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för förvaltningskostnader för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor samt för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterade organisationer. Myndigheten är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. Vidare är myndigheten centralmyndighet för bl.a. 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

Regeringens överväganden

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor arbetar aktivt med tillsyn över och uppföljning av de auktoriserade adoptionssammanslutningarna, följer upp kostnadsutvecklingen i olika adoptionsländer samt utbildar och informerar. En sammantagen bedömning av myndighetens verksamhet är att mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet i allt väsentligt är uppfyllda.

Tabell 6.6 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	11 473	11 473	11 473
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	74	339	645
Beslut	2	4	4
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 549	11 816	12 122

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 549 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 11 816 000 kronor och för 2010 beräknas anslaget till 12 122 000 kronor.

6.7.3 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tabell 6.7 Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

År	Slagslag	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2006	Utfall	9 387	268
2007	Anslag	7 461 ¹	7 590
2008	Förslag	8 961	
2009	Beräknat	8 961	
2010	Beräknat	8 961	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget används för insatser för att förverkliga barns rättigheter i Sverige med utgångspunkt i

barnkonventionen. Det handlar om utbildningar, informationsspridning, kunskapsinsamling och metodutveckling samt uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser inom området. Vidare används anslaget för insatser som främjar och skyddar barns och ungas rättigheter inom olika områden.

Regeringens överväganden

För att stärka kunskaps- och erfarenhetsutbyte avseende barnsäkerhetsfrågor mellan myndigheter och berörda aktörer har SRV sedan 2005 i uppdrag att på ett övergripande plan samordna barnsäkerhetsarbetet när det gäller att motverka olycksfall som leder till personskador. SRV bedriver redan som sektorsansvarig myndighet för skade- och olycksförebyggande arbete verksamheter som främjar och stärker barns och ungas säkerhet. Utöver SRV finns ett flertal myndigheter som också har ansvar för barnsäkerhetsfrågor.

SRV har byggt upp en struktur och organisation för att på ett övergripande plan samordna barnsäkerhetsarbetet. För det fortsatta arbetet, som huvudsakligen ska syfta till att samordna och utveckla kunskaps- och erfarenhetsutbytet

mellan berörda myndigheter och aktörer samt identifiera behov av ytterligare åtgärder, föreslår därför regeringen att 1 500 000 kronor fr.o.m. år 2008 överförs från anslag 7:4 *Samhällets skydd mot olyckor* till anslag 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige*.

Tabell 6.8 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	7 461	7 461	7 461
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 500	1 500	1 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	8 961	8 961	8 961

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 961 000 kronor anvisas under anslaget 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 8 961 000 kronor för respektive år.

7 Politikområde Handikappolitik

7.1 Omfattning

Handikappolitiken omfattar insatser för att undanröja hinder för full delaktighet i samhället, insatser för att bekämpa diskriminering samt individuella stöd- och serviceinsatser. Insatserna är sektorsövergripande och ryms inom så gott som alla politikområden.

Ansvaret för individuella stöd- och serviceinsatser inom politikområdet Handikappolitik ligger framför allt på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Stöd till landsting lämnas för insatsen rådgivning och annat personligt stöd, för tolktjänst samt för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation.

Andra individuella stöd inom politikområdet är assistansersättning, bilstöd, särskilt utbildningsstöd och personligt ombud. Politikområdet omfattar dessutom bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättningar och bidrag till handikapporganisationer. Inom politikområdet finns Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam). Regeringen avser att samordna de olika diskrimineringslagarna till en gemensam lagstiftning samt slå samman Jämställdhetsombudsmannen, Handikappombudsmannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning till en myndighet. Därför redovisas Handikappombudsmannens verksamhet fr.o.m. 2008 under utgiftsområde 13, anslag 10:8 *Handikappombudsmannen*.

Socialstyrelsen ansvarar för tillsyn, normering och kunskap av stöd och service till människor med funktionshinder. Inom Socialstyrelsen finns även ett särskilt beslutsorgan – Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) – som bl.a. ansvarar för fördelning av det särskilda utbildningsstödet. Socialstyrelsen finansieras genom anslag 13:6 *Socialstyrelsen*.

Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum inom hjälpmedelsområdet. Institutet som är en allmännyttig ideell förening drivs av staten samt intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting. Institutet har finansierats bl.a. genom anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. Fr.o.m. 2008 finansieras verksamheten genom anslag 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder*.

År 2008 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 17,3 miljarder kronor.

7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2007 till 2010 beräknas utgifterna för politikområdet öka med cirka 5,4 miljarder kronor, huvudsakligen till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom politikområdet beräknas 2007 till cirka 15,6 miljarder kronor. Det överstiger anvisade medel med cirka 17 miljoner kronor. Utgifterna för 2006 blev 80 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
16:1 Personligt ombud	89,7	109,5	93,9	109,5	89,5	89,5
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	273,5	273,4	269,6	250,4	200,4	252,9
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	175,6	177,4	174,2	178,8	183,7	189,3
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	81,9	81,9	80,4	130,2	130,2	130,2
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	163,7	163,7	163,7	183,7	183,7	183,7
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	20,0	21,3	21,5	23,7	24,6	25,6
16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	256,6	256,0	250,0	235,0	256,0	256,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	12 882,2	14 450,0	14 497,0	16 208,0	18 090,0	19 819,0
16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	17,9	19,1	19,3	19,3	19,7	20,2
2005 09 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	0,6	-	0,0	-	-	-
Totalt för politikområde Handikappolitik	13 961,7	15 552,2	15 569,6	17 338,4	19 177,6	20 966,3

¹Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

7.3 Mål

Målen för handikappolitiken är

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Det handikappolitiska arbetet ska inriktas särskilt på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Handikappolitik är ett sektorsövergripande politikområde, vilket innebär att de handikappolitiska målen ska vara integrerade i andra politikområden.

Målen beslutades av riksdagen i samband med att den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare –

antogs av riksdagen (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240). Planen sträcker sig fram till 2010. Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till gällande mål.

7.4 Resultatredovisning

7.4.1 Indikatorer

Resultatet baseras dels på insatser som utförs inom ramen för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240), dels på individuella stöd- och serviceinsatser som ryms inom politikområdet. Uppföljningar, utvärderingar, iakttagelser i tillsynen och förändringar i antal personer som får olika stödinsatser utgör bedömningsunderlag mot målluppfyllelse i avvaktan på att bättre indikatorer tagits fram. Kostnaderna redovisas både för att visa vad insatser kostar och för att visa hur kostnaderna förändras över åren. Utöver de resultat som olika insatser ger är dessutom kostnadsbildningen en viktig faktor i analysen av fortsatta satsningar inom politikområdet.

7.4.2 Resultat

Resultatredovisningen delas in i tre delar – identifiera och undanröja hinder genom ökad tillgänglighet, förebygga och bekämpa diskriminering samt självständighet och självbestämmande genom olika stöd- och serviceinsatser. Inledningsvis följer en kort beskrivning av de villkor som i stor utsträckning styr det sektorsövergripande handikappolitiska arbetet.

Nationell handlingsplan

Arbetet med att nå målen för handikappolitiken drivs inom ramen för en nationell handlingsplan för handikappolitiken som antogs av riksdagen i maj 2000. Planen omfattar de flesta politikområden. Ett stort antal delmål och åtgärder ska genomföras. Huvudinriktningen i arbetet är att identifiera och undanröja hinder för att uppnå ett samhälle som är tillgängligt för alla, att förebygga och bekämpa diskriminering och att skapa förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Viktiga styrinstrument för arbetet är förutom föreskrifter bl.a. regleringsbrev, instruktioner och särskilda uppdrag till statliga myndigheter. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) och sektorsmyndigheter har ett särskilt ansvar att driva på arbetet. Handikapprocessen har en viktig opinionsbildande och pådrivande roll.

Handisam samordnar och driver på arbetet

Handisam ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken. Myndigheten ansvarar för den övergripande handikappolitiska samordningen och stödjer, stimulerar och förmår aktörer på olika nivåer i samhället att beakta de handikappolitiska målen i sin verksamhet. Handisam ska integrera ett barnperspektiv och ett genusperspektiv i sitt utvärderings- och analysarbete. Man har också en viktig roll i arbetet med att följa upp och ge en samlad bild av utvecklingen inom hela det handikappolitiska området. Enligt regleringsbrevet för 2007 ska Handisam bidra till att myndigheternas förutsättningar att genomföra handikappolitiken förbättras. Handisam ska också i samverkan med sektorsmyndigheterna ta fram en struktur för hur en samlad utvärdering av den handikappolitiska utvecklingen ska kunna genomföras. Dessutom ska man stödja lands-

tingens och kommunernas tillgänglighetsarbete genom att utveckla och förankra metoder för uppföljning.

Sektorsmyndigheter genomför handikappolitiken

De fjorton särskilt utvalda sektorsmyndigheterna har i uppdrag att genomföra handikappolitiken inom sin sektor. Sektorsmyndigheterna har själva tagit fram etappmål för arbetet.

Handlingsplanen följs upp

Handlingsplanen följs upp i skrivelser till riksdagen. En första redovisning lämnades i december 2002 (skr. 2002/03:25) och en andra i mars 2006 (skr. 2005/06:110).

Den senaste uppföljningen visade att det har skapats en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan olika aktörer, vilket har gett handikapperspektivet ökat utrymme inom olika samhällssektorer. Arbetet med att göra samhället tillgängligare för människor med funktionshinder har gett effekter inom vissa områden. Sammantaget visar dock uppföljningen att tillgänglighetsarbetet hittills gått för långsamt och att det kommer att bli svårt att nå alla uppsatta delmål fram till 2010.

Identifiera och undanröja hinder genom ökad tillgänglighet

Bristande tillgänglighet i samhället leder till att människor med funktionshinder inte har samma möjligheter som andra att göra sina egna val. Därför är det en central del i det handikappolitiska arbetet att tillgängligheten i samhället förbättras. Planerare, informatörer och administratörer måste utgå från det faktum att människor har olika förutsättningar och att en funktionsnedsättning är en av flera variationer hos en befolkning. I handlingsplanen finns tydliga mål för tillgängligheten som bör vara uppfyllda under 2010. T.ex. handlar det om mål för en tillgänglig kollektivtrafik och för att enkelt avhjälpna hinder i lokaler och på allmänna platser bör var undanröjda.

Statliga myndigheter tar fram handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Myndigheter under regeringen ska enligt en särskild förordning (2001:526) beakta de handikappolitiska målen när de utformar och bedriver sin verksamhet. Myndigheterna ska arbeta för att

göra lokaler, verksamhet och information tillgänglig för personer med funktionshinder. För att påskynda arbetet har ett stort antal myndigheter i sina regleringsbrev för 2006 haft i uppdrag att under året ta fram handlingsplaner för att öka tillgängligheten hos myndigheterna.

Antalet myndigheter som har tagit fram en handlingsplan har ökat från 21 procent 2005 till 62 procent i början av 2007. De myndigheter som alltjämt saknar planer är framför allt sådana som har en decentraliserad organisation (rättsväsendet) samt sådana som omlokaliseras, ombildas eller avvecklas. Handisam som följt upp resultatet redovisar att myndigheterna har haft nytta av de riktlinjer och andra material som man har tagit fram. Resultatet kan förefalla bra men med tanke på att förordningen gällt sedan mitten av 2001 borde myndigheterna hunnit längre. Avgörande är nu att upprättade planer har god kvalitet och kan förverkligas så snart som möjligt så att alla statliga myndigheter blir tillgängliga för människor med funktionshinder.

Tillgängligare webb och e-tjänster i offentlig sektor

Verket för förvaltningsutveckling (Verva) tar sedan 2002 fram en vägledning för utveckling av webb och e-tjänster i offentlig sektor. Ett mål är att alla webbplatser i den offentliga sektorn ska vara enkla att använda för medborgarna. Vägledningen innehåller riktlinjer bl.a. för att uppfylla tillgänglighetskrav. Man samarbetar i denna fråga med Handisam. Verva mäter fortlöpande i vilken grad de offentliga webbplatserna (ungefär 1 000 stycken) följer Vägledningen 24-timmarswebbens tekniska rekommendationer. Man konstaterar att utvecklingen går framåt och att fler webbplatser är tillgängliga. I april 2007 hade ungefär tjugo procent en start sida som följer standard jämfört med fem procent 2005. Men fortfarande har sju av tio webbplatser föråldrad struktur vilket försvårar möjligheten att göra webbplatserna tillgängliga för alla.

Ökad tillgänglighet i kollektivtrafiken

I juli 2006 fick Vägverket och Banverket i uppdrag att ta fram ett nationellt handlingsprogram för kollektivtrafikens långsiktiga utveckling enligt intentioner i propositionen Moderna transporter (prop. 2005/06:160, bet. 2005/06:TU5, rskr. 2005/06:308). Ett högt prioriterat delområde i detta program är att leda en nationell kraftsamling för att göra kollektivtrafiken användbar för personer med funktionshinder.

Detta ska ske genom att göra det möjligt att resa på egen hand i ett prioriterat nät av kollektivtrafiken. Nätverket inbegriper buss, flyg, båt och tåg samt byten mellan dessa transportslag. Det nätverk som uppfyller ställda kvalitetskrav bedöms täcka 60–80 procent av de resor som personer med funktionshinder gör. Arbetet med nätverket ska bedrivas i etapper.

En första lägesrapport från december 2006 visade att det finns stor risk att nätverket inte kan byggas ut i sin helhet till 2010. I en andra lägesrapport från den 30 juni 2007 bedömer Banverket och Vägverket att cirka 80 procent av det prioriterade nätet ingående delar kommer att vara åtgärdade och därmed användbara för personer med nedsatt orienterings- eller rörelseförmåga 2010. De största problemen är antalet stationer som inte hinner åtgärdas samt att det saknas överblick över samtliga aktörers planerade insatser. Banverket och Vägverket ska redovisa ett långsiktigt handlingsprogram inklusive långsiktiga åtgärder senast den 31 december 2007.

Det går för långsamt att undanröja enkelt avhjälpna hinder

Krav på att undanröja enkelt avhjälpna hinder till och i lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser fastställdes i lag 2001. Boverket tog fram föreskrifter som började gälla i december 2003. Boverket konstaterade i en uppföljning i september 2005 att tillgänglighetsfrågorna generellt har fått ökad uppmärksamhet och att alltfler insatser görs för att undanröja hinder. Det går dock för långsamt och det som görs är inte tillräckligt.

Undersökningar visade att endast 3 av 20 intervjuade kommuner skulle klara målsättningen om att undanröja enkelt avhjälpna hinder till 2010. Hela 68 procent av alla fastighetsägare kände inte till föreskrifterna. Endast 5 procent av berörda fastighetsägare hade åtgärdat enkelt avhjälpna hinder.

Boverket bedömer att lagstiftningen och föreskrifterna underlättar och påskyndar arbetet med anpassning av miljön men man pekar också ut ett antal problemområden där det behöver sättas in åtgärder, t.ex. förtydliganden i lag eller förordning om att hindren ska avhjälpas nu och inte senast 2010, särskilda informationsinsatser och skarpare tillsyn. Boverket har i regleringsbrevet för 2007 fått uppdrag att göra en ny uppföljning

som ska presenteras för regeringen i mitten av september 2007.

Tillgången till arbete har inte nämnvärt förbättrats
De satsningar som genomförts under 2006 för att förbättra möjligheten till arbete för människor med funktionshinder har inte nämnvärt ökat funktionshindrade personers delaktighet och jämlikhet på arbetsmarknaden. Sysselsättningsgraden hos personer med funktionshinder är låg, men ökade från 50 till 52 procent under perioden 2004–2006. Antalet arbetssökande kvinnor och män med funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga som är inskrivna vid arbetsförmedlingen har minskat något, från 21 900 under 2005 till 21 800 under 2006.

Arbetslösheten bland kvinnor och män med funktionshinder totalt minskade marginellt från 6,3 procent 2004 (6,5 procent för kvinnor respektive 6,1 procent för män) till 6,2 procent 2006 (5,8 procent för kvinnor respektive 6,6 procent för män). För funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga har arbetslösheten ökat från 7,9 (7,9 procent för kvinnor respektive 7,8 procent för män) till 8,7 procent (8,7 procent för både kvinnor och män).

Under 2006 var 11 050 människor med funktionshinder långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingen. Det är en ökning med 5 procent jämfört med 2005. Människor med funktionshinder utgör 29 procent av alla som är långtidsinskrivna. Andelen kvinnor med funktionshinder av samtliga långtidsinskrivna har ökat stadigt de senaste åren, 2003–2006, till en nivå på cirka 33 procent av samtliga långtidsinskrivna. Motsvarande andel för männen är cirka 27 procent. Skillnaden mellan kvinnor och män har ökat.

Kulturinstitutioner och TV-program har blivit tillgängligare

Kulturrådet har som sektorsansvarig myndighet för tillgänglighetsfrågor inom kulturområdet fördelat projektmedel till kulturlivets institutioner och organisationer sedan 1999. Syftet har varit att på olika sätt öka tillgängligheten till kultur för människor med funktionshinder.

I den senaste uppföljningen av den nationella handlingsplanen (Skr. 2005/2006:110) konstateras att Statens kulturråd och Riksantikvarieämbetet har uppfyllt flera av de mål som myndigheterna ställt upp som mål för sektorn. I en rapport från Statens kulturråd i maj 2007 redovisas att samtliga bibliotek och merparten av

museerna har upprättat handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Vid dessa institutioner har dessutom flera konkreta insatser genomförts för att öka tillgängligheten. På museerna har framför allt lokalerna anpassats medan biblioteken uppvisar ett brett spektrum av åtgärder. Inom scenkonstområdet finns dock problem kvar att lösa. Den tekniska och fysiska tillgängligheten behöver bli bättre men även bemötande och attityder behöver förändras. Därför kommer Kulturrådet att framöver prioritera scenkonstområdet även om tillgänglighetsarbetet även fortsättningsvis bör avse hela det sektorsområde som myndigheten ansvarar för.

TV-programmen har också blivit tillgängligare. Textning av svenska program i förstasändning i SVT1 och SVT2 uppgick 2006 till 3 272 timmar. Det är en ökning med 43 procent jämfört med 2003. Det totala antalet teckenspråksändningar i SVT var 110 timmar under 2006. Det är en ökning med 20 procent jämfört med 2005.

Posten har blivit tillgängligare

Under 2006 har Post- och telestyrelsen (PTS) på regeringens uppdrag genomfört en uppföljning av Postens servicenät. En viktig del av uppföljningen handlar om tillgängligheten för personer med funktionshinder till servicenätet. PTS har tidigare framfört kritik mot den i flera fall bristfälliga handikappanpassningen av postombudens butikslokaler i det nya servicenätet som skapades 2004. Man har därför ställt krav på att bl.a. postombudens lokaler måste vara tillgängliga för att få förnya sitt samarbetsavtal med Posten.

Uppföljningen visar att det idag återstår cirka 200 serviceställen där tillgängligheten brister, vilket motsvarar tolv procent av det totala beståndet. Med nuvarande ombyggnadstakt uppskattar Posten att anpassningsprocessen i huvudsak ska vara avslutad till 2010. Även om Postens tillgänglighetsanpassning inte är avslutad så kan den i många avseenden tjäna som ett bra exempel på ett framgångsrikt tillgänglighetsarbete då andra offentliga miljöer och lokaler ska göras tillgängliga.

Kostnader

En av de grundläggande principerna inom handikappolitiken är den så kallade ansvars- och finansieringsprincipen. Den innebär att varje sektor i samhället ska utforma och bedriva sin verksamhet så att den blir tillgänglig för alla

medborgare, inklusive personer med funktionshinder. Kostnaderna för de nödvändiga anpassningsåtgärderna ska finansieras inom ramen för den ordinarie verksamheten. Mycket av de kostnader som uppstår för att göra samhället tillgängligare ryms därför inom befintliga ekonomiska ramar. Att uppnå tillgänglighet är mer en fråga om attityd, styrning och planering. Ibland kan det dock vara motiverat att göra avsteg från principen, t.ex. när en huvudman går in och bekostar särskilda insatser.

Under perioden 1998–2006 har Vägverket lämnat cirka 2 miljarder kronor i riktade statsbidrag till trafikhuvudmän och kommuner som till stor del syftat till att göra kollektivtrafiken tillgänglig för personer med funktionshinder. Sedan 2001 utgår det 10 miljoner kronor per år i statsbidrag för att förbättra tillgängligheten för personer med funktionshinder inom kultursektorn. Medlen fördelas och administreras av Statens kulturråd.

Även inom arbetsmarknadspolitiken görs insatser som riktar sig särskilt till personer med funktionshinder. Under 2006 uppgick kostnaderna till cirka 11,7 miljarder kronor, vilket är en ökning med cirka 0,8 miljarder jämfört med året innan.

Förebygga och bekämpa diskriminering

För att uppnå en samhällsgemenskap med mångfald, full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor är det viktigt att förebygga och bekämpa diskriminering på grund av funktionshinder liksom att göra diskriminerande strukturer synliga.

Det finns fyra lagar som förbjuder diskriminering på grund av funktionshinder; Lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder (FUDA), lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan (LBL), lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering (DFL) och lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever (BEL).

HO har enligt lagen om Handikappombudsmannen (den s.k. HO-lagen) till uppgift att bevaka frågor som rör funktionshindrade personers rättigheter och intressen. HO:s arbete rör främst tillsyn av och information om diskrimineringslagstiftningen. Handisam har ett pågåen-

de uppdrag att ta fram och sprida ett diskussionsmaterial om hur barn möter barn och ungdomar med funktionshinder. Arbetet sker i samråd med Myndigheten för skolutveckling och Specialpedagogiska institutet. Materialet ska syfta till att motverka och förebygga trakasserier och diskriminering. Det planeras vara klart för distribution under hösten 2007. Skolverket har dessutom i uppdrag att följa upp hur BEL tillämpas i skolan.

HO har under 2006 genom handläggning av ärenden, juridisk rådgivning och i informationsverksamhet verkat för att förebygga och bekämpa diskriminering.

Tabell 7.2 Fördelning av ärenden under 2004–2006 per lag och totalt

	2004	2005	2006
FUDA	81	79	97
LBL	12	18	9
DFL	57	124	86
BEL	–	–	24
HO-lagen	121	1 490	308
Totalt	271	1 711	524

Antalet anmälningsärenden till HO har minskat kraftigt jämfört med 2005 men nästan fördubblats jämfört med 2004. Det stora antalet anmälningar 2005 berodde främst på en massanmälningsaktion rörande otillgängliga lokaler och miljöer under året. Antalet anmälningar enligt lagen om förbud mot diskriminering i arbetslivet har ökat från året innan. Lagen om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever trädde i kraft den 1 april 2006 och anmälningar enligt den lagen finns således endast från det året.

Resultatet redovisas mer ingående inom utgiftsområde 13, Integrationspolitik, Resultat av Handikappombudsmannens insatser.

Handisam har tillsammans med Ombudsmannen mot etnisk diskriminering och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning bistått ett antal myndigheter och alla länsstyrelser i utarbetandet av antidiskrimineringsstrategier.

Självständighet och självbestämmande genom olika stöd- och serviceinsatser

Alla människor har lika rätt att bestämma över sina liv och få sina önskemål respekterade. För att kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder ska kunna uppnå jämlika levnadsvillkor krävs därför olika former av stöd som är anpassat efter individens förutsättningar och behov. Viktiga behovsprövade stöd som ryms inom politikområdet är insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) liksom assistansersättning och bilstöd. Särskilt utbildningsstöd lämnas till olika utbildningsanordnare för att möjliggöra studier. Stöd från ett personligt ombud kan ges till personer med omfattande psykiska funktionshinder.

Viktiga stöd inom andra politikområden är hjälpmedel, rehabilitering och habilitering samt vårdbidrag och handikappersättning. Andra stöd är sjuk- och aktivitetsersättning liksom olika statliga stöd inom arbetsmarknaden och skolan.

Stödinsatser enligt LSS och SoL för att få leva som andra

Ett övergripande mål i SoL är att verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Ansvarig nämnd ska medverka till att människorna får meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter den enskildes behov av stöd. Människor med funktionshinder som tillhör personkretsen i LSS kan vid behov dessutom ha rätt till de insatser som definieras i denna lag. Den som får insatser enligt LSS ska så långt det är möjligt ha inflytande och medbestämmande över insatserna. Kvalitén i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras. Verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet och målet ska vara att människorna får möjlighet att leva som andra.

Rätten till insatser enligt LSS har betytt mycket för att ge människor med omfattande funktionshinder det stöd och den service som de behöver. Självbestämmandet och delaktigheten har ökat och generellt sett har funktionshindrades ställning i samhället stärkts. Insatsen personlig assistans har varit mest betydelsefull för denna utveckling under förutsättning att brukaren har haft stort inflytande över insatsen och att

han eller hon kunnat anpassa stödet efter de egna behoven i så stor utsträckning som möjligt.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har dock i sin tillsyn och uppföljning iakttagit att det finns brister och oklarheter i lagstiftningen när det gäller stödet. Det går därför inte att uttala sig om i vilken omfattning kvinnor och män, flickor och pojkar får just det stöd de behöver för att uppnå full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor.

I Lägesrapporten Handikappomsorg för 2006 redovisar Socialstyrelsen att flertalet länsstyrelser påtalar att det fortfarande behövs fler särskilda boendeformer och att låg bemanning på existerande boenden blir allt vanligare. Samtidigt uppmärksammar fler kommuner behoven av dessa boendeformer och behoven tillgodoses i allt större utsträckning. Många aktörer och brukare påpekar även att bristen på samverkan och samordning av olika insatser är problematisk. När samordningen är otillräcklig får istället brukaren eller dennes anhöriga gå in och agera samordnare. Trots ambitioner att förbättra samordning och gemensam planering är det tydligt att bristerna kvarstår.

Länsstyrelserna har under 2006 följt upp kommunernas riktlinjer för bedömning av insatser enligt LSS. Uppföljningen visar att ett stort antal kommuner har eller planerar att ta fram riktlinjer. Innehållet i riktlinjerna varierar från kommun till kommun men i nästan alla riktlinjer finns det bestämmelser eller rekommendationer som verkar begränsande för människorna som har rätt till insatserna. Länsstyrelserna anser att det på ett allvarligt sätt urholkar lagen om riktlinjerna utformas på ett sådant sätt att det försvårar funktionshindrades möjligheter att leva ett gott och självständigt liv. Det kan dessutom leda till att människornas rättigheter inskränks.

Antalet ej verkställda domar enligt LSS fortsätter att minska. Det redovisar Socialstyrelsen och länsstyrelserna, som följt upp förändringar under perioden 2004–2006, i rapporten Ej verkställda beslut och domar enligt LSS och SoL 2006. Antalet ej verkställda beslut enligt LSS har däremot ökat med cirka 20 procent sedan 2004 (från cirka 2 500 år 2004 till cirka 2 900 år 2006) samtidigt som antalet avslag trots bedömt behov minskat från 151 till 57 under samma tidsperiod. De beslut enligt LSS som är svårast att verkställa avser insatserna kontaktperson och bostad med särskild service för vuxna. Vid mätillfället 2006 var 67 procent av de ej verkställda besluten äldre

än tre månader mot 72 procent 2004. Motsvarande siffror av ej verkställda beslut som var äldre än ett år var 33 procent 2006 mot 41 procent 2004.

En uppföljning av den tillsynssatsning som länsstyrelserna har genomfört under tre år tillsammans med Socialstyrelsen inom området insatser till personer med psykiska funktionshinder har haft tydliga effekter på kommunernas verksamhet. En verksamhetsutveckling har inletts och förändringar har gjorts som ligger i linje med lagstiftningens bestämmelser och psykiatireformens intentioner. Exempel på positiva tendenser är enligt rapporten att kommunerna öppnar boenden, startar särskilda boendestödsgrupper och sysselsättningsverksamheter, också med individuellt anpassade lösningar för yngre personer. Enligt tillsynsrapporten "Social tillsyn 2005 – resultat av länsstyrelsernas tillsyn" har förutom tillsynssatsningen även statsbidrag och utvecklingen av verksamheten med personliga ombud haft betydelse för att målgruppen har uppmärksamats i kommunerna och dess ledning. Men trots förbättringar är personer med psykiska funktionshinder en grupp som har särskilt svårt att få den hjälp och det stöd de behöver.

Antal personer som beviljas insatser liksom antalet insatser fortsätter att öka. Det innebär att allt fler människor får del av det stöd och den service som LSS erbjuder. Socialstyrelsen förklarar i Lägesrapporten för 2006 att ökningen sannolikt beror på bl.a. ambitionshöjningar hos kommunerna. Ur ett delaktighetsperspektiv anser man dock att det är viktigt att analysera om det finns människor som beviljas insatser

från den kommunala handikappomsorgen, fast de egentligen behöver annat stöd. Att den kommunala handikappomsorgen ökar skulle i så fall inte vara uteslutande positivt. Socialstyrelsen pekar i rapporten bl.a. på övergången från skola till arbete där unga riskerar att i onödan beviljas dagverksamhet enligt SoL eller daglig verksamhet enligt LSS utan att alternativ på arbetsmarknaden har prövats i tillräckligt stor utsträckning. Det kan också vara så att otillgänglighet skapar ett ökat behov av individuella stödinsatser.

Antal personer med insatser enligt LSS, exklusive råd och stöd, har ökat med cirka 23 procent från 2000 eller, mätt i antal, med 10 300 personer under sex år. Mest markant var ökningen 2003, med nära 3 000 personer. Under 2006 var ökningen 3 procent eller cirka 1 500 personer. Ökningstakten har varit störst för barn och unga i åldersgruppen upp till 22 år.

Även antalet insatser har ökat i stor omfattning. Antalet insatser, exklusive råd och stöd, har ökat med cirka 21 procent från 2000 eller, mätt i antal, med 17 000 insatser under sex år. Mest markant var ökningen 2003, med över 5 000 insatser. Under 2006 var ökningen 3 procent eller cirka 2 500 insatser.

LSS-insatser ges i högre utsträckning till män än till kvinnor. Skillnaden, 14 procentenheter, är i stort sett konstant över åren. I åldern 0–19 år dominerar de unga männen mer markant än för vuxna, 62 procent pojkar mot 38 procent flickor. Enligt Socialstyrelsen går det inte bedöma om detta är ett uttryck för diskriminering av flickor eller om behoven faktiskt är olika.

Tabell 7.3 Kostnader för kommunala insatser enligt SoL och LSS, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt antal kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män

År	Kostnad totalt i 2005 års priser (mdkr)	varav LSS (mdkr)	Antal med insatser LSS	Andel kvinnor med insatser, %	Andel män med insatser, %	Antal insatser LSS	Andel insatser till kvinnor, %	Andel insatser till män, %
2000	28,9	23,2	45 500	44	56	80 600	45	55
2001	30,0	24,1	47 100	44	56	82 400	44	56
2002	31,5	25,2	48 600	44	56	85 000	44	56
2003	32,2	26,2	51 500	44	56	90 300	44	56
2004	33,5	27,3	52 900	43	57	93 100	44	56
2005	34,1	27,7	54 300	43	57	95 200	44	56
2006	--	--	55 800	43	57	97 700	44	56

Källa: Kostnader kommer från Socialstyrelsens lägesrapport som avser 2006. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena en särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

Sedan 2000 har kommunernas kostnader för LSS (i 2005 års fasta priser) ökat från 23,2 miljarder till 27,7 miljarder eller med cirka 19 procent, exklusive ersättning från Försäkringskassan för LASS. Kostnadsökningen kan delvis förklaras med att antalet som får insatser liksom antalet insatser ökat men enligt Socialstyrelsen beror det också på ambitionshöjningar hos kommunerna. Det är framför allt

kommunens kostnader för personlig assistans som ökat. Däremot har kostnaderna för insatserna bostad med särskild service och daglig verksamhet minskat med cirka 10 procent räknat per person i 2005 års fasta priser. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionshinder varierar dock stort.

Tabell 7.4 Antal kommunala LSS-insatser fördelade per insats

	År	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Daglig verksamhet		20 500	21 100	21 700	23 200	24 100	25 000	25 800
	<i>varav kvinnor</i>	9 200	9 400	9 700	10 300	10 600	11 000	11 300
	<i>män</i>	11 300	11 700	12 000	12 900	13 400	14 000	14 500
Bostad med särskild service, vuxna		16 900	17 500	18 000	19 000	19 900	20 300	20 900
	<i>varav kvinnor</i>	7 400	7 700	7 900	8 300	8 600	8 900	9 100
	<i>män</i>	9 500	9 800	10 000	10 700	11 200	11 500	11 800
Kontaktperson		13 600	14 000	14 500	15 200	16 100	16 700	17 400
	<i>varav kvinnor</i>	6 600	6 700	7 000	7 300	7 700	7 900	8 300
	<i>män</i>	7 000	7 200	7 500	7 900	8 400	8 700	9 100
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet		9 800	9 600	9 900	10 400	10 500	10 500	10 500
	<i>varav kvinnor</i>	3 900	3 800	3 900	4 100	4 100	4 100	4 100
	<i>män</i>	5 900	5 800	6 100	6 300	6 400	6 400	6 400
Ledsagarservice		7 800	8 100	8 500	9 200	9 400	9 600	9 700
	<i>varav kvinnor</i>	3 800	3 900	4 100	4 400	4 400	4 400	4 400
	<i>män</i>	4 000	4 200	4 300	4 800	5 000	5 200	5 300
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år		3 000	3 100	3 400	4 000	4 400	4 700	4 900
	<i>varav kvinnor</i>	1 200	1 200	1 400	1 600	1 700	1 900	1 900
	<i>män</i>	1 800	1 800	2 100	2 400	2 700	2 800	3 000
Avlösarservice i hemmet		3 600	3 600	3 500	3 600	3 700	3 600	3 500
	<i>varav kvinnor</i>	1 400	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300
	<i>män</i>	2 300	2 300	2 200	2 300	2 300	2 300	2 200
Särskilt boende för barn		1 100	1 100	1 200	1 300	1 200	1 200	1 200
	<i>varav kvinnor</i>	500	400	500	500	400	400	400
	<i>män</i>	700	700	700	800	800	800	800
Personlig assistans		4 200	4 300	4 300	4 600	3 900	3 600	3 700
	<i>varav kvinnor</i>	2 000	2 100	2 000	2 200	1 900	1 700	1 800
	<i>män</i>	2 300	2 300	2 300	2 400	2 000	1 900	1 900

Källa: Socialstyrelsens årliga statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattats av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning. Siffrorna har avrundats till närmaste 100-tal

Vanligaste insatserna enligt LSS är daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna och sett till antalet så är det dessa insatser som ökat mest under perioden 2000–2006, med 5 300 respektive 4 000 insatser. Korttidstillsyn för skolorn över 12 år har procentuellt ökat mest under perioden 2000–2006. Det är oftast pojkar i åldern 13–22 år som får denna insats. Insatsen har ökat stadigt sedan 1999 men ökningen blir särskilt tydlig från 2002–2005. Andra insatser som ökat mer än genomsnittet är kontaktperson och ledsagarservice.

Cirka 33 procent av alla personer som fick insatser 2006 enligt LSS är barn och unga som var 22 år eller yngre, cirka 60 procent gällde personer som var i åldrarna 23 år t.o.m. 64 år och cirka 7 procent gavs till personer som var 65 år eller äldre. Jämfört med 2000 har andelen barn och ungdomar som beviljats stöd ökat sin andel med cirka 3 procentenheter medan vuxna minskat sin andel.

Även antal kvinnor och män som får insatser enligt socialtjänstlagen ökar. Ökningen är markant. Cirka 25 000 fick stöd 2006 enligt SoL mot cirka 23 700 år 2005 och 21 700 året innan. Det kan jämföras med att 55 800 fick stöd 2006 enligt LSS mot 54 300 året innan.

Insatser enligt socialtjänstlagen till personer under 65 år, dvs. hemtjänst eller permanent boende i särskilda boendeformer, ges till 51 procent män och 49 procent kvinnor. Fler kvinnor än män får däremot hemtjänst, 52 procent mot 48 procent.

Kostnaderna för insatser enligt socialtjänstlagen var 2005 cirka 6,4 miljarder (inklusive insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen) jämfört med 27,7 miljarder för LSS. Kostnaderna för stöd och service till personer med funktionshinder varierar dock stort mellan landets kommuner.

Assistansersättning till personlig assistans

Assistansersättning beviljas av Försäkringskassan och utgår till personer som har rätt till insatsen personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan. Med personlig assistans menas ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer för att uppnå valfrihet, flexibilitet och kontinuitet i stödet till den enskilde. Under 2006 har nya vägledningar och handlägningsprocesser tagits fram av Försäkringskassan i syfte att göra handläggningen av assistansersättningen mer likvärdig i hela landet.

Assistansen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många kvinnor och män, flickor och pojkar med omfattande funktionshinder. Assistansreformen främjar därigenom jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet.

LSS-kommittén (f.d. Assistanskommittén), som utreder och ser över assistansen, konstaterar i ett delbetänkande På den assistansberättigades uppdrag (SOU 2005:100) att den personliga assistansen verkar fungera väl för de allra flesta. Men det finns betydande skillnader som beror på vem som ordnar assistansen. Länsstyrelserna har i rapporten Riktlinjer – till hjälp eller stjälp? redovisat en granskning av kommunala riktlinjer för bedömning av insatser enligt LSS under 2006. I rapporten konstateras att många kommuner har lokala riktlinjer för personlig assistans enligt LSS som kan innebära begränsningar för den enskilde och därmed motverka syftet med assistansen. Det finns således signaler som tyder på att det finns brister i assistansen.

Tabell 7.5 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Antal personer med beviljad assistans för dec månad	Andel kvinnor med insatser, %	Andel män med insatser, %	Antal timmar/vecka/ person i genomsnitt	Antal timmar/vecka/ person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar/vecka/ person i genomsnitt för män
1999	6,0	4,5	1,5	9 100	47	53	83	82	85
2000	7,0	5,3	1,7	9 700	47	53	86	85	88
2001	8,2	6,3	1,9	10 800	47	53	88	87	90
2002	9,8	7,5	2,2	11 600	47	53	92	90	94
2003	11,2	8,7	2,5	11 900	47	53	96	94	98
2004	12,8	10,0	2,7	12 800	47	53	99	96	101
2005	14,3	11,3	3,0	13 600	47	53	101	99	103
2006	16,0	12,8	3,2	14 300	47	53	103	101	106

Källa: Försäkringskassan

Antalet personer som är berättigade till assistansersättning för personlig assistans har ökat kraftigt sedan ersättningen infördes 1994, från cirka 6 400 i december 1994 till 14 300 i december 2006. De senaste åren har ökningen varierat mellan 700–900 människor per år.

Det är i åldersgruppen 40–59 år som ökningen är störst. Genomgående är det fler män än kvinnor som får assistans förutom i åldersgruppen över 65 år där kvinnor dominerar. Av mottagarna av ersättningen var 47 procent kvinnor och 53 procent män 2006. Det är ingen skillnad från tidigare år.

Antalet barn och unga i åldern 0–19 år med statlig assistansersättning uppgick 2006 till cirka 3 000. Det är en liten ökning från föregående år och motsvarar en andel på 21 procent av samtliga mottagare. Andelen har varit i princip oförändrad under 2000-talet.

Antalet personer som beviljats statlig assistansersättning är flest bland människor som har varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder. Antal människor som har betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder som orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom är relativt få men de har flest timmar. Det beror på att funktionshindren ofta leder till ett omfattande behov av stödinsatser.

Även antalet beviljade timmar ökar varje år, i genomsnitt med tre timmar per person och vecka. Ökningstakten har dock minskat något sedan 2004. Män beviljas fler timmar än kvinnor och männen svarar även för en årlig större ökning än kvinnorna sett över tid. Ända sedan assistansreformen infördes 1994 har det funnits betydande olikheter mellan län när det gäller

genomsnittliga antal beviljade timmar. Det finns också vissa skillnader i antalet assistanstimmar som beviljas kvinnor och män.

Totalt uppgick assistansersättningen 2006 till 16 miljarder kronor. Staten betalar 12,8 miljarder kronor och kommunerna 3,2 miljarder kronor. Statens andel av utgifterna har ökat från 75 procent 1998 till närmare 80 procent 2006. Det förklaras av att fler ansöker om och är berättigade till assistansersättning samt att behovet av assistans är större än tidigare. Den procentuella ökningstakten har planat ut från 2002, när den uppgick till nästan 20 procent, till 2006 när den uppgick till cirka 13 procent. Men den faktiska kostnadsökningen mätt i kronor är fortfarande högre 2006 än tidigare år.

Utgiftsutvecklingen är hög men skillnaderna mellan länen är stor. Till viss del beror det på befolkningens sammansättning i olika delar av landet, men det kan inte uteslutas att handläggningen av ärenden skiljer sig åt mellan olika län. Försäkringskassan har i uppdrag att redovisa skillnader över tid samt åtgärder som genomförs för att minska dessa. Försäkringskassan ska även bedöma om åtgärderna är verkningsfulla och tillräckliga och i vilken riktning de har påverkat kostnadsutvecklingen. Uppdraget ska redovisas i samband med årsredovisningen för 2007. LSS-kommittén ska också analysera kostnadsutvecklingen och i uppdraget ingår bl.a. att föreslå åtgärder som ska dämpa och stabilisera kostnaderna.

Personliga ombud förbättrar situationen för psykiskt funktionshindrade

Personliga ombud ska se till att kvinnor och män (18 år och äldre) som lever med omfattande psykiska funktionshinder får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Verksamheten som successivt byggts upp sedan 2000 är frivillig. Kommunerna är huvudmän men staten bidrar med ett riktat statsbidrag till kommuner som inrättat ombud. Socialstyrelsen och länsstyrelserna fördelar anslagna medel samt följer, stödjer och utvecklar verksamheten. Eftersom behovet vuxit har statsbidraget utökats med ytterligare 20 miljoner kronor årligen 2007 och 2008.

Utvärderingar av verksamhet med personliga ombud visar att personer med psykiska funktionshinder har blivit mer delaktiga i samhället. Personernas psykosociala situation har förbättrats och deras ställning i samhället har stärkts. Reformen har också gett positiva samhälls-ekonomiska effekter genom ekonomiska besparingar hos framför allt landstingen (rapport från februari 2006 Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud). Verksamheterna har dessutom blivit ett tillgängligt och välkänt komplement till övrig social verksamhet i kommunerna.

Verksamheten skapar förutsättningar för enskilda att kunna påverka sina liv och minskar behovet av vård från samhället. Det bidrar till att skapa både jämlikhet i levnadsvillkor och en

samhällsgemenskap med mångfald. Socialstyrelsen skriver i årsredovisningen för 2006 att ”reformen med personliga ombud förstärker psykiatireformens intentioner mot ett mer normaliserat liv, färre institutionsplaceringar, fler rehabiliterande insatser. Detta sker dessutom på ett sådant sätt att samhällets kostnader faller dramatiskt”.

Trots att det inte finns någon skyldighet för kommuner att etablera verksamhet med personliga ombud har antalet kommuner med ombud ökat under 2006. Vid årsskiftet 2006/07 hade 82 procent av landets kommuner startat sådan verksamhet. Under året har tolv tjänster omfördelats mellan länen. Med anledning av det utökade statsbidraget hade ett antal kommuner i slutet av mars 2007 ansökt om eller framfört ett starkt intresse för ytterligare drygt 30 ombudstjänster. Vid denna tidpunkt var således cirka hälften av det utökade statsbidraget för 2007 in-tecknat.

Socialstyrelsens uppföljning visar att verksamheter i relativt liten utsträckning drivs av entreprenörer, i två av tio verksamheter. Där det förekommer sker det framför allt i storstads-länen. I sex län finns läns-gemensamma verksamheter. I drygt var tionde verksamhet är landstinget medfinansierat. Ombuden har bred kompetens och lång erfarenhet av arbete med personer med psykiska funktionshinder.

Tabell 7.6 Utveckling av personliga ombud (PO)

År	Antal kommuner med PO	Andel kommuner som har PO av samtliga, %	Antal verksamheter med PO	Antal PO	Antal aktuella personer med PO	Andel kvinnor med PO, %	Andel män med PO, %	Utbetalt till PO under hela året
2002	213	73	80	203	1 200			59,6
2003	235	81	98	272	2 600			81,3
2004	231	80	101	286	3 200	53	47	85,2
2005	233	80	101	295	3 600	56	44	89,0
2006	238	82	101	295	5 500	53	47	89,2

Källa Socialstyrelsen

Antalet personer som har ombud har ökat markant från cirka 3 600 till cirka 5 500. Varje ombud hade i genomsnitt drygt 25 personer under 2006 och minst 16 personer aktuella samtidigt (en del har insatsen ”vilande”). I december 2006 hade en tredjedel av verksamheterna en kö på cirka 300 personer, en påtaglig ökning i förhållande till året innan, då antalet köande var cirka 200 personer.

En del ombudsverksamheter tar emot personer som har neuropsykiatriska funktionshinder, missbruksproblem eller somatisk sjukdom utöver psykiska funktionshinder.

Ombudens arbete med personer som har barn har särskilt uppmärksammats av Socialstyrelsen under det gångna året (de som hade ombud 2006 hade tillsammans 1 300 barn). Frågan om specialiserade ombud har väckts eftersom det kan uppstå svårigheter i det stödjande och vägledande arbetet när det finns barn som antingen bor tillsammans med föräldern eller är placerade i annat hem. Det finns redan ett antal ombud som även arbetar med psykiskt funktionshindrade personer, som också är hemlösa (310 personer är hemlösa).

Bilstöd underlättar resandet

Bilstöd för anskaffning av personbil, motorcykel eller moped lämnas som ett grundbidrag och ett inkomstprövat anskaffningsbidrag. Bilen ska fungera som ett hjälpmedel vid försörjning men också möjliggöra ett aktivt, självständigt och oberoende liv för människor med funktionshinder. Ett väl fungerande bilstöd har därför stor handikappolitisk betydelse då det leder till ökad delaktighet och frihet för den som inte kan nyttja allmänna kommunikationer. Familjer med barn som har funktionshinder som innebär väsentliga förflyttningssvårigheter får möjlighet att kunna resa tillsammans. För vuxna underlättar bilen möjligheterna till arbete, studier och fritidsaktiviteter.

Ett antal förändringar i bilstödsförordningen har börjat gälla från den 1 januari 2007. Föräldrar till barn med funktionshinder får t.ex. höjt grundbidrag för införskaffande av motorfordon, föräldrabegreppet i bilstödet har utvidgats till att omfatta även vårdnadshavare som inte är föräldrar samt personer som tagit emot barn för adaption eller för stadigvarande vård och fostran. Dessutom har tiden för nytt grund- och anskaffningsbidrag förlängts till nio år men med viss möjlighet att få grund- och anskaffningsbidrag innan dess.

Tabell 7.7 Antal som har bilstöd i december månad, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper

År	Antal beviljade bilstöd	Andel stöd till kvinnor, %	Andel stöd till män, %	Grupp 1, %	Grupp 2, %	Grupp 3, %	Grupp 4, %	Grupp 5, %
2000	2 130	48	52	40	9	23	1	27
2001	2 150	45	55	36	9	26	1	29
2002	2 200	45	55	34	9	26	1	30
2003	2 350	44	56	37	12	22	1	28
2004	2 230	46	54	37	13	22	1	27
2005	2 550	47	53	37	13	22	2	27
2006	2 670	48	52	40	14	22	1	22

Grupp 1: Funktionshindrad person under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsinriktad utbildning eller rehabilitering.

Grupp 2: Funktionshindrad person under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1 och som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning.

Grupp 3: Annan funktionshindrad person än tillhörande grupperna 1 och 2, som fyllt 18 men inte 50 år.

Grupp 4: Funktionshindrad förälder med barn under 18 år, om föräldern sammanbor med barnet.

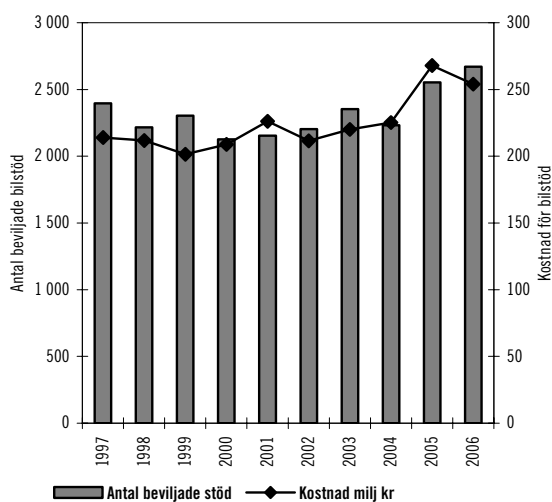
Grupp 5: Förälder till funktionshindrat barn, om föräldern sammanbor med barnet.

Antalet beviljade bilstöd har ökat de två senaste åren. Flest bilstöd beviljas människor med funktionshinder som behöver ett fordon för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsriktad utbildning eller rehabilitering. Gruppens andel ökade dessutom under 2006. Gruppen förälder till ett funktionshindrat barn minskar däremot sin andel av samtliga bilstöd.

Antalet beviljade bilstöd är högre för 2005 och 2006 jämfört med tidigare år under 2000-talet. Det är för tidigt att avgöra om detta är en trend som kommer att hålla i sig eller om det är en tillfällig efterfrågeökning. Förändringarna under 2006 innebär en nedgång för föräldrar (grupp 4 och 5) men en ökning hos i stort sett alla övriga grupper. Det kan bero på att föräldrar fått höjt grundbidrag från 30 000 kronor till 60 000 kronor fr.o.m. den 1 januari 2007 och att de därför väntat med att söka bilstöd till 2007. För övriga grupper kan den nya regeln, om att nytt grund- och anskaffningsbidrag betalas ut tidigast efter nio år i stället för efter sju år, ha inneburit att man passat på att ansöka om bilstöd före den 1 januari 2007.

Andelen män som får del av bilstöd är högre än andelen kvinnor. Skillnaderna har dock minskat även om det varierar inom de olika bilstödsgrupperna. Männen dominerar när föräldrar beviljas stöd medan kvinnor dominerar när det är fråga om en person under 65 år som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning (grupp 2). Försäkringskassan har i uppdrag att analysera vad skillnaderna i andelen män och kvinnor som får bilstöd beror på.

Diagram 7.1 Kostnader för och antal beviljade bilstöd under perioden 1996–2006



Antalet beviljade stöd har under tiden 1997–2006 varierat mellan 2 100 och 2 700 medan kostnaderna varierat mellan 200 och 268 miljoner kronor. Utbetalat stöd påverkas inte enbart av antalet stödberättigade utan även av vad stödet ska ersätta. Hälften av bilstödet går till inköp av motorfordon även om andelen minskat så att en allt större del av bilstödet (48 procent) går till anpassningen av motorfordon. Genomsnittskostnaden för anpassning av motorfordon ligger strax under 70 000 kronor.

Anslaget och kostnaderna för bilstöd har ökat under ett antal år. Kostnaderna för bilstödet minskade däremot 2006 trots att antalet beviljade bilstöd ökade. Kostnaderna sjönk med cirka 6 miljoner kronor. Detta kan bero på att antalet omfattande anpassningar under 2006 varit lägre än året innan. En omfattande anpassning av en bil kan kosta mer än 500 000 kronor vilket gör att ett relativt litet antal omfattande anpassningar påverkar den totala kostnaden för bilstödet. En förklaring till de minskade kostnaderna kan även vara den ökade kontrollen av anpassningarna som genomförs av Vägverkets trafikinspektörer och Mobilhetscentret i Göteborg. Det senare är dock osäkert eftersom det inte finns någon utvärdering.

Särskilt utbildningsstöd främjar studiemöjligheterna

För att förbättra studiemöjligheterna för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder finns det ett särskilt utbildningsstöd som administreras av Socialstyrelsens institut för utbildningsstöd (Sisus). Stödet, som betalas till utbildningsanordnare, kan fylla olika funktioner – såväl praktisk hjälp som socialt stöd – och utformas utifrån den enskildes behov. Sisus har i samverkan med universitet och högskolor drivit en treårig försöksverksamhet med särskilt utbildningsstöd till studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder. Ett bra resultat ledde till att stödet till den utvidgade målgruppen permanentades fr.o.m. årsskiftet 2006/07.

Det särskilda utbildningsstödet främjar studiemöjligheterna för personer med funktionshinder inom folkhögskolor, universitet och högskolor samt inom riksgymnasier som är avsedda för ungdomar med svåra rörelsehinder. Det ökar dessutom möjligheterna till ett arbete. Att alltfler får del av stödet leder till ökad delaktighet men också till att levnadsvillkoren för flickor

och pojkar, män och kvinnor med funktionshinder blir mer jämlika.

Tabell 7.8 Antal elever med särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer

Läsår	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Deltagare med särskilt utb.stöd vid folkhögskola	3 100	4 000	4 200	5 300	5 100
Andel kvinnor		52	48	49	50
Andel män		48	52	51	50
Elever med särskilt utb.stöd vid riksgymnasium	175	178	166	174	173
Andel unga kvinnor		52	56	56	53
Andel unga män		48	44	44	47
År	2002	2003	2004	2005	2006
Studenter med särskilt utb.stöd vid univ. och högskola	109	143	222	296	233
Andel kvinnor		57	61	60	61
Andel män		43	39	40	39

Jämfört med andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. Kursdeltagare som behöver assistans vid folkhögskola har ökat år från år. Mellan 2005 och 2006 minskade dock antalet deltagare något. Antalet deltagarveckor, som utbildningsvolymen mäts i, minskade också något mellan läsåren 2005/06 och 2006/07 – från 50 855 till 50 618 deltagarveckor. Könsfördelningen har varit jämn sett över åren.

Antalet elever som utbildar sig vid landets riksgymnasier är i stort sett oförändrat. Det finns fler unga kvinnor i utbildningsformen än unga män.

Antalet studenter som studerade med assistans finansierad genom särskilt utbildningsstöd vid universitet och högskola minskade 2006. Under året har antalet studenter med rörelsehinder och neurologiskt funktionshinder minskat medan antalet studenter med psykiska funktionshinder har ökat. Fler män än kvinnor med neuropsykiatriska funktionshinder får stöd. När

det gäller psykiska funktionshinder är det dubbelt så många kvinnor som män som får stöd.

Tabell 7.9 Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer

Miljoner kronor

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Särskilt utb. stöd/assistans vid folkhögskola)	84	88	87	89	91	92
Särskilt utb.stöd inom univ. och högskola	5,9	4,6	3,2	3,6	4,2	4,4
Särskilt utb.stöd vid riksgymnasium	80	69	70	69	70	73

Kostnaderna för särskilt utbildningsstöd till assistans vid såväl folkhögskolan som vid universitet och i högskola ökade något under 2006.

Kostnaderna för särskilt utbildningsstöd vid riksgymnasierna ökade med cirka 3 miljoner kronor (4,5 procent) mellan 2005 och 2006. Den huvudsakliga orsaken är pris- och löneomräkning, personaltillskott med 5,5 tjänster samt att ändringar av ersättningsbeloppen ökat. Att ökningen mellan 2004 och 2005 var endast 0,4 miljoner kronor förklaras främst av en personalminskning med 3,8 tjänster samt en ersättningsminskning med 0,8 miljoner kronor.

Sämre ekonomiska livsvillkor för vissa grupper

Socialstyrelsen konstaterar i Lägesrapporten Handikappomsorg för 2006 att jämförelser av vissa grupper av personer med funktionshinder visar på skillnader i ekonomiska resurser. För personer som vårdats för schizofreni har t.ex. den ekonomiska utvecklingen stått stilla under en tioårsperiod. Under samma period har den övriga befolkningens inkomster ökat. Skillnaderna mellan olika grupper kan bl.a. bero på olika förankring på arbetsmarknaden. Få av de personer som vårdats för schizofreni har en arbetsinkomst och flertalet får med stor sannolikhet sin inkomst från sjuk- eller aktivitetsersättningen.

Skillnader mellan kvinnor och män

Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv (prop. 2005/06:155, bet. 2005/06:AU11, rskr. 2005/06:257). Målet gäller för alla människor i olika livssituationer och skeden i livet, obero-

ende av ålder, etnicitet, sexuell läggning, funktionshinder eller var i landet man bor.

När stöd och service beviljas människor som har funktionshinder skiljer det sig åt i vilken utsträckning stödet går till kvinnor respektive män, till flickor respektive pojkar och till barn respektive vuxna. Män får som regel fler stödinsatser än kvinnor. Undantag gäller för personligt ombud och särskilt utbildningsstöd.

7.4.3 6.4.3 Analys och slutsatser

Ökad tillgänglighet för ökad delaktighet

Arbetet med att göra samhället tillgängligt för personer med funktionshinder går framåt men för långsamt och det behöver därför intensifieras om målen ska uppnås. Det behövs t.ex. ett intensifierat arbete på olika nivåer för att uppnå målen om en tillgänglig kollektivtrafik och att enkelt avhjälpna hinder i lokaler och på allmänna platser ska vara undanröjda senast under 2010. Arbetsformerna för det fortsatta arbetet inom Regeringskansliet kan behöva styras upp och koncentreras på de mest angelägna frågorna.

Möjligheten till arbete och egna förvärvsinkomster har inte förbättrats nämnvärt under 2006. Det är dock stor skillnad mellan olika grupper av funktionshindrade där vissa grupper har mycket lågt deltagande på arbetsmarknaden, t.ex. personer med personlig assistans och personer med psykiska funktionshinder. De strukturella svårigheterna med ökade krav på kompetens och att enklare arbeten rationaliseras bort kan försvåra inträdet på arbetsmarknaden. Samtidigt kan den positiva utvecklingen i samhällsökonomi och nya satsningar inom arbetsmarknadspolitiken även komma människor med funktionshinder till del. Det är särskilt viktigt att unga med funktionshinder får chansen till ett arbete så att de tidigt kommer in på arbetsmarknaden.

Regeringen prioriterar arbetet med att öka sysselsättningen för bl.a. människor med funktionshinder. De genomförda satsningarna på nystartsjobb, utökade lönebidrag och ökade resurser för Samhall är viktiga åtgärder för de som står långt ifrån arbetsmarknaden. En annan viktig insats för att förbättra situationen på arbetsmarknaden är avskaffandet av arbetsgivarnas medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen från den 1 januari 2007 eftersom systemet ökade risken för att arbetsgivarna vid anställningar

skulle välja bort personer med funktionshinder eller sjukdomar.

Stärkt arbete mot diskriminering

Många människor med funktionshinder upplever maktlöshet och utanförskap. Det kan bl.a. bero på att de utsätts för diskriminering. Arbetet med att motverka diskriminering av människor med funktionshinder behöver därför stärkas för att uppnå ökad jämlikhet, stärkt jämställdhet mellan kvinnor och män och mer av förståelse och öppenhet mellan människor.

Anpassade stödinsatser för ökad delaktighet

För att kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder, som möter betydande svårigheter i sin livsföring, ska kunna uppnå delaktighet och jämlika levnadsvillkor krävs stöd som är anpassat efter individens förutsättningar och behov.

De stödinsatser som erbjuds funktionshindrade inom ramen för välfärdspolitiken är varierande och omfattande samt bidrar till att personer med funktionshinder kan uppnå delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor. En utökad rättighetslagstiftning och personliga ombud har dessutom lett till förbättrade levnadsvillkor för många människor som fått del av dessa insatser. Men även om stöden generellt sett förbättrat levnadsvillkoren för många så är utvecklingen inte oproblematisk. Kostnaderna för insatser enligt LSS har ökat kraftigt och det ifrågasätts även om stödinsatser ges på rätt sätt. I bl.a. tillsynen har länsstyrelserna och Socialstyrelsen observerat att det finns brister i stödet såväl till personer med omfattande psykiska funktionshinder som till andra personer med omfattande funktionshinder.

Frågan är därför om stödet till kvinnor och män, flickor och pojkar alltid är effektivt och anpassat till individens behov. Socialstyrelsen menar att en ökning av det kommunala stödet tyder på ambitionshöjningar hos kommunerna men att det kan finnas människor som får "fel" stödinsatser, insatser som inte ökar delaktigheten. Att den kommunala handikappomsorgen ökar skulle i så fall inte vara uteslutande positivt, om den ersätter andra aktörers mer lämpliga insatser. Ett problem i sammanhanget är också att kunskapen om hur stöden fungerar i praktiken är bristfällig. Statistik och olika underlag behöver förbättras för att bättre svara mot det behov av information som behövs på kommunal

och nationell nivå för att följa upp och utvärdera olika insatser.

Uppmärksammade brister och oklarheter i LSS är bakgrunden till att LSS-kommittén har i uppdrag att genomföra en bred översyn av LSS. Kommittén ser även över assistansreformen.

Samordning och samverkan

Brist på samordning och samverkan leder till att människor inte alltid får den hjälp som de behöver och att samhällets resurser inte utnyttjas effektivt. Satsningar för att främja samverkan, lagstiftningen om individuella planer och liknande samordningsinstrument tycks inte räcka till. Samordning kräver både tid, engagemang och mandat från samtliga inblandade för att fungera.

Socialstyrelsen har i samarbete med Specialpedagogiska institutet och Skolverket, analyserat förutsättningarna för att samordna de individuella planer som personer med funktionshinder kan ha. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt vad som behöver förändras i regelverken för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan. Enligt rapporten finns behov av både ökad harmonisering och komplettering för att samordnad planering ska vara möjlig. Det bedöms vara av särskild vikt vid övergångar av olika slag, som till exempel när ett barn börjar i skolan eller en ung person står i begrepp att börja sitt arbetsliv. Det är också viktigt att enskilda ska kunna begära en samordnad planering och att en koordinator får i uppgift att samordna planen.

En starkare och enhetligare tillsyn

Riksdagens och regeringens viktigaste instrument för att se till att lagar och förordningar efterlevs är tillsynen. Det finns många utredningar och rapporter, bl.a. från riksrevisionen, som under senare år framfört att den statliga tillsynen behöver stärkas. På socialtjänstens område anses tillsynen svag på grund av bl.a. oklara organisationslösningar och få möjligheter till sanktioner. En utredare har i uppgift att se över organisationen och ansvarsfördelningen av den sociala tillsynen i syfte att bl.a. stärka tillsynen.

Fler stödinsatser till män

Män får som regel fler insatser än kvinnor. I vilken utsträckning detta beror på kön eller på antal män i förhållande till antal kvinnor som har särskilda behov på grund av ett visst funktionshinder är inte känt. Det är däremot sannolikt att

kvinnor och män bedöms olika p.g.a. sitt kön när stöd beviljas, dvs. att samma ordning gäller på detta område som i samhället i stort. Det innebär att kvinnor och män inte är delaktiga på samma villkor och att möjligheterna till inflytande inte är desamma för båda könen. För att kunskapen om de skillnader som finns mellan kvinnor och män, flickor och pojkar ska öka behöver det statistiska underlaget förbättras.

7.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen, som granskat årsredovisningen för Myndigheten för handikappolitisk samordning, har inte haft några invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2006.

Riksrevisionen effektivitetsgranskade den statliga assistansersättningen till funktionshindrade 2004 (RiR 2004:7). I rapporten rekommenderar Riksrevisionen att det bl.a. görs något åt administrationen, den ekonomiska kontrollen och kontrollen av privata assistansanordnare. Mer långsiktigt förordar Riksrevisionen en utveckling av assistansen och en översyn av finansieringsformer så att valet av stödform inte styrs av hur stödet finansieras.

En parlamentarisk kommitté – LSS-kommittén (f.d. Assistanskommittén) – har i uppdrag att se över insatsen personlig assistans och assistansersättningen. Kommitténs uppdrag, inklusive en översyn av LSS, ska redovisas senast den 30 juni 2008. Kommittén redovisade ett delbetänkande i oktober 2005 – På den assistansberättigades uppdrag (SOU 2005:100). Betänkandet har remissbehandlats. Kommittén har den 5 juli 2007 fått i uppdrag att komma med ytterligare förslag när det gäller assistansersättningen (dir. 2007:109). Förslagen ska redovisas senast den 1 oktober 2007.

Riksrevisionen har även under 2006 och 2007 effektivitetsgranskat statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS (RiR 2007:1; Framställning till riksdagen 2006/07:RRS24). I rapporten rekommenderar Riksrevisionen att regeringen dels initierar åtgärder för att förhindra att kommuner inte verkställer egna beslut, dels överväger att vidta åtgärder för att åstadkomma en mer likvärdig tillsyn över hela landet och i det sammanhanget precisera innebörden av Socialstyrelsens centrala tillsyn.

En utredare har i uppdrag att se över organisationen och ansvarsfördelningen av den sociala tillsynen i syfte att bl.a. stärka tillsynen och åstadkomma en förändring så att tillsynen kan fungera samordnat, strukturerat och effektivt. Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2007. LSS-kommittén har dessutom i uppdrag att se över hela LSS. Åtgärder för att förhindra att kommuner inte verkställer egna beslut enligt LSS har utretts i betänkandet Beviljats men inte fått (SOU 2004:118). Frågan bereds.

7.6 Politikens inriktning

Sverige ska vara ett öppet samhälle där olikheter och mångfald bejakas, där människor själva får fatta de avgörande besluten om det som rör deras liv. Regeringen vill förnya handikappolitiken. Det behövs ett kvalitetsförbättrande nytänkande, en mångfald av aktörer och en stor frihet för den enskilde att välja. Människor med omfattande funktionshinder ska kunna vara trygga i att välfärden finns när man behöver den.

För människor med omfattande funktionshinder förutsätter en ökad valfrihet att samhället blir tillgängligare, att människor inte diskrimineras, att de som behöver rehabilitering och habilitering erbjuds sådan samt att det finns ett varierat och flexibelt utbud av stöd- och serviceinsatser liksom av moderna tekniska hjälpmedel. Inriktningen för det handikappolitiska arbetet ska därför vara att identifiera och undanröja hinder för tillgänglighet, stärka arbetet med att förebygga och bekämpa diskriminering och att genom olika individuellt anpassade stödinsatser ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – utgör grunden för detta arbete.

Ökade möjligheter till arbete

Ett meningsfullt arbete är viktigt för individens självbestämmande, upplevelse av livskvalitet och delaktighet. Att ha ett arbete handlar inte bara om att klara sin försörjning, utan lika mycket om att kunna känna trygghet och vara del av en arbetsgemenskap. Regeringen prioriterar därför arbetet med att öka sysselsättningen för personer med funktionshinder samt att identifiera och undanröja de hinder som finns för deltagande i

arbetslivet. De som inte kan delta på den reguljära arbetsmarknaden ska erbjudas meningsfull sysselsättning med stor valfrihet. Det är särskilt viktigt att unga funktionshindrade får chansen att tidigt komma in på arbetsmarknaden.

För att bryta utanförskapet och öka sysselsättningen har regeringen genomfört en rad reformer inom arbetsmarknadspolitiken. Regeringen har i 2007 års ekonomiska vårproposition trots ett starkt konjunkturläge föreslagit en förstärkning av de särskilda insatserna för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga. Det sker bl.a. genom en ökad satsning på lönebidrag under mandatperioden och inom ramen för en jobb- och utvecklingsgaranti där det kommer att finnas ett utbud av arbetsmarknadspolitiska program som inkluderar arbetsträning och arbetspraktik.

Arbetsmarknadsstyrelsen, Försäkringskassan, Skolverket och Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att formulera en gemensam strategi för hur fler människor med funktionshinder ska kunna försörja sig genom eget arbete. Strategin ska redovisas till regeringen senast den 29 februari 2008. En viktig utgångspunkt är att myndigheternas insatser ska koordineras bättre och att befintliga resurser ska användas på ett mer effektivt sätt.

I betänkandet Från socialbidrag till arbete (SOU 2007:2) uppmärksammas bl.a. värdet av rehabilitering genom arbete i sociala företag samt behovet av förbättrade möjligheter till finansiell samordning mellan stat, kommun och landsting. Detta för att öka bl.a. funktionshindrade personers möjligheter att komma in på arbetsmarknaden. Betänkandet har remissbehandlats och bereds inom Regeringskansliet.

Meningsfull sysselsättning

Så långt det är möjligt ska arbete för dem med nedsatt arbetsförmåga ges på den reguljära arbetsmarknaden. För människor som har omfattande funktionshinder kan dock möjligheterna vara begränsade. För dem erbjuds ofta kommunala insatser med sysselsättning.

Av resursskäl kom bl.a. personer med omfattande psykiska funktionshinder inte att omfattas av insatsen daglig verksamhet i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) när lagen började gälla 1994. Regeringen har i juni 2007 gett LSS-kommittén (S 2004:06) i uppdrag att undersöka hur personer med psykiska funktionshinder som tillhör personkretsen i LSS ska

få tillgång till meningsfull sysselsättning som ryms i insatsen daglig verksamhet och bedöma konsekvenser av detta i det fall kommittén föreslår en sådan ändring (dir 2007:84).

Tillgängligare trafik och allmänna platser

Funktionshinder leder ofta till utestängning från samhället på grund av bristande tillgänglighet inom olika områden. Arbetet för ett tillgängligare Sverige behöver skyndas på. Utöver arbetsmarknaden gäller det särskilt kollektivtrafiken och enkelt avhjälpna hinder i lokaler och på allmänna platser. I handlingsplanen finns det inom dessa områden tydliga mål för tillgänglighet som bör vara uppfyllda senast under 2010. Vägverket och Banverket har tagit fram ett prioriterat nätverk som består av en begränsad men sammanhängande del av trafiksystemet. Myndigheterna ska redovisa ett långsiktigt handlingsprogram inklusive långsiktiga åtgärder senast den 31 december 2007.

För att höja takten i arbetet med enkelt avhjälpna hinder har Boverket under 2006 haft i uppdrag att fortsätta informationsinsatserna i syfte att öka kännedomen hos fastighetsägare och andra viktiga aktörer om reglerna för undanröjande av enkelt avhjälpna hinder för förbättrad tillgänglighet och användbarhet. Även länsstyrelserna har under 2006 haft i uppdrag att inrikta byggtillsynen på enkelt avhjälpna hinder.

Regeringen bedömer att det är en stor utmaning att nå alla mål om tillgänglighet till 2010. Det är därför viktigt att arbetet intensifieras och blir tydligare. Regeringen avser bl.a. att ge en statssekreterargrupp och en interdepartemental arbetsgrupp inom Regeringskansliet ett uppdrag att ta fram en strategi för att nå målen i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

Regeringen har i slutet av juni 2007 även gett Boverket i uppdrag att lämna förslag till författningsändringar som behövs för att förtydliga bestämmelserna rörande enkelt avhjälpna hinder och underlätta genomförandet av bestämmelserna. För att stärka möjligheterna att nå målet med enkelt avhjälpna hinder behöver eventuella oklarheter i bestämmelserna undanröjas. Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2007.

Teckenspråkets ställning

Utredningen Teckenspråk och teckenspråkiga har genomfört en översyn av rätten och möjligheterna för personer som är teckenspråkiga att använda sitt språk i olika sammanhang (SOU 2006:54) och lämnat förslag till åtgärder. Förslagen berör ett flertal politikområden och merparten av förslagen bereds vidare genom pågående utredningsarbete. Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att utarbeta ett förslag till språklag (dir. 2007:17). I detta uppdrag ingår även att överväga om det bör införas bestämmelser om det svenska teckenspråkets ställning. Andra pågående utredningar som på olika sätt berör teckenspråksutredningens förslag är bl.a. översynen av myndighetsstrukturen inom skolväsendet (dir. 2007:28) och utredningen om bättre förutsättningar och tydligare ansvarsfördelning för statliga specialskolor (dir. 2006:127). Samtliga utredningar ska redovisas i slutet av 2007. Se även anslag 16:2.

Diskriminering

Diskriminering på grund av kön, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning eller funktionshinder måste bekämpas. Den parlamentariska Diskrimineringskommittén har lämnat förslag om bl.a. en gemensam diskrimineringslagstiftning och en gemensam ombudsmannainstitution för de olika diskrimineringsgrunderna. Kommittén föreslår även att bristande tillgänglighet ska utgöra grund för diskriminering. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

För att arbetet med att motverka diskriminering ska stärkas avser regeringen att sammanföra diskrimineringsombudsmännen till en gemensam ombudsmannaorganisation och att utforma en tydlig, effektiv och samlad lagstiftning mot diskriminering.

Våld mot kvinnor med funktionshinder

Våld mot kvinnor är ett stort samhällsproblem och en allvarlig typ av kränkning. Socialtjänstens insatser för att stödja våldsutsatta kvinnor har utvecklats under de senaste åren, men det finns fortfarande stora brister, inte minst är det viktigt att en våldutsatt kvinna kan få det stöd som behövs oavsett var i landet hon bor. I den handlingsplan som regeringen avser att presentera under hösten för att motverka mäns våld mot kvinnor kommer våld mot särskilt utsatta grup-

per att uppmärksammas, däribland kvinnor med funktionshinder.

FN-konvention om rättigheter för personer med funktionshinder

FN:s generalförsamling antog med konsensus den 13 december 2006 konventionen om rättigheter för personer med funktionshinder och tillhörande fakultativa protokoll om individuell klagorätt. Konventionen bygger på icke-diskriminering och betonar betydelsen av tillgänglighet för att göra det möjligt för personer med funktionshinder att leva oberoende och fullt ut delta på alla livets områden. Enligt konventionen ska konventionsstaterna bl.a. vidta lämpliga åtgärder för att se till att personer med funktionshinder får tillgång på samma villkor som andra till den fysiska miljön, transporter, information och kommunikationsteknik m.m. samt tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten. Konventionen och det fakultativa protokollet öppnades för undertecknande och ratifikation den 30 mars 2007. Regeringen har undertecknat konventionen och påbörjat en process som syftar till ratificering.

Satsning på psykiatrin och kommunala insatser till psykiskt funktionshindrade

Psykiatrin har varit eftersatt under många år och det finns stora brister i den psykiatriska vården och i socialtjänstens insatser till personer med psykiska funktionshinder. Detta drabbar många utsatta människor. Det brister i samverkan och det saknas i alltför stor utsträckning individuellt anpassade insatser. Det har skett förbättringar men det behöver göras mer. Den satsning på psykiatrin som regeringen nu inlett inriktas främst på förbättrad tillgänglighet, utbildnings-satsningar och kvalitetsförbättringar. Under 2007 satsas 500 miljoner kronor varav 240 miljoner kronor går till att stärka barn- och ungdomspsykiatrin.

Fritt Val av hjälpmedel

Regeringen anser att möjligheten för personer med funktionshinder att välja hjälpmedel ska öka och att den sakkunskap och det engagemang som funktionshindrade har i sina hjälpmedel ska tas tillvara. Regeringen har därför inlett en försöksverksamhet för att pröva om och i så fall på vilket sätt ett Fritt Val-system kan införas. Ett valfrihetssystem innebär ökat inflytande för den enskilde och kan dessutom bidra till ökad kon-

kurens mellan olika företag som har möjlighet att prova ut och erbjuda lämpliga hjälpmedel utifrån givna önskemål. Den som väljer ett annat hjälpmedel än det som tillhandahålls av sjukvårdshuvudmannen ska erbjudas en rekvisition som kan användas för köp av hjälpmedel. Regeringen har gett Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag att samordna verksamheten som ska pågå i tre år med start hösten 2007.

Komplement till färdtjänst

En försöksverksamhet med komplement till färdtjänst har nyligen inletts i 17 kommuner. Det är en följd av den lag som riksdagen beslutat om som innebär att en kommun ska kunna lämna ekonomiskt stöd till en kommuninvånare som har ett funktionshinder i syfte att han eller hon ska kunna skaffa eller anpassa ett motorfordon. Tanken är att om personen får möjlighet att förflytta sig med bil så kommer behovet av färdtjänst att minska. Valfriheten för den enskilde ökar samtidigt som samhällets kostnader kan hållas nere. Försöket pågår under perioden den 1 juli 2007 till den 30 juni 2010. I slutet av perioden kommer Vägverket att utvärdera verksamheten.

Skärpta bestämmelser för kommuner som inte verkställer beslut enligt LSS

I betänkandet Beviljas men inte fått (SOU 2004:118) finns förslag som avser åtgärder för att komma tillrätta med att kommuner inte verkställer beslut om stöd- och serviceinsatser enligt socialtjänstlagen och LSS inom skälig tid. Förslagen omfattar en rapporteringsskyldighet av beslut som inte har verkställts inom tre månader och, som ett yttersta påtryckningsmedel, en sanktionsavgift.

Bestämmelser om rapporteringsskyldighet och en sanktionsavgift som yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut ska verkställas finns sedan den 1 juli 2006 i socialtjänstlagen. Regeringen anser att det är allvarligt att människor med omfattande funktionshinder inte får de insatser som de har rätt till. Det bör därför övervägas om motsvarande regel bör införas även i LSS.

Översyn av stödinsatser och ökad valfrihet

Människor med omfattande funktionshinder behöver ett personligt anpassat stöd som utgår från individens unika behov och rätt att bestämma över sitt liv. Det är därför viktigt att

det individuellt behovsanpassade stödet som kan beviljas enligt LSS och socialtjänstlagen fungerar som det är tänkt. Tillsynsmyndigheter har under åren påtalat att det finns vissa brister och utvecklingstendenser som inte är önskvärda. Det finns också kunskapsluckor både när det gäller innehåll och kvalitet i insatserna. Dessutom har kostnaderna ökat markant och oförklarligt. En kommitté – LSS-kommittén – har i uppdrag att se över lagen, assistansersättningen och huvudmannaskapet (dir. 2004:107, 2004:179, 2005:66, 2006:68, 2007:84 och 2007:109). Det är även viktigt att få belyst varför kostnaderna ökar i den utsträckning som sker och varför skillnaderna är så stora mellan kommuner och om utvecklingen kan anses rimlig. Regeringen har därutöver i tilläggsdirektiv gett kommittén i uppdrag att föreslå förändringar för att förhindra att assistansersättningen missbrukas och att Försäkringskassans kontrollerande funktion utvidgas.

Regeringen anser vidare att det är angeläget att Försäkringskassan fortsätter det utvecklingsarbete som påbörjats bl.a. när det gäller att skapa bättre handläggarsöd, en bättre styrning av utredningar och bedömningar samt utveckla metoder för hur hjälpbehov ska bedömas.

Regeringen vill stärka individens möjligheter till inflytande över den egna vardagen. En särskild utredare har därför fått i uppdrag att utreda förutsättningarna för ökad valfrihet när det gäller vård, omsorg, stöd och service som ges till äldre och människor med funktionshinder enligt socialtjänstlagen. Att öka valfriheten är ett sätt att öka tillgängligheten, kvaliteten och effektiviteten inom både äldreomsorgen och i insatserna till funktionshindrade personer (dir. 2007:38). Utredaren ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 januari 2008.

Anhöriga gör omfattande och viktiga insatser. De tar ett allt större ansvar. Det finns olika former av anhörigstöd, men stödet är ojämnt fördelat och de allra flesta anhörigvårdare blir utan stöd, hjälp och utbildning. Anhörigstöd är en prioriterad fråga för regeringen och avsikten med regeringens politik är att anhöriga ska få bättre stöd – tydliggjort i lag.

Utvecklad statistik och uppföljning för öppna jämförelser och god kvalitet i stödet

En reell valfrihet förutsätter att människor har tillgång till information om de verksamheter som de ska välja mellan. Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För att syste-

matiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten inom socialtjänsten behöver huvudmän även kunna mäta de resultat som olika insatser ger. Regeringen anser därför att statistik och uppföljningar av verksamheters kvalitet måste förbättras och utvecklas. Det behöver också tas fram kvalitetsindikatorer och modeller för öppna jämförelser som är tillgängliga för alla. Regeringen har påbörjat ett sådant arbete inom äldreomsorgen. Inom psykiatrin har Socialstyrelsen tagit fram en plan för hur arbetet med utveckling av vård och socialt stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder ska bedrivas. Det nationella stödet till utvecklingen kommer bl.a. att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsuppföljning, öppna redovisningar och jämförelser genom utveckling av statistik, register och system samt metoder för lokal verksamhetsuppföljning. En särskild utredare har även fått i uppdrag att se hur man kan främja kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten (dir. 2007:91). Utredaren ska analysera och lämna förslag på åtgärder som främjar att ny kunskap tas fram, sprids och tillämpas i praktiken.

En särskild utredare har fått i uppdrag att se över hur behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten regleras och lämna förslag för att åstadkomma en välfungerande och sammanhållen reglering av området (dir. 2007:92). Regleringen ska syfta till att förbättra möjligheterna att framställa statistik och göra verksamhetsuppföljning samt säkerställa kvaliteten på vård, omsorg och stödinsatser inom socialtjänsten. Utredaren ska bl.a. inom ramen för uppdraget överväga hur möjligheterna till verksamhetsuppföljningar inom och mellan olika verksamheter kan förbättras. I uppdraget ligger även att särskilt noga analysera de juridiska förutsättningarna för ett nationellt system för öppna jämförelser.

Tillsynsuppgiften är både prioriterad och viktig. Det handlar ytterst om att se till att demokratiskt fattade beslut genomförs på ett avsett, effektivt och likvärdigt sätt. Bl.a. ska kvalitetsutvecklingen kunna bedömas genom att resultat av tillsyn kan jämföras över tid. Regeringen anser liksom Riksrevisionen att tillsynen måste stärkas. En utredare har regeringens uppdrag att föreslå åtgärder som stärker tillsynen så att den kan fungera samordnat, strukturerat och effektivt (dir. 2004:178, 2005:87, 2005:93, 2006:98 och 2007:70). Uppdraget ska redovisas den 1 november 2007.

I utredningen om Fritt val ingår också att överväga om det finns behov av att närmare reglera kontrollen och uppföljningen av verksamheten i ett valfrihetssystem.

Ökat statsbidrag till handikapporganisationerna

Handikapprörelsen gör många viktiga insatser för att förbättra villkoren för personer med funktionshinder. Man följer och rapporterar om livsvillkoren för funktionshindrade människor, pekar på behoven och bristerna, föreslår lösningar och medverkar både i debatten och det konkreta arbetet för att uppnå målen för handikappolitiken. Handikapprörelsens arbete med att driva sina medlemmars intresse har dessutom en betydelsefull inverkan på den enskildes möjligheter till inflytande över sin situation. Stödet till organisationerna har legat på en oförändrad nivå de senaste åren trots att det tillkommit nya organisationer som får del av stödet. Regeringen anser att det är angeläget att öka bidraget så att handikapprörelsen kan fortsätta bedriva sitt arbete med oförändrad kraft och föreslår att anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* ökar med 20 miljoner kronor.

7.7 Budgetförslag

7.7.1 16:1 Personligt ombud

Tabell 7.10 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

År	Slagsnamn	Belopp	Övrigt	Totalt
2006	Utfall	89 687	Anslags-sparande	2 457
2007	Anslag	109 460 ¹	Utgifts-prognos	93 854
2008	Förslag	109 460		
2009	Beräknat	89 460		
2010	Beräknat	89 460		

¹Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget används för bidrag till verksamhet med personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder.

Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud fyller en viktig funktion för att personer med psykiska funktionshinder ska bli delaktiga i samhället. Ombuden kommer även att ha en betydelsefull uppgift i regeringens hemlöshetsstrategi (se anslag 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa*). Personligt ombud kan vara en viktig länk mellan det uppsökande fältarbetet och myndighetskontakter, exempelvis genom att stödja hemlösa personer med psykiska funktionshinder i kontakten med socialtjänsten.

Det utökade bidraget för 2007 och 2008 används för att öka antalet ombud. Cirka 30 ombud kommer successivt att tillföras verksamheten under 2007. Det tar dock tid att inrätta och rekrytera nya ombud. Det betyder att en stor del av de nya medlen inte kommer att förbrukas under avsedd tidsperiod.

Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	109 460	109 460	109 460
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-20 000	-20 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	109 460	89 460	89 460

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 109 460 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:1 *Personligt ombud* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till vardera 89 460 000 kronor.

7.7.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 7.12 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

2006	Utfall	273 513	Anslags- sparande	1 155
2007	Anslag	273 350 ¹	Utgifts- prognos	269 585
2008	Förslag	250 350		
2009	Beräknat	200 350		
2010	Beräknat	252 850		

¹Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget ändamål är att finansiera

- statsbidrag för rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS),
- statsbidrag för tolktjänst,
- försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel, och
- kostnader för eventuella ändringar i LSS om att införa en rapporteringsskyldighet och en möjlighet att utdöma sanktionsavgifter.

Statsbidrag till rådgivning och annat personligt stöd samt till tolktjänst utgår enligt finansieringsprincipen, dels för den utökade målgrupp som landstingen fick ansvar för när LSS trädde i kraft, dels för det utökade ansvar som landstingen samtidigt fick för tolktjänsten. Tolktjänsten innebär en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl.

Regeringens överväganden

Teckenspråksutredningen konstaterar i betänkandet Teckenspråk och teckenspråkiga (SOU 2006:54) att det råder oklarheter i vad som ingår i begreppet vardagstolkning. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag på vad som bör ingå i begreppet vardagstolkning och hur ansvarsfördelningen mellan landstingets och andra huvudmäns skyldigheter att erbjuda tolk kan klargöras. Vardagstolkning bör bl.a. sättas i relation till det stöd som AMS ansvarar för när det gäller personer med funktionshinder

som medför nedsatt arbetsförmåga. Även fördelningsmodellen för statsbidragen till tolktjänst tas upp i betänkandet. För att få till stånd en rättvisare fördelning av statsbidragen till landstingens tolkverksamhet avser regeringen att förändra fördelningsmodellen av statsbidragen. Den nya fördelningsmodellen ska i högre grad ta hänsyn till landstingens faktiska kostnader för tolkverksamheten och införas successivt under tre års tid med start den 1 januari 2008.

När LSS trädde ikraft syftade insatsen råd och stöd till att de personer som omfattades av lagen skulle tillförsäkras expertstöd, av till exempel kuratorer, psykologer, sjukgymnaster och talpedagoger. Enligt förarbetena skulle insatserna kunna vara ett komplement till exempelvis habilitering, rehabilitering och socialtjänst. Eftersom personkretsen i LSS skulle utökas i förhållande till Omsorgslagen fanns skäl att kompensera landstingen för ökade kostnader. Sedan 1994 har därför ett statsbidrag om 200 miljoner kronor utgått till landstingen. Socialstyrelsen har i utvärderingar och uppföljningar av LSS konstaterat att betydligt färre personer än vad som förväntades kom att ingå i den utökade personkretsen och att långt ifrån alla har fått tillgång till insatsen råd och stöd. År 2003 gick 79 procent av bidraget till habilitering och rehabilitering och 16 procent till insatsen råd och stöd. Det innebär att antalet råd och stödinsatser i det närmaste har halverats sedan 1998, från 18 600 personer 1999 till 11 700 personer 2003. Enligt Hjälpmedelsutredningen (SOU 2004:103 LSS – personligt stöd) kan ett skäl vara att innehållet i insatsen råd och stöd uppfattas som otydlig vilket gör det svårt att informera om insatsen och särskilt till en ny personkrets. LSS-kommittén, (f.d. Assistanskommittén) har i uppdrag att göra en bred översyn av LSS. Slutbetänkandet ska redovisas senast den 30 juni 2008.

Regeringen anser att statsbidraget bör minskas 2008 och 2009 i avvaktan på att LSS-kommitténs slutbetänkande färdigberetts. Anslaget bör finansiera andra angelägna frågor inom politikområdet. Anslaget bör minskas med totalt 23 000 000 kronor under 2008 och med totalt 73 000 000 kronor under 2009. Från och med 2010 bör anslaget minskas med totalt 20 500 000 kronor.

Under 2008 och 2009 genomför regeringen en försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel för funktionshindrade. För detta ändamål avsätts

7 000 000 kronor årligen 2008–2009. Från och med 2008 minskas anslaget med 20 000 000 kronor för att finansiera ett ökat stöd till handikapporganisationerna. Anslag 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* ökas med motsvarande summa. Från och med 2008–2010 minskas anslaget med 500 000 kronor årligen för att finansiera ett stöd till Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES). Anslag 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* ökas med motsvarande summa. Frågan om det i LSS ska införas motsvarande bestämmelser som redan finns i socialtjänstlagen när det gäller beslut som inte verkställs inom en skälig tid bereds. Regeringen anser att eventuella kostnader bör belasta anslaget.

Tabell 7.13 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	273 350	273 350	273 350
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-23 000	-73 000	-20 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	250 350	200 350	252 850

¹Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 250 350 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 200 350 000 kronor respektive 252 850 000 kronor.

7.7.3 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tabell 7.14 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

År	Utfall	175 625	Anslags-sparande	0
2006	Utfall	175 625		
2007	Anslag	177 399 ¹	Utgifts-prognos	174 219
2008	Förslag	178 783		
2009	Beräknat	183 705 ²		
2010	Beräknat	189 343 ³		

¹Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

²Motsvarar 178 783 tkr i 2008 års prisnivå.

³Motsvarar 178 783 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslagets ändamål är i huvudsak att finansiera särskilt utbildningsstöd. Anslaget används även för bidrag till Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor.

Bemyndiganden och ekonomiska åtaganden

Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) beslutar om det särskilda utbildningsstödet till folkhögskolor. Bidraget beviljas per läsår. Regeringen föreslår att Socialstyrelsen (Sisus) ska ha möjlighet att ingå åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag om högst 83 000 000 kronor under 2009.

Tabell 7.15 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2006	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
Ingående åtaganden		82 000	83 000	83 000	
Nya åtaganden	82 000	83 000	82 000		
Infriade åtaganden		-82 000	-82 000	-83 000	0
Utestående åtaganden	71 934	83 000	83 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	82 000	83 000	83 000		

Regeringens överväganden

Statsbidraget ger studerande med funktionshinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola. Motsvarande gäller för studerande med rörelsehinder vid studier på universitet och högskolor. Bidraget gör det också möjligt för ungdomar, som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar (rh-anpassad gymnasieutbildning), att genomföra studierna.

Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:4 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	177 399	177 399	177 399
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 384	6 306	11 944
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	178 783	183 705	189 343

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 178 783 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 183 705 000 kronor respektive 189 343 000 kronor.

7.7.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 7.17 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor			
År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	81 900		0
2007	81 900 ¹		80 432
2008	Förslag	130 205	
2009	Beräknat	130 205	
2010	Beräknat	130 205	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslagets ändamål är att finansiera statsbidrag till Hjälpmedelsinstitutet och till verksamheter

av betydelse för personer med funktionshinder. Regeringen fastställer fördelningen av statsbidraget. Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning.

Regeringens överväganden

Organisationer och verksamheter som under 2007 fått del av bidraget är följande:

- Synskadades Riksförbund (SRF) för Iris Hantverk AB:s sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade, m.m.
- Hjälpmedelsinstitutet för administration av upphandling av ledarhundar.
- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionshinder, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) och föreningen Fruktträdet för produktion av informationskällor för dövblinda personer, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolkjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Naturhistoriska riksmuseet/Palynologiska laboratoriet för prognostisering och rapportering av pollenhalter m.m.
- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställning.
- Ågrenska för riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper.
- Vissa centrala handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att se över statsbidraget och hur uppföljningen av bidraget kan förbättras. Statskontoret ska bl.a. lämna förslag på hur man kan sätta upp mål för bidraget och förbättra underlaget för hur statsbidraget ska fördelas. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2008.

Sedan den 1 januari 2006 finns ett nytt regelsystem för försörjning och placering av ledarhundar. Regeringen avser att göra en översyn av reglerna och återkomma till riksdagen under 2008.

För att kunna stödja verksamhet med rikstolk-tjänst i samma omfattning som tidigare anser regeringen att det är nödvändigt att öka statsbidraget till verksamheten. Bidraget går till tolkuppdrag som genomförs i anslutning till de centrala handikappförbundens verksamhet för att göra det möjligt för förtroendevalda i vissa handikapporganisationer att verka i olika demokratiska sammanhang. Stiftelsen Rikstolktjänst fick ytterligare 2 000 000 kronor i bidrag 2007 genom att anslaget ökade med 2 000 000 kronor på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2007. För att stärka rikstolktjänsten bedömer regeringen att det är nödvändigt att mer långsiktigt öka bidraget till verksamheten. Anslaget ökar med 1 000 000 kronor fr.o.m. 2008.

Hjälpmedelsinstitutet, som är en allmännyttig förening som drivs av staten tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, har tidigare finansierats bl.a. genom anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*. Finansieringen sker fr.o.m. 2008 från anslag 16:4. *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* Anslaget ökar därför med 49 305 000 kronor från och med 2008. Anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* minskas med motsvarande summa.

Tabell 7.18 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	79 900	79 900	79 900
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 000	1 000	1 000
Överföring till/från andra anslag	49 305	49 305	49 305
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	130 205	130 205	130 205

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 130 205 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till vardera 130 205 000 kronor.

7.7.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 7.19 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

År	Utfall	16:5 Bidrag till handikapporganisationer	Anslags-sparande	Utgifter
2006	Utfall	163 660		0
2007	Anslag	163 660 ¹		163 660
2008	Förslag	183 660		
2009	Beräknat	183 660		
2010	Beräknat	183 660		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget används för bidrag till handikapporganisationer. Statsbidraget ska stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionshinder ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna gör viktiga insatser inom det handikappolitiska området genom att bl.a. följa och rapportera om livsvillkoren för personer med funktionsnedsättningar. I sin opinionsbildande roll driver organisationerna på arbetet med att förverkliga målen för handikappolitiken.

Ändrade regler för statsbidraget till organisationerna som infördes 2000 har bidragit till förnyelse av handikappolitiken. 10 nya organisationer har beviljats statsbidrag och 2006 beviljades totalt 53 organisationer bidrag. Farhågor har dock framförts både från Socialstyrelsen och Handikappförbundens samarbetsorganisation (HSO) över att antalet nytillkomna organisationer riskerar att minska organisationernas möjligheter att behålla och vidareutveckla sina verksamheter. Regeringen avser därför att öka bidraget och under 2007 besluta om förändringar i statsbidraget till organisationerna med ikraftträdande den 1 januari 2008. Förändringarna kommer bl.a. att innebära att gränsen för antal medlemmar för att få statsbidrag höjs samt att nuvarande etableringsbidrag tas bort. Vidare kommer de övergångsregler som infördes 2003 att successivt tas bort under en tvåårsperiod.

Samhället ställer ökade krav på handikapporganisationerna. Såväl nationellt som internationellt hålls handikapporganisationerna fram som de legitima företrädarna för människor med funktionsnedsättningar. Det finns tydligt markerat i FN:s standardregler och även i den nyligen underskrivna FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionshinder. Det är viktigt att handikapporganisationerna ges ekonomiska förutsättningar att svara upp mot de krav som samhället ställer. Det är även viktigt att det finns långsiktiga ekonomiska förutsättningar för det intressepolitiska arbete som handikapporganisationerna bedriver. Mot bakgrund av detta ökas anslaget med 20 000 000 kronor från och med 2008. Anslag 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* minskas med motsvarande summa.

Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	163 660	163 660	163 660
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	20 000	20 000	20 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	183 660	183 660	183 660

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 183 660 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till vardera 183 660 000 kronor.

7.7.6 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 7.21 Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

2006	Utfall	19 993	Anslags-sparande	916
2007	Anslag	21 286 ¹	Utgifts-prognos	21 505
2008	Förslag	23 659		
2009	Beräknat	24 557 ²		
2010	Beräknat	25 579 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 23 659 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 659 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera bidrag till utrustning av elektronisk kommunikation.

Bidraget går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och, i de fall utrustningen ska användas av närstående, den utrustning som de behöver. Utrustningen ska ge personer som är döva, har en grav hörselskada, talskada eller språkstörning möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät.

Regeringens överväganden

Tekniken och den snabba teknikutvecklingen har stor betydelse för att villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder ska förbättras. Utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text samtidigt ger möjligheter att tillgodose målgruppens behov av alternativa lösningar till att kommunicera via telefon.

En teknik- och marknadsutveckling inom området har inneburit att produkter som tidigare var mycket kostsamma har blivit billigare. Det har även skett en utveckling av tjänster inom området liksom förändringar i målgruppens behov. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att i samråd med andra aktörer inom området se över och föreslå förändringar i stödet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2007.

I och med beslut om 2007 års ekonomiska vårproposition minskade anslaget på tilläggsbudget med 2 000 000 kronor för en tillfällig finansiering av rikstolkjänst (jmf anslag 16:4). Riksdagen beslutade samtidigt att anslaget under 2007 får användas för att finansiera försöksverk-

samhet med fritt val av hjälpmedel till funktionshindrade (prop. 2006/07:100, bet. 2006/07:FiU21).

Tabell 7.22 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	23 286	23 286	23 286
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	373	1 271	2 293
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 659	24 557	25 579

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 659 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:6 *Statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 24 557 000 kronor respektive 25 579 000 kronor.

7.7.7 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder⁴

Tabell 7.23 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

2006	Utfall	256 606	Anslags-sparande	-12 689
2007	Anslag	256 000 ¹	Utgifts-prognos	250 000
2008	Förslag	235 000		
2009	Beräknat	256 000		
2010	Beräknat	256 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008

Anslagets ändamål är att finansiera bilstöd till personer med funktionshinder. Stödet ska ge bl.a. personer med funktionshinder under 65 år som är beroende av motorfordon för förvärvsarbete eller arbetslivsinriktad utbildning/rehabi-

⁴ I statsbudgeten för 2006 betecknat som anslag 16:7 Bilstöd till handikappade

litering och föräldrar till barn med funktionshinder och personer i åldern 18–49 år som varken förvärvsarbetar eller genomgår yrkesutbildning möjlighet att anskaffa, anpassa och ändra motorfordon. Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Bilstödet, som beslutas av Försäkringskassan, är en viktig insats för att uppnå målen för handikappolitiken. Stödet ska möjliggöra ett självständigt och oberoende liv med arbete, sociala kontakter, offentlig och kommersiell service etc.

Nya regler gäller för bilstödet fr.o.m. den 1 januari 2007. Dessa innebär bl.a. följande:

- Föräldrar till barn med funktionshinder får 60 000 kronor i stället för 30 000 kronor i grundbidrag för införskaffande av motorfordon.
- Föräldrabegreppet utvidgas till att omfatta även vårdnadshavare som inte är föräldrar samt personer som tagit emot barn för adoption eller för stadigvarande vård och fostran.
- Ett nytt grund- och anskaffningsbidrag kan beviljas tidigast efter nio år, men med möjlighet att få bidrag tidigare om fordonet framförts minst 18 000 mil sedan det senaste bidraget beviljades.

Förordningsändringarna beräknas medföra att kostnaderna på lång sikt blir oförändrade. På kort sikt minskar kostnaderna beroende på att tidsintervallet för nytt bidrag har förändrats från 7 till 9 år. Därför minskas anslaget tillfälligt för 2008 med 21 000 000 kronor.

Tabell 7.24 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	256 000	256 000	256 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-21 000		
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	235 000	256 000	256 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 235 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till personer med funktionshinder* 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till vardera 256 000 000 kronor.

7.7.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 7.25 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Utfall	12 882 186	64 814	
2007	Anslag	14 450 000 ¹		14 497 000
2008	Förslag	16 208 000		
2009	Beräknat	18 090 000		
2010	Beräknat	19 819 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslagets ändamål är att finansiera kostnader för statlig assistansersättning. Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionshinder som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får inte utökas därefter. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt ersätter kostnaderna för de första 20 timmarna. Genom ersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek.

Regeringens överväganden

Kostnader för assistansersättning har ökat kraftigt sedan ersättningen infördes 1994. Socialstyrelsen har analyserat kostnadsutvecklingen mellan åren 1994–2005 och angett att orsakerna till kostnadsökningen är att såväl antalet personer som får assistansersättning som timantalet per person har ökat. Den schablon på timersättningen som infördes 1997 har däremot haft en dämpande effekt på kostnadsökningen. För 2008 har regeringen fastställt timersättningen till 237 kronor – en ökning med 9 kronor per timme jämfört med 2007.

I juli 2004 beslutade regeringen om direktiv till en parlamentarisk kommitté (LSS-kommittén; dir. 2004:107, 2004:179, 2005:66, 2006:68, 2007:84 och 2007:109) med uppdrag att göra en översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder. Uppdraget, som därefter har utvidgats, ska slutredovisas senast den 30 juni 2008. I uppdraget ingår bland annat att redovisa åtgärder som kan dämpa och stabilisera kostnadsutvecklingen. Kommittén har avlämnat ett delbetänkande, God kvalitet i personlig assistans – ändamålsenlig användning av assistansersättning (SOU 2005:100). Det innehåller bl.a. förslag om ökad uppföljning och kontroll av assistansersättningen. För att motverka missbruk av ersättningen har kommittén i juli 2007 fått ett tilläggsuppdrag att till den 1 oktober 2007 lämna kompletterande författningsförslag för en starkare reglering och kontroll av ersättningen.

Tabell 7.26 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	14 450 000	14 450 000	14 450 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	626 000	1 518 000	2 353 000
Volym	1 132 000	2 122 000	3 016 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	16 208 000	18 090 000	19 819 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 208 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 18 090 000 000 kronor respektive 19 819 000 000 kronor.

7.7.9 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tabell 7.27 Anslagsutveckling 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor				
2006	Utfall	17 937	Anslags-sparande	1 012
2007	Anslag	19 119 ¹	Utgifts-prognos	19 334
2008	Förslag	19 260		
2009	Beräknat	19 698 ²		
2010	Beräknat	20 201 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 19 262 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 19 262 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget används för Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) förvaltningskostnader. Handisam är en stabsmyndighet till regeringen som ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av handikappolitiken.

Regeringens överväganden

Handisams främsta uppgifter är

- att stödja och samordna de så kallade sektorsmyndigheterna – de myndigheter som har ett särskilt ansvar för genomförandet av handikappolitiken,
- att stödja och följa alla statliga myndigheters arbete med att bli tillgängliga och att utveckla metoder för uppföljning i kommunerna,
- att strategiskt samordna frågor kring Design för Alla, forskning, standardisering och upphandling och att utvärdera den handikappolitiska utvecklingen, och
- att utveckla, samla och sprida kunskap om tillgänglighet.

Handisam har ett nära samarbete med statliga myndigheter, kommuner, landsting och med handikapporganisationerna. Under 2006 var Handisams verksamhet uppdelad på verksamhetsgrenarna handikapperspektivet i offentlig sektor och kunskapsuppbyggnad. Regeringen bedömer att Handisam under 2006 har uppfyllt målen inom verksamhetsgrenarna. Underlagen som lämnats av Handisam har genomgående hållit en bra kvalitet och varit till stor nytta i regeringens arbete med att styra utvecklingen inom det handikappolitiska området.

Tabell 7.28 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	19 119	19 119	19 119
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	139	575	1 078
Beslut	2	4	4
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	19 260	19 698	20 201

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 260 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:9 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 19 698 000 kronor respektive 20 201 000 kronor.

8 Politikområde Äldrepolitik

8.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att ge äldre kvinnor och män förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Många av dessa insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas inom andra politikområden än äldrepolitiken. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldre- och handikappomsorgen enligt socialtjänstlagen, (2001:453, SoL) och kommu-

nal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till kommunernas verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. Inom politikområdet redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa pensionärsorganisationer.

År 2008 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 2,4 miljarder kronor.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	753,8	2 117,1	1 695,9	2 388,1	2 088,1	1 888,1
Totalt för politikområde Äldrepolitik	753,8	2 117,1	1 695,9	2 388,1	2 088,1	1 888,1

8.3 Mål

Målen för äldrepolitiken är att äldre skall

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

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 1997/98:113, bet. 1997/97: SoU24, rskr. 1997/98:307). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål.

Ansvar för åtgärder för förverkligande av dessa mål vilar på flera politikområden och även på andra aktörer än regeringen. Regeringen anser att de nationella målen för politikområdet äldrepolitik behöver kompletteras för att lyfta fram arbetet med uppföljning och kvalitetsutveckling.

Regeringens förslag: Målet för regeringens insatser är att främja huvudmännens utveckling av god kvalitet i vård och omsorg om äldre kvinnor och män.

Måluppfyllelsen ska följas upp bland annat genom att

- ta fram indikatorer som belyser utvecklingen av hälsofrämjande och ohälsa- och skadeförebyggande insatser,

- följa hur personalens kompetens utvecklas och används,
- följa utvecklingen av inflytande och kvalitet genom brukarundersökningar och statistik,
- följa hur kommunerna utvecklar fritt val för äldre kvinnor och män, samt
- följa hur kommunerna arbetar med etiska frågor.

8.4 Resultatredovisning

8.4.1 Resultat

Äldreomsorgens omfattning

Omfattningen av den kommunala äldreomsorgen har minskat under de senaste decennierna, mätt i antal hemtjänstmottagare och personer i särskilt boende. Samtidigt har antalet äldre personer i befolkningen ökat. Minskningen av antalet hjälptagare beror till viss del på att äldres självskattade behov av hjälp i hushållet eller med personlig omvårdnad har minskat, enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökning av levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna). När ett flertal behovsrelaterade faktorer vägs samman framgår dock enligt Socialstyrelsen att det minskade utbudet av äldreomsorg inte uppvägs av minskade behov i den äldre befolkningen (Social rapport 2006, Socialstyrelsen).

Tabell 8.2 Antal och andel av befolkningen, 65 år och äldre, som den 1 oktober fick insatser från hemtjänst eller i särskilt boende

	Hemtjänst				Vård och omsorg i särskilt boende				Totalt			
	Kvinnor	procent	Män	Procent	Kvinnor	procent	Män	procent	Kvinnor	procent	Män	procent
2001	85 700	9,7	36 100	5,5	83 200	9,5	35 500	5,4	168 900	19,2	71 600	10,9
2002	87 700	10,0	37 400	5,7	81 100	9,2	34 400	5,2	168 800	19,2	71 800	10,9
2003	89 700	10,2	38 300	5,8	78 000	8,9	32 900	5,0	167 700	19,1	71 200	10,8
2004	92 400	10,5	39 900	6,0	73 800	8,4	31 000	4,6	166 200	18,9	70 900	10,6
2005	93 900	10,6	41 100	6,1	70 600	8,0	29 800	4,4	164 500	18,6	70 900	10,5
2006	97 100	10,9	43 200	6,3	69 400	7,8	29 300	4,2	166 500	18,7	72 500	10,5

Källa: Socialstyrelsen

Totalt fick cirka 239 000 personer hjälp av något slag under 2006. Det motsvarar 15 procent av antalet personer 65 år och äldre, vilket är en minskning med en procentenhet jämfört med 2001. Drygt 140 300 personer, 65 år och äldre, var beviljade hemtjänst den 1 oktober 2006. Ungefär 98 600 personer 65 år och äldre bodde vid samma tillfälle permanent i särskilt boende. Under perioden 2001 till 2006 ökade antalet personer med hemtjänst med drygt 15 procent. Antalet personer i särskilt boende minskade med cirka 20 000, eller nästan 17 procent under samma period.

Med stigande ålder ökar behoven av insatser från äldreomsorgen. Det innebär att huvuddelen av äldreomsorgens hjälpmottagare återfinns bland kvinnor och män som är 80 år eller äldre. De senaste årens ökning av antalet äldre personer med hemtjänst består i det närmaste helt av en ökning i åldersgruppen 80 år och äldre. Andelen personer med hemtjänst i denna åldersgrupp ökade med 3 procentenheter mellan 2001 till 2006 (från 18 till 21 procent). Andelen personer 80 år och äldre som bodde i särskilt boende minskade med 4 procentenheter under samma period (från 20 till 16 procent). Detta innebär att nära två tredjedelar av de som är över åttio år klarar sig utan insatser från socialtjänsten.

Det är betydligt fler kvinnor än män som får del av äldreomsorgens insatser – av dem som får hemtjänst eller bor i särskilt boende är cirka 70 procent kvinnor. Denna andel har varit relativt konstant de senaste fem åren. Att kvinnor får en större del av äldreomsorgens insatser beror på att ensamboende kvinnor är den största gruppen i den äldre befolkningen. Kvinnor har en högre medellivslängd än män och är i regel yngre än de män de har levt sina liv med. Medan männen oftast delar hushåll med en kvinna som kan ge informella insatser är de äldre kvinnorna oftare ensamboende och därmed tvungna att antingen vända sig till sina barn eller till den offentliga vården och omsorgen för att få hjälp. Män och kvinnor förefaller beviljas hemtjänstinsatser i ungefär samma utsträckning. Skillnaderna mellan könen har minskat kraftigt under senare år, sannolikt genom att männen bättre klarar olika hushållssysslor, vilket framgått i Statistiska Centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

Det pågår en utveckling mot att en allt större andel av vården och omsorgen bedrivs i enskild

regi. Drygt 10 procent av äldreomsorgen bedrevs i enskild regi 2006. Både andelen personer som fick hemtjänst och andelen som bodde i särskilda boenden i enskild regi ökade med en procentenhet mellan 2005 och 2006. År 2006 fick cirka 11 procent av de som fick hemtjänst i huvudsak insatser utförda av annan utförare än kommunen. Motsvarande siffra 2000 var 7 procent. Av dem med särskilt boende som insats bodde cirka 14 procent i bostäder som drevs i enskild regi jämfört med 11 procent 2000.

Matförsörjning för äldre är en mycket omfattande verksamhet. Totalt uppgår antalet äldre som dagligen på något sätt är beroende av kommunen när det gäller maten till nästan 200 000 personer, enligt Socialstyrelsens beräkningar. Det kan handla om allt från att få hjälp med att handla eller att få matlåda, till att ha en medicinsk diagnos som innebär speciella behov när det gäller kost och näring. Kommunerna får själva bestämma hur de utformar avgifterna för mat. Således varierade den enskildes matavgift för kost i särskilt boende 2005 mellan 1 200 kronor och 3 600 kronor per månad beroende på vilken kommun man bor i. För matlåda i ordinarie boende hade fem procent av kommunerna en avgift som var lägre än 32 kronor och fem procent av kommunerna en avgift som var högre än 51 kronor (Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen, SOU 2006:24).

Drygt hälften av landets kommuner ansvarar helt eller delvis för hemsjukvården i ordinarie boende (exkl. läkarinsatser). Knappt 49 000 äldre var registrerade som mottagare av hemsjukvård i ordinarie boende den 1 oktober 2006. Det var 900 fler än året innan. Av dem som fick hemsjukvård var cirka 70 procent 80 år och äldre och flertalet kvinnor – 65 procent.

Inflytande över sin vardag

På många håll i landet pågår en utveckling mot ökad valfrihet inom äldreomsorgen. I december 2006 hade 27 kommuner infört kundval eller någon likartad verksamhet och lika många planerade att införa det. Kundvalet i dessa kommuner gäller i första hand hemtjänst i ordinarie boende inklusive servicetjänster. Socialstyrelsen konstaterar i en rapport att kundvalet innebär att brukaren får ökade möjligheter att påverka hur de beviljade tjänsterna utförs, men även att få tjänster utöver de som ingår i biståndsbesluten,

mot ersättning eller gratis (Kundval i äldreomsorgen, 2007). Valmöjligheten förutsätter dock att det finns flera utförare att välja mellan. Socialstyrelsens studie visar att även små kommuner kan tillgodose kravet på valmöjlighet även om antalet utförare är begränsat. Regeringen har genom att tillsätta Fritt val-utredningen tagit ett viktigt steg mot att öka möjligheterna till inflytande för äldre och personer med funktionshinder.

Kvalitet i vård och omsorg om äldre personer

Möjligheterna att ge en allsidig och nationell beskrivning av kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män är fortfarande begränsad, enligt Socialstyrelsens bedömning (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2006). Avsaknaden av vedertagna, nationella mått på kvalitet och statistik har länge försvårat nationell uppföljning av kvaliteten.

Den utveckling mot en ökad systematisk verksamhetsuppföljning som pågår i kommunerna ger en allt bättre grund för öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen bidrar till förbättrade förutsättningar för uppföljning genom utveckling av den nationella statistiken. På regeringens uppdrag arbetar Socialstyrelsen med att utveckla ett system för öppna jämförelser baserade på nationella kvalitetsindikatorer.

En förbättrad nationell uppföljning förutsätter att ett ändamålsenligt datainsamlingsystem inrättas i kommuner och landsting. Regeringen stödjer en effektivare IT-användning i vård och omsorg genom arbetet med den nationella IT-strategin. Strategin syftar till att skapa en ändamålsenlig och effektiv informationsförsörjning inom vård och omsorg med hjälp av IT.

Tillsyn

År 2003 förstärktes tillsynen med äldreskyddsombud vid länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tilldelades medel för att förstärka sin tillsyn inom den kommunala vården och omsorgen om äldre. Enligt Socialstyrelsens och länsstyrelsernas rapport 2006 har den förstärkta tillsynen inneburit att tillsynsinsatserna har ökat väsentligt i omfattning och att metoderna för tillsynen har utvecklats. Alla länsstyrelser och alla regionala tillsynsenheter vid Socialstyrelsen samverkar med varandra när det

gäller planering, genomförande och återföring i tillsynen inom äldreområdet. Alla länsstyrelser har också former för samverkan med pensionsorganisationerna. Vid utgången av 2006 fanns det drygt 75 heltidstjänster för tillsyn av äldreomsorgen vid länsstyrelserna, varav drygt 56 heltidstjänster var finansierade med medel för den förstärkta tillsynen, en minskning med fem tjänster sedan 2004. Vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter fanns det cirka 14 heltidstjänster för tillsyn av äldresjukvård. Merparten av länsstyrelsernas och Socialstyrelsens verksamhetstillsyner rör särskilt boende.

År 2006 genomförde länsstyrelserna verksamhetstillsyn i 81 procent och individtillsyn i 61 procent av kommunerna. I cirka 80 procent av de ärenden för verksamhetstillsyn där länsstyrelserna har funnit brister har tillräckliga åtgärder vidtagits för att rätta till bristerna. Antalet avslutade individ- och verksamhetstillsynsändagen som länsstyrelserna genomfört ökade kraftigt efter 2002 men har på senare år minskat. Det beror delvis på att antalet äldreskyddsombud och socialkonsulenter har minskat med tio personer från 2004. Dessutom har äldreskyddsombuden också delvis ändrat arbetssätt från att besöka så många verksamheter som möjligt till att göra mer omfattande och resurskrävande verksamhetstillsyner utifrån de brister man upptäckt vid tidigare tillsyner. Även nya arbetsuppgifter för länsstyrelserna påverkar resultatet. Antalet avslutade individtillsynsändagen ligger däremot kvar på en hög nivå jämfört med antalet ärenden före resursförstärkningen.

Vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har antalet avslutade ärenden kontinuerligt ökat och rör alla driftsformer. 616 ärenden avslutades 2006 mot 291 år 2003.

Stimulansbidrag till vård och omsorg om de mest sjuka äldre

För att höja kvaliteten inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre avsattes cirka 600 miljoner kronor till kommuner och landsting från halvårsskiftet 2006 och knappt 1,4 miljarder kronor (1 354 400 000) från och med 2007. Bidraget fördelas efter ansökan med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen. Bidraget ska användas för att utveckla och förstärka insatser för målgruppen och leda till direkta effekter inom rehabilitering, kost/nutrition, läkemedelsgenomgångar och förstärkt

läkarmedverkan inom kommunernas vård och omsorg.

Socialstyrelsen har fördelat bidraget och redovisat fördelningen i rapporten Redovisning av fördelning av 2006 års stimulansmedel. Samtliga landsting och 286 av landets 290 kommuner har sökt hela eller delar av stimulansbidraget. Totalt hade 590 miljoner kronor använts i början av 2007. Det stora antalet ansökningar rör framförallt rehabilitering, kost och nutrition men även läkemedelsgenomgångar. Bidraget kommer enligt ansökningarna att användas till tre viktiga områden: rekrytering, utveckling av samarbetet både externt och internt i organisationen samt kompetensutveckling. Flertalet av kommunerna och landstingen planerar att rekrytera framförallt arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister.

Socialstyrelsen ska i anslutning till uppföljningen av 2006 och 2007 års stimulansbidrag redovisa vilka direkta effekter som uppnåtts.

Mer kunskap behövs om yngre personer med demenssjukdom.

Uppskattningsvis lever cirka 9 500 personer under 65 år med en demenssjukdom i Sverige. Det faktum att gruppen är liten försvårar möjligheterna att i praktiken använda vissa typer av metoder i lokala sammanhang, till exempel olika typer av gruppstöd och gruppaktiviteter. Samverkan mellan kommuner och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård ökar dessa möjligheter. Det saknas empiriskt baserat underlag av tillräcklig kvalitet för att ge rekommendationer om lämpliga insatser för hela gruppen yngre personer med demenssjukdom och deras närstående.

Kommande informationsinsatser från Socialstyrelsen ska bidra till att öka kunskaperna både i befolkningen och främst bland berörd personal när det gäller yngre personer med demenssjukdom och deras närstående. Vid Socialstyrelsen pågår arbetet med riktlinjer och annan vägledning kring vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen har vidare i uppdrag att genomföra ett ansökningsförfarande för att bilda ett nationellt kompetenscentrum för demensfrågor.

Kvalitetsutveckling i måltids- och näringsfrågor

Kommunerna har intensifierat sitt arbete med att utveckla måltidsverksamheten för äldre. Enligt en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomfört har nästan alla kommuner en policy för måltidsverksamheten men endast i

drygt 60 procent av kommunerna gäller policyn även i ordinärt boende (Lägesrapport Vård och omsorg om äldre, 2006). Sju av tio kommuner har riktlinjer för att upptäcka och behandla undernäring hos äldre men endast i något fler än 20 procent av kommunerna gäller riktlinjerna även i ordinärt boende. Som huvudalternativ för dem som behöver hjälp med matlagning erbjuder nästan alla kommuner någon form av matlåda. Ungefär var tredje kommun ger äldre i ordinärt boende någon form av möjlighet att välja maträtt. Omkring hälften av landets kommuner anger tidsangivelser för när måltiderna ska serveras eller att man ska följa ESS-gruppens (Livsmedelsverkets expertgrupp för samordning av sjukhuskost) rekommendationer om nattfasta och om måltidsordning för mat för sjuka inom vård och omsorg.

Kommunernas ökade arbete med närings- och måltidsfrågor för äldre märks också i många av ansökningarna till Kompetensstegen (S 2004:10) och i ansökningarna till regeringens stimulansbidrag till kommuner och landsting för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer.

Socialstyrelsen har haft ett regeringsuppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutveckling i måltids- och näringsfrågor inom vård och omsorg om äldre. I slutredovisningen av uppdraget framgår att Socialstyrelsen fått stor spridning på sin information om hur kvaliteten i måltidsverksamheten kan förbättras. För att förmedla kunskap och goda exempel har Socialstyrelsen publicerat 17 kortfattade artiklar om mat och näring riktade till personer som arbetar i vården och omsorgen om äldre. Indexsidan för artiklarna har 2006 haft 22 000 besökare och 1 500 prenumeranter har fått nyhetsutskick via e-post.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns kvalitetsbrister och att de är svåra att komma till rätta med genom föreskrifter eller annan normering. Kommunerna behöver enligt Socialstyrelsen tydligare inkludera måltidsfrågorna i sitt systematiska kvalitetsarbete. För att förbättra tillsynen av kost-, närings- och måltidsverksamheten har Socialstyrelsen utvecklat särskilda bedömningskriterier som ska användas i tillsynen.

Stöd till forskning för utveckling av äldres vård och omsorg

Som ett led i regeringens äldresatsning riktas särskilda medel till forskning inom äldreområdet.

Från och med 2007 satsas 30 miljoner kronor per år som Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) bland annat använder till att ge långsiktiga stöd till två centra för äldreforskning och fleråriga programstöd.

Forsknings- och utvecklingsverksamhet (FoU) med syfte att utveckla äldres vård och omsorg bedrivs vid 27 regionala centra i landet. Regeringen stödjer dessa centrum med 10 miljoner kronor per år. Effekterna av verksamheten börjar bli synliga. Enligt Socialstyrelsens uppföljning tillämpar såväl personal som ledning i kommuner och landsting i ökad utsträckning ett vetenskapligt grundat synsätt på vården och omsorgen om äldre. För de äldre har FoU-projekten fått en gynnsam inverkan på tillvaron, bland annat genom projekten om det sociala innehållet i vården och omsorgen, äldres mat och måltider, läkemedel och medicinering. Samverkan med brukarorganisationer har utvecklats, brukarråd har inrättats och mötesplatser med pensionärer anordnats.

Kompetensutveckling bland vård- och omsorgspersonalen

En av de viktigaste förutsättningarna för god kvalitet i äldreomsorgen är att det finns utbildad, kunnig och erfaren personal. Andelen undersköterskor och vårdbiträden som har omvårdnadsutbildning har minskat något sedan 2002. I genomsnitt har 64 procent av undersköterskor, vårdbiträden och motsvarande personalkategori i den kommunala äldre- och handikappomsorgen en omvårdnadsutbildning eller motsvarande. Det finns stor spridning mellan kommunerna. De små kommunerna med färre än 15 000 invånare har i genomsnitt en högre andel personal med omvårdnadsutbildning. Lägst andel utbildade finns i storstadsområdena. Det är främst de som nyrekryterats i storstadsområdena som saknar omvårdnadsutbildning. Det finns risk för att problemen att rekrytera utbildad personal kan komma att öka eftersom en hel del av personalen går i pension de närmaste åren och ska ersättas med nyrekryterade. (Öppna jämförelser – äldreomsorg, SKL, 2007)

Drygt en miljard kronor har under 2006-2007 tilldelats kommuner för kompetensutvecklingsprojekt för personal inom vården och omsorgen om äldre. Medlen har, efter ansökan, tilldelats 287 av landets 290 kommuner. Nästan alla kommuner genomför vidareutbildning med olika inriktning. Ett hundratal kommuner

genomför dessutom grundutbildning för anställda som arbetar samtidigt som de bedriver kompletterande studier och deras befintliga kunskaper valideras.

Under 2006 och fram till sista mars 2007 pågick en satsning på utbildningsvikariat som framförallt var riktade mot grundutbildning av personal i äldreomsorgen. Varje anställd utbildningsvikarie motsvarade i genomsnitt två anställda i utbildning, enligt en telefongallup som Kompetensstegen genomfört i ett 40-tal kommuner. Under första halvåret 2006 anställdes 1 241 vikarier, visar statistik från Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS). Dessa vikarier motsvarade således cirka 2 500 anställda i utbildning.

Tillgänglighet till vård och omsorg

Ökad rättssäkerhet

En förutsättning för god tillgänglighet till vård och omsorg är att de insatser som beviljats äldre kvinnor och män enligt socialtjänstlagen faktiskt verkställs. Från och med den 1 juli 2006 skärptes lagstiftningen för att öka kraven på att gynnande beslut enligt socialtjänstlagen ska verkställas inom skälig tid, och därmed öka rättssäkerheten. Lagändringen innebär att kommunerna är skyldiga att rapportera till länsstyrelsen, de kommunala revisorerna och fullmäktige de gynnande beslut som inte verkställts. De kommunala revisorerna har fått vidgade granskningsmöjligheter. Vidare har en sanktionsavgift införts, som ett yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut ska verkställas inom skälig tid.

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas uppföljning av rapportskyldigheten gällande äldre personer visar den första tidens utveckling. Under sista kvartalet 2006 verkställdes 798 beslut som var äldre än tre månader, varav 739 avsåg särskilt boende. Den 31 december 2006 fanns 1 364 beslut som var äldre än tre månader, varav 1 245 avsåg särskilt boende. Rapporten särredovisar inte kvinnor och män.

Fortsatt minskning av antalet platser i särskilda boendeformer

Antalet boende i särskilt boende har minskat med 1 700 mellan 2005 och 2006. Sedan 2000 har antalet minskat med cirka 19 700 personer eller cirka 17 procent. I åldersgruppen 65-79 år har antalet boende minskat med nära 7 800 och bland personer 80 år och äldre med cirka 11 900

boende. I förhållande till befolkningen i hela gruppen 65 år och äldre innebär utvecklingen att andelen boende i denna åldersgrupp minskat från cirka 8 procent till cirka 6 procent och i åldersgruppen 80 år och äldre från cirka 20 till cirka 16 procent jämfört med år 2000. I åldersgruppen 65–79 år har antal boende i särskilda boendeformer minskat för varje år sedan år 2000. Av de boende den 1 oktober 2006 var cirka 81 procent 80 år och äldre och cirka 70 procent var kvinnor.

Andelen boende som delade bostad (rum eller lägenhet) med annan eller andra än maka/make/samboende eller annan nära anhörig har minskat från cirka 3 procent till cirka 2 procent.

Bostadsmarknadsenkäten

Rapporten Bostadsmarknaden 2007 och 2008 bygger som vanligt på den bostadsmarknadsenkät som Boverket varje år skickar till kommunerna. Återigen lyfter flest kommuner, nära varannan, fram medelålders och äldre som vill flytta till en mindre bostad som en grupp där efterfrågan ökar och där det är brist på bostäder. Några särskilt aktuella frågor: Mer än varannan kommun (52 procent 2007 jämfört med 30 procent 2001) uppger att man arbetar mycket med tillgänglighet i bostäder och bostadsområden. Bostadsförsörjning för äldre och personer med funktionshinder är en viktig fråga för 58 procent av kommunerna 2007 jämfört med 42 procent 2001. Tillgänglighet i offentlig miljö är en viktig fråga för 64 procent år 2007 jämfört med 35 procent år 2001.

År 2007 svarade 47 procent av kommunerna (cirka 136) att behovet av särskilt boende är täckt. I 35 procent av kommunerna (cirka 101) täcks behovet genom planerad utbyggnad 2007 och 2008. I 14 procent av kommunerna (cirka 40) bedöms det vara brist även efter planerad utbyggnad. Andelen kommuner som menar att behovet redan är täckt har minskat jämfört med 2005 (70 procent) och 2006 (61 procent). Andelen som bedömer att brist finns även efter planerad utbyggnad har ökat jämför med 2005 (6 procent) och 2006 (10 procent).

Ombyggnader av särskilda boendeformer planeras 2007 omfatta 750 lägenheter vilket är en minskning med 450 jämfört med året innan.

I förra årets rapport redovisades för 2006 och 2007 en planerad nyproduktion av bostäder i särskilt boende för äldre eller personer med funktionshinder om sammanlagt 2 600 bostäder. Nu

redovisas den planerade nyproduktionen under åren 2007 och 2008 omfatta totalt 2 900 bostäder.

Antalet bostadsanpassningar har fortsatt att öka. År 2005 beviljades 64 700 bidrag och under 2000 beviljades 57 800 bidrag.

Investeringsstöd för särskilda boendeformer för äldre

Regeringens mål är att genom investeringsstöd om 500 miljoner kronor 2007 bidra till att fler särskilda boendeformer för äldre byggs. En särskild förordning om investeringsstödet har tagits fram. Boverket har tagit fram tillämpningsanvisningar och informerar tillsammans med länsstyrelserna om stödet. Investeringsstödet kan sökas hos länsstyrelserna från och med 1 juni 2007.

Mellan den 1 juni och den 27 juli, har 37 ansökningar lämnats in om stöd för sammanlagt 1 377 lägenheter. I nybyggnad handlar det om 1 090 lägenheter och i ombyggnad om 287 lägenheter. Summan av de ansökta beloppen uppgår till cirka 163 miljoner kronor.

Fler seniorbostäder

Bostäder som upplåts till personer över en viss ålder kallas ofta seniorbostäder. Seniorbostäder finns både som hyresrätter och bostadsrätter. Ofta ingår någon form av gemensam service som då bekostas via hyran. I seniorbostäder som bostadsrätt förekommer att det finns en övre åldersgräns t.ex. 75 år för inflyttning. Flera av de avvecklade servicehusen har byggts om till seniorbostäder. Antalet seniorbostäder som kommit till genom nybyggnad eller ombyggnad har ökat kraftigt de senaste åren. År 2005 skapades genom nybyggnad 2 364 lägenheter och genom ombyggnad 3 048 lägenheter. I 6 av 10 projekt är byggherren ett allmännyttigt bostadsföretag. Sveriges Kommuner och Landsting har i samarbete med Äldreboendedelegationen under 2007 kartlagt utvecklingen av seniorbostäder. I de 249 kommuner som lämnat svar finns sammanlagt 26 842 seniorbostäder. Antalet lägenheter har ökat med drygt 7 000 sedan 2005.

Mer likartade avgifter inom äldre- och handikappomsorgen

Avgiften för vård och omsorg påverkar tillgängligheten till sådana insatser för många äldre. Det finns uppgifter som tyder på att tillgängligheten ur detta perspektiv har förbättrats för äldre kvinnor och män med låga inkomster. Kommu-

nernas avgiftssystem för vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder har blivit mer lika sedan de nya avgiftsbestämmelserna infördes 2002. Syftet med bestämmelserna var att minska de stora olikheterna mellan kommunerna, stärka den enskildes skydd mot orimligt höga avgifter och låga förbehållsbelopp samt att åstadkomma en mer enhetlig beräkning av avgiftsgrundande inkomst samt att stärka den enskildes rättssäkerhet. Enligt Socialstyrelsens utvärdering som presenterades under våren 2007 har syftet i stora delar uppnåtts. Bestämmelserna om inkomstberäkning, avgiftstak och förbehållsbelopp följs.

Avgifterna täcker cirka 4 procent av de totala kostnaderna för kommunernas vård och omsorg om äldre. År 2006 var den högsta tillåtna avgiften för hemtjänst 1 588 kronor per månad. Andelen kvinnor som uppger att de avstår från att söka hemtjänst på grund av avgiften har halverats under perioden 2003 till 2005, från 23 till 11 procent. Motsvarande andel bland män förändrades inte och var 9 procent vid båda tillfällena. Sammantaget för båda könen minskade andelen från 21 procent till 10 procent. Enligt Socialstyrelsen beror minskningen sannolikt på att kommunerna har blivit bättre på att informera om avgiftssystemet och att omsorgstagarna har fått bättre kunskaper, t.ex. om att förbehållsbeloppet skyddar mot för höga avgifter.

Fler betalar avgift för sin hemtjänst 2007 jämfört med tre år tidigare, sannolikt till följd av ökade inkomster. År 2004 var en av tre med hemtjänst helt befriad från avgift. År 2007 hade den andelen minskat till var femte.

Utvecklingen av stödet till anhöriga

För 2006 fanns 125 miljoner kronor i stimulansmedel för stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående. Merparten av medlen går till kommunerna och medlen ska i första hand användas för uppbyggnad av permanenta former för anhörigstöd. Av medlen avsätts 20 miljoner kronor för ny och fördjupad samverkan med frivilliga och ideella krafter, 5 miljoner kronor till en nationellt kompetenscentrum för anhörigfrågor samt 5 miljoner kronor till anhörig- och pensionärsorganisationer.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att för 2005–2007 årligen följa upp utvecklingen av kommunernas anhörigstöd. Länsstyrelserna har i uppgift att fördela drygt 114 miljoner kronor för 2006 efter ansökan från kommunerna. Drygt

110 miljoner kronor har fördelats till 256 kommuner och 42 kommundelar. Inklusivt medel till länsstyrelsernas administration har knappt 113 miljoner kronor förbrukats. Skälen till att en del kommuner och kommundelar inte sökt pengar för 2006 beror bl.a. på annat utvecklingsarbete med hjälp av andra stimulansbidrag.

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att medlen för att utveckla anhörigstödet har blivit försenade då nya direktiv beslutades vid årsskiftet 2005/2006.

De mest utbredda formerna av anhörigstöd är insatser som ger anhöriga möjligheter till avlösning som korttidsvård/boende, dagvård/dagverksamhet och avlösning i hemmet. I jämförelse med tidigare år arbetar allt fler kommuner med att utveckla stödet till anhöriga, bredden ökar när det gäller olika insatser som exempelvis anhörigcentral/träffpunkt, rekreation, semestervistelse, må-bra aktiviteter. Ideella och frivilliga organisationer har stor roll i dessa aktiviteter. Samverkan med frivilliga och ideella organisationer var ett krav för att ta del av bidraget. Nästan alla kommunersom beviljats medel planerar att utveckla denna samverkan. Det blir också vanligare med samarbete med primärvården.

8.4.2 Analys och slutsatser

Stimulansbidragen

Inriktningen av regeringens satsning på stimulansbidrag till kommuner och landsting bedöms vara väl avvägd. Detta kan sägas mot bakgrund av att kommunernas fördelning av sina insatser under en följd av år allt oftare koncentrerats till grupper med omfattande behov. Risker med en sådan policy är att enskilda inte får det stöd de behöver eller att anhöriga överbelastas. Det kan i förlängningen leda till ytterligare ökande vårdbehov.

Satsningarna på t.ex. förbättrad läkartillgång för äldre, fler läkemedelsgenomgångar, bättre demensvård och rehabilitering har stor betydelse för att förbättra sådana brister för de svårast sjuka och svagaste grupperna av äldre som Socialstyrelsens återkommande rapporteringar visar. Satsningarna på att stärka det förebyggande arbetet, uppmärksamma det sociala innehållet i äldreomsorgen samt förbättra arbetet kring kost och näring är alla av strategisk betydelse t.ex. för att motverka att ohälsa uppstår och att inte

anhöriga ska överbelastas. SCB visar i rapporten Äldres levnadsförhållanden (Levnadsförhållanden rapport 112) att Danmark i jämförelse med Sverige har en högre täckningsgrad för äldreomsorgen vilket innebär att det förebyggande arbetet är mer utbyggt och bedöms förklara varför Danmark har lägre kostnad för hela äldreomsorgen. Det förebyggande arbetets betydelse understryks också i Socialstyrelsens lägesrapporter där det visas att kommuner med en hög nivå på hemtjänst också leder till att anhöriga orkar göra en större insats jämfört med i kommuner som har en restriktiv hållning.

Kompetensförsörjning till äldreomsorgen – en framtidsfråga

Att bemötas med respekt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre kvinnor och män i behov av vård och omsorg skall uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen. I takt med att vi blir allt äldre har arbete inom vård och omsorg om äldre blivit alltmer kvalificerat och mångfacetterat. Det kräver att personalen har bred och specialiserad kompetens. Samtidigt har bara 60 procent av de som arbetar som undersköterskor och vårdbiträden en formell omvårdnadsutbildning, och det finns tecken på att denna andel minskar. På tio års sikt kommer efterfrågan på kompetent personal att öka kraftigt till följd av stora pensionsavgångar från äldreomsorgen. För att klara den framtida personalförsörjningen måste arbetet göras mer attraktivt och statusen höjas. Personal som redan arbetar inom äldreomsorgen behöver få tillgång till kompetensutveckling och alla utbildningsvägar som leder till arbete inom äldreomsorgen måste utnyttjas.

Öppna jämförelser för kvalitetsutveckling och valfrihet

Regeringens insatser verkar pådrivande i utvecklingen av bättre nationell statistik och kvalitetsindikatorer som ger förutsättningar för öppna jämförelser av kvalitet inom vård och omsorg för äldre. Den nationella IT-strategin bidrar till en effektiv informationsförsörjning. Sammantaget kommer den pågående utvecklingen att ge allmänhet, brukare, personal och beslutsfattare tillgång till bättre och mer relevant information. Det kan bidra till att allmänhetens uppfattningar

om vård och omsorg grundas på fakta, att brukare får ökade möjligheter att göra aktiva val om sin vård och omsorg, att personal får sina resultat tydligt bekräftade och att politiker kan fatta nödvändiga beslut på goda grunder.

Kvarboende – tvång eller möjlighet?

Äldre kan i dag få mycket omfattande hjälpinsatser i det egna hemmet, konstaterar Socialstyrelsen i Lägesrapport 2006. Det kan möjliggöra den önskan som de flesta äldre har att bo kvar hemma. Men att bo kvar hemma kan också vara en följd av att inga andra alternativ står till buds eller att man värderar givna alternativ som sämre. I det sammanhanget kan kvarboendet upplevas som påtvingat. Att bli erbjuden hemtjänst kan innebära en omfattande hjälpinsats, som rent kvantitativt kan överstiga den hjälp man kan få i ett särskilt boende. Men problemet för den äldre och dennes anhöriga är dock ofta att de har förlorat den nödvändiga känslan av trygghet som krävs för att de ska kunna bo kvar i de ordinarie hemmet. Vård i hemmet innebär nästan alltid insatser också av anhöriga. Många hemmaboende äldre är i hög grad beroende av att de anhöriga kan, orkar och vill hjälpa till.

Fler platser i särskilda boenden

Regeringens satsning på investeringsstöd för nybyggnad och ombyggnad för att kommunerna ska kunna erbjuda fler äldre plats i särskilt boende har på kort tid lett till ett stort antal ansökningar. Boverket har visat att kommunerna 2007 planerar för byggande av ett större antal bostäder i särskilt boende jämfört med 2006.

Seniorbostäder

Regeringen ser med tillfredsställelse på utvecklingen av seniorbostäder som erbjuder allt fler äldre möjligheter att genom egna initiativ finna ett boende som passar deras behov på äldre dar.

Ökad valfrihet för kvalitetsutveckling och eget inflytande

Äldre, sjuka och personer med funktionshinder ska få större möjligheter att påverka sin egen situation och få möjlighet att fatta beslut som rör deras vardag. Möjligheten att välja och att välja bort utförare av vård och omsorgsinsatser ökar individens inflytande och gör den offentligt finansierade servicen mer lyhörd för den enskildes behov och önskemål. Valfrihet har ett värde i sig, och kan även fungera som ett förändringsin-

strument för att ge större utbud och högre kvalitet. En ökad konkurrens mellan utförare stimulerar till nytänkande, effektivitet och bidrar även till bättre utvecklingsmöjligheter för medarbetarna inom vården och omsorgen.

8.5 Politikens inriktning

Huvudinriktningen för regeringens äldrepolitiska satsningar är att äldre personer och deras närstående ska kunna lita på att de erbjuds en värdig omsorg och en omvårdnad av hög kvalitet. Särskilt fokus ligger på de sköraste individerna, de som kan ha svårigheter att göra sin röst hörd såsom t.ex. personer med demenssjukdom, personer med annat modersmål än svenska och personer med flera sjukdomar samtidigt.

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder som under de kommande åren stärker kvalitetsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre. Dessa åtgärder innehåller bland annat stora statliga stimulansbidrag till kommuner och landsting, stöd till byggande av särskilt boende, utvecklandet av kvalitetsindikatorer för att kunna göra kvalitetsjämförelser, brukarundersökningar, teknikutvecklingsbidrag och ökade satsningar på äldreforskning. Ytterligare åtgärder behövs dock för att komma till rätta med kvalitetsbristerna. Därför har regeringen tillsatt utredningar som bland annat ska komma med förslag som rör förbättringar i bostadsförsörjningen för äldre, utvecklandet av fritt val av utförare av insatser samt tillförsäkran av en värdig äldreomsorg. Dessa utredningar kommer att lämna sina betänkanden senast under våren 2008.

Stimulansbidrag till kommuner och landsting

Kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män behöver höjas. Den utveckling som påbörjades genom stimulansbidragen 2007 är långsiktig och fortsätter under kommande år. Det statliga stimulansbidraget syftar till att stödja landstingen och kommunerna i detta arbete. Att förbättra läkartillgången i såväl särskilt som ordinärt boende som i dagverksamhet är en viktig åtgärd för att de äldre och anhöriga ska känna sig trygga. En högre livskvalitet kan nås bland annat genom fler och regelbundna läkemedelsgenomgångar, att demensutredningar görs så tidigt som möjligt och att rehabilitering av äldre kvinnor och män utvecklas. Maten och

måltiden har en central funktion för den äldres hälsa och välbefinnande och det är angeläget att kommunernas arbete med att förbättra kvaliteten fortsätter. Äldre kvinnors och mäns sociala behov behöver uppmärksammas i större utsträckning. Att delta i olika verksamheter kan ge värdefulla sociala kontakter och gemenskap och bryta en eventuell isolering. Frivilliga organisationer kan här göra en stor insats. Regeringen har tagit fram mål för stimulansbidragets användning inom områdena läkartillgång, läkemedelsgenomgångar och förebyggande hembesök. Regeringen avser att ta fram mål inom områdena demensvård, rehabilitering, kost och nutrition samt det sociala innehållet i takt med att tillräckligt underlag föreligger.

Boende för äldre

Regeringen följer noga utvecklingen av bostadsfrågorna för äldre. Uppföljningen av bestämmelserna om rapporteringsskyldighet för beslut som inte verkställs är en viktig informationskälla. Genom Äldreboendedelegationen (S 2006:03) får regeringen bedömningar av hur investeringsstödet till särskilt boende utvecklas. Senast den 31 december 2008 ska delegationen slutredovisa sitt uppdrag med analys och förslag om att stimulera utveckling av särskilda boendeformer för äldre. Delegationen ska även lämna förslag på åtgärder för att stimulera tillkomsten av fler bostäder som är anpassade för äldre personers behov och som kan bidra till att öka äldres möjligheter till sociala kontakter och aktiviteter. En viktig förutsättning för att klara av de framtida utmaningarna med en åldrande befolkning är att den generella tillgängligheten i bostäder, service och kommunikationer förbättras. En god generell tillgänglighet minskar behovet av individuella stödinsatser.

Regeringen ser allvarigt på att inte alla kommuner kan erbjuda de äldre som behöver särskilt boende en sådan bostad inom rimlig tid. Därför bedömer regeringen att medel för investeringsstöd till särskilt boende för äldre behövs även kommande år.

Anhörigstöd

Många gånger är anhörigas insatser en förutsättning för att en närstående ska kunna vårdas i hemmet, inte minst vid vård i livets slutskede. Många anhörigvårdare är i stort behov av ett bättre stöd, t.ex. genom avlösning för att få tid för vila och rekreation. Under ett flertal år har

stimulansbidrag utgått till kommunerna för att utveckla stödformer för anhöriga. Trots det är stödet till anhöriga ojämnt fördelat i landet. Anhörigstöd är en prioriterad fråga för regeringen och avsikten med regeringens politik är att anhöriga ska få bättre stöd bl.a. i lag.

Kompetensförsörjning

Att bemötas respektfullt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre i behov av vård och omsorg skall uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen. I takt med att fler blir allt äldre har arbete inom vård och omsorg om äldre blivit alltmer kvalificerat och mångfacetterat. Det kräver att personalen har både bredd och djup i sin kompetens. År 2005 var 230 200 personer anställda (månadsavlönade) i kommunernas och de privata företagens vård och omsorg om äldre. Nio av tio undersköterskor och vårdbiträden har gymnasieutbildning men bara drygt 60 procent har en formell omvårdnadsutbildning. Hälften av samtliga som rekryterades till äldreomsorgen år 2005 hade en omvårdnadsutbildning. Detta kan jämföras med förskolan där ungefär fem procent saknar utbildning för arbete med barn. Många kommuner gör stora och ambitiösa insatser för att höja kvaliteten och öka personalens kompetens.

På tio års sikt kommer pensionsavgångarna från äldreomsorgen att vara stora samtidigt som antalet personer med vård- och omsorgsbehov beräknas öka. Efterfrågan på kompetent personal kommer alltså att öka kraftigt. Sedan lång tid tillbaka har allt färre sökt sig till omsorgen via de reguljära utbildningsvägarna såsom gymnasieskolans omvårdnadsprogram. För att klara den framtida personalförsörjningen måste såväl utbildningarna som arbetet göras mer attraktivt och statusen höjas. Personal som redan arbetar inom äldreomsorgen behöver få tillgång till kompetensutveckling och alla utbildningsvägar som leder till arbete inom äldreomsorgen måste utnyttjas. Flexibla och individuella lösningar behöver utvecklas. Det är regeringens mening att det behövs tydligare strukturer för att kunna trygga den framtida kompetensförsörjningen.

Värdighetsgarantin

Det behövs en gemensam och tydlig värdegrund inom äldreomsorgen. Värdegrunden behöver

delas av såväl brukare och allmänhet som politiker och anställda. De flesta människor förväntar sig att välfärdssystemen ska bidra till trygghet under ålderdomen. Tilltron till vård och omsorg om äldre är därför en kärnfråga inom ramen för äldrepolitiken. Människosyn, värderingar och ett etiskt förhållningssätt behöver göras tydligt i den dagliga verksamheten för att kvaliteten i innehållet skall utvecklas och tilliten till äldreomsorgen öka. Av denna anledning gav regeringen i mars 2006 en särskild utredare i uppdrag att lägga fram förslag om en värdighetsgaranti för vård och omsorg om äldre kvinnor och män. Enligt direktiven ska värdighetsgarantin syfta till att tydliggöra för alla vad äldreomsorgen ska erbjuda och vad de äldre och deras anhöriga kan förvänta sig när de behöver äldreomsorg. Utredaren skall lämna sitt slutbetänkande senast 31 mars 2008.

Fritt val-reform inom äldre- och handikappomsorgen

Individens möjligheter att välja vem som ska ge hjälp och inflytande över hur hjälpen ska utformas behöver öka. Därför har regeringen tillsatt en utredning för att utarbeta en Fritt val-reform inom äldre- och handikappomsorgen. Det handlar t.ex. om att förändra regelverken för att underlätta fria val och att öka antalet verksamheter som finns att välja på. Förslagen skall främja en mångfald av utförare, både i frågan om storlek och inriktning av olika företag. Regeringen har dessutom tillsatt en utredning om reformerade regler om F-skatt för att göra det enklare att starta företag inom bland annat äldre- och handikappomsorgen. Regeringen avser att stödja utvecklingen av Fritt val genom ett statligt stimulansbidrag om sammanlagt 300 miljoner kronor för perioden 2008 till 2009. Bidraget ska kompensera kommunerna för vissa merkostnader som uppstår i samband med övergången till ett Fritt val-system.

Utvecklad statistik och uppföljning för öppna jämförelser

En förutsättning för människor att kunna göra upplysta och väl underbyggda val är att de har tillgång till information om de verksamheter som de kan välja mellan. För att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten inom socialtjänsten behöver huvudmän även kunna mäta de resultat som olika insatser ger. Regeringen anser därför att statistik och upp-

följningar av verksamheters kvalitet måste förbättras och utvecklas. Det behöver också tas fram kvalitetsindikatorer och modeller för öppna jämförelser som är tillgängliga för alla. Regeringen har påbörjat ett sådant arbete inom äldreomsorgen. Det nationella stödet till utvecklingen kommer bl.a. att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsuppföljning, öppna redovisningar och jämförelser genom utveckling av statistik, register och system samt metoder för lokal verksamhetsuppföljning.

Teknik för äldre

Regeringens satsning på utvecklingsprogrammet Teknik för äldre innebär att viktiga framsteg nu kan göras som stärker en utveckling där äldre personers behov av hjälpmedel och tjänster tas tillvara och leder till att bra och säker teknik för äldre finns lätt tillgänglig. Utvecklingen av teknik har hittills bedrivits utan särskilt fokus på äldre personers behov, önskemål eller efterfrågan. Den ökande andelen äldre i befolkningen och de äldres samlade köpkraft till trots är utvecklingen av teknik ofta inriktad på yngre målgrupper.

Ett nationellt sammanhållet stöd för utveckling av och ökad tillgänglighet till teknik för äldre skall bygga på analyser av äldre personers beskrivning av problem och hinder i vardagen och önskemål om teknikförbättringar. Marknadsfunktionerna där efterfrågan på och utbud av teknik för äldre möts behöver stärkas. Samtidigt som den tekniska utvecklingen ska bejakas och stimuleras är det viktigt att den inte används som ursäkt för att minska den mänskliga kontakten i omvårdnaden.

Regeringen satsar 22 miljoner kronor per år 2007–2009 för att stimulera utveckling av teknik för äldre. Hjälpmedelsinstitutet (HI) har uppdraget att stödja satsningar inom teknik i boendet, teknik för anhöriga och lätt tillgänglig information om teknik och hjälpmedel. De informationsmöten HI inbjudit till har varit välbesökta och intresset för att ansöka om de projektmedel HI utlyst är stort.

Tillsyn

Socialstyrelsen håller, tillsammans med länsstyrelserna, på att utveckla nationella bedömningskriterier för den sociala tillsynen, bl.a. avseende äldreomsorgen. Hittills har det inte funnits enhetliga definitioner av vad brister i äldreomsorgen är och vad som bör föranleda kritik.

Tillsynsinstrumentet är viktigt för att tillförsäkra medborgarna att lagar följs och att den offentligt finansierade verksamheten sköts på ett avsett, effektivt och likvärdigt sätt med god kvalitet. Bl.a. ska kvalitetsutvecklingen kunna bedömas genom att resultat av tillsyn kan jämföras över tid. Regeringen anser liksom Riksrevisionen att tillsynen måste stärkas. En utredare har regeringens uppdrag att föreslå åtgärder som stärker tillsynen så att den kan fungera samordnat, strukturerat och effektivt (dir. 2004:178, 2005:87, 2005:93, 2006:98 och 2007:70). Uppdraget ska redovisas den 1 november 2007.

Äldreforskning

Regeringens satsning på äldreforskning innebär att FAS har kunnat besluta om långsiktiga stöd till starka forskningsmiljöer och fleråriga programstöd. Förutsättningarna har förbättrats för den långsiktiga kunskapsstillväxten inom området vård och omsorg om äldre.

Ökad kunskap är en viktig förutsättning för att klara de utmaningar som vård och omsorg om äldre står inför. I takt med att antalet äldre ökar och särskilt antalet äldre i de högsta åldrarna, ställs krav på nya kunskaper. Kraven på kvalitet och att resurserna används effektivt kommer att fortsätta öka. Prioriteringsarbetet inom vården och omsorgen underlättas av strukturerad uppföljning och utvärdering. Ett ökande kunskapsinnehåll i verksamheterna bidrar också till att höja statusen för utbildning och arbete inom vård och omsorg om äldre kvinnor och män.

En uppbyggnad av ökad bredd i äldreforskningen t.ex. med inriktning på äldreomsorgens styrning och organisering behöver stödjas. Regeringen uppmärksammar även att det inom en snar framtid kommer att ske en generationsväxling inom området. Anslaget till äldreforskning ökas därför med 5 miljoner kronor per år under perioden 2008 till 2010.

SNAC

Tillgång till goda forskningsdata är en förutsättning för en kraftfull forskning inom äldreområdet. Swedish National Study of Aging and Care (SNAC) driver långsiktig uppbyggnad av områdesbaserade data och forskning om äldre kvinnors och mäns hälsa och vårdkonsumtion. Studien bygger huvudsakligen på återkommande intervjuer med äldre personer. Studien finansieras av staten och de lokala huvudmännen. Sta-

tens anslag är på 10 miljoner kronor per år. För att bidra till täckning för ökade kostnader för studien ökas statens anslag med 2 miljoner kronor per år under 2008 och 2009. Regeringen bedömer att anslaget behöver ökas med 4 miljoner kronor under 2010.

Socialt råd

Det svenska samhället står inför ett flertal utmaningar. Det stora utanförskapet, en åldrande befolkning och den medicinsktekniska utvecklingen ställer sjukvården och socialförsäkringssystemen under finansiell press. Samtidigt ökar möjligheterna att behandla sjukdomar och en större del av befolkningen lever ett längre liv i hälsa. För att möta de utmaningar och möjligheter som vi står inför är det viktigt att välfärdspolitiken är effektiv och så långt som möjligt evidensbaserad. Kunskap från forskning inom social- och hälsoområdet behöver implementeras på ett mer effektivt och systematiskt sätt än tidigare. Regeringen avser därför att inrätta ett socialt råd med syfte att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i sociala frågor och sprida kunskap om forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformning av välfärdspolitiken.

8.6 Förslag till författningsändringar

8.6.1 Ändring i hälso- och sjukvårdslagen

Regeringens förslag: Om samtliga kommuner inom ett landstings område ingår i en överlåtelse av skyldighet att erbjuda hemsjukvård får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna.

Ärendet och dess beredning: En promemoria har upprättats inom Socialdepartementet, Huvudmannaskap för hemsjukvård m.m. (dnr S2006/5255/ST). Promemorians lagförslag har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna samt en remissammanställning av promemorians förslag i den del som behandlar möjligheterna för kommuner att lämna ekono-

miskt bidrag till varandra, finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2007/5890/ST).

Promemorians förslag: I promemorian föreslogs bl.a. att ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i överlåtelsen av skyldighet att erbjuda hemsjukvård får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna. Överensstämmer med regeringens förslag i denna del.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har yttrat sig har i stort varit positiva. *JO* och *Svea Hovrätt* påtalar att det krävs ett lagstöd för ett system med mellankommunal kostnadsutjämning.

Skälen för regeringens förslag: Landstingen har ansvar för hemsjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta hemsjukvården till en kommun om landstinget och kommunen kommer överens om det (18 § hälso- och sjukvårdslagen). I 19 § HSL anges att om en överlåtelse har skett enligt 18 § tredje stycket får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Cirka hälften av landets kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvården. Skillnaderna i behoven av och kostnaderna för hemsjukvård mellan kommunerna inom ett län kan vara så stora att en kostnadsutjämning kan behövas mellan kommunerna. Den ekonomiska regleringen av ett kommunalt övertagande från landstingen av ansvaret för hemsjukvården förutsätts ske genom en skatteväxling mellan landstinget och kommunerna i länet. När och på vilken nivå denna ska genomföras beslutar kommuner och landsting själva. Vid en skatteväxling måste även förändringar i storleken på kommunernas och landstingens bidrag och avgifter i det från 2005 införda systemet för kommunalekonomisk utjämning beaktas.

Av olika skäl, t.ex. skiftande åldersstrukturer bland befolkningen eller skiftande utbyggnad av de särskilda boendena för äldre i kommunerna, kan kostnaderna per invånare för den verksamhet som ska övertas variera mellan kommunerna inom länet. Det kan därför finnas behov av att komplettera skatteväxlingen med mellankommunala utjämningsystem mellan kommunerna inom landstingsområdet för att överbrygga skillnaderna mellan kostnadsökningen för den övertagna verksamheten och den intäktsökning som följer av skatteväxlingen. Regeringen erfar att

landsting och kommuner i några län planerar för att kommunerna ska ta över ansvaret för hemsjukvården. Det finns därför anledning att införa en möjlighet för kommunerna att utjämna kostnader som uppkommer när i de fall samtliga kommuner inom ett landstingsområde ingår i en överlåtelse av skyldighet att erbjuda hemsjukvård. Förslaget innebär att kommunerna inom ett landstings område ges befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till varandra, då detta kan behövas för att jämna ut kostnaderna mellan kommunerna under förutsättning att samtliga kommuner inom landstinget omfattas av överlåtelsen. I promemorian uttalades att mellankommunala kostnadsutjämnningar bör tillämpas endast övergångsvis och som längst under fem år. JO och Svea Hovrätt har i sina remissyttranden påpekat att en sådan begränsning i tid kräver en lagändring. Regeringens avsikt är dock endast att ge kommunerna en möjlighet att utjämna. Det är kommunerna själva som bestämmer såväl omfattningen på utjämnningen som hur länge den ska pågå. Förslaget innebär inget utökat ansvar eller ökade kostnader för kommunsektorn.

8.7 Budgetförslag

8.7.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Anslaget omfattar regeringens satsning på vård och omsorg om äldre. Dessutom innehåller anslaget medel för åtgärder inom äldreområdet såsom bidrag till pensionärsorganisationer, bidrag till anhörigorganisationer, medel till utveckling av longitudinella områdesdatabaser, stimulansbidrag för att etablerandet av regionala forsknings- och utvecklingscentra samt medel till utveckling av stödet till anhöriga.

Tabell 8.3 Anslagsutveckling 17:3 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Utfall	753 762	18 971	
2007	Anslag	2 117 137 ¹		1 695 940
2008	Förslag	2 388 137		
2009	Beräknat	2 088 137		
2010	Beräknat	1 888 137		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Socialstyrelsen behöver under 2008 ha möjlighet att ingå ekonomiska förpliktelser i samband med utvecklandet av ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre. Regeringen bör därför bemyndigas att ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 10 000 000 kronor under 2009.

Regeringen stödjer en långsiktig satsning på utveckling av longitudinella områdesdatabaser. Regeringen bör därför bemyndigas att ingå åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 10 000 000 kronor under 2009.

Regeringen stödjer etablerandet av regionala forsknings- och utvecklingscentra. Regeringen bör därför bemyndigas att ingå åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 10 000 000 kronor under 2009.

Boverket bör ha möjlighet att besluta om ekonomiska förpliktelser i samband med investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende för äldre. Regeringen bör därför bemyndigas att ingå åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 500 000 000 kronor efter 2008.

Tabell 8.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2006	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010–
Ingående åtaganden	0	30 000	30 000	530 000	
Nya åtaganden	30 000	20 000	530 000		
Infriade åtaganden	-10 000	-20 000	-30 000	-330 000	-200 000
Utestående åtaganden	20 000	30 000	530 000		
Erhållet/förslaget bemyndigande	20 000	30 000	530 000		

Regeringens överväganden

Regeringen föreslår en sammanlagd anslagsökning om cirka 309 000 000 kronor för 2008. För åtgärder för en ökad mångfald av utförare inom äldreomsorgen ökas anslaget med 300 000 000 kronor under perioden 2008 och 2009. Stödet till utveckling av longitudinella områdesdatabaser ökas med 2 000 000 kronor per år under 2008 och 2009, och med 4 000 000 kronor under 2010. Vidare ökas anslaget till äldreforskning med 5 000 000 kronor under perioden 2008 till 2010. Under 2008 och 2009 ökas anslaget med 2 000 000 kronor för det fortsatta arbetet med Kompetensstegens administration efter kommitténs upphörande.

Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	2 117 137	2 117 137	2 117 137
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	271 000	-29 000	-229 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	2 388 137	2 088 137	1 888 137

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 388 137 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 2 088 137 000 kronor respektive 1 888 137 000 kronor.

9 Politikområde Socialtjänstpolitik

9.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser inom verksamhetsområdena Individ- och familjeomsorg samt Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård. Det innebär insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex., flickor och pojkar och familjer i socialt och ekonomiskt utsatta situationer, hemlösa, personer med missbruksproblem samt kvinnor som utsätts för hot och våld. Ansvar för att kvinnor och män, flickor och pojkar i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) på kommunen. Statens insatser inom politikområdet består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, vissa stimulansbidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård (LSU). Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område. De har bl.a., tillsammans med länsstyrelsen, ett tillsynsansvar. Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. samt utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

År 2008 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 1 miljard kronor.

9.2 Utgiftsutveckling

Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Milljoner kronor

	Utfall 2006	Budget 2007 ¹	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	452,5	613,5	611,6	258,5	162,4	162,4
18:2 Statens institutionsstyrelse	710,2	773,6	716,9	779,8	798,3	819,3
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	9,5	32,9	12,1	33,0	0,0	0,0
Totalt för politikområde Socialtjänstpolitik	1 172,2	1 420,0	1 340,6	1 071,3	960,7	981,7

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

9.3 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 2005/06:1, utg.omr. 09, bet. 2005/06:SoU1, rskr. 2005/06:111). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål.

9.3.1 Mål och villkor

Socialtjänstpolitiken är för sin måluppfyllelse i hög grad beroende av måluppfyllelsen inom andra politikområden. Socialtjänsten utgör ett komplement till de generella ekonomiska stödsystemen för flickor och pojkar, kvinnor och män som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänsten har utöver sin servicefunktion och sitt ansvar för behovsprövade stöd- och hjälpåtgärder också befogenheter till myndighetsutövning, t.ex. när det gäller att ingripa till skydd för barn i utsatta situationer. Personer utanför arbetsmarknaden ska få stöd för att så snabbt som möjligt komma in på arbetsmarknaden.

9.4 Resultatredovisning

9.4.1 Resultat

Ekonomiskt bistånd

Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och prövas i varje enskilt fall. Ekonomiskt bistånd är tänkt som ett yttersta skyddsnät för personer med tillfälliga försörjningsproblem. Målet är att den enskilde så snabbt som möjligt ska bryta biståndsmottagandet och försörja sig på egen hand. För att bli beviljad ekonomiskt bistånd ska individen så gott som helt och hållet ha tömt sina ekonomiska tillgångar, såväl egna som de som finns i det hushåll som individen lever i.

Av Socialstyrelsens rapport Översyn av riksnormen (maj 2007) framgår att den genomsnittliga disponibla inkomsten per konsumtionsen-

het⁵ för personer 20–64 år var ca 16 000 kronor per månad under 2005. Hushåll med ekonomiskt bistånd hade i genomsnitt hälften så hög disponibel inkomst, ca 8 300 kronor per konsumtionsenhet under 2005. Den disponibla inkomsten för vad som betraktas som ekonomisk utsatthet (dvs. 60 procent av medianinkomsten) låg på ca 8 800 kronor per månad och konsumtionsenhet.

Orsakerna till försörjningsproblemen är svåra för socialtjänstens individ- och familjeomsorg att angripa aktivt, då de ofta ligger utanför socialtjänstens direkta ansvars- och kompetensområde. Det kan t.ex. handla om att personen inte kvalificerat sig för ersättning från a-kassan eller saknar rätt till sjukpenning, sjuka utan rehabiliteringsinsatser eller unga vuxna vars psykiska problem hindrar dem från att etablera sig på arbetsmarknaden.

Bred samverkan är därför nödvändig. Det finns också goda erfarenheter av finansiell samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, länsarbetsnämnd och Försäkringskassan. I april 2007 ingick 107 kommuner i samordningsförbund (Finsam).

I kommunernas biståndsbedömning betraktas inkomster från feriearbetande ungdomar olika. Enligt betänkande (SOU 2007:02) från utredningen Från socialbidrag till arbete framgår bl.a. att 53 procent av kommunerna inte tog hänsyn till ferieinkomster alls medan 41 procent räknade med dessa inkomster om de översteg en viss beloppsgräns. I fyra procent av kommunerna påverkade ungdomars ferieinkomster i sin helhet det utbetalade ekonomiska biståndet.

Socialstyrelsen har rapporterat i Årsredovisning 2006 att barnperspektivet integreras allt mer i handläggningen av ekonomiskt bistånd och att kommunerna beaktar barnets bästa i högre grad och i långvariga biståndsärenden. Barnen syns dock inte alltid i utredningar och löpande journalanteckningar och det görs sällan konsekvensanalyser utifrån barnens situation.

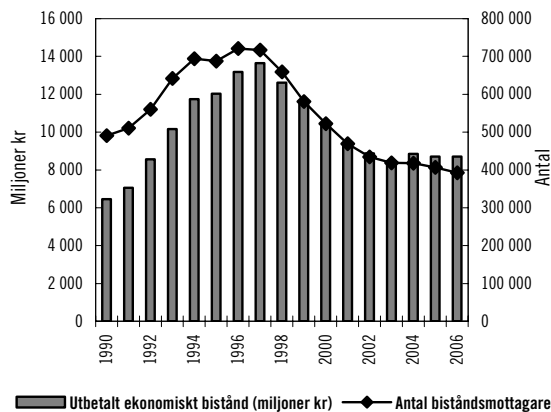
Under 2006 utbetalades 8,7 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra utlänningar). Utbetalningarna har varit i det närmaste oförändrade de senaste fem åren. Utbetalningar

⁵ Konsumtionsenhet uttrycker inkomst per person när man tagit hänsyn till att personer i olika åldrar kostar olika mycket.

till flyktingar och andra skyddsbehövande ökade dock med hela 32 procent (i fasta priser) under 2006 (dvs. 350 miljoner kronor) vilket bl.a. hänger samman med den kraftiga ökningen av antalet asylsökande som fick uppehållstillstånd under 2006. Utbetalningarna till flyktingar fortsatte att öka under första halvåret 2007 medan de minskade med 7 procent (i fasta priser) till övriga grupper. Sammantaget var utbetalningarna oförändrade första halvåret 2007 jämfört med samma halvår 2006.

Under 2006 fick ca 219 000 hushåll, bestående av ca 393 000 personer, ekonomiskt bistånd någon gång under året. Dessa hushåll utgör knappt sex procent av hushållen respektive 4,3 procent av befolkningen. Antalet biståndsmottagare har sjunkit med 46 procent sedan 1996 då antalet var som högst (se diagram 9.1).

Diagram 9.1 Ekonomiskt bistånd. Antal biståndsmottagare och utbetalningar (2006 års priser)



Antalet kvinnor och män med bistånd har under många år varit i det närmaste detsamma, men under 2006 minskade kvinnornas biståndsmottagande snabbare än männens. Det är dock stor skillnad i biståndsmottagande mellan könen beroende på om de lever i hushåll med barn eller inte. Ensamstående män utan barn är flest som grupp räknat. Däremot är ensamstående mammor, unga samt utrikes födda personer överrepresenterade i sin hushållsgrupp. Exempelvis hade 20 procent av alla ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under 2006 jämfört med 7 procent av alla ensamstående män med barn (se tabell 9.2).

Tabell 9.2 Biståndshushåll fördelade efter hushållets sammansättning 2006

Andel biståndshushåll av samtliga hushåll inom respektive befolkningsgrupp 18–64 år, procent

Hushåll	Andel i procent 2001	Andel i procent 2006
Ensamstående kvinnor med barn	25	20
Ensamstående kvinnor utan barn	8	7
Ensamstående män med barn	8	7
Ensamstående män utan barn	10	9
Gifta/sammanboende med barn	4	3
Gifta/sammanboende utan barn	1	1
Samtliga hushåll	6	6

Det är vanligare att mäns beroende av ekonomiskt bistånd beror på arbetslöshet eller sociala problem än för kvinnor. För kvinnor är det oftare än för män ohälsa som är orsaken (Källa: Jämställd socialtjänst? Socialstyrelsen 2004). För ungdomar och personer med utländsk bakgrund kan det handla om att de aldrig kommit in på arbetsmarknaden och därför inte heller kvalificerat sig för andra former av ersättning. De blir därmed hänvisade till ekonomiskt bistånd för sin försörjning.

Cirka 32 procent av biståndsmottagarna över 18 år fick ekonomiskt bistånd under minst 10 månader av året och definieras därmed som långvariga biståndsmottagare. Andelen har varit relativt konstant de senaste fem åren. Ju längre tid man har haft ekonomiskt bistånd, desto svårare är det att komma ur ett biståndstagande. De flesta med långvarigt bistånd kompletterar inte en låg inkomst utan saknar helt löneinkomst.

Den genomsnittliga biståndstiden per hushåll var 5,9 månader under 2006, och har varit i stort sett oförändrad under den senaste tioårsperioden. Det genomsnittliga utbetalda årliga beloppet per hushåll har dock ökat med 12 procent i fasta priser jämfört med 1997 och uppgick 2006 till 39 800 kronor.

Utrikes födda mottar ekonomiskt bistånd i en betydligt större utsträckning än inrikes födda. Men sett över en längre tidsperiod har skillnaderna minskat. Även det långvariga biståndsmottagandet har sjunkit snabbare bland utrikes än bland inrikes födda. (Källa: Ekonomiskt bistånd för inrikes och utrikes födda 1998–2005, Socialstyrelsen).

Andelen biståndsmottagare (mellan 18 och 64 år) som var arbetslösa någon gång under året och samtidigt saknade arbetslöshetsersättning ökade från 32 procent 2001 till 43 procent 2006.

Andelen biståndsmottagare varierar kraftigt mellan kommunerna och var som störst i Malmö (10 procent) och lägst i Vellinge kommun (0,3 procent). Än större variation mellan kommunerna gäller för barnen. Ungefär 20 procent av barnen i Malmö, Dorotea och Högsby levde i ett hushåll med ekonomiskt bistånd 2006 och mindre än en procent av barnen i Danderyd, Lomma och Vellinge. Av samtliga hushåll utgjorde barnfamiljer omkring en tredjedel, vilket är oförändrat sedan 2001.

I vissa stadsdelar i storstäderna och i de större kommunerna är biståndsmottagandet och därmed utanförskapet särskilt stort.

Barn i utsatta situationer

Socialtjänstens barn- och ungdomsvård har enligt socialtjänstlagen ett långtgående ansvar för att erbjuda insatser och ingripa då barn far eller riskerar att fara illa. Målgruppen har vidgats under senare år, men det finns ingen tydlig avgränsning för att klargöra vilka barn och ungdomar som socialtjänsten ska erbjuda insatser. Bilden av den sociala barn- och ungdomsvården är komplex. Det har skett en förstärkning av förebyggande och öppna insatser för barn och unga. Utredningar och uppföljningar har blivit mer strukturerade. Ambitionsnivån inom barn- och ungdomsvården har blivit högre och intresset för kunskapsbaserat arbete är stort.

Det kvarstår dock behov av förbättringar inom området. Socialstyrelsen konstaterar att arbetsbelastning i kombination med känslomässigt krävande uppgifter och svåra bedömningar leder till ökad personalomsättning, bristande kontinuitet och svårigheter att upprätthålla tillräcklig kompetens bland socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning.

Barns behov i centrum

Socialstyrelsen har utvecklat ett system för handläggning och dokumentation i utredning, planering och uppföljning – Barns behov i centrum (BBIC) – för att stärka barnets rättigheter i den sociala barn- och ungdomsvården. Systemet är tillgängligt för alla kommuner och används nu i närmare 200 kommuner. Ytterligare ca 50 kommuner står i begrepp att genomföra systemet. BBIC består av en serie formulär som följer hela ärendegången – från anmälan eller ansökan över utredning och beslut till uppföljning av insatser.

Dokumentationen av barnet blir mer strukturerad och bättre underbyggd vilket underlättar uppföljningen.

Samverkan

Socialtjänsten har sedan 2003 ett särskilt ansvar enligt lag för att samverkan kommer till stånd i frågor om barn som far eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen har följt upp lagändringen. Uppföljningen visar att det finns en omfattande samverkan på övergripande nivå mellan socialtjänsten och andra aktörer. Mycket tyder på att tvärprofessionella samordnade verksamheter med gemensam finansiering som t.ex. familjecentraler och samverkan under ett tak när barn misstänks vara utsatta för brott (s.k. barnahus) ökar. Då det än så länge saknas uppföljning och utvärdering av samverkan på lokal nivå kan man inte påvisa några kvalitetsvinster. Lagstödet för skyldigheten att samverka på en övergripande nivå och socialtjänstens förstahandsansvar bedöms ha bidragit till bättre förutsättningar för stabil lokal samverkan. Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling publicerar inom kort en gemensam strategi för samverkan.

Vårdnadsöverflyttningar

Socialstyrelsen har följt upp bestämmelsen från 2003 om att socialnämnden ska överväga om vårdnaden om ett barn ska överflyttas till familjehemsföräldrarna när ett barn varit placerat i samma familjehem i tre år. Antalet vårdnadsöverflyttningar har ökat, men lagändringen har inte fullt ut fått genomslag i alla kommuner. Familjehemsföräldrar tvekar att ta över vårdnaden, bl.a. för att de mister det personliga stödet från placeringskommunen.

Hur många barn och unga får insatser av socialtjänsten?

Det finns ingen samlad kunskap om hur många barn och unga som lever i utsatthet. Den nationella statistiken omfattar beslutade öppenvårdsinsatser och dygnsvård. Det saknas t.ex. statistik över antalet anmälningar om barn och unga, skälet till en anmälan, vem som anmäler och hur socialtjänsten hanterar anmälningar som kommer in. Många kommuner erbjuder öppenvårdsinsatser som service utan föregående utredning och beslut. Som resultat av en medveten policy från kommunens sida, deltar enligt Socialstyrelsen t.ex. många barn i gruppverksamheter

för barn till missbrukare, för barn till psykiskt sjuka och för barn som upplevt våld.

Antalet barn och unga (0–20 år) med öppenvårdsinsatser har varit relativt konstant under 2001–2006. Det totala antalet öppenvårdsinsatser har dock ökat, vilket förklaras av att ett barn samtidigt kan ha flera insatser. Den ökning som skett av antalet barn och unga (0–20 år) i heldygnsvård beror till stor del på en ökning av familjehemsvården.

Tabell 9.3 Antalet barn och unga (0–20 år) med insatser den 1 november 2001 och 2006

	2001	2006	Förändring (procent) 2001–2006
Öppenvårdsinsatser	27 240	28 130	3
varav flickor	11 980	12 670	6
pojkar	15 250	15 460	1
Heldygnsinsatser	13 640	14 880	9
varav flickor	6 210	7 050	14
pojkar	7 420	7 830	6
Varav i familjehem	10 020	10 980	10
varav flickor	4 790	5 380	12
pojkar	5 220	5 590	7
Varav i HVB	2 740	2 820	3
varav flickor	1 110	1 250	13
pojkar	1 630	1 570	–4
Varav i annan placeringsform	880	1 080	23
varav flickor	310	420	35
pojkar	580	670	16

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var 11,4 miljarder kronor 2006.

Familjerätt och familjerådgivning

Det har inte skett några större förändringar under de senaste fem åren i omfattningen av socialtjänstens arbete med samarbetssamtal, avtal och utredningar om vårdnad, boende, umgänge eller faderskapsutredningar. Under 2006 deltog föräldrar till ca 18 800 barn i samarbetssamtal. Det motsvarar ca 1 procent av barn och unga i åldersgruppen 0–17 år. Jämfört med 2001 är andelen barn densamma. Ca 7 300 barn (0–17 år) var föremål för utredning om vårdnad, boende och/eller umgänge, vilket motsvarar ca 0,4 procent av barn och unga i åldersgruppen. År 2001 var motsvarande andel 0,3 procent.

Antalet personer som gick i kommunal familjerådgivning har ökat något sedan statistiken om den kommunalt finansierade familjerådgivningen började tas in 2003. Andelen personer som sökte

kommunalt finansierad familjerådgivning varierar starkt i olika delar av landet, från 4 till 14 personer per 1 000 invånare. Ungefär 80 procent av de par som söker familjerådgivning har barn under 18 år.

Internationella adoptioner

Internationella adoptioner till Sverige har minskat markant under senare år. Totalt kom 879 utomnordiska adoptivbarn hit under 2006 jämfört med 1 044 under 2001. Antalet utredningar för medgivande att ta emot barn för adoption uppgick under 2006 till 2 550, jämfört med 1 875 år 2001, en ökning med ca 700 jämfört med 2001. I många kommuner är det, enligt länsstyrelserna, långa väntetider för medgivandeutredningar. Kommunerna lämnade 232 yttranden över nationella adoptioner. Av dessa gällde 188 s.k. styvbarnsadoptioner, en ökning jämfört med 2001 med 100 yttranden. Kommunerna ska sedan 2005 anvisa dem som söker medgivande för internationell adoption till en föräldrautbildning. En del kommuner anordnar egen föräldrautbildning, medan andra samverkar eller anvisar till en utbildning i annans regi – ofta studieförbund i samverkan med en adoptionsorganisation. Kvaliteten på utbildningarna är olika i kommunerna. Kostnaderna för utbildningen varierar. Den kan vara avgiftsfri men ligger vanligtvis på 2 000–3 000 kronor per person.

Hur går det för de internationellt adopterade barnen?

Det är angeläget att kunna följa hur det går för de internationellt adopterade barnen i Sverige. Socialstyrelsen har redovisat ett förslag till hur staten regelbundet ska kunna följa utvecklingen över tid. Sådan uppföljning bör ske inom ramen för Socialstyrelsens allmänna uppdrag att följa sårbara grupper och kommer att redovisas i Folkhälsorapporten respektive i Sociala rapporten.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen har tagit fram en expertrapport om internationella adoptioner. Två slutsatser kan dras från forskning om internationellt adopterade i Sverige. Den stora majoriteten av internationellt adopterade barn mår väl. Internationellt adopterade är överrepresenterade i några områden av ogynnsam utveckling men det är viktigt att slå fast att adoption är en

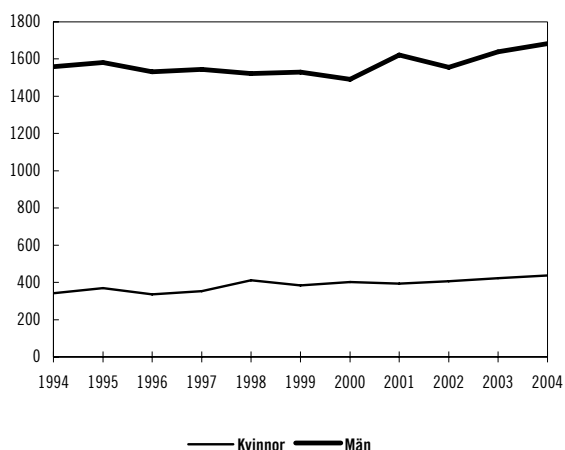
skyddsfaktor och majoriteten av de internationellt adopterade barnen klarar sig bra.

Missbruk

Utveckling av missbruket i Sverige

Enligt den nationella folkhälsoenkäten 2006 hade 9 procent av kvinnorna och 17 procent av männen riskabla alkoholvanor, vilket är oförändrat sedan 2004. Statistik saknas över antalet personer med tungt alkohol- eller narkotikamissbruk, men enligt en beräkning som presenterades i betänkandet Personer med tungt missbruk (SOU 2005:82), uppgick antalet till ungefär 100 000 personer varav 25 procent var kvinnor. Ett annat sätt att mäta konsekvenserna av missbruk är alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet.

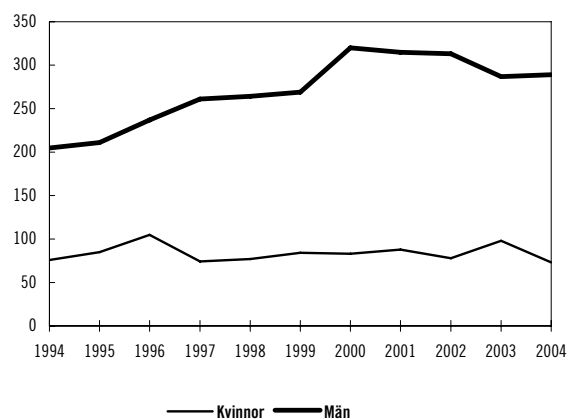
Diagram 9.2 Döda 1994–2004 med alkoholrelaterad diagnos



Källa: Socialstyrelsen, EpC

Enligt de senaste tillgängliga siffrorna (2004) var antalet dödsfall med alkoholrelaterad diagnos 437 kvinnor och 1 682 män. Antalet dödsfall med narkotikarelaterad diagnos var 73 kvinnor och 289 män.

Diagram 9.3 Döda 1994–2004 med narkotikarelaterad diagnos



Källa: Socialstyrelsen, EpC

Figureorna åskådliggör utvecklingen av den alkohol- och narkotikarelaterad dödligheten över en längre period. Missbruksmönstret av narkotika har förändrats i Sverige och missbruk av opiater och kokain har ökat. Liksom övriga länder i Europa har Sverige ett ökande blandmissbruk.

Utveckling av behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem

Under den senaste femårsperioden har antalet personer i den frivilliga dygnsvården minskat och antalet personer med öppenvårdsinsatser ökat. Mellan 2001 och 2004 minskade antalet personer i tvångsvård avsevärt. Därefter har antalet personer i tvångsvård ökat och är i dag uppe i ungefär samma nivå som 2001. Det innebär att den successiva minskning som skett när det gäller den frivilliga dygnsvården inte gäller för tvångsvården, där den kraftigt nedåtgående trenden vändes från 2005.

Tabell 9.4 Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2001 och 2006

Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2001 och 2006

	2001	2006	Förändring (procent) 2001–2006
Bistånd som avser boende	5 630	5 980	6
varav kvinnor	1 360	1 370	1
män	4 270	4 620	8
Individuellt behovsprövad öppenvård	10 290	12 000	17
varav kvinnor	3 060	3 570	17
män	7 220	8 440	17
Heldygnsvård	3 770	3 250	-14
varav kvinnor	960	820	-15
män	2 810	2 430	-14
varav tvångsvård på institution	290	280	-3
varav kvinnor	90	100	11
män	200	180	-10
Totalt antal personer med insats	19 690	21 240	8
varav kvinnor	5 390	5 760	7
män	14 300	15 480	8

Kommunernas kostnader för insatser inom missbruksvården var 5 miljarder kronor 2006.

Kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid missbruk av alkohol liksom vid missbruk och beroende av heroin har ökat. Behandling med läkemedel vid opiatberoende har blivit mer tillgänglig och finns i nästan alla landsting. Förändringar i regelverket gör att fler kan behandlas än tidigare. Samtidigt visar en kartläggning att 10 av 21 huvudmän inte kan hålla vårdgarantin och att tillgång till behandling är begränsad i delar av landet. Behandlingen utformas i regel i ett samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård bland annat för att ordnat boende, meningsfull sysselsättning och ett fungerande socialt nätverk är förutsättningar för framgångsrik behandling.

Betänkandet En bättre tillsyn av missbrukarvården (SOU 2006:57) konstaterar att tillsynsmyndigheterna, länsstyrelserna och Socialstyrelsen under flera år har nedprioriterat tillsynen av kommunernas arbete med personer med missbruk, bl.a. av resursskäl.

Resultat av regeringens satsning på att utveckla missbruksvården

Kommunernas samverkan med andra aktörer inom missbruksvården såsom andra kommuner, landstinget och privata vårdgivare har utvecklats positivt. Många kommuner arbetar för att skapa en sammanhållen och heltäckande vårdkedja och

kommunerna erbjuder i allt större utsträckning olika typer av insatser för personer med olika slags missbruksproblem. Länsstyrelsernas tillsyn visar dock att personer med samtidiga missbruksproblem och psykiska problem, äldre med tungt missbruk, kvinnor med missbruk som utsätts för våld och unga med missbruksproblem fortfarande kan ha svårt att få sina behov tillgodosedda.

Socialstyrelsens uppföljning av regeringens satsning på att utveckla vården för personer med tungt missbruk visar att kommunerna framförallt satsat på att utbilda personalen i klientbedömningsinstrument och införa individuella vårdplaner med hjälp av dessa bedömningsinstrument.

Förstärkningen av LVM-vården "Ett kontrakt för livet" har inneburit att vården väsentligt förbättrats genom längre behandlingstider och en mer långsiktig vård- och behandlingsplanering. Socialtjänsten är positiv till satsningen, som bidragit till ett utvecklat samarbete mellan Statens institutstyrelse (SiS) och socialtjänsten. För de intagna personerna har satsningen visat god effekt. Efter sex månader hade mer än hälften slutat eller minskat sitt missbruk och nästan hälften av klienterna var kvar i planerad eftervård. Knappt en femtedel hade arbete, var arbetsökande, studerade eller deltog i en kommunal verksamhet. Uppföljningen visar inte några kostnadsdrivande effekter av satsningen avseende vårdkostnaderna. I ett antal kommuner pågår även en försöksverksamhet med en modell för en förstärkt vårdkedja.

Hemlöshet

Utvecklingen av hemlöshet

I Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten i Sverige inkluderas personer som sover ute eller på härbärge, är inskrivna på behandlingsinstitution eller kriminalvårdsanstalt och inte har ordnat boende inför utskrivning samt personer som ofrivilligt bor hos släkt eller vänner och har sökt hjälp hos socialtjänsten eller andra organisationer. Omkring 17 800 personer var hemlösa då den senaste kartläggningen av hemlösheten genomfördes under en mätvecka 2005. Det är en ökning sedan 1999. Tre fjärdedelar av dessa är män och en fjärdedel är kvinnor. Andelen kvinnor och andelen personer födda utanför Norden har ökat bland de hemlösa. Jämfört med 1999

bodde en större andel av de hemlösa personerna 2005 på härbärge eller andra akutboenden. I absoluta tal är det en ökning från cirka 550 till cirka 1 650 personer. En beskrivning av situationen för samtliga personer som inrapporterats som hemlösa visar att nästan hälften av kvinnorna har missbruksproblem och/eller psykiska problem. Bland männen är missbruksproblem mer utbrett: drygt två tredjedelar av männen har missbruksproblem och drygt en tredjedel har psykiska problem. Hemlöshet är vanligare i storstäderna än i övriga landet.

Orsakerna bakom hemlösheten skiljer sig åt mellan könen. Konflikt eller våld i nära relationer anges som en betydligt vanligare orsak till hemlöshet bland kvinnor än bland män. Drygt 30 procent av de hemlösa är också föräldrar till barn under 18 år. Då det gäller barnen och de omständigheter som de lever under är kunskaperna bristfälliga. Hemlösa föräldrar uppges oftare än övriga hemlösa ha ekonomiska problem, familjeproblem och brist på arbete eller sysselsättning. Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer har i sitt betänkande (SOU 2005:88) konstaterat att minst 1 000 barn drabbas av vräkning varje år.

Resultat av hemlöshetsprojekt

Hösten 2006 presenterade Socialstyrelsen en utvärdering av de lokala hemlöshetsprojekt som genomförts 2002–2005. Utvärderingen visar att en del av de hemlösa uppnått målet om ett eget kontrakt samtidigt som majoriteten befinner sig i olika former av s.k. boendetrappor. För många har situationen på kort sikt förbättrats eller en försämrad boendesituation förhindrats genom vräkningsförebyggande åtgärder.

Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor

Den 1 juli 2007 trädde en ändring av 5 kap. 11 § socialtjänstlagen i kraft som innebär att socialnämndens ansvar för att ge stöd och hjälp till brottsoffer som behöver det framgår tydligare, särskilt avseende våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

Utvecklingen inom socialtjänsten

Utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor har i sitt betänkande (SOU 2006:65) presenterat en beskrivning och analys av utvecklingen inom socialtjänsten. Utred-

ningen konstaterar att det kommunala arbetet att stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor och deras barn har utvecklats positivt och att kommunerna på ett tydligare sätt möter problemen idag jämfört med för några år sedan. Flera kommuner har tillsatt personal med särskilt ansvar eller inrättat särskilda enheter för att arbeta med våldsutsatta kvinnor. Det sker också samverkan med t.ex. kvinnojourer eller mellan kommunerna i högre utsträckning än tidigare. I stort sett alla kommuner har i dag handlingsplaner, dock av skiftande kvalitet. Men trots att socialtjänsten på flera håll har utvecklat sitt sociala arbete och sina insatser på detta område, finns det alltså oacceptabla brister.

Alla kommuner har i dag inte möjlighet att erbjuda ett skyddat boende för alla de kvinnor som behöver det. Det skyddade boendet är inte heller anpassat till de särskilda behov som t.ex. funktionshindrade kvinnor har. Möjligheten för hotade och misshandlade kvinnor att få ny bostad och hjälp att bosätta sig på annan ort kan vara liten. Det kan bero på brister i samverkan och oklarheter om vem som ska ansvara för kostnader och skyddat boende. Också bristen på bostäder försvårar arbetet. Specialiseringen inom individ- och familjeomsorgen kan enligt Socialstyrelsen göra att det brister i helhetssynen avseende kvinnans och barnens hjälpbehov beträffande bostad, ekonomi etc. Länsstyrelsernas tillsyn 2005 visar att våldsutsatta kvinnor har svårt att få ekonomiskt bistånd när behov uppstått som en konsekvens av deras utsatta situation. De grupper som har särskilt svårt att söka och få skydd och stöd är våldsutsatta kvinnor med missbruk och våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder. Det finns också behov av förbättrat kunskapsstöd och metodutveckling inom socialtjänsten.

Verkningsfulla metoder

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen redovisade i november 2006 en kunskapssammanställning om verkningsfulla metoder och arbetssätt i socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor. Sammanställningen visar att det finns verkningsfulla arbetssätt, särskilt av karaktären skyddat boende och enskilda gruppsamtal. Det konstateras dock att det inte finns tillräckligt många evidensbaserade metoder för att kunskapsbaserade riktlinjer ska kunna tas fram för närvarande.

Insatser för män som utövar våld respektive barn som bevittnat våld

Enligt kartläggningen i rapporten Mäns våldsutövande – barns upplevelser från 2006 finns det idag ett 50-tal verksamheter riktade till våldsutövande män samt ett 80-tal verksamheter som riktar sig till barn som bevittnat våld. Rapporten visar att det behöver utvecklas modeller för dokumentation, uppföljning och utvärdering avseende insatserna för våldsutövande män. Det förekommer också brister i säkerhetsmedvetandet avseende kvinnorna och barnen.

Resultatet av fördelningen av statliga medel

Under 2006 fördelade länsstyrelserna särskilda statliga medel i syfte att öka stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn. I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas uppföljning av hur medlen fördelats konstateras att medlen främst gått till ideella kvinnojourer. Kommuner har även sökt på egen hand och gemensamt med kvinnojourer. De flesta ansökningar avsåg utbildning och metodutveckling. Fyra helt nya jourboenden för kvinnor har startats. Endast en mindre del av projekten rörde särskilt utsatta grupper såsom kvinnor med funktionshinder, med missbruk eller invandrade kvinnor.

Hedersrelaterat våld

Centrum för utvärderingsforskning vid Umeå universitet (UCER) lämnade 2006 en första delrapport om regeringens insatser mot hedersrelaterat våld (se vidare Jämställdhetspolitik). Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna gjort en uppföljning av hur medlen använts under 2004–2005. Det konstateras att arbetet för att stärka insatserna och skyddet för kvinnor och ungdomar som utsätts för hedersrelaterat hot och våld har förbättrats och medvetenheten om problematiken har ökat.

Prostitution och människohandel

Socialtjänsten har en viktig roll när det gäller stöd och hjälp till personer i prostitution samt till offer för människohandel. Socialstyrelsen har i uppdrag att fortlöpande följa prostitutionens omfattning och utveckling och en ny kartläggning förväntas presenteras under 2007. I lägesrapporten för 2006 konstaterade Socialstyrelsen att resultatet av ett antal lokala kartläggningar visar en viss ökning av prostitutionen och att Internet är en viktig kanal för förmedling av prostitution. Det finns vissa uppgifter om att antalet

män som säljer sexuella tjänster har ökat vilket är en tendens som också finns i andra länder.

Människohandel förekommer också för andra ändamål än sexuell exploatering. Det finns rapporter från internationella migrationsorganisationen (IOM) om att personer som utnyttjas för bland annat arbetskraftsexploatering har ökat.

9.5 Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbruksvård

Den 1 juli förändrade Statens institutionsstyrelse (SiS) sin organisation för att förbättra styrningen och uppföljningen av vården. Landet är indelat i fyra regioner med regionchefer som är direkt underställda generaldirektören. SiS har fortsatt satsningen på kvalitetsarbete, bl.a. genom beskrivning av myndighetens vårdtjänster och framtagandet av ett mera heltäckande system för klagomålshantering. Under året har SiS lagt fokus på säkerhetsfrågorna, särskilt inom den slutna ungdomsvården. SiS har idag ansvaret för tillsynen av sin egen verksamhet. Hur den framtida tillsynen ska organiseras utreds för närvarande av den sociala tillsynsutredningen (dir. 2004:178, dir. 2005:87, dir. 2005:93, dir. 2006:98, dir. 2007:70).

Ungdomsvård

De senaste årens trend med minskat antal intagna ungdomar har brutits och 2006 uppgick antalet till 1 145. Det var det första året som antalet intagna ökade sett under en femårsperiod, både beträffande det totala antalet intagningar och det genomsnittliga antalet intagna. Det är värt att notera att antalet intagna flickor ökat under hela femårsperioden. Ökningen av antalet ungdomar som placerats har varit störst från de kommuner som ingår i ett projekt för att utveckla en sammanhållen vårdkedja. Samtidigt har antalet fastställda platser minskat under de senaste fyra åren beroende på låg beläggning i vissa delar av landet. Beläggningen vid de särskilda ungdomshemmen var fortsatt hög och ökade från 85 procent 2005 till 88 procent 2006.

Vårdkedjeprojektet Mot våld och gäng

SiS bedriver i samverkan med 15 kommuner ett projekt som syftar till att skapa en sammanhållen vårdkedja, projektet Mot våld och gäng. Det är

för tidigt att uttala sig om vilka eventuella effekter och resultat som en förstärkt vårdkedja innebär för de ungdomar som ingår i projektet eftersom få ungdomar har hunnit lämna placeringen på SiS. Av SiS delrapportering av projektet framgår emellertid att placeringarna från de kommuner som deltar i projektet ökat med 22 procent under projektets första tre kvartal i jämförelse med samma tidsperiod året innan. Under samma period uppvisade de kommuner som inte deltar i projektet en ökning med 8 procent.

Sluten ungdomsvård

De ungdomar som döms till sluten ungdomsvård placeras normalt på avdelningar som särskilt reserverats vid sex särskilda ungdomshem. Under 2006 gjordes totalt 84 intagningar varav en överväldigande majoritet var pojkar. Det totala antalet fastställda platser har varit konstant under en treårsperiod samtidigt som antalet intagna har minskat. Under första halvåret 2007 har emellertid antalet intagna åter ökat. Socialtjänsten deltar i större omfattning i planeringen av behandlingen, utslussningen och förberedelser inför frigivningen vilket är en positiv förändring. Socialtjänsten deltog i planeringen för tiden efter frigivning för 80 procent av ungdomarna. För mer än en tredjedel av ungdomarna fanns inga planerade behandlingsinsatser efter frigivningen.

År 2005 tillsatte SiS en utredning för att belysa säkerheten vid de särskilda ungdomshem som har platser destinerade för ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård. Under 2006 och 2007 har SiS genomfört olika typer av insatser för att höja säkerheten utifrån utredningens förslag. Antalet avvikningar minskade också något under 2006 jämfört med föregående år men sett över en femårsperiod har antalet avvikningar varierat utan någon klar trend. Nästan hälften av ungdomarna återkom samma dag som de avvek, de flesta inom en eller ett par timmar. Vid en bedömning av avvikningarna visar det sig att en relativt stor del beror på olika brister i rutiner m.m.

Missbruksvård

Antalet fastställda platser vid LVM-hemmen har minskat sett över en femårsperiod. En relativt stor utökning har skett under 2007 då 21 nya platser tillkommit. Antalet intagna har ökat med 18 procent från 2004 till 2006 men låg trots detta

bara på en något högre nivå jämfört med 2002. Utvecklingen är likartad både för män och kvinnor. Män har utgjort ungefär två tredjedelar av antalet intagna under femårsperioden. Samtliga klienter anvisades plats samma dag som ansökan inkom från kommunen.

Många klienter som vårdas med stöd av LVM har så omfattande problem att det kan vara svårt att hitta lämpliga alternativ för vård i annan form enligt § 27 (vård utanför LVM-hemmet). Planeringsarbetet, som genomförs i samarbete med socialtjänsten och den enskilde, tar för klienter med så svåra problem ofta längre tid än tre månader. För den målgrupp där SiS erfarenhetsmässigt har haft svårt att hitta fungerande alternativ för § 27-vård drev SiS under 2006 fyra verksamheter med vård enligt 27 § LVM med totalt 21 platser; därav 13 platser för kvinnor och åtta för män. Andelen klienter som erhåller § 27-vård har inte ökat. Däremot har antalet klienter som placerats i § 27-vård ökat markant. Ett kontrakt för livet och Vårdkedjeprojektet bedöms (se avsnitt Missbruk ovan) av SiS ha stor betydelse för ökningen av LVM-vården som helhet, men särskilt för § 27-vården. Vårdkedjeprojektet slutredovisas 2007 och Ett kontrakt för livet 2008.

9.6 Analys och slutsatser

Ekonomiskt bistånd

Även om antalet biståndstagare i det närmaste halverats den senaste tioårsperioden är den genomsnittliga bidragstiden oförändrat hög och genomsnittligt utbetalda belopp tenderar att öka. Det är unga, personer födda utomlands och ensamstående mödrar som är särskilt utsatta. I betänkandet Från socialbidrag till arbete (SOU 2007:02) föreslås en rad olika insatser inom flera politikområden som syftar till att underlätta för biståndstagare att få arbete. Betänkandet har remissbehandlats och bereds inom Regeringskansliet. Regeringen har genomfört stora förändringar inom arbetsmarknadspolitiken som syftar till att minska utanförskapet och de riktas bl.a. till personer som är beroende av långvarigt ekonomiskt bistånd, t.ex. nystartsjobb, jobb- och utvecklingsgarantin och jobbgarantin för unga. Dessa förändringar har stor betydelse för stadsdelar i storstäder och större kommuner som präglas av utanförskap.

Barn i utsatta situationer

Den sociala barn och ungdomsvården är komplex och har ett långtgående ansvar för att motverka att barn och unga far illa eller riskerar att fara illa. Förebyggande och öppna insatser har förstärkts i kommunerna. Antalet institutionsplaceringar har minskat till förmån för placeringar i familjehem. Genom Barns behov i centrum (BBIC) som utvecklats av Socialstyrelsen och nu genomförs i kommunerna finns ett system för handläggning och dokumentation i utredning, planering och uppföljning. Samverkan mellan olika aktörer kring barn som far illa ökar och blir mer strukturerad.

Det har skett en utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården under senare år, även om det ser olika ut i olika kommuner. Utredningar och uppföljningar har blivit mer strukturerade. Barn har blivit mer synliga i utredningarna. Ambitionsnivån har blivit högre och intresset för kunskapsbaserat arbete är stort. Men det finns fortsatta utvecklingsbehov. Bl.a. behöver statistiken över den sociala barn- och ungdomsvården bli mer omfattande så att man t.ex. kan följa antalet anmälningar som kommer in till kommunerna under ett år, vilka som anmäler, hur många anmälningar som leder till utredning och vad utredningarna leder fram till.

Missbruksvården

Enligt Socialstyrelsen har de statliga utvecklingsmedlen haft stor betydelse för utvecklingen av missbruksvården i både små och stora kommuner och kommunernas samverkan med andra aktörer inom missbruksvården har på många håll utvecklats positivt. Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som omfattar såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens verksamhet. Riktlinjerna kommer att utgöra ett viktigt bidrag till att öka kvaliteten i insatserna. De stora förändringar som sker inom alkohol- och drogområdet ställer nya kompetenskrav på dem som ska arbeta med frågorna. SiS bedömning är att satsningarna på förstärkt LVM-vård har haft positiva konsekvenser för många klienter inom missbruksvården. Det tåta samarbetet med socialtjänsten och den långsiktiga planeringen för den enskilde förefaller att ge resultat. Många klienter har emellertid så svåra och mångfacetterade problem att det kan vara svårt att uppnå drogfrihet.

Hemlösheten

Hemlösheten har ökat mellan 1999 och 2005. Problemen är störst i städerna. Det är viktigt att även fortsättningsvis kunna följa utvecklingen av hemlösheten i Sverige. Många av de hemlösa har även andra sociala och ekonomiska problem. Det är vanligt med missbruksproblem och/eller psykiska problem. Kunskapsutvecklingen bör öka och samverkan mellan alla berörda aktörer förbättras. Det är vidare viktigt med ett effektivt vräkningsförebyggande arbete, särskilt när det gäller barnfamiljer.

Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor

Trots att socialtjänstens arbete att stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld har förbättrats de senaste åren finns fortfarande brister som måste åtgärdas. Skyddat boende måste kunna erbjudas alla kvinnor och barn som behöver det. Förbättrat kunskapsstöd och metodutveckling i socialtjänstens arbete är viktigt. Skillnaderna i kommunerna måste också minska och insatserna bli mer enhetliga över landet. Det är vidare angeläget med bättre uppföljning och utvärdering. Tillsynen behöver stärkas. Samarbetet med övriga berörda aktörer är viktigt.

Insatser för män som utövar våld måste också öka och utvecklas. I detta arbete är det viktigt med ett tydligt säkerhetsmedvetande avseende de kvinnor och barn som berörs.

Prostitution och människohandel

Kunskapen om hur såväl prostitutionen som människohandeln ser ut behöver ökas, både när det gäller människohandel för sexuellt utnyttjande och för andra syften som till exempel arbetskraftsexploatering. Detsamma gäller kunskapen om vilka insatser som är verkningsfulla för personer med erfarenhet av prostitution samt som offer för människohandel. Socialstyrelsen framhåller i lägesrapporten för 2006 att prostitution är en fråga som behöver uppmärksammas inom individ- och familjeomsorgen, t.ex. inom missbruksområdet och ungdomsvården. För att möta de behov offer för människohandel har är samarbetet med övriga aktörer mycket viktigt. Rapporter från Rikspolisstyrelsen och socialtjänsten i Stockholm visar att barn som utsätts för människohandel utnyttjas i tiggeri och tjuveri.

Den statligt bedrivna ungdomsvården

År 2006 kännetecknas av en ökning, efter ett par år av minskning, av efterfrågan inom den statligt bedrivna ungdomsvården. Delrapporteringen av projektet Mot våld och gäng visar att satsningen, med en 40 procentig subventionering av vårdavgifterna vid placering av ungdomar på de särskilda ungdomshemmen i SiS regi, har lett till ökad efterfrågan från kommunerna. Satsningen kommer att pågå t.o.m. 2008, vilket gör det troligt att ökningen i efterfrågan förväntas bestå under 2008. Den mer långsiktiga utvecklingen av efterfrågan inom den statligt bedrivna ungdomsvården är svårbedömd.

Sluten ungdomsvård

Samarbetet mellan SiS och socialtjänsten har förbättrats under en treårsperiod beträffande upprättandet av behandlingsplaner, vid utslussningen och vid förberedelserna inför frigivningen. För många ungdomar finns det i dagsläget emellertid inga planerade behandlingsinsatser efter frigivningen.

Antalet avvikelser har varierat sett över en femårsperiod. SiS har under 2006–2007 arbetat med att förbättra säkerheten inom den slutna ungdomsvården. Antalet avvikelser minskade något under 2006 jämfört med året innan.

9.7 Politikens inriktning

Bryt utanförskapet

Många människor står utanför arbetsmarknaden i Sverige idag. Den enskilt viktigaste uppgiften för regeringen är att bryta detta utanförskap. Regeringen kommer därför fortsätta att vidta åtgärder för att på olika sätt skapa förutsättningar för fler jobb så att fler människor kan gå från bidrag till eget arbete. Regeringen vill stimulera unga människor att få kontakt med arbetslivet under studietiden. Därför avser regeringen att införa en enhetlig regel i socialtjänstlagen för hur stora arbetsinkomster barn och skolungdomar kan ha utan att det ekonomiska biståndet till familjen minskar. Med anledning av detta ökas anslaget kommunalekonomisk utjämning under utgiftsområde 25 med 30 miljoner kronor årligen fr.o.m. 2008.

Kunskapsbaserad socialtjänst

Idag ställs allt större krav på uppföljning och utvärdering inom socialtjänsten. Kunskap om sociala insatsers resultat och vad som ger god kvalitet och avsedd effekt är på många sätt en förutsättning för en väl fungerande socialtjänst. Det är otillfredsställande att det sociala arbetet endast i begränsad utsträckning bygger på kunskap om effekten av olika insatser, arbetssätt och metoder och i allt för hög utsträckning vilar på tradition och icke vetenskapligt förankrade metoder. Regeringen har tillsatt en särskild utredare för att analysera och lämna förslag till hur de statliga resurser som i dag avsätts till socialtjänstens verksamhetsområde på bästa sätt kan bidra till att stödja kunskapsutvecklingen inom detta område. Utredaren ska även analysera och lämna förslag på åtgärder som främjar att ny kunskap tas fram, sprids och tillämpas i praktiken. Syftet är att socialtjänstens insatser i högre utsträckning ska baseras på kunskap om det sociala arbetets resultat, kvalitet och effektivitet. Vidare har regeringen tillsatt en särskild utredare för att göra en översyn av regleringen av behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten. Syfte med översynen är att förbättra möjligheterna till att framställa statistik och göra verksamhetsuppföljningar samt säkerställa kvaliteten på vård, omsorg och insatser inom socialtjänsten.

Regeringen anser att det är angeläget att främja en mer långsiktig finansiering av kunskapsutvecklingen i nära samverkan med huvudmännen. Därför avser regeringen att införa en modell för samverkan kring kunskapsutveckling genom att sluta årliga avtal med Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.

Förbättrad kvalitet och ökad tillgänglighet i missbruks- och beroendevården

Missbruk är ett folkhälsoproblem som inte bara drabbar den missbrukande personen. Även familjen drabbas och barnen är särskilt utsatta. Missbruket har även samhälleliga konsekvenser i form av bland annat våld, brottslighet och sjukskrivningar. Att långsiktigt komma tillrätta med missbruket innebär också att minska utanförskapet. Samverkan med ideella sektorn inom området är avgörande för ett gott resultat.

Långsiktig kunskapsutveckling, förstärkt tillsyn och en fortsatt satsning på förstärkt vårdkedja inom LVM-vården utgör delar i regeringens utveckling av missbruksvården. Särskilt utsetta grupper som barn som växer upp i familjer med missbruk och personer med både missbruk och psykiska problem bör uppmärksammas.

Inom missbruksområdet finns goda möjligheter att uppnå en vetenskapligt förankrad verksamhet genom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Därför avser regeringen att pröva modellen för samverkan om kunskapsutveckling genom att under 2008 sluta avtal inom missbruksområdet.

Regeringen konstaterar vidare att länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsyn över missbruksvården har minskat. För att säkerställa kvalitet och likvärdighet i missbruksvården behövs en förstärkning av tillsynen. Tillsynen främjar även genomförande av riktlinjerna för missbruks- och beroendevården genom att ange vilka metoder och interventioner som tillsynsmyndigheterna förväntar sig av verksamheten. Satsningen på LVM-vården har hittills visat goda resultat och regeringen avser därför att förlänga satsningen Ett kontrakt för livet. En slutrapport kommer att presenterats i juni 2008.

De nu gällande nationella alkohol- respektive narkotikahandlingsplanerna (prop. 2005/06:30) ligger fast och regeringens insatser ligger således i linje med de mål som anges i handlingsplanerna för samhällets vård- och behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem. När Alkoholkommittén och den nationella narkotikasamordnaren avvecklas den 1 januari 2008 kommer verksamheten att permanentas inom ordinarie myndighetsstruktur, vilket även inkluderar det utvecklingsarbete som bedrivits inom missbruksområdet.

Stärkt skydd för utsatta barn

Samhällets skydd och stöd för socialt utsatta barn är extra viktigt. Den 1 januari 2008 träder lagen om utredningar avseende barn som avlidit i anledning av brott m.m. ikraft (prop. 2006/07:108). Huvudsyftet är att utifrån ett helhetsperspektiv skaffa kunskaper som kan användas för att förbättra det allmänna barnavårdsarbetet.

Regeringen föreslår i propositionen Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården

(prop. 2006/07:129) ändringar i reglerna om skydd och stöd för barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården. Förslagen syftar till att stärka barns och ungas ställning, att skapa förutsättningar för en säker och sammanhållen vård av barn och unga, samt att den vård som ges ska vara i enlighet med kunskap och beprövad erfarenhet. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 april 2008. De föreslagna ändringarna rör bl.a. barns och ungas rätt att få relevant information i samband med utredning, beslut om insatser och uppföljning inom socialtjänsten. En skyldighet införs att tillgodose de särskilda behov av hjälp och stöd som kan finnas när en placering upphör. Förhållandena i ett hem som tar emot barn och unga för tillfällig vård, s.k. jourhem, ska utredas av en socialnämnd. Det tydliggörs också i lagen att det är socialnämnden som ska utreda förhållandena i ett familjehem. Länsstyrelsen ska kunna förbjuda fortsatt verksamhet vid ett hem för vård eller boende om missförhållandena där är så allvarliga att det finns fara för barns liv, hälsa eller personliga säkerhet. Vidare ska nationella uppföljningssystem och register utvecklas för att på ett bättre sätt möjliggöra uppföljning och resultatmätning. Den förstärkta tillsynen av den sociala barn- och ungdomsvården fortsätter under 2008.

För att ytterligare stärka skyddet för socialt utsatta barn avser regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda en samlad lagstiftning för den sociala barn- och ungdomsvården. Dessutom behöver familjehemmens uppdrag och villkor utredas.

Strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Hemlöshet är en utmaning för det svenska välfärdssamhället och en viktig del i arbetet att bryta utanförskapet. Hemlöshetsproblematiken kan bara lösas om alla berörda aktörer inom socialtjänst, arbetsmarknad, bostadsmarknad, hälso- och sjukvård, integration och utbildning samarbetar och verkar mot samma mål. Det behövs en helhetssyn och en sammanhållen politik på såväl nationell som lokal nivå. Regeringen har presenterat en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden – Hemlöshet många ansikten mångas ansvar. Strategin löper under 2007-2009. Syftet är att skapa en struktur som tydliggör att

många aktörer på såväl nationell, regional som lokal nivå har ett ansvar och en roll att spela i detta arbete som måste vara långsiktigt. Strategin innebär en tydlig ambitionshöjning. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra strategin i samråd med en nationell styrgrupp bestående av Boverket, Kriminalvården, Kronofogdemyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting. I juni 2007 inkom styrgruppen med en plan för arbetet. Planen har fokus på kunskapsutveckling, ökat samarbete mellan aktörer, ett intensifierat arbete när det gäller att motverka vräkningar som drabbar barn och ett förtydligt brukarperspektiv. För hela satsningen är cirka 66 miljoner kronor avsatta.

Förstärkt stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld

Våld mot kvinnor är ett omfattande samhällsproblem och en allvarlig typ av brottslighet. Trots att socialtjänstens arbete med att stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor har utvecklats de senaste åren finns det fortfarande stora brister. En våldsutsatt kvinna måste kunna få det stöd och den hjälp hon behöver oavsett i vilken kommun hon bor. Kommunernas ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld måste stärkas och insatserna måste bli mer enhetliga i hela landet. Regeringens har därför vidtagit en ambitionshöjning för att förbättra socialtjänstens stöd inom området. Den 1 juli 2007 infördes en skärpning av 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (prop. 2006/07:38) som innebär att socialnämndens ansvar framgår tydligare. Lagändringen innebär bland annat att socialnämnden ska, istället för som tidigare bör, särskilt beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan vara i behov av stöd och hjälp.

Som komplement till lagändringen har en rad ytterligare åtgärder vidtagits i syfte att bygga en heltäckande struktur och stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld. Bland annat har kommunerna tillförts särskilda utvecklingsmedel. Ambitionen är bland annat att stimulera utvecklingen av målinriktade, strukturerade och samordnade insatser på kommunal nivå. Det är viktigt att också frivilligorganisationernas kunskap och erfarenhet tas till vara.

Regeringen avser också att under hösten presentera en övergripande handlingsplan för att motverka mäns våld mot kvinnor och som om-

fattar samtliga berörda politikområden. Handlingsplanen kommer att innehålla gemensamma mål för det fortsatta arbetet och förslag till en rad insatser på området, bl.a. ett förslag som rör frågan om dödsfallsutredningar i de fall då kvinnor mister livet på grund av våld i en nära relation.

Ökad kunskap om prostitution och människohandel samt vilka insatser som behövs

Personer med erfarenhet av prostitution samt offer för människohandel är mycket utsatta individer som i många fall är i behov av insatser från socialtjänsten. Regeringen arbetar med nationella handlingsplaner för att motverka prostitution och människohandel som på socialtjänstområdet kommer att innehålla åtgärder för att öka förutsättningarna för socialtjänsten att bemöta och ge stöd åt personer med erfarenhet av prostitution samt offer för människohandel.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) har fått i uppdrag att inventera vilka metoder och arbetssätt som används i socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och i andra aktörers arbete med personer med erfarenhet av prostitutionen samt offer för människohandel för sexuella ändamål. Med utgångspunkt i denna inventering ska Socialstyrelsen föreslå hur metoderna och arbetssätten kan utvärderas för att visa om de är verkningsfulla. Därefter ska resultaten av Socialstyrelsens arbete spridas till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2008.

Ungdomsvård

Det är viktigt att den ungdomsvård som bedrivs vid de särskilda ungdomshemmen inte blir en isolerad vårdinsats utan följs upp när den unge lämnat behandlingshemmet. Under 2008 anslår regeringen 90 miljoner kronor för fortsatt finansiering av uppdraget till Statens institutionsstyrelse (SiS) att utveckla och pröva en förstärkt värdekedja inom ungdomsvården.

Den 1 juli 2007 träder den nya lagen om registerkontroll av personal vid hem för vård eller boende (HVB) som tar emot barn ikraft (prop. 2006/07:37). Syftet är att öka skyddet för barn mot att utsättas för övergrepp, kränkningar

eller annat särskilt skadligt inflytande från personer som finns i barnets närmaste omgivning. Om någon erbjuds en anställning eller motsvarande vid ett HVB-hem ska en kontroll göras av om han eller hon förekommer i belastnings- eller misstankeregistren.

Regeringen har för avsikt att lägga fram lagförslag för att förbättra återanpassningen till samhället för de ungdomar som dömts till slutet ungdomsvård. Det har tidigare varit svårt för socialtjänsten att ge ungdomarna tillräckligt med hjälp och stöd efter utskrivning från de särskilda ungdomshemmen.

9.8 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i Statens institutionsstyrelsens årsredovisning 2006.

9.9 Förslag till författningsändringar

9.9.1 Ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Regeringens förslag: Vid bedömningen av rätten till bistånd enligt 4 kap.1 § socialtjänstlagen (2001:453) får hemmavarande barns och hemmavarande skolungdomars inkomster av eget arbete endast beaktas till den del de överstiger ett halvt prisbasbelopp per kalenderår enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Ärendet och dess beredning: Riksdagen har som sin mening gett regeringen till känna att regeringen ska återkomma till riksdagen med ett konkret förslag till lösning av problemet med att kommuner gör olika bedömningar när det gäller hur stora inkomster från eget arbete ett barn tillåts ha utan att detta påverkar föräldrarnas rätt till ekonomiskt bistånd för barnet. Ett sådant förslag bör också beakta hur det belopp som ska undantas vid biståndsberäkningen ska bestämmas (bet. 2003/04:SoU5, rskr. 2003/04:155).

Regeringen beslutade den 3 februari 2005 att tillkalla en särskild utredare som bl.a. hade i uppgift att föreslå åtgärder som underlättar övergången från bidragsberoende till försörjning

genom eget arbete (dir. 2005:10). Utredaren har därefter fått tilläggsdirektiv (dir. 2006:72 och dir. 2006:120). Den särskilde utredaren har överlämnat betänkandet *Från socialbidrag till arbete* (SOU 2007:02). Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna samt en sammanställning av remissyttrandena i den del som rör förslaget om inkomster från ungdomars feriearbete finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2007/762/ST).

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser har tillstyrkt eller inte haft något att erinra mot förslaget.

Skälen för regeringens förslag:

Bakgrund

Vid prövningen av rätten till ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) räknas inkomster och tillgångar som gemensamma för bl.a. makar och registrerade partner. Kommunerna räknar således in hushållets samtliga inkomster innan de bedömer hushållets behov av ekonomiskt bistånd. Bedömningen av barns inkomster är dock annorlunda. Barn kan inte vara underhållsskyldiga gentemot föräldrar eller eventuella syskon. Däremot kan barns inkomster vid beräkningen av familjens behov av bistånd användas för deras egen försörjning. Socialstyrelsen förordar i handboken *Ekonomiskt bistånd – Stöd för rättstillämpning och handläggning av ärenden i den kommunala socialtjänsten*, att en underårig alltid bör få disponera en del av sina inkomster för egen räkning utan att det påverkar föräldrarnas rätt till ekonomiskt bistånd för barnet. Barn och skolungdomar, som lever i familjer där föräldrarna är beroende av ekonomiskt bistånd och som arbetar vid sidan av studierna har därför, enligt nuvarande regler, ingen självklar rätt att exkludera hela den egna inkomsten vid bedömning av familjens rätt till bistånd.

Behov av att stimulera ungdomar att få kontakt med arbetslivet

Det är av stor vikt att ungdomar tidigt får kontakt med arbetslivet, även under studietiden. Eftersom ekonomiskt bistånd enligt SoL utgör samhällets yttersta skyddsnät och är avsett att vara ett stöd vid tillfälliga ekonomiska svårigheter, är den principiella utgångspunkten att alla

inkomster ska avräknas i sin helhet innan man gör bedömningen om det finns ett biståndsbehov. Det innebär att socialtjänstens ekonomiska bistånd har 100-procentiga marginaleffekter, vilket medför att det inte alltid lönar sig ekonomiskt för den enskilde att gå från bidrag till arbete. Regeringen menar att det därför finns farhågor för att motivationen för att ta t.ex. ett feriarbete kan minska om den unges arbetsinkomster reducerar familjens rätt till ekonomiskt bistånd.

Det finns flera fördelar med att arbeta under t.ex. ferier och helger än de rent ekonomiska. Erfarenheter från arbete under studietiden är ett sätt att skaffa sig en uppfattning om de villkor som finns på arbetsmarknaden och är meriterande när man söker andra arbeten. Vidare ger sådant arbete kontakter på arbetsmarknaden som kan komma till nytta längre fram. Att ha arbetsinkomster ger även en känsla av egenvärde som kan vara värdefull för den enskilde. Genom arbete vid sidan av studierna ökar ungdomar sina möjligheter att i framtiden kunna försörja sig själva. Det gäller naturligtvis även för de ungdomar som lever i familjer som är beroende av ekonomiskt bistånd. Det är däremot inte säkert att det för dessa barn och ungdomar märks någon positiv ekonomisk effekt av deras arbete eftersom det bistånd familjen får för att tillgodose den unges behov kan komma att minskas i motsvarande mån.

Av analyser som utredningen Från socialbidrag till arbete genomfört framgår att ungdomar i hushåll med ekonomiskt bistånd hade lägre arbetsinkomster än andra ungdomar. Enligt utredningens uppskattningar hade 18-åringar i familjer med ekonomiskt bistånd i genomsnitt 7 300 kronor i arbetsinkomst under 2004 medan jämnåriga i familjer som inte hade ekonomiskt bistånd hade en arbetsinkomst på i genomsnitt 14 200 kronor. Vidare tyder beräkningarna på att flickors inkomster är lägre än pojkars i familjer som får ekonomiskt bistånd.

Olika tillämpning i kommunerna

Kommunerna hanterar ungdomars inkomster på olika sätt vid sina biståndsberäkningar. En studie från Göteborgsregionens kommunalförbund från 2004 visar att drygt hälften av kommunerna inte räknar med några som helst ferieinkomster när det ekonomiska biståndet ska beräknas medan ett par kommuner låter ungdomen behålla inkomster upp till 5 000–5 500 kronor

per år. I några kommuner får ungdomen bekosta sin fritid och klädinköp med hjälp av lönen men får för övrigt ekonomiskt bistånd.

Enligt en enkät som gjorts på uppdrag av utredningen Från socialbidrag till arbete som skickats till bl.a. samtliga socialkontor, var det 53 procent av kommunerna som inte tog någon hänsyn till ferieinkomster när de beräknade ett hushålls behov av ekonomiskt bistånd. 41 procent av kommunerna räknade med dessa inkomster om de översteg en viss beloppsgräns. Ur enkätsvaren kunde man dock inte utläsa var denna gräns började. I fyra procent av kommunerna påverkade ungdomars ferieinkomster i sin helhet det utbetalade ekonomiska biståndet. Återstående två procent av kommunerna svarade inte på frågan.

Behovet av en lagändring

Ur rättvisesynpunkt samt för att stimulera unga människor att få kontakt med arbetslivet även under studietiden, anser regeringen att det bör införas en enhetlig regel i socialtjänstlagen för hur barns och skolungdomars arbetsinkomster upp till en viss nivå ska hanteras vid prövningen av rätten till ekonomiskt bistånd. Regeringen föreslår därför att det i 4 kap. SoL införs en ny paragraf med innebörden att hemmavarande barns och hemmavarande skolungdomars inkomster av eget arbete, om skolungdomarna är under 21 år, inte ska beaktas vid bedömningen av rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Sådana inkomster får dock beaktas till den del de överstiger ett halvt prisbasbelopp per kalenderår enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Med hemmavarande barn och skolungdomar avses i detta fall barn och skolungdomar som bor i det hushåll för vilket bistånd beräknas för men även t.ex. barn och ungdomar som på grund av gymnasiestudier inackorderats på annan ort. Barn och skolungdomar som bor växelvis hos respektive förälder eller bor med umgängesförälder räknas som hemmavarande hos båda föräldrarna. Om barnen och ungdomarna inte är hemmavarande ingår de inte i hushållsgemenskap med föräldrarna och det görs därför skilda biståndsberäkningar för föräldrarna och barnen respektive skolungdomen.

Med barn avses här den som ännu inte fyllt 18 år. Bestämmelsen ska gälla endast i de fall föräldrar är underhållsskyldiga för barnet. Föräldrars underhållsskyldighet för ett barn upphör då barnet fyller 18 år, eller, om den unge går i sko-

lan efter denna tidpunkt, under den tid som skolgången pågår, dock längst intill dess den unge fyller 21 år. Till skolgång räknas studier i grundskolan eller gymnasieskolan och annan jämförlig grundutbildning. När föräldrars underhållsskyldighet för barnet upphört och barnet därför har fullt ansvar för sin försörjning saknas anledning att bortse från någon del av det vuxna barnets inkomster oavsett om det vuxna barnet bor kvar hemma eller inte.

Med inkomst av eget arbete avses både inkomst grundad på anställning och inkomst grundad på egen näringsverksamhet. Däremot omfattas inte t.ex. inkomst av kapital eller ersättningar i form av skadestånd av begreppet. Kommunerna har dock, om de så önskar, i praktiken möjlighet att bortse även från sådana inkomster med stöd av bestämmelserna i SoL.

En övre gräns

Det är viktigt att så långt som möjligt behålla det ekonomiska biståndets funktion som samhällets yttersta skyddsnät. Att helt bortse från hemmavarande barns och skolungdomars inkomster vid beräkning av biståndsbehovet skulle kunna ge fel signaler och riskera att försvaga legitimiteten för biståndssystemet. Därför anser regeringen att en övre gräns bör införas för hur stora arbetsinkomster som ett barn eller skolungdom alltid ska kunna ha utan att det påverkar biståndsberäkningar enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen. Det är viktigt att påpeka att barn och ungdomar inte har någon underhållsskyldighet gentemot föräldrar eller syskon och att därför inte inkomster utöver denna gräns kan användas för att täcka andra än barnets eller ungdomens egna behov vid beräkningen av familjens behov av bistånd. De kommuner som så önskar bör dock ha möjlighet att avstå också från att använda även dessa högre inkomster som underlag vid sin biståndsberäkning. Bedömningen av den enskildes behov ska vara densamma oavsett om den unge har egna arbetsinkomster eller inte.

Regeringen föreslår därför att vid beräkning av rätt till ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL ska socialnämnden, om nämnden anser det vara skäligt, kunna beakta barns och ungdomars inkomster av eget arbete till den del dessa överstiger ett halvt prisbasbelopp per kalenderår enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Nämnden har därmed en möjlighet att själv bestämma om detta, t.ex. genom kommunala riktlinjer. Gränsen ska gälla i förhållande till den

unges disponibla arbetsinkomst, dvs. efter skatteavdrag. Ett halvt prisbasbelopp motsvarar 2007 cirka 20 000 kronor. Den gränsen motiveras av att barns och ungdomars arbetsinkomster sällan överstiger denna nivå enligt de data som presenteras av utredningen Från socialbidrag till arbete. Den föreslagna bestämmelsen kommer därför i de flesta fall att medföra att ungdomars arbetsinkomster undantas i sin helhet vid en beräkning av familjens ekonomiska bistånd. Beloppsgränsen överensstämmer med den utredningens förslag. Ingen remissinstans har framfört invändningar mot beloppet.

Vid prövningen av rätten till ekonomiskt bistånd utgår i normalfallet socialtjänsten från hushållets ekonomiska situation vid ansökningstillfället. För att kunna göra en bedömning av den unges arbetsinkomster, i syfte att tillämpa den föreslagna regeln, behöver därför socialtjänsten begära in uppgifter om den unges sammanlagda arbetsinkomster från början av kalenderåret fram till ansökningstillfället. Någon avstämning vid årets slut av utbetalt bistånd mot intjänad årsinkomst ska dock inte göras. Det skulle strida mot de grundläggande principerna för prövning av rätten till ekonomiskt bistånd. Dessutom skulle en sådan avstämning innebära omotiverat höga administrationskostnader.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen Från socialbidrag till arbete har beräknat kostnaderna för att införa regeln i socialtjänstlagen till omkring 20–40 miljoner kronor per år. Det angivna intervallet beror på att det statistiska urvalet av hushåll, där det förekommer såväl ferieinkomster som ekonomiskt bistånd är litet. Beräkningarna bygger på uppgifter om ungdomars (13–18 år) arbetsinkomster i SCB:s data Hushållens Ekonomi (HEK) för 2004. Inkomsterna har sedan skrivits fram till 2006 års förhållanden. Regeringen bedömer att kostnaderna för kommunerna ökar med 30 miljoner kronor. Enligt kommunala finansieringsprincipen ska kommunerna kompenseras för denna tillkommande kostnad. Regeringen avser därför att öka anslag 48:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 med 30 miljoner kronor.

Konsekvenser för jämställdheten

Ensamstående kvinnor med barn mottar ekonomiskt bistånd i betydligt högre grad än ensamstående män med barn. Under 2006 hade

20 procent av alla ensamstående mammor ekonomiskt bistånd någon gång under året, att jämföra med 7 procent av de ensamstående papporna. Förslaget har därmed särskilt positiva effekter för familjer med barn och skolungdomar där kvinnor är ensamförsörjare och biståndsmottagare.

Ikraftträdande m.m.

Regeringen föreslår att lagändringen träder i kraft den 1 januari 2008. Bestämmelsen ska dock endast tillämpas på inkomster som intjänats efter den 1 januari 2008.

9.10 Budgetförslag

9.10.1 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 9.5 Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

2006	Utfall	452 538	Anslags-sparande	20 878
2007	Anslag	613 476 ¹	Utgifts-prognos	611 599
2008	Förslag	258 481		
2009	Beräknat	162 421		
2010	Beräknat	162 421		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget omfattar medel till utveckling av socialt arbete, bidrag till statistiska undersökningar, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer samt till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor.

Regeringens överväganden

I dag ställs allt större krav på att socialtjänstens insatser ska baseras på kunskap om det sociala arbetets resultat, kvalitet och effektivitet. Regeringen anser att det är angeläget att främja en mer långsiktig finansiering av insatser för att främja kunskapsutveckling och vetenskapliga metoder inom strategiskt viktiga områden. Därför avser regeringen att införa en modell för samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen genom årliga avtal.

Under 2008 avser regeringen att pröva denna modell genom ett avtal om kunskapsutveckling inom missbruksområdet. För ändamålet avsätts 15 000 000 kronor. Dessa medel har tidigare använts för att utveckla kommunernas öppenvårdsinsatser för personer med missbruk.

För att avsluta uppdraget till Statens Institutionsstyrelse (SiS) att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedja inom ungdomsvården avsätts 90 000 000 kronor även under 2008.

I regeringens proposition Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (prop. 2006/07:129) föreslogs att Socialstyrelsen ska utveckla nationella uppföljningssystem och register för att på ett bättre sätt möjliggöra uppföljning och resultatmätning av den sociala barn- och ungdomsvården på nationell nivå. För uppdraget minskas anslaget med 2 500 000 kronor och anslag 13:6 *Socialstyrelsen* ökar med samma summa.

I regeringens proposition Utredningar avseende barn som avlidit i anledning av brott m.m. (prop. 2006/07:108) föreslogs att Socialstyrelsen ska genomföra en utredning när ett brott har begåtts mot ett barn och barnet har avlidit i anledning av brottet eller det annars finns särskilda skäl att utreda ett barns dödsfall och det finns särskild anledning att anta att dödsfallet har samband med förhållanden som inneburit att barnet varit i behov av skydd. För uppdraget minskas anslaget med 1 000 000 kronor och anslag 13:6 *Socialstyrelsen* ökas med samma summa.

Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) genomförs i Sverige av Statistiska centralbyrån (SCB) sedan mitten av 1970-talet och är en unik kunskapskälla för att beskriva samhällsutvecklingen och befolkningens levnadsförhållanden. I enlighet med EU:s förordning 1177/2003 genomför samtliga EU-länder en gemensam inkomst- och levnadsnivåundersökning (EU-SILC). Undersökningen medfinansieras av EU t.o.m. utgången av 2007. EU-SILC har många likheter med ULF och för närvarande pågår ett arbete på SCB med att slå ihop dessa till en gemensam undersökning.

Regeringen anser att det är viktigt att fortsatt kunna följa utvecklingen av levnadsförhållanden i befolkningen. Nuvarande urvalsstorlek utgör ett hinder för att väl kunna beskriva utvecklingen för olika grupper i befolkningen, t.ex. äldre och personer med utländsk bakgrund samt regional indelning, men även för relativt ovanliga

förhållanden såsom djup fattigdom. Det finns därför behov av att utöka urvalet i ULF. En utökning av urvalsstorleken skulle såväl möjliggöra bibehållandet av vissa frågeområden, som av metodskäl måste tas bort vid sammanslagningen av EU-SILC och ULF, som öka kvaliteten i undersökningen.

Inom ramen för ULF har SCB sedan 2001 genomfört levnadsnivåundersökningar av barn i åldern 10–18 år (Barn-ULF). Regeringen anser att det är angeläget att följa utvecklingen av barns och ungas levnadsförhållanden inom olika områden. Det är därför viktigt att säkerställa att Barn-ULF fortsatt är en del av ULF.

För att förstärka ULF och Barn-ULF ökas anslaget med totalt 6 235 000 kronor från 2008. Av dessa är 1 660 000 kronor en engångsvis förstärkning.

Finansieringen sker från flera olika utgiftsområden. 830 000 kronor finansieras genom en omfördelning inom anslaget. Inom utgiftsområde 9 minskas anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* och anslag 14:8 *Alkohol och narkotikapolitiska åtgärder* med 830 000 kronor vardera från och med 2008. Inom utgiftsområde 10 minskas anslag 19:6 *Försäkringskassan* med 830 000 kronor från och med 2008. Inom utgiftsområde 16 minskas anslag 25:80 *Utvecklingsarbete m.m. inom områdena utbildning och forskning* med 415 000 kronor från och med 2008. Inom utgiftsområde 17 minskas anslag 28:1 *Statens kulturråd* med 170 000 kronor från och med 2008. Inom utgiftsområde 18 minskas anslag 31:1 *Boverket* med 170 000 kronor samt anslag 31:8 *Omstrukturering av kommunala bostadsföretag* med 500 000 kronor från och med 2008. Utgiftsområde 13 minskas engångsvis med 1 660 000 kronor under 2008.

Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 18:1 Bidrag till socialt arbete m.m.

<i>Tusental kronor</i>			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	613 476	613 476	613 476
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-354 995	-449 655	-449 655
Överföring till/från andra anslag		-1 400	-1 400
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	258 481	162 421	162 421

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 258 481 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 162 421 000 kronor för respektive år.

9.10.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tabell 9.7 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

År	Slagslag	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifter
2006	Utfall	710 187		52 481
2007	Anslag	773 559 ¹	Utgifts-prognos	716 915
2008	Förslag	779 842		
2009	Beräknat	798 295 ²		
2010	Beräknat	819 255 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 779 986 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 779 986 tkr i 2008 års prisnivå.

Statens institutionsstyrelse (SiS) är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i verksamhetsgrenarna missbrukarvård, ungdomsvård och slutna ungdomsvård.

Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring 60 procent med avgifter, medan slutna ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 9.8 Offentlig-rättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	1 141 971	1 867 074	-725 103
Prognos 2007	1 208 000	1 938 000	-730 000
Budget 2008	1 135 000	1 921 000	-786 000

Tabell 9.9 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2006	14 246	14 246	0
Prognos 2007	15 000	15 000	0
Budget 2008	15 000	15 000	0

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Statens institutionsstyrelse (SiS) har i uppdrag att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom SiS verksamhetsområde. Regeringen föreslår därför att Statens institutionsstyrelse bemyndigas att ingå åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag om högst 3 500 000 kronor efter 2008.

Tabell 9.10 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2006	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010–
Ingående åtaganden	677	3 000	3 500	3 500	
Nya åtaganden	2 058	3 000	3 500		
Infriade åtaganden	-677	-2 500	-3 500	-2 000	-1 500
Utestående åtaganden	2 058	3 500	3 500		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	5 000	5 000	3 500		

Regeringens överväganden

Tabell 9.11 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	773 559	773 559	773 559
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	6 139	24 442	45 394
Beslut	144	294	302
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	779 842	798 295	819 255

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 779 842 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 798 295 000 kronor respektive 819 255 000 kronor.

9.10.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tabell 9.12 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	9 478		760
2007	Anslag	32 940 ¹	12 117
2008	Förslag	33 000	
2009	Beräknat	0	
2010	Beräknat	0	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

Anslaget omfattar utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

Regeringens överväganden

Hemlöshetsproblematiken kan bara lösas om alla berörda aktörer samarbetar och verkar mot samma mål. För att få en sammanhållen politik på såväl nationell som lokal nivå har regeringen presenterat en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden – Hemlöshet många ansikten mångas ansvar. Strategin löper under 2007–2009. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra strategin i samråd med en nationell styrgrupp bestående av Boverket, Kriminalvården, Kronofogdemyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting. De medel som anslås under 2008 syftar till att utveckla arbetssätt och arbetsorganisation i kommunerna. Dessa utvecklingsmedel kan med fördel kombineras med andra statsbidrag som omfattar den här gruppen t.ex. personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder. För att få del av medlen krävs egen delfinansiering, vilket innebär att arbetet under 2009 framför allt kommer att fortgå med egna medel. En utvärdering ska lämnas till regeringen senast den 1 juli 2010.

Tabell 9.13 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	32 940	32 940	32 940
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	60	-32 940	-32 940
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	33 000	0	0

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Under 2008 föreslår regeringen att 33 000 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa* för att genomföra strategin för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.

10 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

10.1 Budgetförslag

10.1.1 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 10.1 Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Utfall	21 950		2 236
2007	Anslag	23 529 ¹		23 800
2008	Förslag	23 880		
2009	Beräknat	24 439 ²		
2010	Beräknat	25 078 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 23 884 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 884 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslaget ändamål är att finansiera förvaltningskostnader för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Regeringens överväganden

Regeringen anser att FAS verksamhet fungerar väl och att rådet uppfyller de mål som finns för myndigheten. Ett flertal pensionsavgångar kommer att ske från myndigheten de närmsta åren. Det är viktigt att myndigheten planerar för dessa personalomsättningar så att viktig kompetens och erfarenhet tas tillvara.

Anslaget har för perioden 2009-2010 beräknats enligt följande.

Tabell 10.2 Härledning av anslagsnivån 2008-2010, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	23 529	23 529	23 529
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	346	901	1 540
Beslut	5	9	9
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 880	24 439	25 078

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 880 000 kronor anvisas år 2008 under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2009 och 2010 beräknas anslaget till 24 439 000 kronor respektive 25 078 000 kronor.

10.1.2 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 10.3 Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

2006	Utfall	291 904	Anslags-sparande	6 892
2007	Anslag	318 966 ¹	Utgifts-prognos	319 960
2008	Förslag	342 007		
2009	Beräknat	354 481 ²		
2010	Beräknat	368 565 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/2007:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2008.

² Motsvarar 342 007 tkr i 2008 års prisnivå.

³ Motsvarar 342 007 tkr i 2008 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansierar strävar framförallt efter resultat på lång sikt och stöd ges därför oftast i form av fleråriga projekt. Detta innebär att myndigheten behöver göra åtaganden för en längre period än kommande budgetår. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår ett bemyndigande för 2008 om 646 000 000 kronor.

Tabell 10.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2006	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010–2013
Ingående åtaganden		577 000	631 000	646 000	
Nya åtaganden		369 000	430 000		
Infriade åtaganden		–315 000	–415 000	–415 000	–231 000
Utestående åtaganden		631 000	646 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande		662 000	646 000		

Regeringens överväganden

FAS är ett sektorsforskningsråd som tillkommit för att möta de särskilda kunskapsbehov som finns inom välfärds- och arbetslivsområdena. Rådet skall fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet. Rådet skall även göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. Regeringen ser positivt på de samarbeten som FAS har inom områden av gemensamt intresse med andra finansärer samt den förbättring som skett vad gäller arbetet på internationell, främst europeisk nivå.

Anslaget tillförs 21 000 000 kronor 2008, som fördelas enligt följande; 5 000 000 kronor för starka forskningsmiljöer, 3 000 000 för satsningar på meriteringsanställningar, 3 000 000 kronor för forskarskolor, 5 000 000 kronor för forskning om hälsa relaterad till övervikt, kost och motion samt 5 000 000 kronor för försäkringsmedicinsk forskning om ohälsa och sjukfrånvaro (prop. 2004/05:80).

År 2008 får FAS därutöver rekvirera 30 000 000 kronor för forskning om kvinnors hälsa. Rådet får även rekvirera 35 000 000 kronor för forskning om äldre och åldrande vilket är en ökning med 5 000 000 kronor jämfört med 2007. För 2009 respektive 2010 beräknas FAS få rekvirera 30 000 000 kronor för forskning om kvinnors hälsa samt 35 000 000 kronor för

forskning om äldre och åldrande. Beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång ingås med stöd av bemyndigandet till anslag 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.

Anslaget har för perioden 2008-2010 beräknats enligt följande.

Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2008-2010, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
Anvisat 2007¹	318 966	318 966	318 966
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 041	13 749	26 968
Beslut	21 000	21 766	22 631
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	342 007	354 481	368 565

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 342 007 000 kronor anvisas år 2008 under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För åren 2009 och 2010 beräknas anslaget till 354 481 000 kronor respektive 368 565 000 kronor.