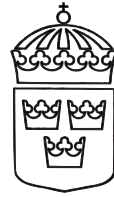


Regeringens skrivelse

2007/08:102



Utvecklingen inom den kommunala sektorn

Skr.
2007/08:102

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 3 april 2008

Maud Olofsson

Mats Odell
(Finansdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen lämnar regeringen en översiktlig redovisning av hur ekonomin och verksamheten i kommuner och landsting har utvecklats de senaste åren.

Redovisningen av den ekonomiska utvecklingen innefattar i huvudsak utvecklingen av kommunsektorns andel i samhällsekonomin, resultatutvecklingen för kommuner och landsting, sysselsättningsutvecklingen samt utvecklingen av statliga bidrag till kommunsektorn.

Redovisningen av utvecklingen i den kommunala verksamheten omfattar i första hand de obligatoriska verksamheterna skola, vård och omsorg. Redovisningen syftar till att beskriva hur dessa verksamheter utvecklats i förhållande till de nationella mål som riksdagen och regeringen har formulerat.

Redovisningen av de kommunala verksamheterna avser i huvudsak förhållandena t.o.m. verksamhetsåret 2007. De årtal som redovisas kan variera mellan olika verksamhetsområden, bl.a. beroende på när den offentliga statistiken finns tillgänglig. Förutsättningarna för de olika verksamhetsområdena att redovisa graden av måluppfyllelse är också olika.

1	Sammanfattning.....	3
1.1	Kommunal ekonomi.....	3
1.2	De kommunala verksamheterna.....	4
2	Kommunal ekonomi	8
2.1	Kommunsektorns finansiella sparande och resultat	8
2.2	Skatteintäkter, statsbidrag och utjämning	12
2.3	Nettokostnader, kommunal konsumtion och demografi samt köp av verksamhet.....	26
2.4	Kommunal personal	30
2.5	Investeringar	33
2.6	Kommunernas och landstingens ekonomi.....	34
2.7	Sammanställd redovisning	44
2.8	God ekonomisk hushållning.....	47
2.9	Ett nationellt jämförelseprojekt.....	49
3	Hälso- och sjukvårdspolitik	50
3.1	Nationella mål	50
3.2	Måluppfyllelse	53
3.3	Kostnader och prestationer.....	63
3.4	Personalförsörjning	70
4	Socialtjänst	74
4.1	Vård och omsorg till äldre.....	74
4.2	Insatser för personer med funktionsnedsättning.....	82
4.3	Individ- och familjeomsorg.....	87
5	Förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning.....	101
5.1	Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg	101
5.2	Förskoleklass.....	107
5.3	Grundskola.....	108
5.4	Gymnasieskolan	115
5.5	Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola.....	122
5.6	Vuxenutbildning	123
6	Folkhälsa.....	131
6.1	Nationella mål	131
6.2	Måluppfyllelse och kvalitet.....	131
	Bilaga.....	133
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 3 april 2008	136

1 Sammanfattning

1.1 Kommunal ekonomi

Resultatet före extraordinära poster uppgick preliminärt till 12,7 miljarder kronor för kommunsektorn 2007. Kommunernas resultat före extraordinära poster var 9,5 miljarder kronor och landstingens 3,2 miljarder kronor. Kommunsektorn har sedan 2005 som helhet uppvisat resultat som torde ligga i linje med vad som brukar anges som god ekonomisk hushållning.

Nittio procent av kommunerna respektive landstingen uppvisade positiva resultat före extraordinära poster. Detta är en försämring för kommunerna, men oförändrat för landstingen jämfört med 2006.

Förortskommunerna redovisade i genomsnitt de bästa resultaten per invånare bland kommunerna medan glesbygdskommunerna redovisade de sämsta. Sett över hela perioden 2003–2007 uppvisade förortskommuner de högsta resultaten medan övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare uppvisade de lägsta resultaten. Jönköpings läns landsting uppvisade det bästa resultatet 2007 bland landstingen medan Västerbottens läns landsting uppvisade det sämsta resultatet.

Den genomsnittliga skattesatsen uppgick till 31,55 procent 2007, vilket innebar en sänkning för första gången sedan 2002. Av de 24 kommuner som sänkte skatten mellan 2006 och 2007 var 12 förortskommuner, varav sju i Stockholms län. I sex kommuner och ett landsting höjdes skatten. De totala skatteintäkterna ökade med 4,6 procent 2007.

Nettokostnaderna ökade med 5,5 procent 2007. Förklaringen till kostnadsutvecklingen varierade mellan de olika verksamheterna, bl.a. påverkade den demografiska utvecklingen. Dessutom bidrog förändrade beräkningar av pensionsskulden.

Antalet sysselsatta i den kommunala sektorn ökade med 0,7 procent (7 400 personer) 2007 och uppgick till 1 115 700 personer. De sysselsatta i kommuner och landsting utgjorde ca 25 procent av det totala antalet sysselsatta på arbetsmarknaden.

Kvinnorna innehade 79 procent av anställningarna i kommuner och landsting 2006. Den kvinnliga dominansen var störst i förskolan (94 procent). Av männen i kommunerna hade 85 procent en avtalad tjänsteomfattning om heltid, jämfört med 64 procent av kvinnorna.

Kommuner och landsting har haft ca 2 procentenheter högre sjukfrånvaro än staten 2004–2007, men sjukfrånvaron har gått ned i alla sektorer.

Den sammanställda redovisningen (dvs. inklusive kommunala bolag m.m.) för kommunerna visade ett överskott före extraordinära poster på totalt 16,3 miljarder kronor 2006, vilket var 0,8 miljarder kronor bättre än 2005. Den sammanställda redovisningen i landstingen visade ett underskott före extra ordinära poster på totalt -1 miljard kronor 2006, vilket var 3,7 miljarder kronor sämre än 2005.

Hälso- och sjukvård

Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader ökade med 3,9 procent årligen i löpande priser 2003–2006 (exklusive läkemedelsförmånen). Kostnaderna ökade mest inom primärvården och specialiserad psykiatrisk vård.

Produktiviteten ökade inom den specialiserade somatiska vården under 2004–2006, enligt en produktivetsrapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Räknat från 2002 har dock produktiviteten fallit marginellt, vilket helt och hållet beror på utvecklingen under 2003 då kostnaderna ökade mycket snabbt samtidigt som prestationerna föll.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård 2006 uppgick i genomsnitt till 18 200 kronor per invånare och varierade mellan 16 300 kronor för Östergötlands läns landsting och 20 800 kronor för Gotland.

Socialstyrelsen och SKL har tillsammans tagit fram två rapporter med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. Indikatorer har tagits fram och med hjälp av dessa har en grov bild skapats av skillnaderna mellan olika landsting. Skillnaderna kan dock vara betydande inom landsting samtidigt som uppgifterna inte visar om befolkningen på individnivå har tillgång till likvärdig vård.

Vården av patienter med akut hjärtinfarkt har förbättrats betydligt 1995–2006. Arbetet med nationella riktlinjer, registrering och återrapportering har bidragit stort till detta.

Under de två senaste åren har en ökning av antalet anmälningar enligt den s.k. Lex Maria skett. Ökningen kan delvis förklaras av den förändring med utökad anmälningsskyldighet som infördes när det gäller att anmäla självmord.

När patienter får yttra sig om olika delar av vården finns det flera områden där utvecklingen på nationell nivå går i positiv riktning. Det handlar bl.a. om det övergripande betyget på vården, telefonframkomligheten inom primärvården och information om den egna sjukdomen. Regionala skillnader kvarstår dock för alla dessa områden och i vissa fall ser man tydliga skillnader även inom de enskilda landstingen.

Variationerna mellan landstingen är i vissa fall förhållandevis stora när det gäller kostnadseffektiva behandlingsval, dvs. att man väljer behandlingsalternativ med lägre kostnad om effekten bedöms vara likvärdig med dyrare behandlingsalternativ.

Personer med högre utbildning gjorde fler läkarbesök än lågutbildade, trots högre förekomst av sjuklighet bland lågutbildade personer. Resultaten kan till exempel bero på regionala skillnader i tillgång på läkare. I Sverige finns en koncentration av läkarmottagningar i storstadsregionerna samtidigt som utbildningsnivån och medelinkomsten i dessa områden är högre än i övriga landet.

Variationerna i väntetider mellan landstingen är stora. Väntetiderna för behandling har minskat något medan väntetiderna för besök i stället ökat något 2007. Det var brist på läkare och barnmorskor 2007, till skillnad från sjuksköterskor.

Äldreomsorg

Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre 2006 var 83,6 miljarder kronor. Det motsvarar drygt hälften av de totala kostnaderna för socialtjänsten. Kostnaderna har under den senaste femårsperioden minskat med knappt 6 procent, mätt i fasta priser. Mellan 2005 och 2006 har dock kostnaderna ökat något.

Det totala antalet personer som fick insatser i form av hemtjänst eller särskilt boende var relativt konstant 2002–2006. Uppdelat på hemtjänst och särskilt boende var dock förändringarna större. Antalet personer med hemtjänst ökade med 11 procent och antalet personer i särskilt boende minskade med 17 procent.

Korttidsvården visade i många kommuner tendenser på att bli överbelagd. Boende- och vistelsetiderna ökade vilket antas bero på det minskade antalet platser i särskilt boende.

Boendestandarden i särskilt boende blev fortsatt förbättrad. Antalet personer som bodde i flerbäddsrum minskade från 3 200 till 1 600 mellan 2003 och 2006. Flerbäddsrum i särskilt boende fanns 2006 i 66 kommuner jämfört med 148 kommuner 2003.

Andelen beslut om plats i särskilt boende med väntetider som var längre än 7 månader minskade från 25 procent 2001 till 10 procent 2006.

Insatser för personer med funktionsnedsättning

Kommunernas kostnader för insatser för personer med funktionsnedsättning var 2006 nästan 37 miljarder kronor. Kostnaderna utgjorde 25 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten, vilket är en ökning från 22 procent 2002. Av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning stod kostnaderna för insatser i enlighet med lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) för 78 procent och kostnader för insatser i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453, SoL) för 22 procent.

Den 1 oktober 2006 hade 55 800 personer en eller flera insatser enligt LSS (exklusive insatsen råd och stöd), vilket innebär en ökning med 15 procent under den senaste femårsperioden.

När det gäller antalet personer med insatser enligt SoL till personer under 65 år så har det även där skett en relativt kraftig ökning. Ökningen var störst när det gäller antalet personer med hemtjänst (30 procent). Ökningen av antalet personer i särskilt boende var 9 procent.

Individ och familjeomsorg

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd 2007 uppgick till 8,9 miljarder kronor (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra invandrare), vilket är oförändrat jämfört med 2006 mätt i fasta priser.

Kostnaderna för insatser till barn och unga har 2002–2006 ökat med 11 procent, mätt i fasta priser. Kostnadsökningarna har skett inom den öppna vården samt för familjehemsplaceringar, vardera med 24 procent. Kostnaderna för institutionsvård har däremot sjunkit med 6 procent.

Kostnaderna för kommunernas missbruksvård för vuxna sjönk under 2005, men har under 2006 återigen stigit. Under den senaste femårsperioden har kostnaderna ökat med 19 procent mätt i fasta priser. Den största ökningen under perioden har skett vad gäller öppenvårdsinsatser, 35 procent, och familjehemsvård som har ökat med 19 procent. Kostnaderna för institutionsvård har under samma period ökat med knappt 4 procent.

Förskoleverksamhet, skola och vuxenutbildning

Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg

Den totala kostnaden för förskolan uppgick 2006 till drygt 41 miljarder kronor. Den totala kostnaden för fritidshem 2006 var 10,5 miljarder kronor.

Ungefär 20 000 fler barn gick i förskolan 2007 jämfört med året innan. En stor del av ökningen kan förklaras av att antalet barn i förskoleåldern har ökat med nästan 30 000 sedan 2005. Sammanlagt var 417 000 barn inskrivna i förskolan 2007.

Enligt Skolverket är förskoleverksamheten i stort sett fullt utbyggd och de flesta föräldrar är nöjda med barnens omsorgsform. Alla kommuner lever dock inte upp till lagstiftningens krav att erbjuda plats inom tre till fyra månader.

Under de senaste åren har gruppstorlekarna i förskolan i genomsnitt minskat, men 2007 var gruppstorlekarna oförändrade jämfört med året innan. Personaltätheten i förskolan har legat på en jämn nivå under de senaste åren. Hösten 2007 var antalet barn per årsarbetare 5,2, vilket är en liten ökning jämfört med 2006.

Gruppstorlekarna i fritidshemmen fortsatte att öka. Antalet inskrivna barn per avdelning ökade från 31,7 till 33,5 mellan 2006 och 2007.

Grundskola

Kostnaden för grundskolan uppgick 2006 till 71,6 miljarder kronor. Den främsta anledningen till att grundskolans totala kostnader sjönk mellan 2005 och 2006 är att antalet elever minskade med nästan 60 000.

Av dem som lämnade grundskolan våren 2007 var 89,1 procent behöriga till gymnasieskolan. Andelen behöriga till gymnasieskolan bland elever med utländsk bakgrund minskade från 78,3 till 76,6 procent mellan 2006 och 2007.

Slutbetygen har förbättrats något under de senaste åren. Det genomsnittliga meritvärdet läsåret 2006/2007 var 207, vilket är det högsta genomsnittet som uppmätts i statistiken under de tio år som dagens betygssystem använts.

De svenska elevernas läskunskaper var bättre än det internationella genomsnittet, enligt de internationella undersökningarna PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study) och PISA (Programme for International Student Assessment). Studierna ger dock något olika bilder av svenska elevers kunskapsutveckling. I PIRLS syntes en tillbakagång för svensk del, medan PISA-studien redovisade att

läsförståelsen bland de svenska eleverna inte hade förändrats i vare sig absoluta eller relativa termer jämfört med andra länder. De svagaste läsarna presterade dock något sämre resultat 2006 jämfört med år 2001, enligt PISA. Skr. 2007/08:102

Gymnasieskola

Den totala kostnaden för gymnasieskolan var 31,8 miljarder kronor 2006. Jämfört med föregående år har kostnaden för gymnasieskolan ökat med fem procent. Elevantalet har ökat med knappt fyra procent läsåret 2007/08 jämfört med läsåret innan, till 390 058 elever.

Den genomsnittliga betygspoängen läsåret 2006/07 var 14,1 poäng, vilket är oförändrat jämfört med de senaste åren. Genomsnittet på kommunnivå varierade mellan 11,5 och 16,3 poäng.

Lsåret 2006/07 uppnådde 88,9 procent av de elever som fick slutbetyg grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, vilket är en svag minskning jämfört med föregående år. För kvinnor var andelen 91,3 procent och för män var andelen 86,4 procent. Andelen 20-åringar med grundläggande behörighet för högskolestudier var 64 procent, men skillnaderna var stora mellan kommunerna. Andelen varierade från lägst 45 till högst 88 procent.

Vuxenutbildning

Den totala kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen uppgick 2006 till 4,3 miljarder kronor.

Antalet elever minskade med 10 procent läsåret 2006/07 till 205 100 personer. Under de senaste fem åren har andelen kursdeltagare med betyget Väl godkänt minskat och andelen med betyget Icke godkänt ökat.

2 Kommunal ekonomi

Kommunsektorn utgör en stor del av den svenska ekonomin och förutsättningarna för kommuner och landsting bestäms i hög grad av den samhällsekonomiska utvecklingen. De kommunala utgifterna motsvarade 2007 ca 23 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sektorn står för merparten av den skattefinansierade tjänsteproduktionen. Av de kommunala utgifterna utgör konsumtionsutgifter ca 84 procent.

Det övergripande målet för den kommunala ekonomin anges i kommunallagen (1991:900). Kommuner och landsting ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer. Det innebär att även kommunala bolag omfattas av bestämmelsen. Målet för politikområdet, Allmänna bidrag till kommuner, är att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för kommuner och landsting för att uppnå de nationella målen inom olika verksamheter.

Det finns i skrivande stund inte fullständiga uppgifter publicerade om kommunernas och landstingens ekonomi avseende 2007, varför redovisningen delvis är begränsad t.o.m. 2006. Redovisningen görs utifrån ett femårsperspektiv. Om uppgifter för 2007 finns publicerade redovisas perioden 2003–2007, i annat fall redovisas perioden 2002–2006. Sveriges Kommuner och Landsting har delat in Sveriges kommuner i nio grupper. Redovisningen av kommunal ekonomi sker främst uppdelat på dessa kommungrupper. Vilka kommungrupperna är och vilka kommuner som ingår i de olika kommungrupperna framgår av bilagan.

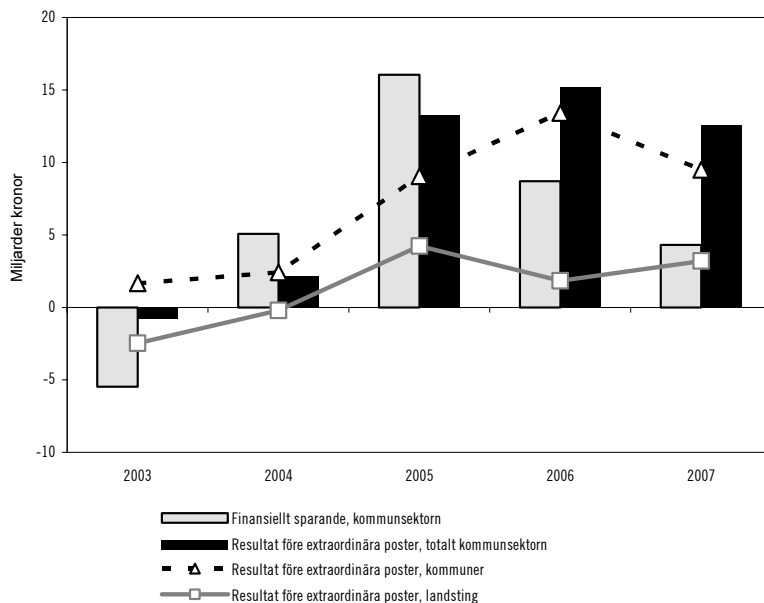
2.1 Kommunsektorns finansiella sparande och resultat

Kommunsektorn ingår i den offentliga sektorn. Riksdagen har beslutat att den offentliga sektorns finansiella sparande ska uppgå till en procent av BNP i genomsnitt över en konjunkturcykel (överskottsmålet). Det finansiella sparandet utgör skillnaden mellan inkomster och utgifter enligt nationalräkenskaper. Kommunernas och landstingens finansiella sparande är således av betydelse för uppfyllandet av överskottsmålet. Den kommunala redovisningen baseras på samma principer som tillämpas i näringslivet, anpassat till den kommunala särarten. Resultatet utgörs av skillnaden mellan intäkter och kostnader.

Det finansiella sparandet och resultaten förbättrades successivt under 2003–2005.

Diagram 2.1 Finansiellt sparande och resultat före extraordinära poster enligt den kommunala redovisningen, 2003—2007

Skr. 2007/08:102



Källor: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och Finansdepartementet.

Som framgår av diagram 2.1 skiljer sig det finansiella sparandet och kommunsektorns resultat åt. Det beror på att inkomster och utgifter periodiseras olika i nationalräkenskaperna jämfört med den kommunala redovisningen. Ett exempel är avräkning av skatteintäkter där skillnaden uppgick till 3 miljarder kronor 2006. Andra poster som också påverkar jämförelser är bl.a. pensioner, avskrivningar och investeringar.

Resultat för kommunsektorn

Resultatet före extraordinära poster uppgick till 12,7 miljarder kronor för kommunsektorn 2007. Av resultatet stod kommunerna för 9,5 miljarder kronor och landstingen för 3,2 miljarder kronor. Jämfört med 2006 har resultatet före extraordinära poster försämrats med 2,6 miljarder kronor för sektorn som helhet.

Kommuner och landsting ska själva ange mål om vad som utgör god ekonomisk hushållning, bl.a. ur ett finansiellt perspektiv. Ett vanligt förekommande mål för enskilda kommuner och landsting är att resultatet bör uppgå till 2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. År 2007 uppgick resultatet till 2,2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Under perioden 2003–2007 skulle målet om god ekonomisk hushållning motsvara ett resultat före extraordinära poster mellan 9-12 miljarder kronor per år för sektorn. Det faktiska utfallet var mellan -0,2 procent 2003 och som mest 2,8 procent 2006.

Tabell 2.1 Resultaträkning för kommunsektorn 2003-2007

Miljarder kronor	2003	2004	2005	2006	2007
Verksamhetens intäkter	136,7	123,7	126,3	135,5	138,7
Verksamhetens kostnader, inkl avskrivningar	-596,0	-610,7	-631,6	-668,8	-701,5
Nettokostnader	-459,3	-487,0	-505,3	-533,3	-562,8
Skatteintäkter	406,2	418,8	432,4	458,3	478,7
Generella statsbidrag	49,6	67,7	82,4	86,3	93,4
Finansnetto	2,7	2,7	3,8	3,9	3,4
Resultat före extraordinära poster	-0,8	2,2	13,3	15,3	12,7
Extraordinära poster, netto	0,5	2,8	2,4	6,3	12,6
Årets resultat	-0,4	5,0	15,7	21,5	25,2

Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Det svaga resultatet 2003 berodde bl.a. på en låg tillväxt i skatteunderlaget, ökade lönekostnader samt höga kostnader för kommunala avtalsförmåner. Detta motverkades av skattehöjningar (ca 8,5 miljarder kronor) samt den positiva börsutvecklingen som medförde återföring av nedskrivna finansiella tillgångar.

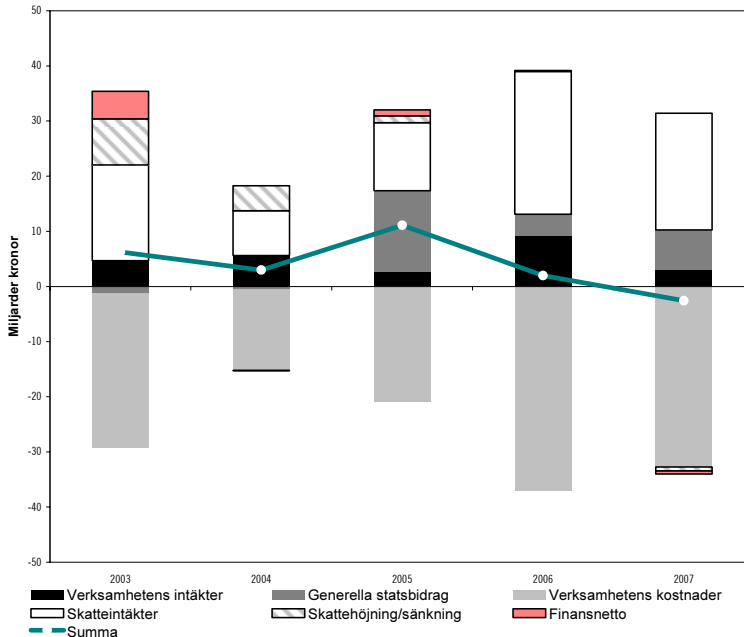
Resultatet före extraordinära poster uppgick till 2,2 miljarder kronor 2004. Tillväxten i skatteunderlaget var den lägsta under perioden. Detta motverkades dock av en dämpad kostnadsökning och skattehöjningar (ca 4,5 miljarder kronor).

År 2005 uppgick resultatet före extraordinära poster till 13,3 miljarder kronor, vilket kan förklaras av höjda statsbidrag, förstärkt skatteunderlag och låga kostnadsökningar.

Resultatet förbättrades ytterligare 2006 och uppgick till 15,3 miljarder kronor före extraordinära poster. Skatteunderlaget stärktes samtidigt som kostnaderna ökade mer än under något annat år under perioden. En bidragande orsak till kostnadsökningen var att landstingen belastade resultatet negativt till följd av ändrade beräkningsförutsättningar för pensionskulden.

Av diagram 2.2 framgår de årliga förändringarna av kommunsektorns resultat under perioden 2003–2007 uppdelat på olika poster. Till skillnad från diagram 2.1 och tabell 2.1 kan inte resultatet utläsas ur diagrammet utan endast förändringen av resultatet före extraordinära poster och de underliggande posternas förändring.

Diagram 2.2 Resultatförändringar i kommunsektorn, resultat före extraordinära poster, miljarder kronor, löpande priser, 2003–2007



Källor: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och Finansdepartementet.

Av diagram 2.2 framgår att summan av förändringarna mellan intäkter och kostnader, dvs. resultatförändringen, var svagt negativ 2007 jämfört med 2006. Jämfört med 2006 var ökningstakten i skatteunderlaget oförändrat. Skatteintäkterna ökade 21,1 miljarder kronor jämfört med 2006. Den genomsnittliga kommunalskatten sänktes med 0,05 procentenheter, vilket motsvarade nära 0,8 miljarder kronor. Jämfört med 2006 ökade de generella statsbidragen. Denna ökning berodde bl.a. på att specialdestinerade statsbidrag motsvarande 4,3 miljarder kronor fördes över till de generella statsbidragen från verksamhetens intäkter.

Verksamhetens kostnader ökade med 32,7 miljarder kronor, bl.a. till följd av förändrade riktlinjer för beräkning av pensionskulden. Med anledning av det nya pensionsavtalet KAP-KL 2006 har Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram nya riktlinjer för beräkning av pensionskulden i kommuner och landsting (RIPS07). De nya riktlinjerna avser förändringar i försäkringstekniska antaganden över såväl livslängd som kalkylränta. Den reala kalkylräntan är oförändrad, 2,5 procent. Den sänktes förra hösten och ökade skulden med 8–9 procent 2006.

Finansnettot förändrades negativt med 0,5 miljarder kronor jämfört med 2006, vilket bl.a. berodde på ökade räntekostnader på avsättningar till pensioner.

Den största delen av intäkterna tar kommunerna och landstingen in själva via skatteintäkter, taxor och avgifter. Kommunernas och landstingens största intäkt är intäkter från kommun- respektive landstingsskatt, vilket motsvarar ca två tredjedelar av de totala intäkterna. Andra intäkter är främst statsbidrag och finansiella intäkter.

Skatteunderlag, skattesats och skatteintäkter

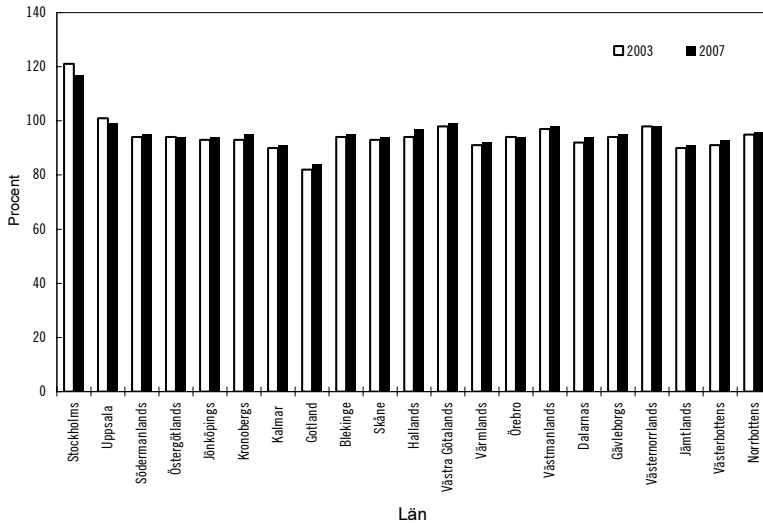
Kommunerna och landstingen får enligt regeringsformen ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter. Skatteintäkterna bestäms av skatteunderlaget, dvs. de till kommunal inkomstskatt beskattningsbara förvärvs-inkomsterna, samt den skattesats som varje kommun och landsting beslutar.

Skatteunderlaget

Skatteunderlaget ökar normalt över tid då inkomsterna ökar. Skatteunderlaget ökade i genomsnitt med ca 3,9 procent per år under 2003-2007. År 2007 uppgick skatteunderlagsförändringen till ca 4,3 procent, vilket var samma procentuella ökning som 2006. Skatteunderlaget är detsamma för kommuner och landsting.

Skattekraften (skatteunderlag per invånare) visar förhållandet mellan beskattningsbara inkomster och folkmängd. Ökar inkomsterna relativt sett mer än folkmängden ökar skattekraften. Skattekraften har i genomsnitt ökat med ca 3 procent per år under perioden 2003–2007.

Diagram 2.3 Relativ skattekraft*, per län. Index: riket respektive år=100



* Skattekraften 2007 beräknas som skatteunderlaget 2006 dividerat med folkmängden den 31 december 2005. Skatteunderlaget 2006 bygger på taxerade inkomster för inkomståret 2005.

Källa: Statistiska centralbyrån.

I varje län finns ett landsting (förutom i Gotlands län där Gotlands kommun ansvarar för de uppgifter landstingen sköter i andra län). Av diagram 2.3 framgår att samtliga län utom Stockholms län och Uppsala län hade en bättre utveckling av skattekraften 2007 jämfört med 2003. Både under 2003 och 2007 hade Stockholms län högst skattekraft medan Gotlands län hade lägst skattekraft.

Sveriges Kommuner och Landsting har delat in Sveriges kommuner i nio kommungrupper. Vilka dessa är och vilka kommuner som ingår i respektive grupp framgår av bilagan. Den högsta skattekraften under perioden 2003–2007 återfanns i kommunerna inom kommungruppen storstäder och förortskommuner. Lägst skattekraft hade glesbygdskommuner och övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare. Spridningen är större inom kommungrupper med hög skattekraft än inom kommungrupper med låg skattekraft.

Spridningen mellan landsting och enskilda kommuner har minskat under perioden, mer för kommunerna än för landstingen. Att spridningen i skattekraften har minskat beror främst på att skatteunderlaget inte har ökat lika mycket i kommuner med hög skattekraft som för kommuner med låg skattekraft.

Skattesatser

Den kommunala skattesatsen utgörs av en primär- och en landstingskommunal skattesats. Med skattesats avses den procentuella andel av den

beskattningsbara förvärvsinkomsten som en skattskyldig påförs i kommunal skatt. Skattesatserna påverkar det samlade skatteuttaget på arbete. Skillnader i skattesatsen mellan kommuner och mellan landsting kan bl.a. bero på olikheter vad avser servicenivå, effektivitet och avgiftsfinansiering.

I tabell 2.2 redovisas de kommunala skattesatsernas medelvärde, högsta och lägsta skattesatsen samt spridningen under 2003–2007. Skattesatserna redovisas sammantaget för kommuner och landsting. Mellan 2006 och 2007 sjönk den genomsnittliga skattesatsen för första gången sedan 2002. Av 24 kommuner som sänkte skatten var 12 förortskommuner, varav sju i Stockholms län. I sex kommuner höjdes skattesatsen. Ett landsting höjde skatten mellan 2006 och 2007.

Tabell 2.2 Kommunala skattesatser

Procent	2003	2004	2005	2006	2007	Förändr 03-07*
Vägt medelvärde	31,17	31,51	31,60	31,60	31,55	0,38
Högsta skattesats	33,72	34,04	34,24	34,24	34,24	0,52
Lägsta skattesats	28,90	28,90	28,90	28,89	28,89	-0,01
Variationsvidd	4,82	5,14	5,34	5,35	5,35	0,53

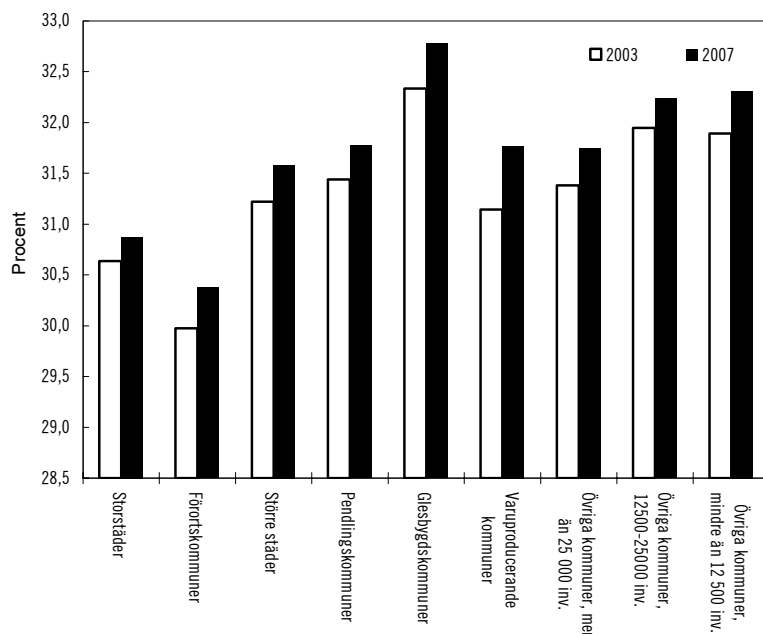
* Procentenheter

Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Den sammantagna genomsnittliga skattesatsen uppgick till 31,55 procent 2007. Under 2003–2007 har den genomsnittliga skattesatsen ökat med 0,38 procentenheter, varav ca 0,30 procentenheter för landstingen och 0,08 för kommunerna. Skillnaden mellan högsta och lägsta skattesats (variationsvidden) ökade under 2003–2007 på grund av att skatten höjdes i kommuner med redan hög skattesats. Kommunerna hade större spridning än landstingen, men landstingens förändring i skattesats under perioden var procentuellt större.

Diagram 2.4 Medelskattesats per kommungrupp (vägt), 2003 och 2007

Skr. 2007/08:102



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Vid jämförelse av den sammantagna medelskattesatsen (diagram 2.4) mellan kommungrupper 2003 och 2007 framkommer att skattesatserna har höjts i samtliga kommungrupper. Kommunerna i gruppen storstäder har den minsta ökningen av skattesatsen medan varuproducerande kommuner hade den största ökningen.

Tabell 2.3 visar de fem kommuner med högst respektive lägst sammantagen skattesats 2003 och 2007. Sedan 2004 har samtliga kommuner med lägst skattesats varit kommuner i Skåne län. Fyra av de fem kommunerna med högst skattesats ligger i Norrlandslänen, vilket har varit situationen sedan 2005.

Tabell 2.3 Kommuner med lägst respektive högst total skattesats 2003 och 2007

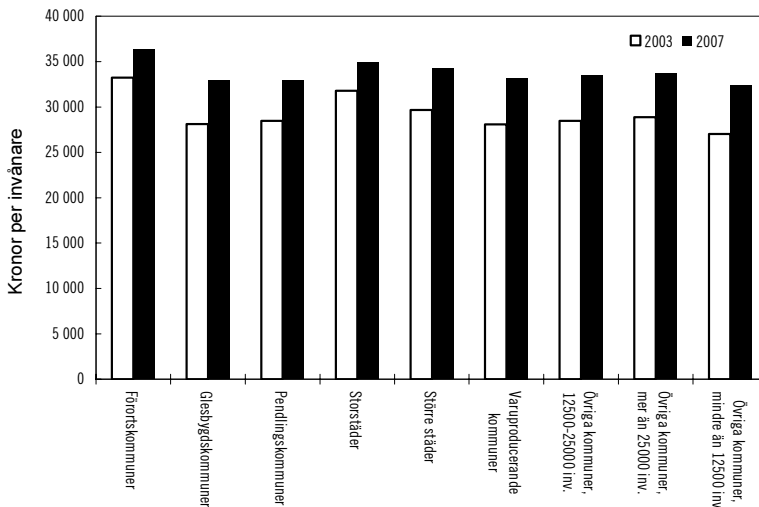
Lägsta skattesats		Högsta skattesats	
2003	2007	2003	2007
Kävlinge 28,90	Vellinge 28,89	Ragunda 33,72	Dals-Ed 34,24
Örkelljunga 29,15	Kävlinge 28,90	Kristinehamn 33,25	Ragunda 33,72
Solna 29,20	Örkelljunga 29,15	Strömsund 33,22	Sollefteå 33,69
Laholm 29,25	Staffanstorps 29,28	Gullspång 33,17	Malå, Norsjö 33,65
Ängelholm 29,43	Ängelholm 29,43	Sollefteå 33,09	Härnösand 33,64

Källa: Statistiska centralbyrån.

År 2007 uppgick kommunernas och landstingens sammantagna skatteintäkter till 478,7 miljarder kronor, vilket var en ökning med 21,1 miljarder kronor, ca 4,6 procent jämfört med 2006. Under perioden 2003–2007 har skatteintäkterna i genomsnitt ökat med ca 3,6 procent per år. Till en del påverkas även skatteintäkterna av regeländringar som påverkar skatteunderlaget. Sådana effekter brukar regleras med att det generella statsbidraget höjs eller sänks.

Kommunernas skatteintäkter uppgick 2007 till 314,9 miljarder kronor, vilket var en ökning med 12,5 miljarder kronor, ca 4,1 procent jämfört med 2006. Skatteintäkterna har i genomsnitt ökat med 3,3 procent per år under perioden 2003–2007. Av diagram 2.5 framgår att de högsta skatteintäkterna i kronor per invånare hade kommungruppen förortskommuner medan kommungruppen övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare hade de lägsta skatteintäkterna 2007. Den största procentuella ökningen under perioden 2003–2007 hade övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare. Det beror främst på att deras skattekraft ökat relativt mycket jämfört med de andra kommungrupperna men också att deras skattesats höjts under perioden. Sämst utveckling av skatteintäkterna under samma period hade kommungrupperna storstäder och förortskommuner. Spridningen mellan kommungrupperna har totalt sett minskat under perioden.

Diagram 2.5 Skatteintäkt i kronor per invånare per kommungrupp, 2003 och 2007

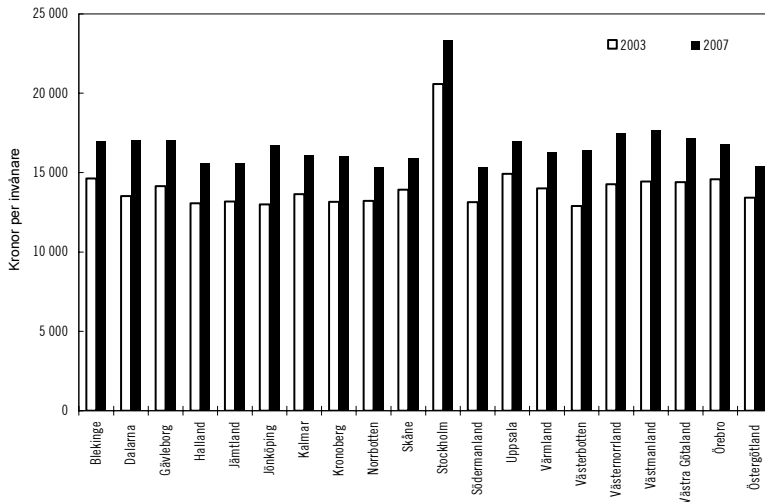


Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Landstingens skatteintäkter uppgick till 163,8 miljarder kronor, vilket var en ökning med 7,9 miljarder kronor, ca 5 procent jämfört med 2006. Skatteintäkterna har i genomsnitt ökat med ca 4 procent per år under perioden 2003–2007.

Som framgår av diagram 2.6 var skatteintäkterna 2007 högst i Stockholms läns landsting medan Södermanlands läns landsting hade de lägsta skatteintäkterna i kronor per invånare. Jämfört med 2006 har skatteintäkterna i genomsnitt ökat med 617 kronor per invånare, ca 3,3 procent. Även 2003 hade Stockholms läns landsting de högsta skatteintäkterna i kronor per invånare, medan Västerbottens läns landsting hade de lägsta skatteintäkterna.

Diagram 2.6 Skatteintäkt i kronor per invånare per landsting, 2003 och 2007



Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Spridningen mellan de högsta och lägsta skatteintäkterna har ökat under perioden 2003–2007. Jönköpings läns landsting hade den procentuellt bästa utvecklingen av skatteintäkter per invånare medan Örebro läns landsting hade den sämsta utvecklingen.

Statsbidrag

Finansutskottet har i tidigare betänkanden (2005/2006:FiU3, 2005/2006: FiU26, 2006/2007:FiU24) efterlyst att redovisningen av statsbidragen bör utvecklas i syfte att förbättra överblicken samt ge en samlad utvärdering av bidragens måluppfyllelse. Statskontoret har på regeringens uppdrag gjort en omfattande genomgång av de beloppsmässigt större specialdestinerade statsbidragen. I november 2007 överlämnade Statskontoret sin rapport Verksamhetsanknutna statsbidrag till kommuner och landsting (2007:17) till regeringen. I rapporten kartläggs bidragens ändamål, utformning av bestämmelser och regleringsbrev, hur bidragen fördelats, vilken uppföljning och utvärdering som skett samt bidragens resultat, effekter och måluppfyllelse.

Rapporten visar att det under 2006 utgick 38 verksamhetsanknutna bidrag som var minst 50 miljoner kronor, vilka tillsammans uppgick till

42 miljarder kronor. Totalt var det 30 anslag på statsbudgeten som innehöll denna typ av bidrag.

Av statsbidragen återfanns 13 stycken inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och 12 stycken inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning. De övriga 13 statsbidragen fördelade sig på sju olika utgiftsområden, med högst två statsbidrag inom något av dessa områden. Statsbidragen inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg innehöll de största beloppen, men här ingick också bidraget för läkemedelsförmånerna som ensamt stod för drygt 20 miljarder kronor. Därutöver fanns det sex statsbidrag från vilka utbetalades 1 miljard kronor eller mer till kommuner och landsting.

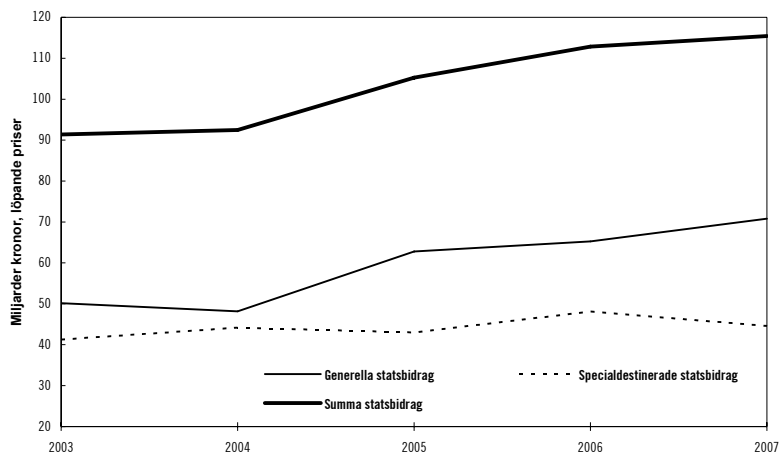
Rapporten visar att uppföljning av statsbidragen sker nästan undantagslöst. Statliga myndigheter har i mindre omfattning tilldelats utvärderingsuppdrag i samband med bidragens fördelning. I de fall det skett utvärderingar framstår de som ambitiösa och seriösa enligt Statskontoret, särskilt de som gjorts av Skolverket och Socialstyrelsen. Statskontoret konstaterar att de prestationer som statsbidragen i olika grad har finansierat emellertid utgör ett relativt litet tillskott i förhållande till verksamheten som helhet, varför effekterna är svåra att isolera och utvärdera.

Utvärderingar är vanligast förekommande när det gäller statsbidrag som utgår för verksamheter eller insatser inom områden där det är kommunerna eller landstingen som har det primära ansvaret för verksamhetens genomförande. Kraven på uppföljning och utvärdering förekommer i mindre utsträckning då statsbidragen utgår baserade på en överenskommelse eller ett avtal mellan staten och mottagarna.

Statskontoret belyser i rapporten ett flertal politikområden och bidrag, varav följande fall utgör ett exempel.

Från det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 13:9 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri* utgick 100 miljoner kronor 2006 som bidrag för satsningar på vård, sysselsättning och boende och 100 miljoner kronor som bidrag för verksamhetsutveckling, vilket avsåg insatser för samverkan och rehabilitering, sysselsättning samt kvalitet och arbetssätt. I Socialstyrelsens uppföljningsrapport från 2007 konstateras att satsningen har mobiliserat de berörda aktörerna samt inneburit en påtaglig kraftsamling. Den har haft en positiv inverkan när det gäller att höja ambitionsnivån för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Samverkan mellan kommuner har förbättrats och kunskapen om målgruppens sammansättning och behov har ökat. Satsningen har dock inte löst det övergripande problemet med att ett stort antal individer saknar en meningsfull sysselsättning eller en samordnad rehabilitering.

Det fanns totalt 109 anslag på statsbudgeten för 2007 som omfattade bidrag till kommunsektorn. Diagram 2.7 visar utvecklingen av specialdestinerade och generella statsbidrag. Även tillskott och ersättningar till kommunsektorn som belastat statsbudgetens inkomstsida ingår. Statsbidragen uppgick totalt till knappt 115 miljarder kronor 2007, vilket motsvarade ca 18 procent av kommunsektorns totala intäkter.

Diagram 2.7 Statliga bidrag till kommunsektorn

Anm. I de specialdestinerade statsbidragen ingår även riktade satsningar på statsbudgetens inkomstsida.

Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

Statsbidragen har sammantaget ökat med ca 24 miljarder kronor mellan 2003 och 2007. Det är framför allt det generella statsbidraget som har ökat under perioden.

Generella statsbidrag

Med generella statsbidrag avses här bidrag som inte är verksamhetsanknutna och som ingår i utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Utvecklingen av de generella statsbidragen framgår av tabell 2.4. Anslaget för kommunalekonomisk utjämning omfattar det beloppsmässigt största statsbidraget till kommunerna och landstingen. Anslaget infördes 2005 och motsvarar anslaget för generellt statsbidrag till kommuner och landsting, som fanns 1996–2004.

Tabell 2.4 Generella statsbidrag och andra tillskott

Miljarder kronor	2003	2004	2005	2006	2007
Generella statsbidrag					
Kommunalekonomisk utjämning*	43,0	41,4	55,2	58,1	70,8
Särskilda insatser	1,9	0,4	0,3	0,2	0,0
Summa generella statsbidrag	44,9	41,9	55,5	58,3	70,8
Tillskott på statsbudgetens inkomstsida					
Sysselsättningsstöd (periodiserat)	4,0	4,9	7,3	6,9	
”200-kronan”	1,3	1,3			
Summa tillskott på statsbudgetens inkomstsida	5,3	6,3	7,3	6,9	
Summa generella bidrag och tillskott	50,2	48,2	62,8	65,3	70,8

*Åren 1996-2004 benämnt generellt statsbidrag till kommuner och landsting.

Källa: Finansdepartementet.

Det generella statsbidraget (anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning*) har ökat från 58,1 miljarder kronor 2006 till 70,8 miljarder kronor 2007. Ökningen förklaras av överföringar på 4,3 miljarder kronor från tidigare specialdestinerade statsbidrag, en överföring av 7 miljarder motsvarande det tillfälliga sysselsättningsstödet som tidigare fanns på statsbudgetens inkomstsida och ett tillskott på 1,3 miljarder kronor. Därutöver påverkades anslaget utveckling även av vissa ekonomiska regleringar mellan staten och kommunsektorn i syfte att neutralisera effekterna av statliga beslut på kommunala kostnader och intäkter.

Anslaget för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting upphörde fr.o.m. 2007, men till följd av tidigare ingångna överenskommelser kan utbetalningar komma att ske fram t.o.m. 2008 (under anslaget utbetalades 16 miljoner kronor 2007).

Tabell 2.5 Förändring av generella bidrag och andra tillskott

Miljarder kronor	2003	2004	2005	2006	2007
Generella bidrag och tillskott	50,2	48,2	62,8	65,3	70,8
Förändring från föregående år	-33,1	-2,0	14,7	2,4	5,6
varav tillskott	2,6	1,0	7,3	2,1	1,1
skatteregleringar	-5,8	-2,6	2,1	-0,6	0,1
överföringar från specialdestinerade statsbidrag	0,2	0	4,2	1,0	4,3
regleringar enligt finansieringsprincipen	-30,1	-0,5	1,0	0,1	0,1
övrigt	-0,1	0,0	0,1	-0,2	0

Källa: Finansdepartementet.

I tabell 2.5 redovisas förändringen av generella bidrag och andra tillskott.

Jämfört med 2006 utbetalades 5,4 miljarder kronor mindre i specialdestinerade statsbidrag 2007 från statsbudgetens utgiftssida. Antalet anslag från vilka utbetalningar gjordes till kommuner och landsting var 109 vilket var fem fler än 2006. Den beloppsmässigt övervägande delen av de specialdestinerade statsbidragen fanns även 2007 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, där bl.a. bidraget för läkemedelsförmåner ingår. Andra utgiftsområden med stora anslag var utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning och utgiftsområde 13 Arbetsmarknad. Det är också inom dessa tre utgiftsområden samt inom utgiftsområde 8 Invandrare och flyktingar som de största förändringarna har skett mellan 2006 och 2007. Utgiftsområde 13 Arbetsmarknad har ökat beroende på en överflyttning av det under utgiftsområde 8 Invandrare och flyktingar uppförda anslaget 10:3 *Kommunersättning vid flyktningmottagande*.

Tabell 2.6 Specialdestinerade bidrag från statsbudgetens utgiftssida per utgiftsområde 2007

	Antal anslag	Miljoner kronor	Andelen (procent)
1. Rikets styrelse	5	31	0,1
4. Rättsväsendet	3	11	0,0
5. Internationell samverkan	1	10	0,0
6. Försvar samt beredskap mot sårbarhet	4	368	0,9
7. Internationellt bistånd	1	54	0,1
8. Invandrare och flyktingar	4	1 588	4,1
9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*	18	21 449	55,0
10. Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp	2	794	2,0
13. Arbetsmarknad	6	5 971	15,3
16. Utbildning och universitetsforskning	23	6 685	17,1
17. Kultur, medier, trossamfund och fritid	13	799	2,0
18. Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande	3	108	0,3
19. Regional utveckling	4	510	1,3
20. Allmän miljö- och naturvård	5	388	1,0
21. Energi	5	87	0,2
22. Kommunikationer	4	71	0,2
23. Jordbruk- och skogsbruk, fiske med anslutande näringar	6	89	0,2
24. Näringsliv	2	15	0,0
Totalt	109	39 030	100

* Redovisas netto inklusive ersättningen från kommunerna till Försäkringskassan för personlig assistans som uppgick till -3 500 miljoner kronor.

Källa: Ekonomistyrningsverket.

Tabell 2.7 visar utvecklingen av de specialdestinerade statsbidragen sedan 2003. I tabellen särredovisas exempel på statsbidrag som helt eller delvis utbetalats till kommuner och/eller landsting. Dessa bidrag utgjorde drygt 83 procent av de totala beloppen för samtliga specialdestinerade

statsbidrag 2007. Övriga specialdestinerade statsbidrag är fördelade på ca 90 anslag inom flertalet utgiftsområden i statsbudgeten. Skr. 2007/08:102

Tabell 2.7 Specialdestinerade statsbidrag och riktade satsningar på statsbudgetens inkomstsida

Miljarder kronor	2003	2004	2005	2006	2007
Specialdestinerade statsbidrag					
Kommunersättningar vid flyktningmottagande	2,4	1,9	1,7	3,2	4,2
Klinisk forskning och utbildning	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0
Regional musikverksamhet mm	0,7	0,7	0,7	0,4	0,4
Vuxenutbildning	1,3	1,8	2,3	1,8	
Läkemedelsförmånerna	18,6	19,4	19,8	20,6	21,4
Personalförstärkning i skolan	2,5	3,4	1,4	1,0	
Ökad tillgänglighet i vården	1,3	1,1			
Maxtaxa barnomsorg mm	3,9	3,7	3,7	3,7	3,7
Personalförstärkning i förskolan			0,7	2,3	
Arbetet med sjukskrivningar i landsting					0,8
Övriga	7,5	8,0	7,1	7,8	6,6
Summa specialdestinerade statsbidrag	40,4	42,8	40,6	44,5	39,1
Riktade satsningar på statsbudgetens inkomstsida					
Anställningsstöd	0,3	0,4	0,6	2,1	3,9
Bredband	0,2	0,4	0,5	0,4	0,3
OSA (offentligt skyddat arbete)	0,3	0,8	0,8	0,7	0,8
Utbildning av personal i vård och omsorg	0	0	0,5	0,3	0,3
Stöd till utbildningsvikariat	0	0	0	0,1	0,3
Summa riktade satsningar på statsbudgetens inkomstsida	0,8	1,6	1,8	3,6	5,6
Summa	41,2	44,2	43,0	48,1	44,7

Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

Kommunalekonomisk utjämning

Utjämningsystemet kan delas upp i fem olika delar: inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag/avgift. Samtliga bidrag och avgifter redovisas inom ramen för anslaget för kommunalekonomisk utjämning. Inkomstutjämningsbidrag ges till kommuner och landsting med en skattekraft under 115 respektive 110 procent av medelskattekraften i landet. Kommuner och landsting med en skattekraft över dessa nivåer betalar en inkomstutjämningsavgift. Kostnadsutjämnningen sker genom bidrag och avgifter enligt samma principer som gällde t.o.m. 2004, dock med vissa modifieringar. Ett strukturbidrag utgår till kommuner och landsting som uppfyller särskilda kriterier och ett införandebidrag utgår under en övergångsperiod till

kommuner och landsting med negativa intäktsförändringar till följd av det system som infördes 2005. Regleringsavgiften/bidraget utgör skillnaden mellan summan av ovan nämnda bidrag och avgifter och anslagsposterna för kommuner och landsting och fördelas med lika många kronor per invånare på alla kommuner respektive landsting.

Fördelningen av den kommunalekonomiska utjämningen på enskilda kommuner och landsting varierar med hänsyn till skillnader i främst skattekraft och strukturella förhållanden som påverkar behovet av kommunala tjänster och kostnaderna för att tillgodose dessa behov.

Tabell 2.8 Kommunalekonomisk utjämning 2005–2007

Miljarder kronor	Kommuner			Landsting		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Inkomstutjämningsbidrag	45	46,2	48,1	14,9	15,2	15,8
-avgift	-3,4	-3,2	-3,3	-2,2	-2	-2
Kostnadsutjämningsbidrag	4,6	4,7	4,9	1,2	1,1	1,2
-avgift	-4,7	-4,7	-4,9	-1,2	-1,1	-1,2
Strukturbidrag	1,5	1,5	1,5	0,7	0,7	0,7
Införandebidrag	1,5	0,8	0,5	0,6	0,3	0,2
Delsumma	44,6	45,3	46,8	14,1	14,2	14,7
Regleringsbidrag/avgift	-2	-0,2	8,3	-1,5	-1,3	0,9
Summa anslagspost	42,6	45,2	55,2	12,6	13,0	15,7

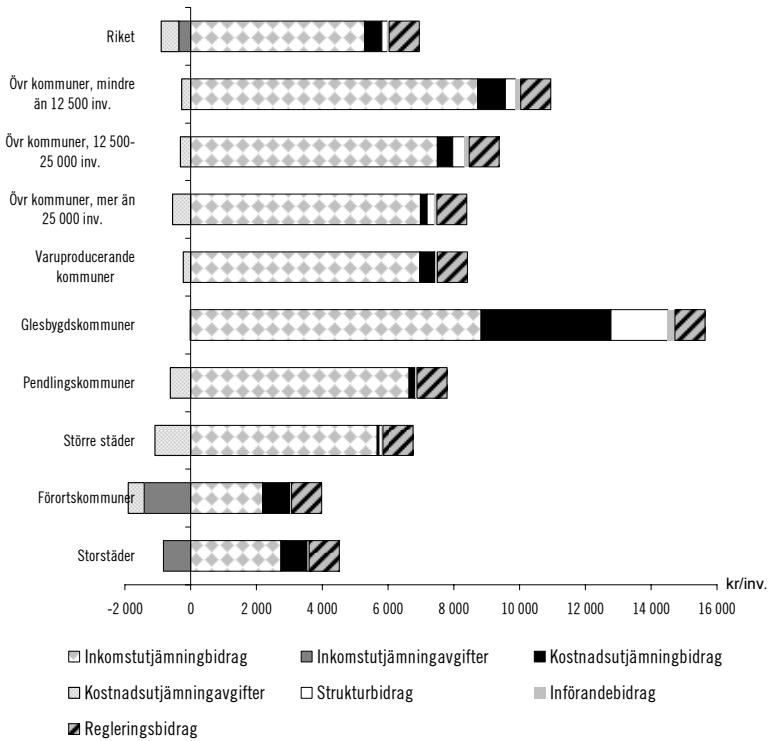
Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

I tabell 2.8 redovisas de bidrag och avgifter som finns inom ramen för anslaget uppdelat på kommuner respektive landsting. Anslaget uppgick 2007 som tidigare nämnts till 70,8 miljarder kronor, en ökning från 58,1 miljarder kronor jämfört med 2006.

Av diagram 2.8 framgår hur utjämningens olika delar genomsnittligt faller ut på olika kommungrupper. År 2007 var 6 kommuner nettobetalare i systemet, jämfört med 12 kommuner 2006. Endast fem kommuner har fått ett försämrat utfall 2007 om totalt 15,7 miljoner kronor mindre. Nettobidraget var lägst för förortskommuner, drygt 2 100 kronor per invånare, vilket ändå är en ökning med 1 400 kronor per invånare sedan 2006. Högst bidrag fick glesbygdskommuner, ca 15 600 kronor per invånare. Utjämningen hade således störst betydelse för dessa. Av det totala anslaget på 55,2 miljarder kronor för kommunerna gick 4,7 miljarder kronor till glesbygdskommuner. Den största delen 14,2 miljarder gick till kommungruppen större städer, främst i form av inkomstutjämningsbidrag.

Diagram 2.8 Utfall av kommunalekonomisk utjämning fördelat på kommungrupper 2007

Skr. 2007/08:102



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Kommungrupperna glesbygdskommuner och övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare får högst inkomstutjämningsbidrag per invånare. Kommungrupperna förortskommuner,orstäder och större städer får lägst. Inkomstutjämningsavgift betalas enbart av kommungruppernaorstäder och förortskommuner. Glesbygdskommuner får högst kostnadsutjämningsbidrag, medan kommungruppen större städer har de högsta kostnadsutjämningsavgifterna. Strukturbidrag utgår till största delen till glesbygdskommuner.

Stockholms läns landsting är den enda nettobetälaren i landstingsutjämningsmed en avgift på 729 kronor per invånare. Högst bidrag får Gotlands kommun med 5 383 kronor per invånare. Att Stockholms läns landsting betalar en nettoavgift beror på att man betalar en avgift i inkomstutjämningsmed 1 019 kronor per invånare. Gotlands kommun har det högsta bidraget i inkomstutjämningsmed 3 887 kronor per invånare. Utfallet i kostnadsutjämningsvarierar från en avgift på 1 029 kronor per invånare för Uppsala läns landsting till ett bidrag på 1 082 kronor per invånare för Norrbottens läns landsting.

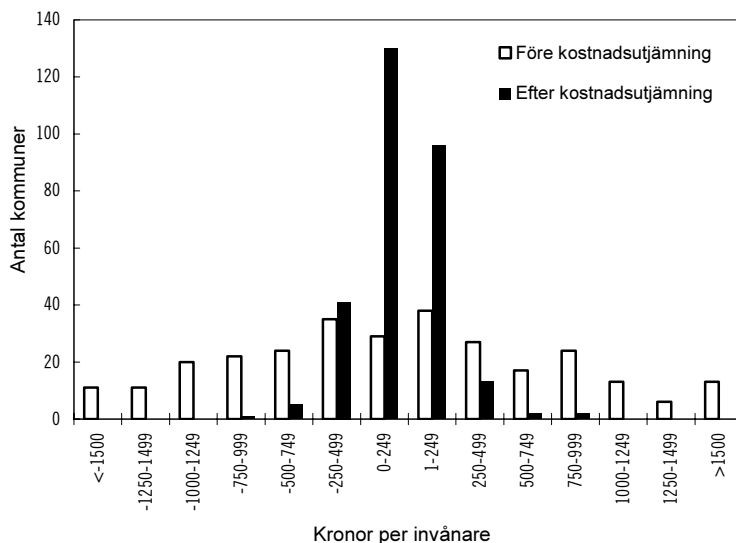
Den kommunalekonomiska utjämningshar följts upp av en särskild utredare och under hösten 2007 redovisades betänkandet. *Uppföljning av den kommunalekonomiska utjämnings* (SOU 2007:61).

Sedan 2004 har det funnits ett nationellt kostnadsutjämningsystem för kommunernas verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I utjämningen beräknas för varje kommun en standardkostnad genom att antalet personer med insatser enligt LSS multipliceras med en nationell genomsnittskostnad för respektive insats. I syfte att i utjämningen även kunna ta hänsyn till skillnader i vårdtyngd och till stordriftsfördelar i verksamheten beräknas för varje kommun ett personalkostnadsindex och ett koncentrationsindex. Kostnadsutjämningen sker genom att kommuner med en beräknad standardkostnad under riksgenomsnittet betalar en avgift till staten som motsvarar skillnaden mellan detta och kommunens standardkostnad. Kommuner med en beräknad standardkostnad över riksgenomsnittet får på motsvarande sätt ett bidrag av staten. Summan av bidragen i landet motsvarar i stort summan av avgifterna. Under perioden 2004–2008 finns speciella införanderegler.

År 2007 var kommunernas nettokostnader för den LSS-verksamhet som utjämningen omfattar drygt 26,7 miljarder kronor. 134 kommuner fick 2 014 miljoner kronor i bidrag och 156 kommuner betalade utjämningsavgifter på 1 949 miljoner kronor. Det är främst kommuner i kommungrupperna förortskommuner och storstäder som betalar avgift medan glesbygdskommuner är de främsta bidragsmottagarna. Inom LSS-verksamheten finns de högsta och lägsta kostnaderna per invånare främst i mindre kommuner.

I mars 2008 beslutade regeringen propositionen Förändringar i kostnadsutjämningen för LSS-verksamhet (prop. 2007/08:88).

Diagram 2.9 Antal kommuner efter skillnad mellan nettokostnad och riksgenomsnittlig nettokostnad 2005 före och efter tillägg av bidrag och avgift i 2007 års LSS-utjämning



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Som framgår av diagram 2.9 hade ingen kommun en nettokostnad 2007 som avvek från riksgenomsnittet med mer än 1 000 kronor per invånare efter kostnadsutjämningen. Närmare 78 procent av kommunerna låg i intervallet +/- 250 kronor per invånare efter kostnadsutjämningen jämfört med 23 procent före utjämningen.

2.3 Nettokostnader, kommunal konsumtion och demografi samt köp av verksamhet

Nettokostnader

År 2007 uppgick nettokostnaderna enligt resultaträkningen totalt för sektorn till 562,8 miljarder kronor, vilket var en ökning med 29,5 miljarder kronor eller 5,5 procent jämfört med 2006. Under femårsperioden 2003–2007 har nettokostnaderna i genomsnitt ökat med ca 4,5 procent per år, mest under 2004 (ca 6 procent) och minst under 2005 (ca 3,8 procent).

Nettokostnaderna utgör den del av kostnaderna som finansieras med skatteintäkter och generella statsbidrag. De totala nettokostnaderna för kommunerna som redovisas nedan i tabell 2.9 avviker något från de kostnader som redovisas i tabell 2.1, Resultaträkning för kommunsektorn 2003–2007. Det beror på justeringar för bl.a. interna poster i den samlade resultaträkningen. För de större verksamheterna redovisas kostnadsutvecklingen mer utförligt i respektive verksamhetsavsnitt. I dessa

används i allmänhet begreppet kostnader för egen konsumtion (externa bruttokostnader) för respektive verksamhet. Beloppen i detta avsnitt är därför inte jämförbara med de belopp som anges i verksamhetsavsnitten.

Tabell 2.9 Nettokostnader för olika verksamheter

Miljarder kronor om ej annat anges	2002	2003	2004	2005	2006	02-06, %	05-06, %
Kommuner:							
Barnomsorg	35	38	39	42	43	23	2
Utbildning	103	107	109	114	118	15	3
- varav grundskola	73	75	76	79	80	10	1
- varav gymnasiet	26	28	29	31	33	27	6
Äldre- och handikappomsorg	94	99	101	103	108	15	5
- varav handikappomsorg	26	29	31	33	35	35	6
Individ- o familjeomsorg	23	24	25	26	26	13	0
Övrigt	45	47	49	49	54	20	9
Totalt kommuner	300	315	323	334	349	16	4
Landsting:							
Hälso- och sjukvård*	126	134	136	142	149	18	5
Övrigt landsting	15	15	15	16	21	40	24
Totalt landsting	141	149	151	158	170	21	7
Totalt kommunsektorn	441	464	474	492	519	18	5

* Exklusive kostnader för läkemedelsförmånen.

Källor: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting samt Finansdepartementet.

Kommunernas nettokostnader har ökat med nära 18 procent (78 miljarder kronor) mellan 2002 och 2006. Av ökningen står löner för ca 44 miljarder kronor. Ökningen av kostnaderna är procentuellt sett större för landstingen än vad de är för kommunerna. Mellan 2005 och 2006 ökade kostnaderna för sektorn i genomsnitt med 5 procent.

Förklaringen till kostnadsutvecklingen varierar mellan de olika verksamheterna. Demografin påverkar samtliga verksamheter och hade under perioden 2002-2006 stor inverkan på utvecklingen inom barnomsorgen, grundskolan och gymnasieskolan. Antalet barn 1–5 år och antalet unga i gymnasieåldern har den senaste femårsperioden ökat med ca 9 respektive nära 18 procent, medan antalet barn i grundskoleåldern har minskat med närmare 9 procent. Inom barn- och äldreomsorgen har ett antal reformer genomförts bl.a. maxtaxan vilket har påverkat nettokostnaden. Landstingens kostnader har ökat till följd av reformer såsom nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården, tillgänglighetsmedel och vårdgarantin. Syftet med dessa reformer har varit att förbättra medborgarnas tillgänglighet till vården och förkorta vårdköerna.

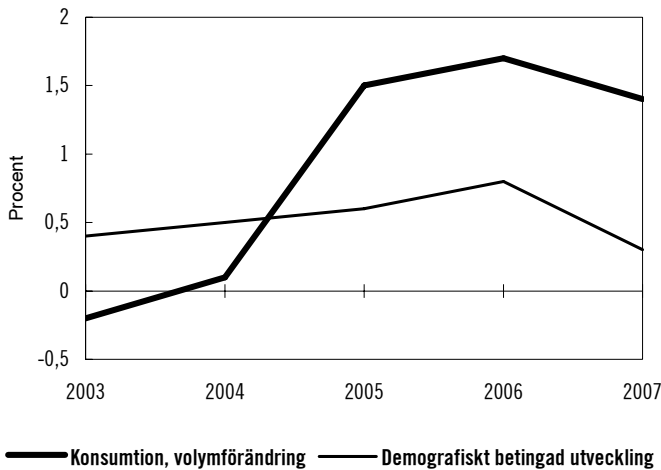
Kommunal konsumtion och demografi

Ovan redovisas nettokostnaderna i löpande priser. I nationalräkenskaperna redovisas kommunala konsumtionsutgifter, vilket inte exakt motsvarar nettokostnaderna enligt den kommunala redovisningen. De kommunala konsumtionsutgifterna redovisas även i fasta priser och

kan därför användas som ett grovt mått på kommunsektorns produktion eller resursutveckling. Skr. 2007/08:102

Den kommunala konsumtionen påverkas av ett antal faktorer, inte minst den samhällsekonomiska utvecklingen. Av diagram 2.10 framgår att den kommunala konsumtionen varierat mellan -0,2 procent 2003 och 1,7 procent 2006. År 2007 uppgick konsumtionen till 1,4 procent, vilket innebar en minskning med 0,3 procentenheter jämfört med 2006. Den kommunala konsumtionen i fasta priser (konsumtionsvolymen) ökade i genomsnitt med nära en procent per år under perioden 2003–2007.

Diagram 2.10 Förändring av konsumtionsvolym och demografisk betingad utveckling av konsumtionen, 2003-2007



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Den demografiska utvecklingen, dvs. förändringar i åldersstrukturen, ställer krav på anpassning av kommunsektorns verksamheter. Genom att anta att dagens standard, tillgänglighet etc. bibehålls i de kommunala verksamheterna kan demografiska effekter på de kommunala konsumtionsutgifterna beräknas (se diagram 2.10). Under perioden 2003–2007 har det varit små förändringar i den demografiskt betingade utvecklingen av konsumtionen. Delas utvecklingen upp på respektive verksamhet skedde den största förändringen mellan 2003 och 2007 i gymnasieskolan som ökade och i grundskolan som minskade.

Köp av verksamhet

Kommunerna och landstingen kan välja att i stället för att själva utföra en verksamhet de ansvarar för köpa denna från andra producenter än kommunala myndigheter. Under flera år har en allt större del av driftskostnaderna använts till köp av verksamhet från föreningar, stiftelser samt privata och kommunala bolag. I köp av verksamhet ingår inte

verksamhet som bedrivs i kommunalförbund, såsom räddningstjänst och kollektivtrafik. Skr. 2007/08:102

Under perioden 2002–2006 har köp av verksamhet ökat med ca 29 procent, i genomsnitt ca 5,8 procent per år. År 2002 köpte kommunerna verksamhet för 44,7 miljarder kronor, vilket motsvarade 12 procent av de kommunala driftskostnaderna. År 2006 hade denna andel ökat till 13 procent, eller 57,4 miljarder kronor.

Mest verksamhet köptes 2006 inom äldreomsorgen (9,7 miljarder kronor). Barnomsorgen, grundskolan och gymnasieskolan är andra verksamheter med relativt omfattande köp av verksamhet. Det är dock inom missbrukarvården för vuxna samt barn- och ungdomsvården som andelen av den externa tjänsteproduktionen är högst i förhållande till de totala kostnaderna för verksamheterna (33 procent respektive 36 procent). I båda dessa verksamheter gällde köpen främst platser i institutionsvård.

De största säljarna av tjänsterna är privata företag. År 2006 såldes verksamhet för 35,6 miljarder kronor av privata företag, vilket motsvarar 62 procent av kommunernas samlade kostnader för köp av verksamhet. Köpen från privata företag 2002 var 25,6 miljarder kronor, vilket motsvarade 58 procent av kommunernas samlade köp.

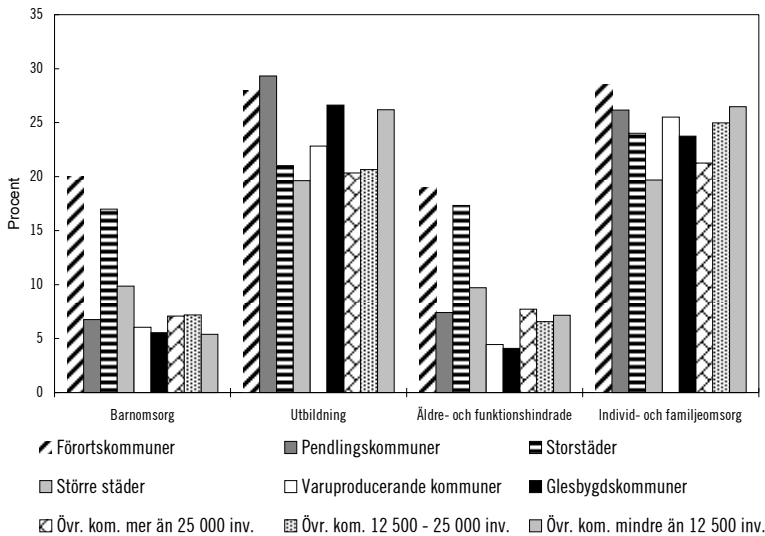
I vården av äldre och funktionshindrade anlitas privata företag i en förhållandevis hög grad. År 2006 uppgick köpen från privata företag till 73 procent av de 14,8 miljarder kronor som användes till externa köp.

Under den aktuella femårsperioden har även köpen från kommunägda företag ökat. Mellan 2002 och 2006 har försäljningen mer än fördubblats, från en volym på 2,1 miljarder kronor 2002 till 4,5 miljarder 2006.

Huvuddelen av föreningarnas och stiftelsernas verksamhet finns inom barnomsorgen, grundskolan och gymnasieskolan. Den samlade inköpssumman från denna kategori uppgick 2006 till 10,9 miljarder kronor, vilket var 2 miljarder kronor mer än 2002. Som en följd av att den totala inköpsvolymen ökade i en högre takt minskade stiftelsernas och föreningarnas ”marknadsandel” något mellan 2002 och 2006.

Diagram 2.11 Köp av verksamhet som andel av driftskostnad, per kommungrupp och verksamhet, ovägda medelvärden

Skr. 2007/08:102



Källa: Statistiska centralbyrån.

Diagram 2.11 visar kostnaden 2006 för externa verksamhetsköp som andel av driftskostnaderna fördelad på kommungruppsnivå. Inslaget av verksamhetsköp varierade ganska mycket mellan olika kommungrupper. För barnomsorg, äldre- och funktionshindrade var skillnaderna mellan kommungrupperna som mest framträdande, medan köpen inom utbildning och individ- och familjeomsorg var jämnare fördelade. Diagrammet visar att företskommunerna i högre grad än andra köpte verksamhet från externa producenter.

Landstingen köpte 2006 verksamhet för 29,7 miljarder kronor. Sedan 2002 har volymen av köp inte förändrats nämnvärt.

2.4 Kommunal personal

Sysselsättning i kommuner och landsting

Antalet sysselsatta inom den kommunala sektorn utgör ca 25 procent av det totala antalet sysselsatta i riket. Mellan 2003 och 2007 har antalet sysselsatta i den kommunala sektorn ökat med ca 2,5 procent, vilket motsvarar ca 27 200 sysselsatta. Totalt var antalet sysselsatta i kommuner och landsting 1 115 700 personer 2007, vilket är 0,7 procent högre, eller ca 7 400 fler än 2006.

Tabell 2.10 Antal personer sysselsatta i kommunsektorn och i näringslivet inom vård och utbildning

Tusental	2003	2004	2005	2006	2007
Kommuner	833	834	834	844	850
Landsting	255	263	262	264	266
Summa kommuner och landsting	1 088	1 097	1 096	1 108	1 116
Näringsliv: Vård och utbildning	156	154	157	164	174
Totalt	1 244	1 251	1 253	1 272	1 290

Källor: Statistiska centralbyrån, Nationalräkenskaperna.

Ökningen mellan 2005 och 2006 för kommuner och landsting förklaras bl.a. av att det tillkom ca 16 000 plusarbetare (arbetsmarknadsåtgärd). Sysselsättningen har ökat i 60 procent av kommunerna och i 14 av 20 landsting mellan 2005 och 2006. Sysselsättningen har ökat i alla kommungrupper med undantag för glesbygdskommuner och de minsta övriga kommunerna. Ökningen av antalet sysselsatta mellan 2006 och 2007 beror främst på en fortsatt ökning av antalet plusarbetare.

Som framgår av tabell 2.10 har även antalet sysselsatta i näringslivet inom vård och utbildning ökat, i synnerhet mellan 2006 och 2007.

Löner i kommuner och landsting

Personalkostnaderna motsvarade ca 57 procent av kommunernas och ca 50 procent av landstingens totala kostnader, vilket gör det till det enskilt största kostnadsslaget.

Den genomsnittliga månadslönen i kommunerna ökade mellan 2005 och 2006 från 21 000 till 21 500 kronor (+2,5 procent). I landstingen var den genomsnittliga månadslönen 26 600 kronor 2006, vilket var en ökning med 2,2 procent jämfört med året innan. Löneökningstakten mellan 2005 och 2006 var den lägsta under perioden 1997–2006.

Män hade generellt sett högre löner än kvinnor, men bland kommunerna är skillnaden mindre än i den privata sektorn. Medellönen för män i kommunerna var 23 000 kronor per månad 2006, medan kvinnor hade en medellön på 21 100 kronor.

Enligt Medlingsinstitutet kan löneskillnaderna mellan män och kvinnor inom den kommunala sektorn generellt sett inte förklaras av köns-tillhörighet, utan av andra faktorer såsom utbildning, yrkesinriktning, arbetslivserfarenhet och arbetsomfattning. När dessa faktorer eliminerades blev resultatet att kvinnor anställda i kommuner hade löner 2006 som motsvarade 99 procent av männens löner. I landstingen motsvarade kvinnornas löner 95 procent av männens löner. Som framgår av tabell 2.11 låg löneskillnaderna i de statliga och privata sektorerna på en jämförbar nivå med landstingen. Löneskillnaderna har minskat med 3 procentenheter i landstingen mellan 2002 och 2006, vilket är en utveckling som är gemensam för hela arbetsmarknaden.

Tabell 2.11 Kvinnors lön i procent av mäns efter arbetsmarknadssektor

Skr. 2007/08:102

	2002		2006	
	Ej standard-viktad	Standard-viktad	Ej standard-viktad	Standard-viktad
Kommuner	90	98	92	99
Landsting	71	92	72	95
Statlig	84	92	87	94
Privat	85	90	87	93
Samtliga	83	92	84	95

Anm. I beräkningen tas hänsyn till yrke, ålder, utbildning och arbetstidens omfattning.

Källor: Statistiska centralbyrån och Medlingsinstitutet.

Könsfördelning och åldersstruktur bland kommunalanställda

Kvinnorna innehade 79 procent av anställningarna i kommuner och landsting 2006. Den kvinnliga dominansen var störst i förskolan (94 procent).

Av männen i kommunerna hade 85 procent en avtalad tjänsteförfattning om heltid, jämfört med 64 procent av kvinnorna. Motsvarande andelar för landstingen var 80 procent för männen och 50 procent för kvinnorna. Deltidsanställningar var således relativt sett vanligare bland de landstingsanställda.

Medelåldern bland personalen i kommunerna var 45,7 år 2006. Landstingens personal hade en medelålder på 46 år. En analys av åldersstrukturen bland kommunerna visar att personalen är yngre i kommungruppen förortskommuner, större städer och storstäder. I dessa typer av kommuner motsvarade de unga (upp till 39 år) ca en tredjedel av arbetskraften. I övriga kommuner med upp till 25 000 invånare och i glesbygdskommuner utfördes en större del av de kommunala tjänsterna av arbetskraft i åldern 40 år och äldre, vilket motsvarade ca 73 procent av de anställda.

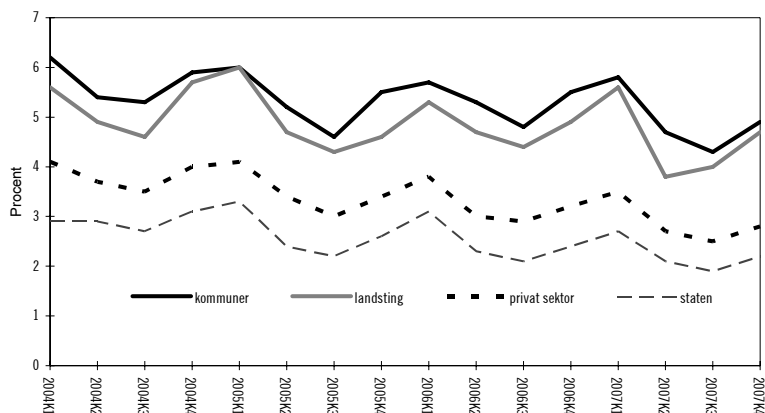
Minskande sjukfrånvaro i kommuner och landsting

En jämförelse mellan sektorer visar att anställda i statlig sektor, följd av privat sektor hade den lägsta sjukfrånvaron. Mellan 2004 och 2007 har kommuner och landsting generellt sett haft ca 2 procent högre sjukfrånvaro än staten. Sedan 2004 har sjukfrånvaron gått ned i alla sektorer, särskilt under 2007.

Från en högsta nivå 2001–2003 har sjukfrånvaron i kommuner och landsting generellt sett sjunkit varje år därefter. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting motsvarade minskningen i sjukfrånvaron mellan 2005 och 2006 i kommuner och landsting 2 600 årsarbetare, vilket i princip innebär motsvarande minskat behov av vikarier.

Diagram 2.12 Sjukfrånvaron i olika sektorer, per kvartal 2004-2007, mätt som andel frånvarande personer vid mättilfället

Skr. 2007/08:102



Källa: Statistiska centralbyrån.

2.5 Investeringar

Under perioden 2002–2006 uppgick kommunernas och landstingens totala investeringsutgifter till drygt 167 miljarder kronor. Förutom investeringar i byggnader, t.ex. skolor och sjukhus, investerar kommuner och landsting även i infrastrukturen för el, vatten, fjärrvärme, vägar och bostäder.

Kommuner

De totala investeringsutgifterna för kommunerna uppgick till 30 miljarder kronor 2006. Investeringsinkomsterna var 2 miljarder kronor varav statliga investeringsbidrag uppgick till 0,8 miljarder kronor. Därtill kommer de kommunala företagens investeringar. De största investeringarna skedde i lokaler samt gator och vägar.

Kommunernas investeringsutgifter varierade under perioden 2002-2006 mellan 24 och 30 miljarder kronor per år. Under åren 2002-2006 redovisade kommungruppen storstäder högst investeringsutgifter per invånare, 3 285 kronor i genomsnitt per år. Denna kommungrupp har i fyra år av fem haft högsta investeringsutgiften per invånare.

Kommungruppen övriga kommuner med 12 500–25 000 invånare, hade i genomsnitt under perioden 2002–2006 investerat för 2 491 kronor per invånare och år, vilket var lägst av kommungrupperna. Denna kommungrupp hade under fyra år av fem haft den lägsta investeringsutgiften per invånare.

Landsting

Landstingens totala investeringsutgifter uppgick till 11 miljarder kronor 2006. Investeringsinkomsterna var 2 miljarder kronor. Av de totala

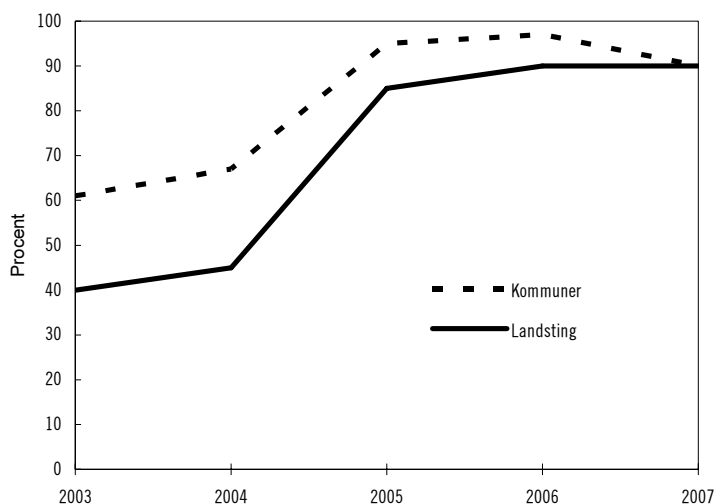
investeringsutgifterna 2006 investeras mest i byggnader, men även i inventarier varav 1 miljard kronor i medicintekniska inventarier samt i finansiella anläggningstillgångar t.ex. värdepapper i pensionsfond.

Investeringsutgifterna har under perioden 2002–2006 uppgått till mellan 6,7 och 11,0 miljarder kronor per år. I genomsnitt investeras det för ca 900 kronor per invånare och år i landstingen under perioden 2002–2006. Investeringsutgifterna varierade mellan ca 200 och 2 000 kronor per invånare och år.

2.6 Kommunernas och landstingens ekonomi

Andelen kommuner och landsting som redovisade positiva resultat före extraordinära poster 2007 uppgick till vardera 90 procent (261 kommuner och 18 landsting). Detta är en försämring för kommunerna och oförändrat för landstingen jämfört med 2006.

Diagram 2.13 Andelen kommuner respektive landsting med positiva resultat före extraordinära poster 2003–2007



Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Kommunernas ekonomi

Kommunernas resultat före extraordinära poster uppgick 2007 till 9,5 miljarder kronor, en minskning jämfört med 2006 motsvarande 3,8 miljarder kronor (28,6 procent). Kommunerna har under perioden 2003–2007 uppvisat positiva resultat före extraordinära poster som varierat mellan 1,7 miljarder kronor och 13,3 miljarder kronor.

Årets resultat, dvs. inklusive extraordinära poster, uppgick 2007 till 22 miljarder kronor, vilket är en förbättring med 2,7 miljarder kronor jämfört med 2006. De extraordinära posterna uppgick till nästan 13 miljarder kronor och den enskilt största posten, ca 7,2 miljarder

kronor, avsåg en intern försäljning av aktieinnehavet i ett kommunägt bolag. Skr. 2007/08:102

Ett bland kommuner och landsting vanligt förekommande mål för god ekonomisk hushållning är att resultatet bör motsvara två procent av summan av skatteintäkter och generella statsbidrag. För kommunerna sammantaget motsvarade resultatet 2,6 procent 2007, och varierade mellan 15,6 procent och -3,3 procent.

Tabell 2.12 Kommunernas resultaträkning 2003–2007

Miljarder kronor	2003	2004	2005	2006	2007*
Verksamhetens intäkter	90,2	95,1	96,4	104,2	105,3
Verksamhetens kostnader	-387,5	-398,1	-411,0	-433,2	-455,6
Avskrivningar	-13,3	-13,4	-13,6	-14,3	-14,6
Verksamhetens nettokostnader	-310,6	-316,3	-328,2	-343,3	-364,9
Skatteintäkter	269,8	277,0	285,3	302,3	314,9
Generella statsbidrag	39,3	38,7	48,3	50,4	55,5
Finansiella intäkter	11,2	10,1	9,9	10,6	12,4
Finansiella kostnader	-8,0	-7,0	-6,3	-6,7	-8,4
Resultat före extraordinära poster	1,7	2,4	9,0	13,3	9,5
Extraordinära intäkter	1,6	3,7	4,6	9,3	13,3
Extraordinära kostnader	-1,2	-0,9	-2,2	-3,3	-0,8
Årets resultat	2,0	5,2	11,4	19,3	22,0

* Kommunernas samlade resultaträkning 2007 är preliminär.

Källa: Statistiska centralbyrån.

Den största delen av intäkterna för verksamheten, ca 80 procent, tar kommunerna in själva och utgörs av skatteintäkter och taxor och avgifter. Övriga intäkter är statsbidrag och finansiella intäkter.

Skatteintäkterna ökade med 4,2 procent jämfört med 2006 och uppgick till nästan 315 miljarder kronor. Det motsvarade ca 68 procent av kommunernas totala intäkter. Under perioden 2003–2007 har skatteintäkterna ökat med i genomsnitt 3,3 procent per år. Skatteintäkterna 2007 uppgick till i genomsnitt ca 34 300 kronor per invånare och var som högst 50 431 kronor per invånare och som lägst 26 275 kronor. Spridningen har minskat under perioden, men ökat något jämfört med föregående år.

Av kommunernas totala kostnader 2007 stod kostnaderna för personal för den största delen och motsvarade ca 57 procent. Den näst största posten var köp av verksamhet. Därutöver har kommunerna kostnader för främst inköp av varor, lokalkostnader samt bidrag och transfereringar. Största delen av kostnaderna gick till pedagogisk verksamhet vilket motsvarade drygt 40 procent av kostnaderna. Kostnaden för vård och omsorg motsvarade ca 36 procent. Resterande del, drygt 20 procent, gick bl.a. till gator och vägar, räddningstjänst, kultur och fritid samt energi, vatten och avfall.

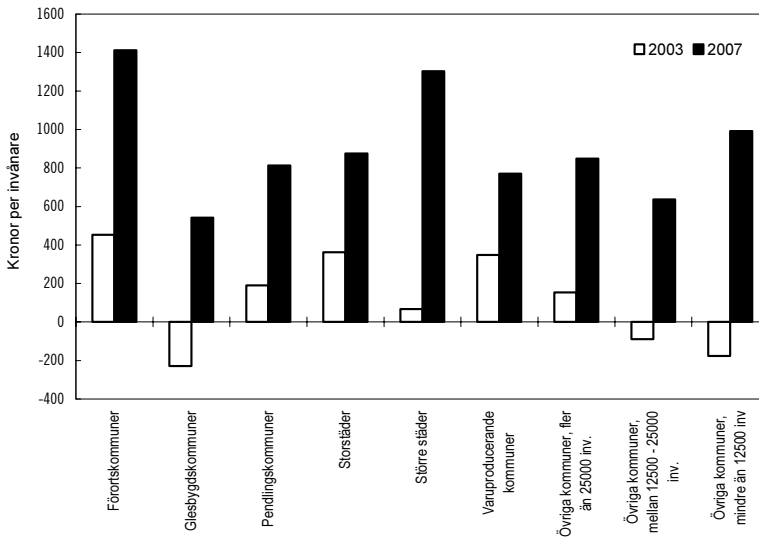
Nettokostnaderna ökade med i genomsnitt 3,5 procent per år under perioden 2003–2007 och uppgick till ca 365 miljarder kronor 2007, en

ökning med 6,2 procent jämfört med året innan. Nettokostnadsförändringen varierade mellan kommunerna från en minskning med drygt 5 procent till en ökning med 19 procent. Nettokostnaderna uppgick i genomsnitt till ca 39 700 kronor per invånare och som högst till drygt 62 400 kronor per invånare och som lägst till 29 500 kronor per invånare. Spridningen har ökat i jämförelse med 2006, då nettokostnaderna som högst uppgick till ca 55 500 kronor per invånare och som lägst till ca 27 000 kronor per invånare.

Spridningen av resultaten

Resultatet före extraordinära poster per invånare och per kommungrupp var högst i kommungruppen förortskommuner med ett genomsnitt på 1 411 kronor per invånare och därefter kommungruppen större städer med 1 302 kronor per invånare. Sämst resultat redovisade glesbygdskommuner med i genomsnitt 541 kronor per invånare. Sett över hela perioden 2003–2007 uppvisade förortskommuner de högsta resultaten, medan övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare uppvisade de lägsta resultaten.

Diagram 2.14 Resultat före extraordinära poster, 2003 och 2007



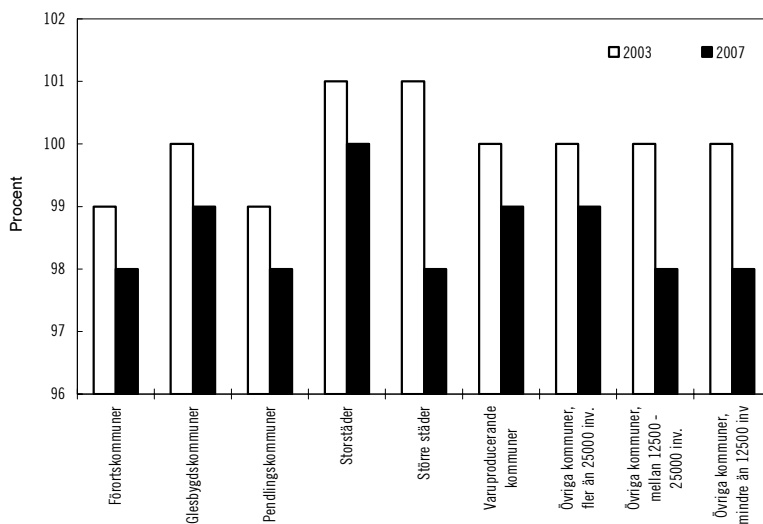
Källa: Statistiska centralbyrån.

Spridningen mellan enskilda kommuner visar att resultatet före extraordinära poster uppgick som högst till 5 868 kronor per invånare och som lägst till -7 042 kronor per invånare 2007. Spridningen har ökat jämfört med 2006 då resultatet före extraordinära poster som högst var 4 976 kronor per invånare och som lägst -484 kronor per invånare. Även jämfört med 2003 har spridningen ökat. Då uppgick resultatet som högst till 3 485 kronor per invånare och som lägst till -4 192 kronor per invånare.

Nettokostnadernas andel av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning, visar om skatteintäkterna, generella statsbidrag och utjämning täcker kostnaderna för den löpande verksamheten. Om andelen överstiger 100 procent täcks inte nettokostnaderna av skatteintäkter och generella statsbidrag. År 2007 uppgick andelen i genomsnitt till 98 procent. Spridningen mellan kommunerna visar att andelen som högst var 108 procent och som lägst 86 procent. Sämst värde 2007 hade kommungruppen storstäder. Bäst värde hade kommungrupperna förortskommuner, pendlingskommuner, större städer, övriga kommuner med 12 500–25 000 invånare samt övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare.

Under perioden 2003–2007 har samtliga kommungrupper förbättrat sina värden. Kommungruppen större städer har haft den största positiva förändringen under perioden. Andelen kommuner med en andel som översteg 100 procent uppgick till 11 procent (32 kommuner). Det är en minskning med 70 procent jämfört med 2003 då 109 kommuner låg över 100 procent.

Diagram 2.15 Nettokostnadernas andel av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning för kommunerna 2003 och 2007



Källa: Statistiska centralbyrån.

Kommunernas avsättningar och ansvarsförbindelser

Kommuner och landsting ska enligt lagen (1997:614) om kommunal redovisning redovisa sina pensioner enligt den s.k. blandade modellen. Det innebär att en redovisningsmässig avsättning sker av nyintjänade pensionsförpliktelser fr.o.m. 1998. Den blandade modellen utgår från att pensionsåtaganden som upparbetats före 1998 uppkommit i ett s.k. fördelningssystem. I den blandade modellen redovisas utbetalningar för

gamla pensionsförmåner, som upparbetats i det gamla fördelnings-systemet, som kostnader. Pensionsförmåner intjänade fr.o.m. 1998 kostnadsförs redan när de uppstår. I balansräkningen beaktas således endast pensionsåtaganden för de fr.o.m. 1998 intjänade pensionerna medan de äldre pensionsåtagandena redovisas som ansvarsförbindelser.

Totalt uppgick kommunernas avsättningar till ca 27 miljarder kronor 2007. Avsättningar avseende pensioner inklusive löneskatt uppgick till drygt 16 miljarder kronor och övriga avsättningar (t.ex. återställande av deponier) var drygt 10 miljarder kronor. Pensionsavsättningarna ökade med 41 procent (5 miljarder kronor) jämfört med 2006. Under de senaste fem åren har pensionsavsättningarna ökat med 7 miljarder kronor. Den största ökningen var mellan 2006 och 2007. En förklaring till den kraftiga ökningen 2007 är förändrade riktlinjer för beräkning av pensionsskulden och då främst förändrade livslängdsåtaganden. Den reala kalkylräntan för pensionsavsättningar var oförändrad, 2,5 procent.

I genomsnitt uppgick pensionsavsättningarna till 1 797 kronor per invånare 2007. Spridningen mellan kommunerna visar att pensionsavsättningarna inklusive löneskatt uppgick som högst till 5 955 kronor per invånare och som lägst till 41 kronor per invånare. Högst pensionsavsättningar hade kommuner i kommungruppen förortskommuner med i genomsnitt 2 753 kronor per invånare och lägst hade varuproducerande kommuner med i genomsnitt 973 kronor per invånare. Spridningen har ökat under den senaste femårsperioden. Jämförelsevis uppgick pensionsavsättningarna till som högst 3 309 kronor per invånare och som lägst till 78 kronor per invånare 2003.

Enligt lagen (1997:614) om kommunal redovisning ska pensionsförmåner som intjänats före 1998 redovisas som ansvarsförbindelse. Ansvarsförbindelsen uppgick till nära 195 miljarder kronor 2007, en ökning med 13 procent (22 miljarder kronor) jämfört med 2006. Ansvarsförbindelsen har under den senaste femårsperioden ökat med drygt 27 procent eller 42 miljarder kronor. Den kraftiga ökningen 2007 beror till största delen på en sänkt kalkylränta från 2,5 procent till 0 och förändrade livslängdsåtaganden.

Ansvarsförbindelsen uppgick till i genomsnitt 21 000 kronor per invånare 2007. Spridningen mellan kommunerna visar att ansvarsförbindelsen uppgick som högst till 39 312 kronor per invånare och som lägst till 9 692 kronor per invånare, vilket innebar att spridningen har ökat något jämfört med föregående år. Högst ansvarsförbindelse hade kommunerna i kommungruppen glesbygdskommuner med i genomsnitt 26 990 kronor per invånare och lägst hade förortskommuner med i genomsnitt 18 074 kronor per invånare.

Kommunernas skuldsättning och soliditet

Den totala skuldsättningen i kommunerna ökade under 2007 liksom de två föregående åren. I genomsnitt uppgick de långfristiga skulderna till nära 13 000 kronor per invånare, vilket är oförändrat jämfört med 2006. Lägst långfristiga skulder redovisade kommunerna i kommungruppen förortskommuner med i genomsnitt 5 000 kronor per invånare. Högst

hade kommungruppen storstäder med i genomsnitt 18 701 kronor per invånare Skr. 2007/08:102

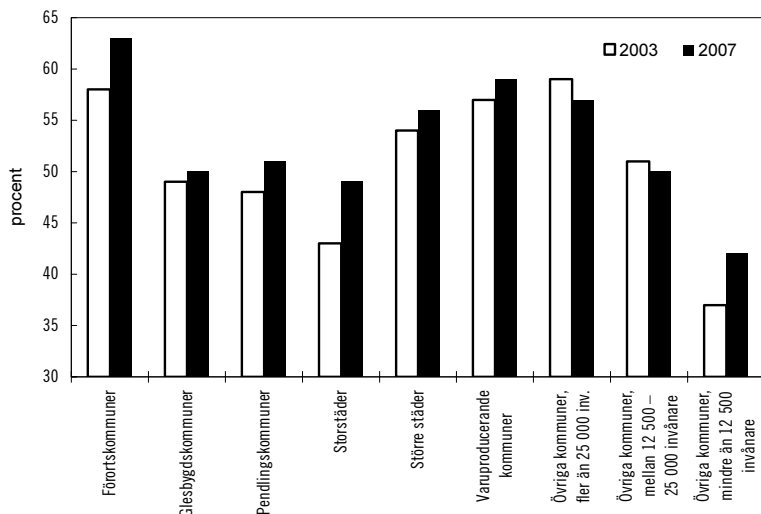
För att ge en bild av en kommuns ekonomiska styrka kan ett mått som beaktar både tillgångs- och skuldsidan användas. Soliditeten är ett nyckeltal som anger hur stor del av tillgångarna som är finansierade med eget kapital och är ett uttryck för kommunens betalningsförmåga på lång sikt.

Kommunernas sammantagna soliditet för 2007 uppgick till 53 procent, vilket är oförändrat jämfört med 2006. Under perioden 2003–2007 har soliditeten totalt sett legat stabilt på denna nivå.

Kraftigaste ökningen av soliditeten, 5 procentenheter, hade kommuner med mindre än 12 500 invånare. I förorts- och varuproducerande kommuner ökade soliditeten med 3 procentenheter vardera. Minskad soliditet hade kommungruppen övriga kommuner med fler än 25 000 invånare och övriga kommuner med 12 500–25 000 invånare.

Sättet att organisera verksamheten påverkar såväl skulderna som tillgångarna och försvårar soliditetsjämförelser mellan kommunerna. De flesta kommuner bedriver sin verksamhet främst i förvaltningsform. Vissa kommuner har valt att lägga större delar av verksamheten i företagsform. Verksamheter med stora tillgångar som fastighetsförvaltning och energiverksamhet kan ha stor påverkan på soliditeten.

Diagram 2.16 Soliditet per kommungrupp, 2003 och 2007



Källa: Statistiska centralbyrån.

Landstingens resultat

Landstingens resultat har varierat mycket under perioden 2003–2007 och resultatet före extraordinära poster uppgick som mest till 4,2 miljarder kronor 2005 och som lägst till –2,5 miljarder kronor 2003. År 2007 uppgick resultatet före extraordinära poster till 3,2 miljarder kronor, en förbättring med 1,3 miljarder kronor jämfört med 2006. Resultatet för

2006 påverkades dock av vissa tillfälliga faktorer som påverkar jämförbarheten. Dessa tillfälliga poster påverkade resultatet negativt med ca 3 miljarder kronor. Med hänsyn till dessa poster innebär årets resultat en försämring jämfört med 2006.

Landstingen hade inga extraordinära poster 2007, varför även årets resultat var 3,2 miljarder kronor.

Som tidigare nämnts är ett bland kommuner och landsting vanligt förekommande mål för god ekonomisk hushållning att resultatet bör motsvara två procent av summan av skatteintäkter och generella statsbidrag. För landstingen motsvarade resultatet i genomsnitt 1,6 procent 2007, vilket kan jämföras med 2006 då resultatet var 1 procent. Resultatets andel av skatteintäkter och generella statsbidrag varierade mellan landstingen och var som högst 5 procent och som lägst -0,3 procent. I genomsnitt var nyckeltalet under perioden 2003–2007 som lägst -1,6 procent 2003 och som högst 2,4 procent 2005.

Tabell 2.13 Landstingens resultaträkning 2003–2007

Miljarder kronor	2003	2004	2005	2006	2007
Verksamhetens intäkter	46,5	28,6	29,9	31,0	32,3
Verksamhetens kostnader	-190,0	-193,6	-201,3	-214,9	-223,9
Avskrivningar	-5,3	-5,6	-5,7	-5,9	-6,3
Verksamhetens netto-kostnader	-148,7	-170,6	-177,1	-189,8	-198,0
Skatteintäkter	136,4	141,8	147,1	156,0	163,8
Generella statsbidrag	10,3	29,0	34,1	35,7	37,7
Finansiella intäkter	1,7	1,3	1,7	1,7	1,8
Finansiella kostnader	-2,1	-1,7	-1,6	-1,7	-2,1
Resultat före extra-ordinära poster	-2,5	-0,2	4,2	1,9	3,2
Extraordinära intäkter	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Extraordinära kostnader	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0
Årets resultat	-2,4	-0,2	4,3	1,8	3,2

Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Den största delen av intäkterna utgörs av skatteintäkter, avgifter och övriga intäkter, vilket finansierar drygt 80 procent av verksamheten. Resterande del av intäkterna utgörs av statsbidrag och finansiella intäkter. Skatteintäkterna, som står för ca 70 procent av de totala intäkterna, uppgick 2007 till 163,8 miljarder kronor. Detta motsvarade en ökning på i genomsnitt ca 5 procent, vilket är en minskning med nära en procent jämfört med 2006. Skatteintäkterna var 2007 i genomsnitt ca 17 800 kronor per invånare. Den högsta skatteintäkten 2007 var drygt 23 300 kronor per invånare och den lägsta drygt 15 300 kronor per invånare. Skatteintäkterna har i genomsnitt ökat med ca 4 procent per år under 2003–2007. Spridningen mellan landstingen har ökat under perioden.

Det största statsbidraget till landstingen utgörs av bidraget för läkemedelsförmånen. Av de övriga specialdestinerade statsbidragen dominerar bidragen till verksamheten övrig hälso- och sjukvård, vilket avser bidrag för forskning och utveckling. Avgifterna utgör ca 3 procent.

Andelen av bolagiseringar inom sjuk- och tandvård påverkar avgiftsfinansieringsgraden. Högst avgiftsfinansieringsgrad, 32 procent, hade tandvården. Uppdelat per verksamhetsområde står den specialiserade somatiska vården för den största delen av intäkterna. Därefter kommer intäkter från övrig hälso- och sjukvård, tandvården och primärvården.

Den största kostnadsposten, liksom för kommunerna, är kostnader för personal. Personalkostnaderna var i genomsnitt ca 50 procent av landstingens totala kostnader. Landstingens verksamhet brukar delas in i två huvudområden, hälso- och sjukvård respektive regional utveckling. Cirka 90 procent av landstingens kostnader går till hälso- och sjukvårdsändamål. Specialiserad somatisk vård står för nära hälften av de totala kostnaderna. Därefter kommer kostnaderna för primärvården. Nettokostnaderna ökade med ca 4,3 procent 2007 till 198 miljarder kronor. Detta är en minskad ökningstakt jämfört med 2006 då ökningen uppgick till 7,2 procent. Nettokostnaden uppgick 2007 i genomsnitt till nära 21 600 kronor per invånare. Den högsta nettokostnaden var ca 24 300 kronor per invånare och den lägsta var ca 19 200 kronor per invånare. Under perioden 2003–2007 ökade nettokostnaderna i genomsnitt med ca 6,6 procent per år. Spridningen mellan landstingen har minskat under hela perioden.

De poster som procentuellt ökade mest jämfört med 2006 var avskrivningar och finansiella kostnader. Kostnaderna för avskrivningarna steg till följd av ökade investeringar och de finansiella kostnaderna steg främst till följd av ökade avsättningar.

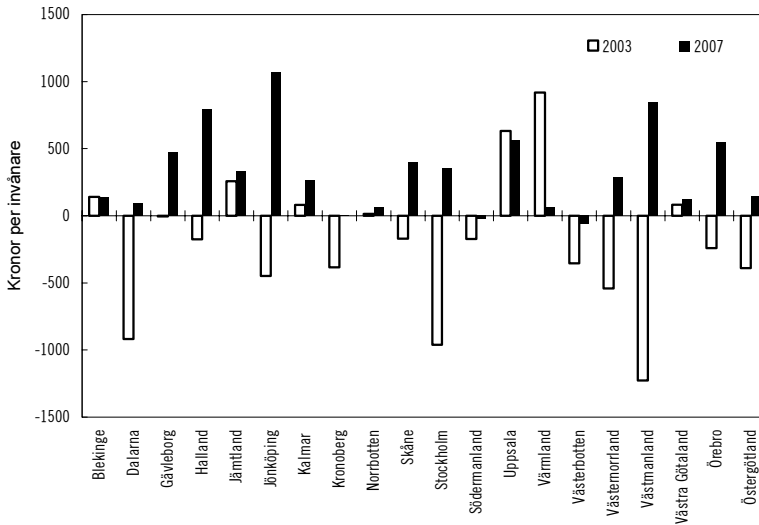
Spridningen mellan landstingens resultat minskar

Det genomsnittliga resultatet per invånare före extraordinära poster uppgick till 345 kronor per invånare. Liksom 2006 redovisade Jönköpings läns landsting det högsta resultatet, 1 067 kronor per invånare. Lägst resultat hade Västerbottens läns landsting, -62 kronor per invånare. Mellan 2006 och 2007 har spridningen för samtliga landsting minskat mellan högsta och lägsta resultat före extraordinära poster.

Under perioden 2003–2007 hade Jönköpings läns landsting i genomsnitt det högsta resultatet i kronor per invånare medan Kronobergs läns landsting uppvisade det lägsta resultatet. Spridningen mellan landstingen har minskat också mellan 2003 och 2007.

Diagram 2.17 Resultat före extraordinära poster per landsting 2003 och 2007

Skr. 2007/08:102



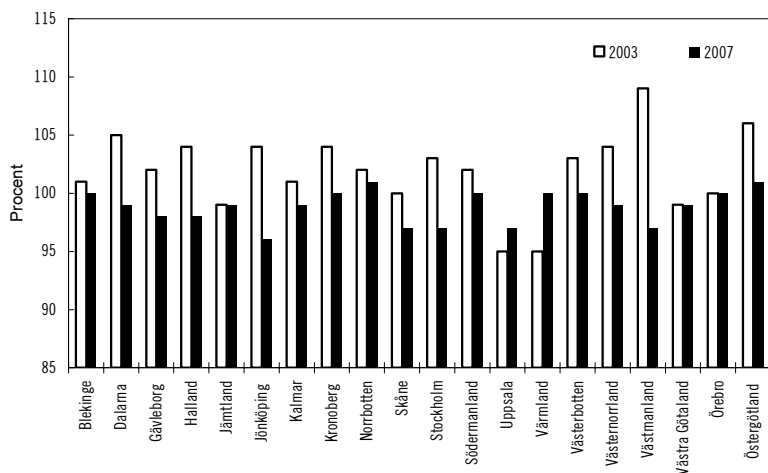
Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Nettokostnadernas andel av skatteintäkter och generella statsbidrag

Nyckeltalet nettokostnadernas andel av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning, visar om skatteintäkterna, generella statsbidrag och utjämning täcker kostnaderna för den löpande verksamheten. De totala skatteintäkterna, generella statsbidragen och utjämningen har under senare år ökat mer än nettokostnaderna. År 2007 uppgick genomsnittet av nettokostnadernas andel för landstingen till 92,2 procent men det var 25 procent av landstingen som hade värden över 100 procent. År 2003 var genomsnittet 101,4 procent och då var det 75 procent av landstingen som hade värden över 100 procent. Under perioden 2003–2007 har spridningen mellan landstingen minskat.

Diagram 2.18 Nettokostnadernas andel av skatteintäkter och generella statsbidrag för landstingen 2003 och 2007

Skr. 2007/08:102



Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Avsättningar och ansvarsförbindelse

Totalt uppgick avsättningarna till drygt 39 miljarder kronor varav avsättningar för pensioner inklusive löneskatt intjänade fr.o.m. 1998 uppgick till ca 31 miljarder kronor. Avsättningarna ökade till ca 6 miljarder kronor, ca 18 procent, jämfört med 2006 varav avsättningar för pensioner stod för nära 5 miljarder kronor av ökningen. Genomsnittskostnaden för avsättningar för pensioner uppgick 2007 till ca 3 400 kronor per invånare. Östergötlands läns landsting hade den högsta avsättningen och Hallands läns landsting hade den minsta avsättningen. Under 2003–2007 har avsättningarna mer än fördubblats och spridningen mellan landstingen har ökat.

Den del av pensionerna som redovisades som ansvarsförbindelse uppgick totalt för landstingen till ca 134 miljarder kronor vilket är en ökning med nära 10 miljarder kronor eller ca 8 procent jämfört med 2006. Den genomsnittliga kostnaden för ansvarsförbindelsen uppgick 2007 till drygt 14 600 kronor per invånare. Ansvarsförbindelsen är störst i Västerbottens läns landsting. Under 2003–2007 har ansvarsförbindelserna ökat med i genomsnitt 3 procent per år och spridningen mellan landstingen har ökat.

Landstingens långfristiga skuldsättning och soliditet

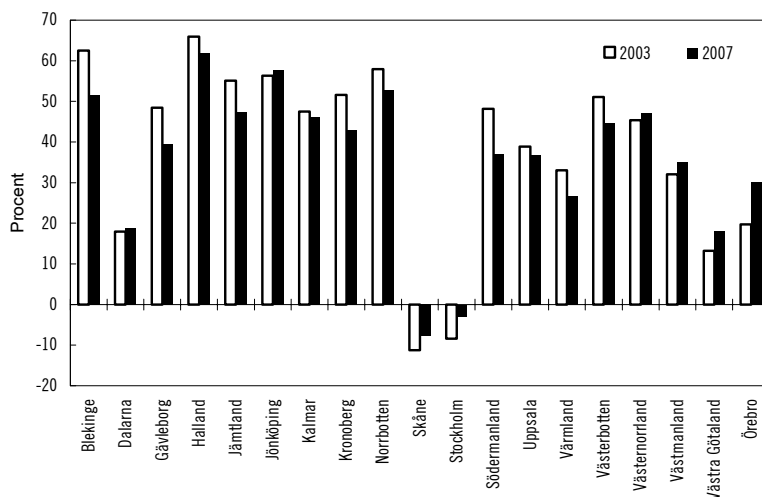
Den långfristiga skuldsättningen för landstingen minskade med nära 1,4 miljarder kronor motsvarande 15 procent jämfört med 2006. De långfristiga skulderna uppgick i genomsnitt till ca 850 kronor per invånare 2007. Det var åtta landsting som inte hade någon långfristig skuld, vilket är ett landsting mer än 2006. Skåne läns landsting hade den största

långfristiga skuldsättningen, ca 2 900 kronor per invånare. Spridningen mellan landstingen har minskat både jämfört med 2006 och 2003.

Soliditeten anger som tidigare nämnts hur stor del av tillgångarna som är finansierade med eget kapital och är ett uttryck för landstingets betalningsförmåga på lång sikt. Soliditeten var oförändrad jämfört med 2006 och låg i genomsnitt på 26 procent.

Högst soliditet hade Hallands läns landsting, 62 procent medan Skåne läns landsting hade det lägsta värdet, -8 procent. Mellan 2006 och 2007 minskade soliditeten i 12 av landstingen. Jämfört med 2003 har den genomsnittliga soliditeten stärkts med en procent. Spridningen mellan landstingen har minskat både jämfört med 2006 och 2003.

Diagram 2.19 Soliditet per landsting 2003 och 2007



Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

2.7 Sammanställd redovisning

Kommuner och landsting bedriver viss verksamhet i företagsform. I en sammanställd redovisning visas både kommunens alternativt landstingets och de ägda företagens ekonomi. Vid redovisning av den sammanställda redovisningen i kommuner respektive landsting ingår i regel de företag där kommunen eller landstinget har en ägarandel om 20 procent eller mer.

Kommuner och landsting med företag som går med underskott kan tvingas ge ägartillskott till dessa bolag. I den finansiella målsättningen bör därför också risk och andra osäkerhetsfaktorer vägas in. Många kommuner och landsting har t.ex. gått i borgen för sina företag. Risken för att de kan behöva gå in och täcka förluster i företagen bör därför inkluderas i den finansiella målsättningen.

Resultaten har under perioden 2002–2006 varit betydligt bättre i de kommunägda företagen än i de landstingsägda. Den sammanställda redovisningen i kommunerna visade ett överskott före extraordinära poster på totalt 16,3 miljarder kronor 2006 vilket var 0,8 miljarder kronor bättre än 2005. Kommunernas resultat före extraordinära poster var 13,3 miljarder kronor och företagens resultat före extraordinära poster var 3,0 miljarder kronor. Företagen inom branscherna företagstjänster och fastighetsverksamhet samt energi och vatten redovisade de bästa resultaten. Sämst resultat redovisade företagen inom branschen samhällstjänst och personliga tjänster.

Tabell 2.14 Den sammanställda redovisningens resultat före extraordinära poster 2002–2006, kommuner och landsting

Miljarder kronor	2002	2003	2004	2005	2006
Sammanställd redovisning, kommuner	10,9	4,0	8,5	15,5	16,3
varav:					
- kommunerna	0,6	1,7	2,4	9,0	13,3
- kommunala företag	10,3	2,3	6,1	6,5	3,0
Sammanställd redovisning, landsting	-6,0	-2,2	0,3	2,7	-1,0
varav:					
- landstingen	-7,6	-2,5	-0,2	4,2	1,9
- landstingsägda företag	1,0	0,3	0,5	-1,5	-2,9

Källa: Statistiska centralbyrån.

Den sammanställda redovisningen i landstingen visade totalt ett underskott före extra ordinära poster på –1 miljard kronor 2006, vilket var 3,7 miljarder kronor sämre än 2005. Landstingens resultat före extraordinära poster uppgick till 1,9 miljarder kronor och de landstingsägda företagens resultat före extraordinära poster uppgick till -2,9 miljarder kronor. Det var företagen inom transport och kommunikation som hade de sämsta resultaten. Bäst resultat av de landstingsägda företagen fanns inom hälso- och sjukvård.

Tabell 2.15 Kommunernas borgen och andra förpliktelser gentemot kommunala företag samt långfristiga fordringar på kommunala företag 2002–2006

Miljarder kronor	2002	2003	2004	2005	2006
Kommunernas borgen och andra förpliktelser gentemot kommunala företag	146	147	147	150	152
Kommunernas långfristiga fordringar på kommunala företag	81	88	101	118	133

Källa: Statistiska centralbyrån.

Kommunerna redovisar i sina årsredovisningar de borgensförbindelser och andra förpliktelser de har gentemot de kommunala företagen.

Kommunala borgensåtaganden för kommunala företag har hållits relativt konstant under perioden 2002–2006, mellan 146 och 152 miljarder kronor. Däremot har kommunernas långfristiga fordringar på de kommunala företagen, dvs. utlämnade lån, ökat med drygt 50 miljarder kronor under samma period. Detta innebär att kommunerna i större utsträckning än tidigare lånar ut pengar till de kommunala företagen, vilket också bidragit till att borgensåtagandena har kunnat ligga på ungefär oförändrad nivå de senast fem åren.

Kommun- och landstingsägda företag

Ett företag räknas enligt statistik från SCB som kommun- eller landstingsägt om en eller flera kommuner alternativt landsting tillsammans äger mer än 50 procent av aktier, andelar eller liknande. Ett kommun- och landstingsägt företag ingår i regel inte i den enskilda kommunens och landstingets sammanställda redovisning om andelen inte uppgår till 20 procent eller mer. De kommun- och landstingsägda företagen förekommer i ett flertal olika juridiska former. Aktiebolagen dominerar och står för ca 98 procent av såväl omsättning och resultat som tillgångar. Andra juridiska former som förekommer är stiftelser, ideella föreningar och ekonomiska föreningar.

Kommuner och landsting var hel- eller delägare till 1 622 företag 2006. Antalet kommunägda företag har sedan 2002 ökat med ungefär 100 till 1 518. Under samma period minskade de landstingsägda företagen med 12 till 104.

Tabell 2.16 Antal kommun- och landstingsägda företag 31 december respektive år

Antal	2002	2003	2004	2005	2006
Kommun	1 423	1 416	1 417	1 533	1 518
Landsting	116	110	105	122	104
Totalt	1 539	1 526	1 522	1 655	1 622

Källa: Statistiska centralbyrån.

Fördelningen på branscher framgår av nedanstående tabell.

Tabell 2.17 Antal kommun- och landstingsägda företag 2006

Bransch	Antal företag kommun	Antal företag landsting
Energi och vatten	321	-
Handel, hotell och restaurang	38	-
Transport och kommunikation	128	33
Företagstjänster och fastighetsverksamhet	795	32
Hälsa- och sjukvård	-	10
Samhällstjänst och personliga tjänster	133	19
Övriga	103	10
Totalt	1 518	104

Källa: Statistiska centralbyrån.

Det fanns 44 797 anställda i de kommunägda företagen 2006. Flest anställda hade företag inom företagstjänster och fastighetsverksamhet (t.ex. uthyrning av fordon och maskiner, forskning och utveckling, databehandling, tekniskt konsultverksamhet samt uthyrning av bostäder och lokaler). Inom energi och vatten var 11 020 anställda och 8 047 var anställda inom transport och kommunikation. När det gäller de landstingsägda företagen hade hälso- och sjukvårdsbranschen flest anställda, 11 681, vilket motsvarade 75 procent av de anställda i landstingsägda företag.

Kommunalförbund

Ett kommunalförbund kan bildas av två eller flera kommuner och/eller landsting för att sköta driften av vissa verksamheter åt de samverkande kommunerna respektive landstingen. Begreppet kommunalförbund innefattar även regionala och finansiella former av samverkan. Kommunalförbunden ingår i kommunernas och landstingens sammanställda redovisning.

Det fanns 129 kommunalförbund 2006, vilket var 19 fler än 2005. De flesta fanns inom gymnasieskolan och räddningstjänsten. Dessa svarade för nästan två tredjedelar av kommunalförbundens totala driftkostnad.

Kommunalförbunden hade ett överskott på 188 miljoner kronor 2006, vilket var en förbättring från föregående år med 43 miljoner kronor (30 procent).

2.8 God ekonomisk hushållning

Kommuner och landsting ska enligt kommunallagen i budgeten ange mål och riktlinjer för att uppnå god ekonomisk hushållning. Det ska finnas såväl finansiella mål som mål och riktlinjer för verksamheten.

Vilka finansiella mål, verksamhetsmål och riktlinjer som ska anges i budgeten regleras inte i lagen utan det är upp till varje enskild kommun respektive varje enskilt landsting att precisera detta utifrån sina egna förutsättningar.

Studie av budgetdokument

Kommunforskning i Västsverige (Kfi) har på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting genomfört en studie av 2007 års budgetdokument. Totalt har budgetdokument från 72 kommuner och fem landsting granskats. Kommunerna och landstingen som slumpvis har valts ut är av varierande storlek och är fördelade över hela Sverige. Urvalet är totalt sett av sådan omfattning att studien är statistiskt säkerställd. En liknande undersökning genomfördes också av 2006 års budgetdokument.

Enligt undersökarnas uppfattning har i dagsläget ca 60 procent av de kommuner och landsting som tillfrågats upprättat mål som är kopplade till god ekonomisk hushållning. De finansiella målen är genomgående mer utvecklade än verksamhetsmålen. För resterande 40 procent av de som ingått i undersökningen gäller att det inte finns någon koppling till

god ekonomisk hushållning, även om så gott som alla har finansiella och verksamhetsmässiga mål.

Det klart mest använda resultatrelaterade målet är ”Årets resultat ska uppgå till x procent av skatteintäkterna”. X procent uppges av många kommuner till omkring 2 procent eftersom ett sådant resultat antas ge utrymme för att över en längre tid skattefinansiera större delen av en normal investeringsvolym. Nästan 50 procent av kommunerna och landstingen har som mål fastställt att investeringarna ska finansieras med antingen skatteintäkter eller egna medel. Det vanligaste målet som gäller långsiktigt finansiellt handlingsutrymme eller betalningsberedskap är att soliditeten ska hållas oförändrad eller öka. Vidare har nästan 23 procent av kommunerna och landstingen som målsättning att minska sin låneskuld. Andra mål är t.ex. pensionsskulsrelaterade mål.

Jämfört med studien 2006 är det mer än dubbelt så många som använder övergripande verksamhetsmål medan målen för nämndernas verksamheter inte ökat alls. Knappt hälften av de övergripande målen ansågs möjliga att mäta eller följa upp. Motsvarande andel för de nämnds-specifika målen var knappt två tredjedelar.

Balanskravet och återställandet av underskott

Allt sedan balanskravet skrevs in i kommunallagen och började gälla 2000 har antalet kommuner med negativa resultat före extraordinära poster minskat kraftigt.

Enligt kommunallagen ska ett negativt resultat fr.o.m. 2005 återställas inom tre år. Tidigare gällde att ett återställande av det negativa resultatet skulle ske inom två år. Summeras resultaten före extraordinära poster för åren 2000–2007 har 42 kommuner och 8 landsting ett sammanlagt negativt resultat kvar att återställa på i storleksordningen 12 miljarder kronor, kommunerna nära 1 miljard kronor och landstingen nära 11 miljarder kronor. Någon hänsyn har då inte tagits till den enskilda kommunens eller landstingets egna balanskravsutredningar eller åberopande av synnerliga skäl för att inte återställa negativa resultat.

Som jämförelse kan nämnas att i samband med att Statistiska centralbyrån samlade in statistik från kommunerna våren 2007 ställdes en enkätfråga om ackumulerat ej återställt negativt resultat. Av de 275 kommuner som svarade på enkäten svarade 24 (9 procent) att de skulle komma att ha ett ackumulerat ej återställt negativt resultat vid årets slut. Totalt uppgavs att de ackumulerade ej återställda resultaten enligt bedömningarna skulle uppgå till 0,5 miljarder kronor vid årets slut.

Två av kommunerna angav att de åberopat synnerliga skäl enligt 8 kap. 5 b § kommunallagen för att inte återställa tidigare negativa balanskravsresultat.

Till och med 2006 har 90 procent av kommunerna och samtliga kommungrupper förbättrat sina resultat. Denna positiva trend bröts 2007 då endast två av kommungrupperna hade ett förbättrat resultat, storstäder och övriga kommuner med 12 500–25 000 invånare. Övriga kommungrupper hade således försämrade resultat. Denna negativa trend framgår också av att antalet kommuner med negativa resultat före extraordinära poster ökade 2007, vilket var första gången sedan 2002.

Antalet landsting med positiva resultat före extraordinära poster har ökat kraftigt de senaste tre åren. År 2007 var det bara två landsting som redovisade negativa resultat före extraordinära poster. Skr. 2007/08:102

2.9 Ett nationellt jämförelseprojekt

För perioden 2007–2009 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting träffat en överenskommelse om att genomföra ett nationellt jämförelseprojekt. Statens bidrag till projektet uppgår till 4 miljoner kronor årligen, dvs. totalt 12 miljoner kronor.

Projektet är ett landsomfattande jämförelseprojekt och det övergripande målet är att projektet ska stödja kommunernas och landstingens arbete med att öka effektiviteten och kvaliteten i verksamheten. Målet är att minst 200 kommuner och samtliga landsting ska delta i projektet.

3 Hälso- och sjukvårdspolitik

Den svenska hälso- och sjukvården tar drygt 9 procent av Sveriges samlade resurser (BNP) i anspråk. Vid jämförelser av indikatorer som speglar medborgarnas hälsa och hälso- och sjukvårdens kvalitet får Sverige goda resultat, exempelvis när det gäller spädbarnsdödlighet och överlevnad i bröstcancer.

När det gäller tillgänglighet visar uppföljningen av den s.k. vårdgarantin att det fortfarande finns brister inom flera områden, men med vissa variationer mellan landstingen. Även om landstingen har olika förutsättningar för att förbättra tillgängligheten finns i många landsting utrymme för ett mer kraftfullt och systematiskt arbetssätt. Särskilt viktigt är att styrningen och ledningen av tillgänglighetsarbetet blir bättre, både på landstings- och verksamhetsnivå, för att på så sätt öka förutsättningarna för bestående resultat i form av kortare väntetider. Det finns även förbättringspotential när det gäller att åstadkomma en mer patientfokuserad och säkrare vård.

För tandvården saknas i stor utsträckning aktuell nationell statistik över tandhälsan hos vuxna, och det är svårt att uttala sig om vilka förändringar som skett de senaste åren. En av de tydligaste förändringarna i ett längre tidsperspektiv är dock minskningen av andelen tandlösa personer i befolkningen. Även när det gäller antal lagade tänder och tuggförmåga m.m. har det skett stora förbättringar. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förbereda inrättandet av ett tandhälsoregister baserat på uppgifter om de patienter som behandlas inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

När det gäller barns och ungdomars tandhälsa har statistik över kariesförekomst samlats in och sammanställts av Socialstyrelsen sedan 1980-talet. Socialstyrelsen har föreslagit att det planerade tandhälsoregistret även används för registrering av uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa. Kunskapsstyrningen behöver utvecklas och Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer även för tandvårdsområdet.

3.1 Nationella mål

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vidare anges att hälso- och sjukvården ska:

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,

- arbeta för att förebygga ohälsa samt
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Dessutom ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienter med störst behov ska ha företräde till vården oberoende av betalningsförmåga, social ställning i samhället, bostadsort, ålder eller andra faktorer som inte är relevanta ur ett medicinskt perspektiv.

Det övergripande målet för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Tandvården ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,
- tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt
- främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

I samband med budgetpropositionen för 2008 fattades beslut om en ändring av målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Bland annat ska arbetet inom politikområdet inriktas på att säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare.

God vård

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) samt tagit fram en vägledning för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen (God vård – om ledningssystem om kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen). Arbetet med God vård tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. För att kunna utvärdera om befolkningen får god vård när de behöver den krävs indikatorer som speglar flera dimensioner av kvalitet.

Det som kännetecknar god vård är att den är:

Skr. 2007/08:102

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig,
- säker,
- patientfokuserad,
- effektiv,
- jämlik och
- ges i rimlig tid.

Behov av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer behövs inom vart och ett av ovanstående områden för att kunna ge en helhetsbild av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat. Dessa områden används ofta som utgångspunkt för uppföljning, utvärdering och ersättning inom vården. Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram nationella kvalitetsindikatorer inom dessa områden dels på en övergripande nivå men även för olika sjukdomsgrupper.

De flesta landsting uppger att deras verksamhetsredovisning och uppföljning påverkats av och anpassats till de sex perspektiv som speglar god vård. Erfarenheter från tillsynsverksamheten tyder dock på att kunskapen om och tillämpningen av föreskrifterna är låg på många håll i landet.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har, i enlighet med Dagmaröverenskommelserna för 2006 och 2007, tillsammans tagit fram två rapporter med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. Olika indikatorer som anses ha god kvalitet och som är relevanta har tagits fram. Med hjälp av dessa har en grov bild skapats av skillnaderna mellan olika landsting. Skillnaderna kan dock vara betydande inom landsting för olika sjukhus och vårdcentraler samtidigt som uppgifterna inte visar om befolkningen på individnivå har tillgång till likvärdig vård. I den senaste rapporten fanns några mått även med som speglar kvalitet på sjukhusnivå samt ett par mått inom psykiatri. Det underlag som finns för psykiatri är dock för bristfälligt för att kunna göra jämförelser mellan landsting. Det är angeläget att underlaget utvecklas och kvalitetssäkras för att kunna ligga till grund för jämförelser.

Rapporten *Öppna jämförelser som stimulans till förbättring* (Socialstyrelsen och SKL, 2007) visar bl.a. på att öppna jämförelser på landstingsnivå har bidragit till att medicinska resultat lyfts upp i uppföljningen. Därutöver har de bidragit till en fördjupad dialog och att ledningen i högre grad efterfrågat analyser och åtgärder med anledning av utfallet. Risker som lyfts upp är bland andra att indata inte är korrekta, att det inte finns indikatorer som speglar komplexa processer och att genomsnittet blir ”kvalitetsnorm”.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Socialstyrelsen har sedan 1996 i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för vård och behandling. Riktlinjerna ska ge nationellt kunskapsstöd till sjukvårdshuvudmännens arbete med program och prioriteringar. Prioriteringscentrum i Linköping har i uppdrag att följa upp tillämpningen av riktlinjerna för hjärtsjukvård under perioden 2003–2007 genom ett antal studier. Den tredje och avslutande rapporten visar på en allt bättre följsamhet gentemot riktlinjerna. Inom vissa områden finns dock fortfarande oförklarliga och svårförståeliga regionala variationer.

De senaste tolv åren (1995–2006) har vården av patienter med akut hjärtinfarkt förbättrats betydligt. Arbetet med nationella riktlinjer, registrering och återrapportering har bidragit stort till detta. En sänkning av dödligheten har under tolvårsperioden skett i alla åldersgrupper och hos både män och kvinnor. Minskningen har varit störst i gruppen över 60 år med en absolut minskning på hela 10 procent. I RIKS-HIA:s¹ årsrapport visas för andra året i rad att följsamheten till behandling av målgrupper i enlighet med de nationella riktlinjerna är relaterade till vårdutfallet i form av minskad dödlighet. Vårdkvaliteten har förbättrats på de flesta av landets sjukhus och de sjukhus som redovisade sämst resultat 2004 har förbättrats mest.

I maj 2007 presenterade Socialstyrelsen rapporten *Strokesjukvården i Sverige – kvalitetsjämförelser mellan olika sjukhus och landsting/regioner*. Socialstyrelsen konstaterade där bl.a. att strokepatienter vårdades i för låg utsträckning vid de särskilda strokeenheterna, som förordas i riktlinjerna. Det fanns även stora variationer mellan sjukhusen. Dessutom fanns tecken på att patienter med misstänkt stroke i viss utsträckning inte alls vårdades vid sjukhus, vilket kan ha en negativ inverkan på omhändertagandet. Introduktionen av den nya behandlingen av strotrombolys skedde i olika takt mellan sjukhusen och landstingen, vilket i ett inledande skede är naturligt. Därutöver utnyttjades inte sekundärpreventiv läkemedelsbehandling efter stroke så mycket som riktlinjerna rekommenderar och behandlingen skedde med för stor variation. Läkemedel som kostar mindre, s.k. generika, användes inte i den rekommenderade utsträckningen, utan dyrare originalläkemedel föredrogs alltför ofta.

Som mål för verksamhetsområdet tandvård har regeringen angett att behandlingsmetoder som används inom tandvården i så stor utsträckning som möjligt ska vara evidensbaserade. Det saknas i dag nationella riktlinjer för tandvården. Regeringen har bedömt att det behövs en ökad kunskapsstyrning och har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet. En modell för detta arbete har tagits fram. De första nationella riktlinjerna beräknas vara

¹ Nationellt register för hjärtintensivvård.

färdiga under 2009. När nationella riktlinjer tagits fram ökar möjligheterna att följa omfattningen och utvecklingen av den evidensbaserade tandvården.

Säker vård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

De regionala tillsynsenheterna rapporterar att många vårdgivare arbetar aktivt med att införa datoriserade avvikelsesystem, vilket medför att man i större utsträckning sammanställer, analyserar och identifierar brister. Vårdgivarna är dock sämre på att göra riskanalyser för att i förväg finna risker och svagheter i verksamheterna.

Under de två senaste åren har en ökning av antalet anmälningar enligt den s.k. Lex Maria skett, dvs. anmälningsskyldighet för personal inom hälso- och sjukvården. Ökningen kan delvis förklaras av den förändring med utökad anmälningsskyldighet som infördes när det gäller att anmäla självmord. Anmälda ärenden har bl.a. gällt fel vid handhavande av medicintekniska produkter, hantering av läkemedel, samordnad vårdplanering, dokumentation samt informationsöverföring inom och mellan vårdgivare.

Dagmaröverenskommelsen 2007 innehöll ett flertal satsningar på utvecklad informationsförsörjning som till stor del är kopplade till den nationella IT-strategin. En enhetlig informationsstruktur och samordnade IT-system har stor betydelse för patientsäkerheten. Uppföljningen visar bl.a. att upphandling av bastjänster för informationsförsörjning pågår. Tjänsterna avser i första hand funktioner för att garantera sekretess och integritet vid åtkomst till patientrelaterad information över huvudmannaskapsgränser. Uppföljningen visar även att en kartläggning av remisshantering genomförts, där såväl flöden som remissernas innehåll ingått.

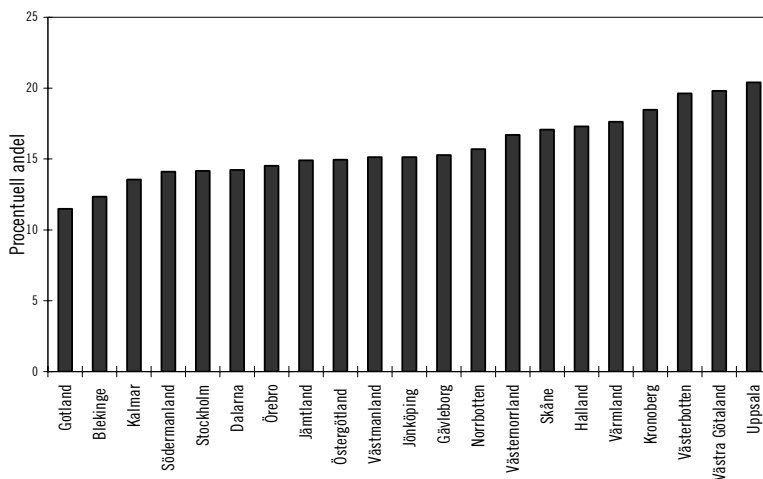
Förbättrad säkerhet för patienterna är en av de viktigaste frågorna för hälso- och sjukvården. Det behövs bättre kunskap om hur vanligt det är att patienter skadas i vården. Därför genomför Socialstyrelsen nu en nationell kartläggning av antalet vårdskador i Sverige. Undersökningen av antalet vårdskador i slutet somatisk vård genomfördes hösten 2007. Det långsiktiga syftet är att fler ska arbeta aktivt med att förebygga undvikbara skador hos patienterna, s.k. vårdskador. Många landsting har redan börjat identifiera och kvantifiera vårdskador med liknande metoder som den Socialstyrelsen använt sig av i undersökningen. Under 2007 påbörjades en nationell satsning för ökad patientsäkerhet som SKL genomför tillsammans med alla landsting. Målet är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner från 10 till 5 procent före utgången av 2009 jämfört med 2006.

Säker vård som kvalitetsområde finns inte specificerat i rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007*. Flertalet mått som visar på behandlingsresultat visar dock indirekt huruvida vården är säker eller ej. Ett exempel på ett mått inom patientsäkerhetsområdet är andelen äldre med 10 eller fler läkemedel (diagram 3.1). Studier visar på att samtidig användning av många läke-

medel är förknippat med svårigheter att inta läkemedlen på ett korrekt sätt, högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och inskrivning vid sjukhus som orsakas av läkemedel.

Skr. 2007/08:102

Diagram 3.1 Andelen äldre med 10 eller fler läkemedel, oktober till december 2006



Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna jämförelser, 2007.

Det är få Lex Maria-ärenden på tandvårdsområdet. Enligt socialstyrelsens årsredovisning för 2007 finns det dock en ökning vad gäller antalet vårdrelaterade infektioner, liksom händelser där läkemedel är inblandade. En granskning av remisshanteringen vid folk tandvårds-kliniker för allmän tandvård visade att de flesta klinikerna hade genomtänkta och fungerande rutiner vad gäller utgående remisser, men inte lika utvecklade rutiner för inkommande remisser. När det gäller tandvården till asylsökande visade en granskning att den offentliga tandvården inte uppfyller överenskommelsen mellan SKL och staten. Socialstyrelsen anser att de stora riskerna inom tandvården finns inom patientgrupper med låg autonomi, främst barn och äldre som inte kan påkalla uppmärksamhet omkring sina tandbesvär.

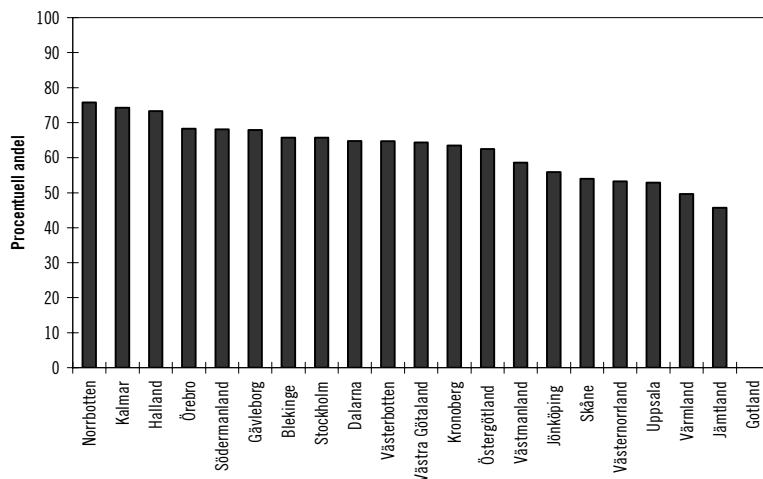
Patientfokuserad vård

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.

Vid jämförelser av förtroende för olika samhällsinstitutioner framkommer att sjukvården har ett högt förtroendekapital i jämförelse med andra samhällsfunktioner. När patienter får yttra sig om olika delar av vården finns det flera områden där trenderna på nationell nivå går i positiv riktning – det handlar bl.a. om det övergripande betyget på vården, telefonframkomligheten inom primärvården och information om den egna sjukdomen. Regionala skillnader kvarstår dock för alla dessa områden och i vissa fall ser man tydliga skillnader även inom de enskilda

landstingen. Upplevelsen av hur lätt det är att komma fram till vårdcentral (eller motsvarande) per telefon varierar t.ex. fortfarande betydligt mellan landstingen (diagram 3.2).

Diagram 3.2 Andel som anser att det var lätt att komma fram till vårdcentral per telefon, 2006



Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna Jämförelser och Vårdbarometern 2007.

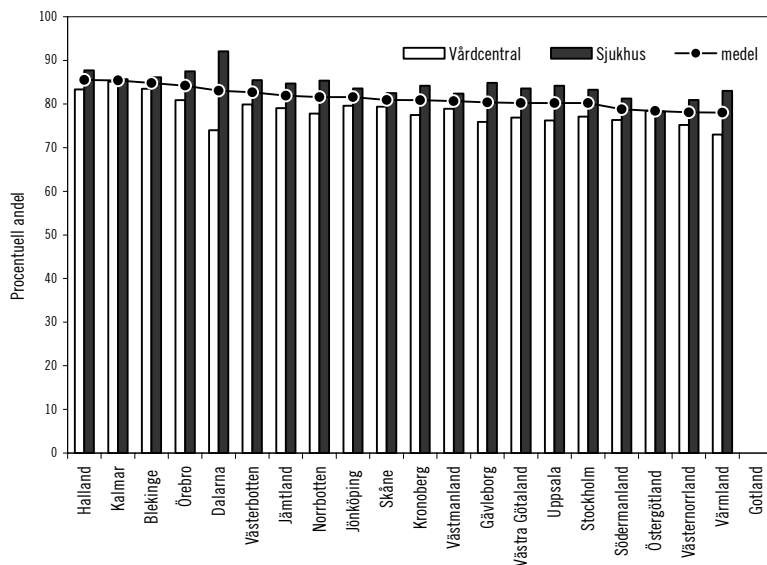
Not: Gotland ingår inte i vårdbarometern.

Andelen som ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon har ökat varje år sedan 2002, från 50 procent till närmare 63 procent 2006. Patienternas valfrihet har ökat under det senaste decenniet men undersökningar visar ändå på brister i tillgång till jämförande information om behandlingsalternativ och möjligheterna att fritt välja vårdgivare. Trots relativt positiva trender på nationell nivå när det gäller medborgarnas bedömning av vården, finns det fortfarande utrymme för förbättringar avseende tillgänglighet, bemötande och patienternas tillgång till information. Vidare har personer som inte är födda i Sverige lägre förtroende för vården och de är också mindre nöjda med information och bemötande än svenskfödda.

Patienters sammanfattande betyg redovisas även i *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007* som bl.a. visar på andelen patienter som var positiva till det senaste besöket på vårdcentral samt på mottagning eller klinik vid sjukhus (diagram 3.3). De patienter som besökt ett sjukhus var i något högre grad positiva jämfört med de patienter som besökt en vårdcentral. Patienternas sammanfattande betyg på besöken har legat på ungefär samma nivå sedan 2002.

Diagram 3.3 Sammanfattande betyg på besök vid vårdcentral och sjukhus 2006, andel positiva betyg 4 eller 5

Skr. 2007/08:102



Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna Jämförelser och Vårdbarometern 2007.

Not: Gotland ingår inte i vårdbarometern.

Effektiv vård

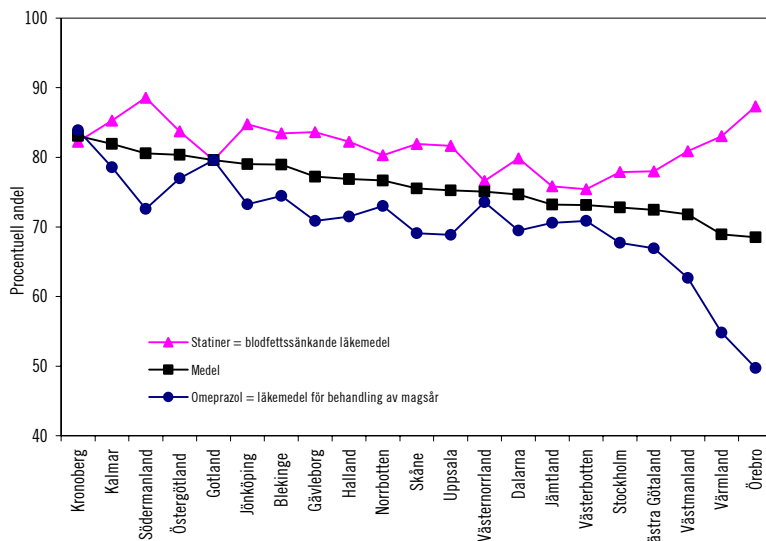
Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

För att kunna bedöma effektiviteten måste såväl resultat som resurser vägas in. Att en klinik i jämförelse med andra visar bättre medicinska resultat, mer nöjda patienter etc. räcker inte för att kunna dra slutsatsen att den är mer effektiv. Skillnaden i resultat måste vägas mot eventuella skillnader i resursinsats. Det är inte säkert att kliniken med bästa resultaten är den mest effektiva. Motsatsen gäller naturligtvis också. Låga kostnader är ingen garanti för hög effektivitet. Hälso- och sjukvården förändras dessutom och ny teknik skapar möjligheter både att använda resurserna bättre (t.ex. IT-system) och att nå bättre medicinska resultat.

Det finns i dag bedömningar av effektivitet inom vissa områden. I rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007* finns exempelvis indikatorer presenterade som visar andelen kostnadseffektiva behandlingsval. Där presenteras bl.a. indikatorer som visar på val mellan snarlika läkemedel (diagram 3.4). Kostnadseffektiva behandlingsval innebär att man väljer behandlingsalternativ med lägre kostnad om effekten bedöms vara likvärdig med den som dyrare behandlingsalternativ har. På grund av prisskillnader går det ofta att göra stora kostnadsreduceringar genom att billigare alternativa

läkemedel förskrivs. Variationerna mellan landstingen är i vissa fall förhållandevis stora. Även de indikatorer som presenteras under området kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård kan sägas visa på hur effektiv hälso- och sjukvården är.

Diagram 3.4 Andel kostnadseffektiva läkemedelsval vid behandling av magsår och blodfettssänkande behandling 2006



Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna jämförelser, 2007.

Jämlik vård

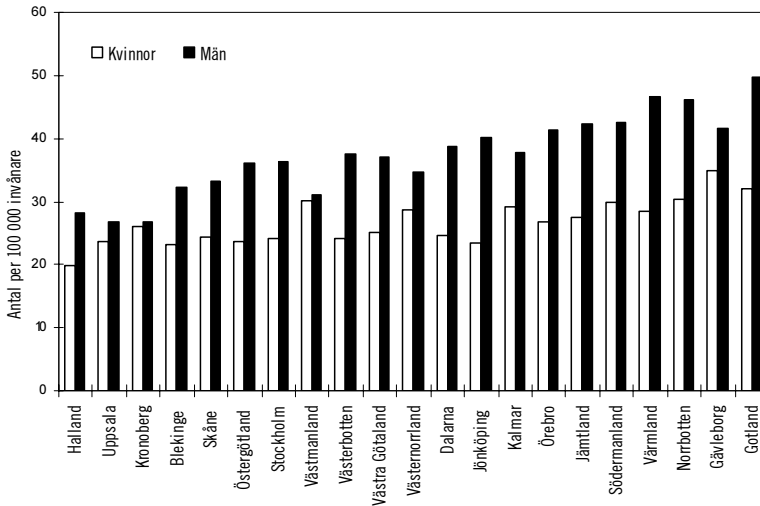
Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Personer med högre utbildning gör fler läkarbesök än lågutbildade, trots högre förekomst av sjuklighet bland lågutbildade personer, enligt Socialstyrelsens lägesrapport för Hälso- och sjukvård 2006. Liknande resultat framkommer även i en analys av ett antal OECD-länder som visar att specialistläkarbesök i Sverige, liksom i många andra europeiska länder, är ojämnt fördelade med avseende på inkomstgrupp. Höginkomsttagare gör fler besök än låginkomsttagare. I de flesta europeiska länder kompenseras detta av fler besök i primärvården. Detta verkar dock inte ske i Sverige, utan här gör höginkomsttagare totalt sett fler läkarbesök än låginkomsttagare. Resultaten bör emellertid tolkas med viss försiktighet då det är svårt att jämföra data mellan länder. Resultaten kan till exempel bero på regionala skillnader i tillgång på läkare. I Sverige finns en koncentration av läkarmottagningar i storstadsregionerna samtidigt som utbildningsnivån och medelinkomsten i dessa områden är högre än i mindre städer och på landsbygden. Sedan länge har till exempel glesbygdregionerna betydande problem med att rekrytera läkare och annan sjukvårdspersonal.

Enligt lägesrapporten för Hälso- och sjukvård 2007 kan det finnas vissa skillnader när det gäller hälsa, åtgärdbar dödlighet och behandling beroende av var man är född och utbildningsnivå.

Måttet åtgärdbar dödlighet visar på dödsfall där dödsorsakerna är sådana att en väl fungerande hälso- och sjukvård skulle ha kunnat förhindra dödsfallet (diagram 3.5). Det finns skillnader mellan landstingen, men dessa ska dock tolkas med viss försiktighet bl.a. eftersom sättet att ställa diagnoser kan variera.

Diagram 3.5 Åtgärdbar dödlighet 2001–2004 per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna jämförelser, 2007.

När det gäller tandvården har Försäkringskassan analyserat högkostnads-skyddet för personer som är 65 år eller äldre ur ett könsperspektiv. Försäkringskassan konstaterar att inflödet av förhandsprövningsärenden som avser högkostnads-skyddet är större för kvinnor (55 procent av det totala antalet ärenden). Andelen avslagsbeslut var 5,7 procent för kvinnor och 5,3 procent för män under perioden januari 2004 till november 2007. Den genomsnittliga utbetalda ersättningen var lägre för kvinnor. Försäkringskassan uppgav att man under den senaste fyraårsperioden betalat ut knappt 42 000 kronor per beviljad förhandsprövning för män jämfört med drygt 36 000 kronor för kvinnor. Kvinnor fick därmed en ersättning som motsvarar ungefär 90 procent av den som männen fick. En förklaring skulle kunna vara att kvinnor besökte tandvården mera regelbundet och därmed inte fick lika omfattande tandvårdsbehov, men det kan också vara fråga om strukturella skillnader i samhället som återspeglar sig i tandvården.

Statens folkhälsoinstitut presenterade hösten 2007 uppgifter om att personer med nedsatt funktionsförmåga hade sämre tandhälsa än den övriga befolkningen och oftare avstod från att gå till tandläkaren. Ungefär var femte person ansåg sig ha dålig tandhälsa jämfört med en av tio i den övriga befolkningen.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.

Från och med 1997 tillämpas en vårdgaranti som innebär att kontakt med vården bör kunna ske samma dag som patienten söker kontakt och om läkarbesök är nödvändigt bör väntetiden vara högst sju dagar. Sedan den 1 november 2005 gäller en utökad nationell vårdgaranti som regleras i en överenskommelse mellan staten och SKL. Vårdgarantin omfattar all planerad vård och innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. För att stödja landstingen att genomföra vårdgarantin har staten sedan 2005 tillfört landstingen extra medel. År 2007 uppgick dessa till 750 miljoner kronor.

Vårdgarantin följs upp av Socialstyrelsen i samverkan med SKL. Socialstyrelsens bedömning är att reformen generellt sett har haft begränsade effekter på väntetiderna. Sedan april 2006, då mätningarnas tillförlitlighet hade blivit förhållandevis stabil, har väntetiderna för behandling minskat något medan väntetiderna till besök i stället ökat något. Variationerna i väntetider mellan landstingen är stora och var i oktober 2007 följande:

- andelen besvarade telefonsamtal i primärvården varierade mellan 60 och 97 procent,
- andelen patienter som söker en tid för läkarbesök i primärvården och får den inom 7 dagar varierade mellan 79 och 96 procent,
- andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på specialistbesök varierade mellan 6 och 38 procent och
- andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på beslutad behandling varierade mellan 12 och 46 procent.

Mellan april 2006 och oktober 2007 ökade väntetiden till specialistbesök i hälften av landstingen medan väntetiden till behandling ökade i drygt en tredjedel av landstingen. I landsting där väntetiderna minskat påtagligt kan den positiva utvecklingen, enligt Socialstyrelsens bedömning, till stor del kopplas till de tillgänglighetsåtgärder som har genomförts i enlighet med reformen.

Uppgifter från SKL gör gällande att vårdgarantin hade en signifikant effekt på väntetider direkt efter införandet i november 2005, men att denna effekt klingade av under första halvåret 2006. Detta är en bild som känns igen från andra reformer inom hälso- och sjukvårdsområdet, t.ex. tidigare vårdgarantier och den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

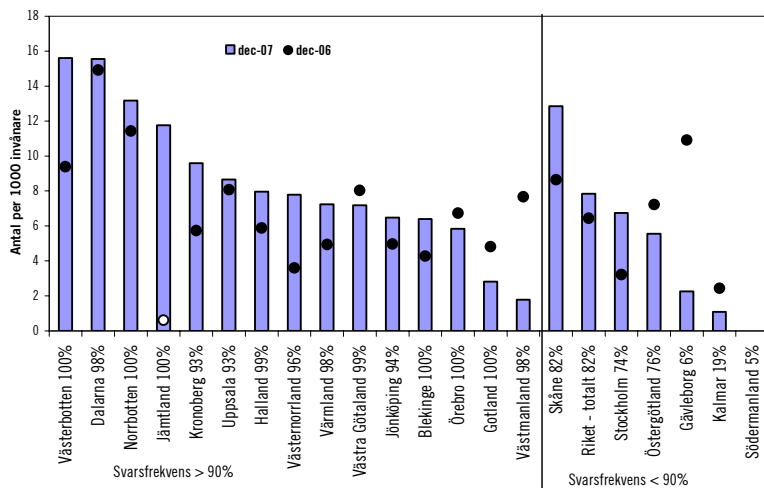
På webb-platsen för vårdgarantin² mäts väntetid i antal patienter per 1 000 invånare som väntat i mer än 90 dagar. Diagram 3.6 visar hur många som väntat mer än 90 dagar på besök till specialistläkare. Detta mått tar inte hänsyn till demografiska skillnader eller andra skillnader i sjuklighet. Variationerna mellan landstingen är betydande och kan troligen inte helt förklaras med skillnader i demografi m.m. Bland de

² <http://www.vantetider.se/>

landsting som hade en svarsfrekvens på över 90 procent i december 2007 varierade väntetiderna mellan 1,8 patienter per 1 000 invånare i Västmanland till 15,6 patienter i Västerbotten. Förändringen för Jämtlands del ska tolkas med försiktighet eftersom svarsfrekvensen var betydligt lägre i december 2006. För riket som helhet har antalet väntande ökat något.

Skr. 2007/08:102

Diagram 3.6 Specialistläkarbesök, antal väntande per 1 000 invånare december 2006 och 2007, grupperat efter svarsfrekvens över och under 90 procent



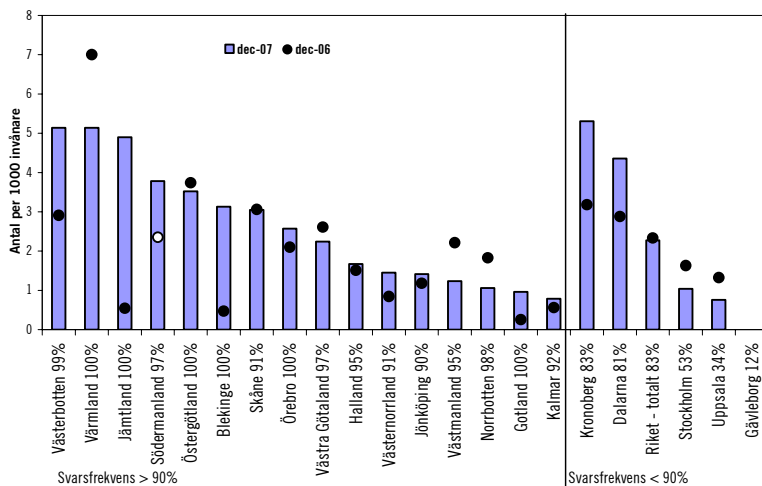
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen.

Not: Ej fylld punkt betyder under 90 procent svarsfrekvens december 2006

Antalet väntande på behandling är sammantaget något färre än väntande på besök (diagram 3.7). Variationerna mellan landstingen är betydande om än något mindre än när det gäller besök. Väntetiderna på behandling är lägst i Kalmars läns landsting och högst i Västerbottens läns landsting.

Diagram 3.7 Behandling, antal väntande per 1 000 invånare december 2006 och 2007, grupperat efter svarsfrekvens över och under 90 procent

Skr. 2007/08:102



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen.

Not: Ej fylld punkt betyder under 90 procent svarsfrekvens december 2006

En förklaring till att det fortfarande finns problem med att uppfylla vårdgarantin är att förändringsarbetet verkar avstanna när det inledande projektarbetet har avslutats. Den utvidgade vårdgarantin innebär även att landstinget ska hjälpa patienter till vård i något annat landsting, när väntetiden till besök eller behandling överstiger 90 dagar inom det egna landstinget. Det finns tecken på att förhållandevis unga patienter med relativt god hälsa är överrepresenterade bland dem som får vård i annat landsting.

Mycket tyder också på att det finns stora skillnader mellan landstingen i hur de informerar sina patienter om möjligheten till vård hos andra vårdgivare i det egna landstinget eller i ett annat landsting. Om så är fallet innebär det att landstingen inte agerar i enlighet med överenskommelsen, som lägger ett aktivt ansvar på landstingen att informera och hjälpa patienterna. Det finns därför anledning att följa upp vilka patienter som erbjuds vård i ett annat landsting respektive vilka som inte får detta erbjudande. I dag finns ingen tillförlitlig landstingsövergripande statistik för denna del av vårdgarantin.

Rapportering

Väntetiderna till primärvården och delar av den planerade specialiserade vården rapporteras av landstingen till den nationella väntetidsdatabasen Väntetider i vården, som drivs av SKL. Landstingens förmåga att leva upp till inrapporteringskraven har förbättrats något, men inrapporteringsfrekvensen ligger fortfarande i genomsnitt under 90 procent. Det är också stor skillnad mellan de landsting som har bäst och de som har sämst inrapportering. För att kunna jämföra väntetiderna mellan lands-

ting bör svarsfrekvensen från de inrapporterade vårdenheterna i varje landsting uppgå till åtminstone 90 procent. Skr. 2007/08:102

Undanträngning

Det har funnits farhågor om att vårdgarantins konstruktion skulle kunna leda till att patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin trängs undan, exempelvis patienter med kronisk sjukdom som väntar på ett återbesök. Utifrån det nuvarande underlaget har Socialstyrelsen inte på ett mer kvantitativt sätt kunnat fastställa huruvida undanträngning förekommer på en övergripande nivå. De tidigare svenska vårdgarantierna har givit upphov till liknande farhågor om undanträngning, men inte heller vid utvärderingen av dessa hade man några tydliga belegg för att vissa patienter trängdes undan.

Indikationer

Arbetet med att ta fram och införa enhetliga medicinska indikationer för behandling har ingått i arbetet med vårdgarantin. Enhetliga medicinska indikationer ger förutsättningar för prioriteringar, jämförelser av redovisade väntetider och en mer enhetlig behandlingspraxis. Indikationsrapporter, som tagits fram av expertgrupper, föreligger för fem områden. Implementering har dock endast skett på ett område, starroperationer. Från och med 2008 har detta område lyfts in inom ramen för Dagmaröverenskommelsen.

Särskild rapportering avseende psykiatri

SKL ingick i juni 2007 en överenskommelse med regeringen om att utreda förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatrin. I en första rapport konstaterar SKL att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin i olika delar av landet inte är tillfredsställande. SKL konstaterar att det inte är rimligt att införa en skärpt vårdgaranti för både bedömning och behandling inom ett år. Först 2011 kan den skärpta vårdgarantin bli verklighet i alla landsting. En slutsats som dras är också att tillgängligheten är beroende av hur tillgängligheten till insatser inom första linjens hälso- och sjukvård samt förebyggande och sociala insatser ser ut.

3.3 Kostnader och prestationer

Hälso- och sjukvårdens kostnader utgjorde ca 9,1 procent av bruttonationalprodukten 2006. Av dessa kostnader utgjorde kommunal hälso- och sjukvård ca 0,7 procent. I tabell 3.1 redovisas fördelningen av landstingens samlade nettokostnader för hälso- och sjukvård.

Tabell 3.1 Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård exkl. tandvård. Miljarder kronor, löpande priser Skr. 2007/08:102

Verksamhets- område	2003	2004	2005	2006	2006/03 per år (%)	Andel 2006 (%)
Primärvård	25,0	26,2	27,0	28,7	4,7	17,0
Specialiserad somatisk vård	81,5	82,2	85,4	90,5	3,6	53,6
Specialiserad psykiatrisk vård	14,1	14,7	15,5	16,1	4,6	9,5
Övrig hälso- och sjukvård	11,6	12,2	12,7	12,9	3,7	7,7
Politisk verksamhet	1,1	1,0	1,0	1,1	2,4	0,7
Läkemedel inom öppenvård	-	-0,6	-	-	-	-
Läkemedelsför- månen	-	-	19,2	19,4	-	11,5
Summa	133,3	135,5	160,9	168,8	3,9*	100

Anm: Intäkter och kostnader för läkemedel i öppenvård bröts 2004 ut från delverksamhetsområden och verksamhetsområden. Fr.o.m. 2005 redovisas läkemedelsförmånen som en egen post i tabellen.

* Exklusive läkemedelsförmånen.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

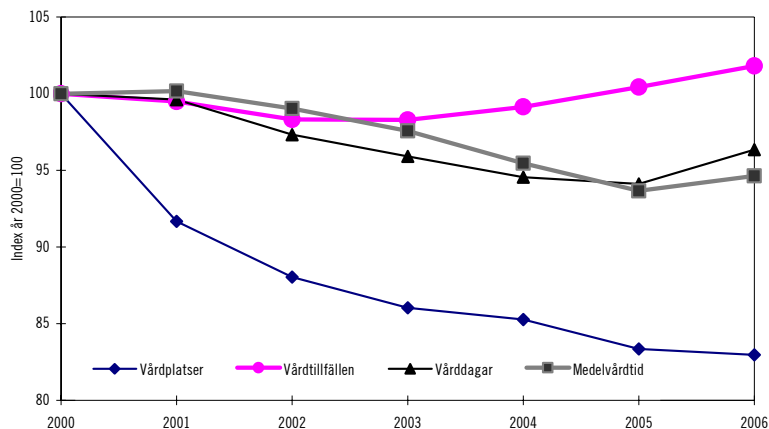
Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader har i genomsnitt ökat med 3,9 procent årligen i löpande priser mellan 2003 och 2006 (exklusive läkemedelsförmånen). Under denna period har kostnaderna ökat mest inom primärvården och specialiserad psykiatrisk vård. Samtidigt var prisökningarna enligt landstingsprisindex knappt 3 procent i genomsnitt. Detta prisindex, som SKL tar fram, väger tyngre vad avser personalkostnader än exempelvis konsumentprisindex, som ökat betydligt långsammare under samma period. Det innebär att kostnaderna i fasta priser ökat med i genomsnitt ca 1 procent per år mellan 2003 och 2006. Under denna period har de demografiska behoven i genomsnitt ökat med ca 0,7 procent per år.

För att kunna mäta sjukvårdens produktivitet krävs det, utöver uppgift om kostnader, även data om prestationer. Hälso- och sjukvården är mycket komplex och det finns inget enskilt mått som beskriver prestationsutvecklingen.

Prestationerna inom den specialiserade somatiska vården, mätt som antal vårdtillfällen, vård dagar och medelvårdtid, har ökat det senaste året efter att ha minskat under en längre tid (diagram 3.8). Dessa mått tar dock inte hänsyn till om vårdtyngden för de patienter som vårdas har ökat, vilket också varit fallet de senaste åren.

Diagram 3.8 Vårdtillfällen och vårddagar m.m. inom specialiserad somatisk vård, 2000–2006

Skr. 2007/08:102



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Sjukvårdsdata i Fokus.

Enligt en produktivetsrapport från SKL som publicerades i mars 2008 har produktiviteten ökat inom den specialiserade somatiska vården under 2004–2006. Räknat från 2002 har dock produktiviteten fallit marginellt vilket helt och hållet beror på utvecklingen under 2003, då kostnaderna ökade mycket snabbt samtidigt som prestationerna föll.

Enligt samma rapport har produktiviteten fallit något inom primärvården. Prestationerna inom primärvården har ökat med 7 procent 2002–2006 medan kostnaderna har ökat med 8 procent.

Utvecklingen inom psykiatrin är svår att mäta eftersom dataunderlaget är mer knapphändigt jämfört med den somatiska vården. Ett arbete pågår för att utveckla beskrivningen av prestationerna inom psykiatrin. Det mesta tyder dock enligt rapporten på att prestationerna har ökat något långsammare än kostnaderna de senaste åren.

Skillnader mellan landsting

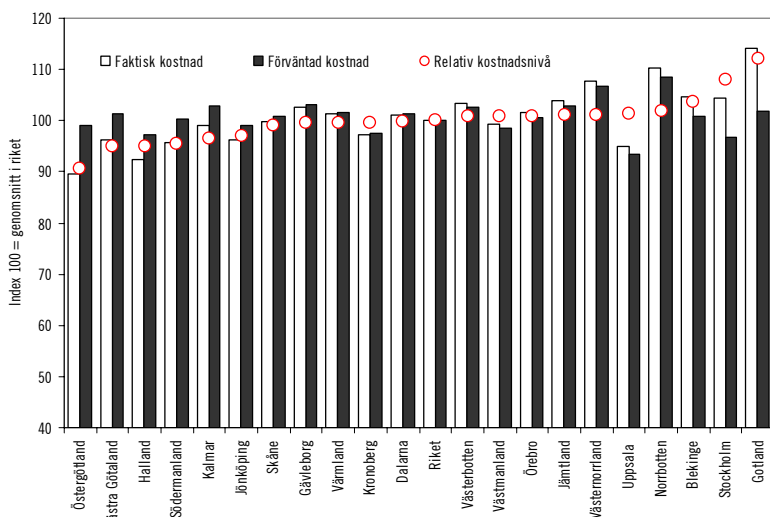
Kostnaderna för den hälso- och sjukvård som bedrivs av landstingen 2006 uppgick i genomsnitt till 18 200 kronor per invånare och varierade mellan 20 800 kronor för Gotland och 16 300 kronor för Östergötlands läns landsting.³ Diagram 3.9 visar kostnadsskillnaderna per invånare för hälso- och sjukvård 2006. Dessa kostnader är av flera skäl inte jämförbara. Tar man hänsyn till beräknad förväntad kostnad enligt systemet för kommunalekonomisk utjämning ökar jämförbarheten. Den förväntade kostnaden tar hänsyn till strukturella skillnader i geografi och vårdbehov som följer av skillnader i demografi, socioekonomi och sjuklighet i vissa tunga sjukdomar. Dessa faktorer påverkar förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård och är inte

³ Exklusive kostnader för hemsjukvård eftersom gränssnittet mellan landsting och kommun varierar mellan länen samt exklusive tandvård. Kostnaderna är inte justerade för eventuella omstrukturingskostnader.

påverkbara för det enskilda landstinget. För att säkerställa att sjukvård kan bedrivas på lika villkor i hela landet oavsett bostadsort ingår faktorerna i kostnadsutjämnningen för landsting.

Landstingen i diagrammet är rangordnade efter skillnad mellan faktisk och förväntad kostnad (relativ kostnadsnivå). Sjukvårdskostnaderna i Östergötlands läns landsting är nästan 10 procent lägre än förväntat, vilket motsvarar ca 1 700 kronor per invånare. Högst faktiska kostnader jämfört med förväntade har Gotlands kommun och landstingen i Stockholm, Blekinge och Norrbotten.

Diagram 3.9 Kostnad per invånare 2006 för hälso- och sjukvård exkl. tandvård och hemsjukvård samt förväntade kostnader. Riket i genomsnitt index = 100



Källor: Sveriges Kommuner och Landsting och SCB.

Skillnader mellan faktiska och förväntade kostnader kan bero på flera faktorer, exempelvis varierande effektivitet eller ambitionsnivå. Skillnader i gränsdragning mellan landsting och kommun kan också påverka jämförelsen. Därför har hemsjukvården exkluderats från nettokostnaderna i jämförelsen. Faktorer som påverkar kostnadsläget, men som inte beaktas i utjämningsystemet, kan också bidra till avvikelser.

Läkemedel

Läkemedel finansieras från tre källor: offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånerna), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (läkemedel på rekvisition, främst inom slutenvård) samt privat genom patienternas egenavgifter.

Tabell 3.2 Kostnader för läkemedelsförmånerna och läkemedel på rekvisition (slutenvård) 2000 och 2007

Skr. 2007/08:102

	Kostnader, mdkr		Andel av totala kostnader, procent	
	2000	2007	2000	2007
Läkemedel, förmån	14,7	18,2	64	60
Hjälpmedel, förmån	1,2	1,7	5	6
Egenavgift, förmån	4,8	5,2	21	17
Läkemedel, rekvisition	2,2	5,4	9	18
Summa	22,9	30,5	100	100

Källa: Apoteket AB.

Kostnadsutvecklingen för läkemedel inom förmånen och slutenvårds-läkemedel har utvecklats i olika riktningar de senaste åren. År 2000 utgjorde läkemedel på rekvisition 9 procent av de totala läkemedelskostnaderna och fram till år 2007 hade denna andel fördubblats (tabell 3.2). Slutenvårdskostnaderna (läkemedel på rekvisition) har ökat mellan 15 och 20 procent per år medan förmånskostnaderna nästan har legat oförändrade (diagram 3.10).

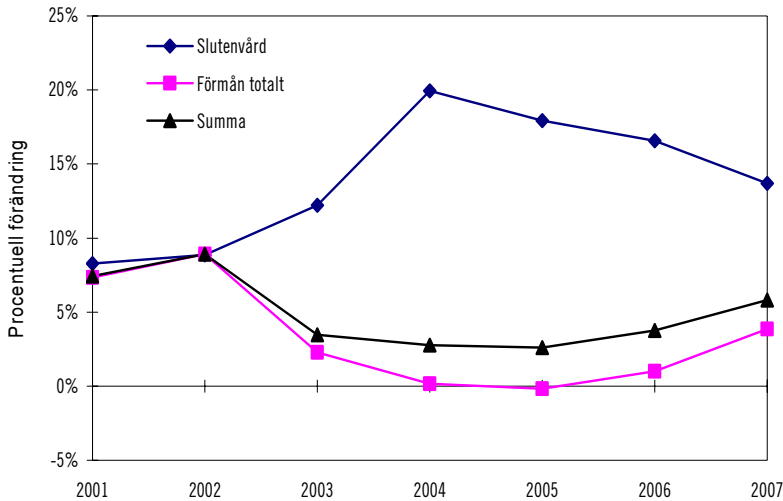
Kostnaderna för slutenvården har delvis ökat eftersom många landsting har fört över läkemedel från förskrivning på recept till rekvisition inom slutenvård. Detta gäller framförallt vissa cancerläkemedel (cytostatika) som ges till patienten på sjukhusmottagningarna. Dessa har tidigare i större grad förskrivits på recept. Dessutom har flera nya dyra läkemedel, huvudsakligen cancerpreparat, introducerats inom slutenvården.

Den långsammare kostnadsutvecklingen inom förmånen beror delvis på att dyra cancerläkemedel har flyttats över till slutenvården, men också på att vissa landsting börjat upphandla förbrukningsartiklar, t.ex. teststickor för diabetes. Den främsta orsaken är emellertid att läkemedelspriserna har fallit radikalt för stora läkemedelsgrupper när patenten gått ut för originalläkemedel, vilket öppnat upp för konkurrens från kopior av originalläkemedel med samma verksamma substans.

Läkemedelsgrupperna omeprazol (magsår), simvastatin (blodfett-sänkare) och citalopram samt sertralin (antidepressiva) kostade 2,3 miljarder kronor 2002 och utgjorde ca 10 procent av de samlade läkemedelskostnaderna inom förmånen. År 2007 hade kostnaden för dessa läkemedelsgrupper fallit med 70 procent till 650 miljoner kronor. Samtidigt har volymen läkemedel inom dessa grupper nästan dubblerats från 250 till knappt 500 miljoner dygnsdoser per år.

Diagram 3.10 Procentuell utveckling av läkemedelsförmånerna samt läkemedel på rekvisition (slutenvårdsläkemedel)

Skr. 2007/08:102



Källa: Apoteket AB, Xplain.

Kostnaderna för förmånerna ökade snabbare än på många år under 2007 (knappt 4 procent). Delvis berodde detta på att överföringarna av läkemedelskostnader till slutenvård avtog något, samtidigt som fler nya och kostsamma läkemedel kom ut på marknaden, t.ex. läkemedel mot övervikt och för rökavvänjning. Samtidigt var pressen på priserna neråt inte lika stark som tidigare eftersom färre stora patent gick ut under året.

Statsbidrag för läkemedelsförmånerna

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har sedan 1997 reglerats genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet, numera Sveriges Kommuner och Landsting. Landstingens kostnader för läkemedelsförmånen uppgick år 2007 till 19,9 miljarder kronor, medan statsbidraget uppgick till 21,5 miljarder kronor.

I överenskommelsen för 2008 mellan staten och SKL ingår ett program på 16 punkter som syftar till att effektivisera den långsiktiga läkemedelsanvändningen. Åtgärder ska vidtas inom områden för:

- förbättrad styrning och uppföljning inom läkemedelsområdet,
- förbättrad kunskap på läkemedelsområdet – benchmarking samt
- förbättrad läkemedelsanvändning – minskad kassation och skador m.m.

Tandvård

Cirka 90 procent av barn och ungdomar i åldrarna t.o.m. det år då man fyller 19 år undersöks och behandlas hos folktandvården. Landstingens

nettokostnader 2006 för barn- och ungdomstandvården uppskattas till ca 2,5 miljarder kronor, vilket är samma nivå som föregående år. Folk tandvården svarar för omkring en tredjedel av vuxentandvården, medan en majoritet av de vuxna får sin tandvård hos privata vårdgivare. Tandvård för vissa grupper ges inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd och kompensation för detta ges huvudsakligen genom det generella statsbidraget till landstingen. Övrig vuxentandvård finansieras till största delen av ersättning från det statliga tandvårdsstödet och patientavgifter. Det saknas i dag samlad statistik över den tandvård som utförs.

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa patientgrupper. Det är huvudsakligen fråga om äldre och personer med funktionshinder i särskilda boendeformer samt personer som bor i egen bostad men har stort behov av vård och omsorg. I landstingens ansvar ingår också tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Landstingens totala kostnader för verksamheten uppgick under 2006 till 657 miljoner kronor, vilket var nästan oförändrat jämfört med föregående år. Förändringarna under de senaste åren har varit små och kostnaderna har legat på ungefär samma nivå sedan 2002.

Antalet personer som blev uppsökta ökade marginellt 2006 jämfört med de två föregående åren. De som blev uppsökta utgjorde närmare 60 procent av dem som av landstingen bedömts komma i fråga för erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Den totala kostnaden för uppsökande verksamhet minskade med 7 miljoner kronor och uppgick till ca 60 miljoner kronor under 2006. Nödvändig tandvård för dessa patientgrupper kostade 368 miljoner kronor, vilket innebar en marginell ökning samtidigt som antalet behandlade patienter sjönk något.

När det gäller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling var både antalet personer som fick del av stödet och kostnaderna i det närmaste oförändrade under 2006. Cirka 33 000 personer fick del av stödet till en total kostnad av 192 miljoner kronor och en genomsnittlig kostnad per patient på ca 5 800 kronor. Den genomsnittliga kostnaden i olika landsting varierade mellan ca 3 500 kronor och drygt 8 000 kronor. Skillnaden mellan det landsting som redovisade den högsta och det som redovisade den lägsta genomsnittliga kostnaden har minskat jämfört med tidigare år.

SKL har i en rapport i januari 2008 redovisat prisutvecklingen avseende folktandvårdens priser för allmäntandvård mellan januari 2007 och januari 2008. Prisökningarna på olika åtgärder har i SKL:s undersökning vägts samman med hur vanligt förekommande de olika åtgärderna är. Prisökningen uppgick under den aktuella perioden till 3,7 procent, vilket var 1,7 procentenheter högre än föregående år, men lägre än genomsnittet för perioden 1999–2008. Prisökningen under hela perioden 1998–2008 var drygt 80 procent. Prisjämförelserna försvaras av att en tandvårdsåtgärd kan ha priser i olika nivåer beroende på hur svår åtgärden är att utföra.

Tandvårdens totala kostnader minskade med drygt 1 procent 2005 jämfört med 2004. Det var landstingens investeringsutgifter och tandvårdsförsäkringen som stod för minskningen medan de andra

posterna i tabellen nedan ökade. Utgifterna för tandvårdsförsäkringen minskade med ca 700 miljoner kronor. Minskningen förklaras till viss del, drygt 300 miljoner kronor, av att Försäkringskassan under 2005 övergick till en ny bokföringsprincip. Skr. 2007/08:102

Tabell 3.3 Tandvårdens totala kostnader.

Miljarder kronor löpande priser	2001	2002	2003	2004	2005*
Patientavgifter	9,9	10,6	11,5	13,2	13,6
därav					
Offentlig tandvård	2,0	2,2	2,4	2,6	2,6
Privat tandvård	7,8	8,5	9,1	10,6	10,9
<i>Patientavgifter som andel av totala kostnader</i>	<i>63,3%</i>	<i>63,2%</i>	<i>61,1%</i>	<i>62,4%</i>	<i>65,1%</i>
Landstingens nettokostnader	3,5	4,3	4,4	4,5	4,5
Landstingens investeringsutgifter	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Tandvårdsförsäkringen	1,5	1,6	2,6	3,1	2,4
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	0,4	0	0	0	0
Administrationskostnader för försäkringen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Summa	15,6	16,8	18,8	21,1	20,8
Årlig förändring av de totala kostnaderna	+6,3%	+7,9%	+11,6%	+12,6%	-1,3%

* Preliminära uppgifter

Källor: Socialstyrelsen, SCB, Sveriges Kommuner och Landsting och Riksförsäkringsverket.

3.4 Personalförsörjning

Somatisk vård inklusive primärvård

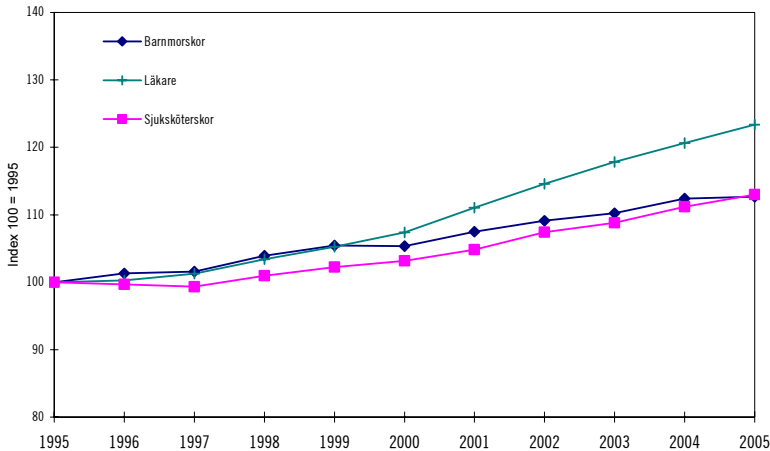
Det var brist på läkare och barnmorskor 2007, till skillnad från sjuksköterskor. Drygt hälften av alla sjuksköterskor hade en specialistsköterskeutbildning. Vad gäller arbetsmarknaden för dessa uppger landstingen att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor.

Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som hade den jämnaste åldersfördelningen medan 68 procent av barnmorskorna var över 44 år. Läkare hade också en relativt hög medelålder.

Landet är indelat i sex sjukvårdsregioner. Det fanns flest läkare i relation till befolkningens mängden i Stockholms sjukvårdsregion (419 läkare per 100 000 invånare) medan Sydöstra regionen hade lägst antal läkare (304 läkare per 100 000 invånare). Norra sjukvårdsregionen hade högst täthet av sjuksköterskor (1 180 sjuksköterskor per 100 000 invånare) medan Stockholms sjukvårdsregion hade lägst antal sjuksköterskor (959 sjuksköterskor per 100 000 invånare). Mellan sjukvårdsregionerna var variationen av antalet läkare större jämfört med sjuksköterskor. Störst skillnad i täthet fanns bland barnmorskorna.

Barnmorskor, sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor var i hög utsträckning sysselsatta inom den region där de utbildats. Även för läkare fanns ett liknande samband mellan utbildningsregion och sysselsättningsregion.

Diagram 3.11 Indexvärden för faktiskt antal sysselsatta läkare, barnmorskor och sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården 1995–2005



Källa: Socialstyrelsen, Årsrapport NPS 2008.

Antalet specialisläkare har totalt sett ökat, men tillväxten varierar mycket mellan specialiteterna.

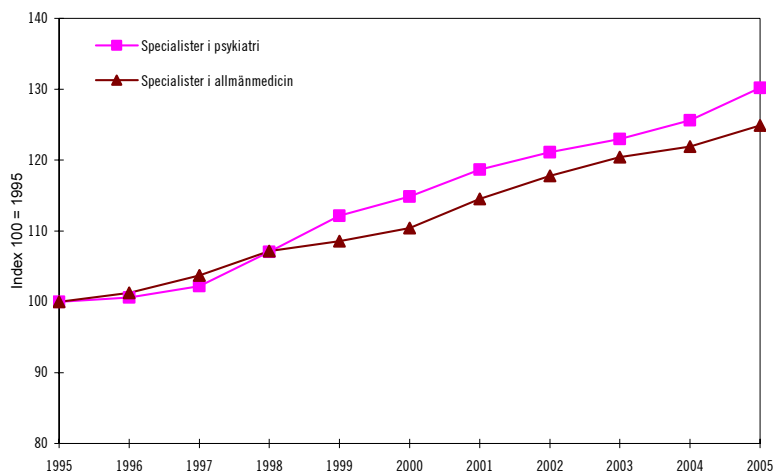
Tillgången på olika typer av specialisläkare varierade över landet. Allmänläkare och radiologiska specialiteter är två grupper som hade en relativt jämn fördelning mellan sjukvårdsregionerna. Sydöstra respektive Västsvenska sjukvårdsregionerna hade lägst täthet av allmänläkare, knappt 90 procent av genomsnittet i Sverige. Motsvarande siffra för Stockholms sjukvårdsregion var 106 procent.

Psykiatrisk vård

År 2005 fanns det i Stockholms sjukvårdsregion 28 psykiatriker per 100 000 invånare jämfört med Sydöstra respektive Norra sjukvårdsregionerna som hade 9 psykiatriker per 100 000 invånare. Sydöstra respektive Norra sjukvårdsregionernas tillgång på psykiatriker motsvarade ca 50 procent av riksgenomsnittet. Stockholms sjukvårdsregions täthet motsvarade 155 procent av riksgenomsnittet.

Diagram 3.12 Indexvärden för faktiskt antal sysselsatta specialistläkare i psykiatri och allmänmedicin inom hälso- och sjukvården 1995–2005

Skr. 2007/08:102



Källa: Socialstyrelsen, Årsrapport NPS 2008.

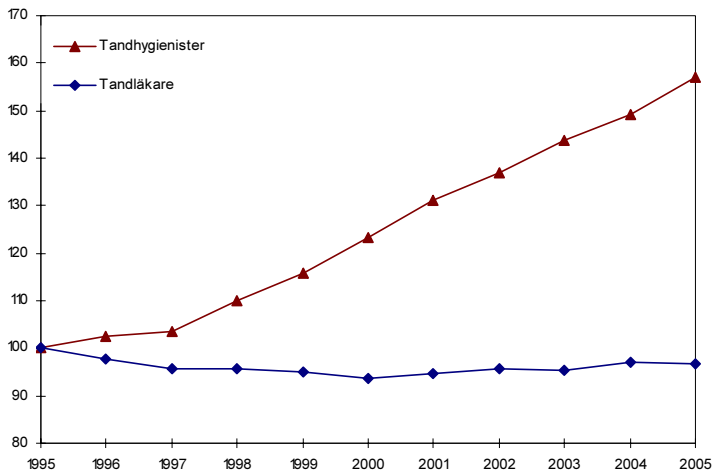
Tandvård

I Socialstyrelsens Årsrapport NPS 2008 bedömdes arbetsmarknaden vara i obalans för tandläkare, men i balans för tandhygienister. Statistiska centralbyråns arbetskraftsbarometer 2007 visar att det var svårt att rekrytera yrkeserfarna tandhygienister och tandläkare. Däremot ansågs det råda balans på arbetsmarknaden när det gäller nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister. I Arbetsmarknadsstyrelsens rapport samma år redovisades att efterfrågan på tandläkare översteg tillgången. För tandhygienister varierade situationen mellan balans och ett visst utbudsunderskott.

År 2005 arbetade 40 procent av tandhygienisterna i privat regi medan motsvarande andel för tandläkarna var 44 procent. Relationen mellan antalet tandläkare och antalet tandhygienister varierade relativt mycket mellan olika landsting. De tandhygienister som utbildats 2000–2005 var 2005 i hög grad sysselsatta inom den region där de utbildats. Ett liknande mönster, men svagare, återfanns bland tandläkarna. Men i exempelvis norra ST-regionen (landet är uppdelat i fem tandvårdsregioner) var det endast 25 procent av dem som utbildats i denna region som var verksamma där 2005.

Diagram 3.13 Indexvärden över faktiska antalet tandhygienister och tandläkare i tandvården åren 1995–2005 (1995 = index 100)

Skr. 2007/08:102



Källa: Socialstyrelsen, Årsrapport NPS 2008.

4 Socialtjänst

Socialtjänsten består av vård och omsorg om äldre, stöd och service till personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg. Kommunernas kostnader för socialtjänsten 2006 var ca 148 miljarder kronor, vilket motsvarade ungefär en tredjedel av kommunernas totala kostnader. Kostnaderna som redovisas i detta avsnitt är bruttokostnader, dvs. de totala kostnaderna som finansieras med skattemedel, avgifter och statsbidrag. De skiljer sig därmed från kostnaderna som redovisas i avsnitt 2 Kommunal ekonomi.

4.1 Vård och omsorg till äldre

Nationella mål

De nationella målen för äldreomsorgen fastställdes av riksdagen i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307). Målen är att äldre ska

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

Många insatser utförs inom andra politikområden och riktar sig även till personer som inte är ålderspensionärer. Målgruppen för denna redovisning är ålderspensionärer som har insatser från den kommunala äldreomsorgen.

Kommunernas ansvar för omsorgen och vården om äldre kvinnor och män regleras framförallt i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Särskilda bestämmelser för äldre personer i SoL är inriktade på insatser som ska underlätta för den enskilde att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialtjänsten ska ge äldre kvinnor och män stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service samt inrätta särskilda boendeformer för dem som behöver särskilt stöd. Socialtjänsten ska även planera sina insatser för äldre och i detta arbete samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. Vidare ska socialtjänsten bedriva uppsökande verksamhet för äldre kvinnor och män.

En särskild bestämmelse anger att kommunen bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller har funktionshinder.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlopande utvecklas och säkras.

Målet för hälso- och sjukvården som anges i HSL är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.

De särskilda bestämmelser som finns i HSL angående kommunernas ansvar anger att kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård för äldre personer som bor i särskilt boende samt vistas vid dagverksamhet. En kommun får även erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i det ordinära hemmet (hemsjukvård). Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå, dvs. inte för läkarinsatser. Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en särskilt medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Måluppfyllelse och kvalitet

Kvaliteten inom omsorgen och vården om äldre kvinnor och män påverkas av en rad omständigheter som ofta hänger ihop. Att ge en allsidig beskrivning av kvaliteten i omsorgen och vården om de äldre är därför fortfarande en mycket svår uppgift enligt Socialstyrelsens bedömning (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2007, Socialstyrelsen). Det sammanfattande intrycket av utvecklingen är emellertid, enligt Socialstyrelsen, att förutsättningarna att utveckla vården och omsorgen om äldre kvinnor och män förbättras i snabb takt och i positiv riktning.

Tillgång till god vård och omsorg

Förändringar inom sjukhusvården och primärvården får effekter på den kommunala äldreomsorgen och vice versa. Kraven ökar på medicinska insatser och omvårdnadsinsatser när fler äldre kvinnor och män bor kvar i det ordinära boendet. Socialstyrelsen konstaterar att det finns bestående problem med det delade ansvaret för hemsjukvården inte minst för de multistjuka äldre. Det brister bl.a. i samverkan i samband med utskrivning från sjukhus. De ungefär hälften av landets kommuner som i dag har ett samlat hemsjukvårdsansvar tycks ha uppnått en effektivisering av resursanvändningen.

En annan grupp som har svårt att få sina behov tillgodosedda är äldre personer med psykisk ohälsa. Ett generellt problem i sjukvården och den kommunala äldreomsorgen är brist på tid och kunskap för att ta sig an äldres psykiska besvär.

Stimulansbidrag för utveckling av vården och omsorgen om äldre personer

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat ca 1,3 miljarder kronor under 2007 till kommuner och landsting. Avsikten med stimulansbidraget är att utveckla äldreomsorgens kvalitet och innehåll vad gäller rehabilitering, kost och nutrition, läkemedelsgenomgångar i särskilt och ordinärt boende, förstärkt läkarmedverkan i särskilt och

ordinärt boende, det sociala innehållet i äldreomsorgen, demensvård samt förebyggande hembesök. Alla kommuner utom en har ansökt om stimulansbidrag. De flesta kommuner och landsting har sökt bidrag till rehabilitering, vilket motsvarar en fjärdedel av bidraget.

Stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående

De nationella satsningarna under senare år har stimulerat utvecklingen av stöd till anhöriga. År 2002 bedrev 90 procent av kommunerna utvecklingsarbete, en siffra som sjönk till 78 procent 2005 för att åter öka till 90 procent 2006, då fem gånger så mycket pengar fanns att söka jämfört med 2005.

Under åren 2006 och 2007 fanns ca 115 miljoner kronor per år för att utveckla stödet till anhöriga i kommunerna. 256 kommuner och 42 kommundelar har ansökt om stimulansbidrag och länsstyrelserna har beviljat bidrag med knappt 113 miljoner kronor.

Allt fler kommuner utvecklade stödet till anhöriga jämfört med tidigare år, enligt Socialstyrelsens rapport *Kommunernas anhörigstöd – utvecklingsläget 2006*. Bredden på olika insatser till anhöriga ökade och personalen fick allt oftare utbildning när det gäller bl.a. anhörigas situation och behov av stöd. Exempelvis hade tre av fyra kommuner en anhörigkonsulent/samordnare som ansvarar för anhörigstödet vilket var en dubbling sedan 2002. De mest utbredda formerna av anhörigstöd var korttidsvård eller korttidsboende, dagvård eller dagverksamhet och avlösning i hemmet. Dessa stöd fanns i nästan alla landets kommuner. Enskilda samtal och anhörigcirklar eller anhöriggrupper fanns i tre fjärdedelar av kommunerna och de skedde i viss utsträckning i samverkan med ideella och frivilliga organisationer. Drygt hälften av landets kommuner anställde anhöriga som vårdare och i knappt hälften av kommunerna fanns anhörigbidrag.

Boende och stöd i hemmet

Även under 2006 fortsatte utvecklingen mot mer vård och omsorg i hemmet. Antalet personer med hemtjänst minskade och antalet personer i särskilt boende ökade. Många som bodde kvar hade stora behov vilket påvisades genom att antalet personer som hade både hemtjänst och hemsjukvård ökade jämfört med tidigare år.

Enligt Socialstyrelsen visade korttidsvården i många kommuner tendens på att bli överbelagd. Boende- och vistelsetiderna ökade vilket antogs bero på det minskade antalet platser i särskilt boende. Inte sällan handlade det om personer med demenssjukdom som inte kunde beredas plats i särskilt boende. Boendestandarden beskrevs i många fall som undermålig vilket bl.a. innebar att de boende delade rum under flera månader. Enligt länsstyrelsernas tillsyn kunde korttidsvården många gånger inte erbjuda tillräcklig säkerhet i det medicinska omhändertagandet. Läget inom korttidsvården minskade utrymmet för avlösning och rehabilitering vilket i förlängningen gick ut över de äldre, deras anhöriga och hemtjänsten.

Boendestandarden i särskilt boende har fortsatt förbättrats. Antalet personer som bodde i flerbäddsrums minskade från 3 200 till 1 600 mellan 2003 och 2006. Flerbäddsrums i särskilt boende fanns 2006 i 66 kommuner jämfört med i 148 kommuner 2003.

Från den 1 juni 2007 blev det möjligt att söka investeringsstöd för nybyggnad av eller ombyggnad till särskilt boende för äldre. Fram till årets slut lämnades över 100 ansökningar om stöd till byggande av drygt 3 100 lägenheter i särskilt boende. Det totala ansökta stödbeloppet uppgick till ca 350 miljoner kronor.

Ej verkställda beslut

Den nya bestämmelsen om rapporteringsskyldighet som infördes i socialtjänstlagen den 1 juli 2006 är inriktad på de beslut som inte verkställts inom tre månader. Socialstyrelsen har redovisat uppgifter från andra halvåret 2006. Den 30 september 2006 fanns 1 603 rapporter och den 31 december 1 364 rapporter. Vid båda tillfällena omfattade 90 procent av rapporterna beslut där särskilt boende för äldre inte kunnat verkställas. Under 2006 lämnade länsstyrelserna in 119 ansökningar till länsrätterna om särskild avgift, s.k. sanktionsavgift, gällande beslut som inte verkställts inom tre månader. Socialstyrelsen har även redovisat resultat från en annan mätning som avsåg samtliga beslut som vid ett mättillfälle inte var verkställda. Där konstaterades att andelen beslut om plats i särskilt boende med väntetider som var längre än 7 månader minskat från 25 procent 2001 till 10 procent 2006. I samma mätning framkom också att andelen av de beslut som kunde tillgodoses inom en månad ökade från 20 procent 2001 till 30 procent 2006.

Resultat från tillsynen

Länsstyrelserna rapporterade en konstant andel individärenden med brister 2004–2006, trots ett ökat antal tillsynsärenden. I ca 17–20 procent av ärendena konstaterades brister och i ca 12–15 procent av ärendena uttalade länsstyrelsen kritik. Under 2006 gjordes mer än 1 200 anmälningar enligt den s.k. Lex Sarah, dvs. bestämmelsen i SoL som innebär anmälningsskyldighet för personal avseende allvarliga missförhållanden i omsorgen om en enskild. Variationerna mellan olika kommuner var stora vilket enligt Socialstyrelsen bl.a. förklarades av att länsstyrelserna gjorde olika bedömningar i fråga om vad som är ett allvarligt missförhållande. De flesta anmälningarna gällde missförhållanden inom särskilda boenden. I två tredjedelar av fallen avsåg anmälningarna situationen för kvinnor.

Från Lex Maria anmälningarna, dvs. anmälningsskyldighet för personal inom hälso- och sjukvården, rapporterades att anmälningarna allt oftare också innehöll internutredningar och händelseanalyser. Många anmälningar handlade om fel vid läkemedelsbehandling eller vid handhavande av medicintekniska produkter. I utredningarna framkom ofta att personalen inte följde fastställda rutiner eller att rutiner var bristfälliga. Bland annat följdes inte delegeringar upp så att personal hade rätt kunskaper för att klara uppgifterna.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla ett system för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. I uppdraget ingår att redovisa uppgifter om kvalitet, kostnader och effektivitet. I december 2007 publicerades den första rapporten *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre – Verksamhetens kvalitet*. De redovisade uppgifterna belyser struktur- och processkvalitet. När det gäller området mat har Socialstyrelsen funnit att storleken på kommunen har ett tydligt samband med möjligheten att välja mellan minst två rätter. I stora städer har mer än två av tre den möjligheten, i stora kommuner med höga standardkostnader har 83 procent den möjligheten. I små kommuner med låga standardkostnader har endast 14 procent den möjligheten.

Kostnader och prestationer

Äldreomsorgens omfattning

Det totala antalet personer som fick insatser i form av hemtjänst eller särskilt boende var relativt konstant 2002–2006 (en minskning med knappt en procent). Uppdelat på hemtjänst och särskilt boende var dock förändringarna större. Antalet personer med hemtjänst ökade med 11 procent och antalet personer i särskilt boende minskade med 17 procent. Mellan 2005 och 2006 ökade det totala antalet hjälpmottagare med 3 500 personer.

Tabell 4.1 Antal och andel personer 65 år och äldre med insats den 1 oktober

	Hemtjänst Antal	Andel (%)	Särskilt boende Antal	Andel (%)	Totalt Antal	Andel (%)
2002	125 200	8,2	115 500	7,5	240 700	15,7
2003	128 000	8,3	110 900	7,2	238 900	15,5
2004	132 300	8,5	104 800	6,7	237 100	15,2
2005	135 000	8,6	100 400	6,4	235 400	15,0
2006	140 300	8,9	98 600	6,2	238 900	15,1

Källa: Socialstyrelsen.

Utvecklingen till fler personer med hjälp i ordinärt boende och färre personer i särskilt boende har i stort sett skett i samtliga kommungrupper (tabell 4.2).

Tabell 4.2 Andel äldre med insats

Kommungrupp	Särskilt boende		Ordinärt boende	
	2002	2006	2002	2006
Storstäder	7,9	6,8	10,0	12,1
Förortskommuner	6,3	5,1	7,0	7,6
Större städer	7,4	6,2	8,0	8,7
Pendlingskommuner	7,2	5,7	8,0	7,5
Glesbygdskommuner	8,8	7,6	7,4	9,2
Varuproducerande kommuner	7,8	6,4	7,8	7,9
Övr. kom. > 25 000 inv.	7,5	6,4	8,8	8,4
Övr. kom. 12 500-25 000 inv.	7,4	5,7	7,9	8,5
Övr. kom. < 12 500 inv.	7,8	6,5	7,2	8,2

Källa: Socialstyrelsen.

Den officiella statistiken innehåller uppgifter om antalet beviljade timmar under en mätmånad (oktober) varje år. Andelen hemtjänstmottagare med mer än 50 timmar var 2006 ungefär 20 procent, vilket den varit under hela 2000-talet. Insatserna på den lägsta nivån (1–9 timmar) har minskat under samma period. Det totala antalet beviljade timmar i oktober månad 2006 var 4 362 200, vilket är en ökning med 14 procent jämfört med oktober månad 2002.

De flesta personerna med hemtjänst eller särskilt boende var 80 år eller äldre (73 procent respektive 81 procent). Sammantaget hade 37 procent av dem 80 år eller äldre insatser. Det innebär en minskning med en procentenhet 2002–2006.

Bland antalet personer med hemtjänst och som bodde i särskilt boende var 70 procent kvinnor och 30 procent män, vilket är samma fördelning som 2002. Av de som var 65 år eller äldre hade 11 procent av alla kvinnor och 6 procent av alla män hemtjänst och 8 procent av kvinnorna och 4 procent av männen bodde i särskilt boende. De stora könsskillnaderna i hjälpens omfattning beror till stor del på att kvinnor lever längre och att kvinnor ofta lever tillsammans med män som är äldre.

Utöver hemtjänst och särskilt boende omfattar kommunernas vård och omsorg till äldre också en rad andra insatser. Som framgår av tabell 4.3 har trendmässiga förändringar skett när det gäller antalet personer som har både hemtjänst och hemsjukvård (en ökning med 29 procent 2002–2006) och när det gäller antalet personer med enbart hemsjukvård (en minskning med 8 procent).

Tabell 4.3 Antal personer 65 år eller äldre med beviljade insatser den 1 november

	2002	2003	2004	2005	2006
Korttidsvård	9 100	8 900	9 000	8 700	9 000
Dagverksamhet	13 000	12 700	12 500	12 200	12 800
Anhörigbidrag	5 500	5 500	5 300	5 200	5 200
Anhöriganställning	2 100	2 000	1 900	1 800	1 900
Hemsjukvård och hemtjänst	26 800	32 200	32 300	33 400	34 500
Hemsjukvård ej hemtjänst	15 300	14 900	14 500	14 700	14 100

Källa: Socialstyrelsen.

När det gäller korttidsvård så registreras sedan 2003 antal boendedygn (under en mätmånad) i den nationella statistiken. Sedan 2003 har antalet boendedygn ökat med drygt 15 procent.

Insatser enligt LSS och LASS

Sammanlagt 1 746 personer, 65 år eller äldre, hade insatsen personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS), den 1 oktober 2006. Av dessa hade 276 personer endast assistans enligt LSS och 709 personer enligt såväl LSS som LASS. Antalet personer 65 år eller äldre med personlig assistans enligt LSS/LASS ökade med 35 procent 2004–2006, vilket innebär att det är den åldersgrupp för vilken antalet personer med personlig assistans har ökat mest under denna period.

Vård och omsorg i enskild regi och kundvalssystem

Under 2000-talet har andelen äldre som fått sin vård och omsorg av enskilda vårdgivare ökat successivt, från 9,5 procent år 2000 till 12 procent år 2006. Andelen var störst när det gäller särskilt boende (14 procent). För hemtjänsten var motsvarande siffra 11 procent. Den 1 december 2006 hade 24 kommuner i landet infört s.k. kundvalssystem, vilket ger äldreomsorgsmottagare möjlighet att själva välja utförare.

Kostnader

Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre år 2006 var 83,6 miljarder kronor. Det motsvarar ungefär 20 procent av kommunernas totala kostnader och 56 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten. Kostnaderna har minskat med knappt 6 procent 2002–2006, mätt i fasta priser. Mellan 2005 och 2006 har dock kostnaderna ökat något. Kostnaderna 2006 för särskilt boende utgjorde 61 procent av kostnaderna för vård och omsorg om äldre. Motsvarande siffra 2002 var 67 procent, vilket speglar den minskning av antalet personer i särskilt boende som har skett under perioden.

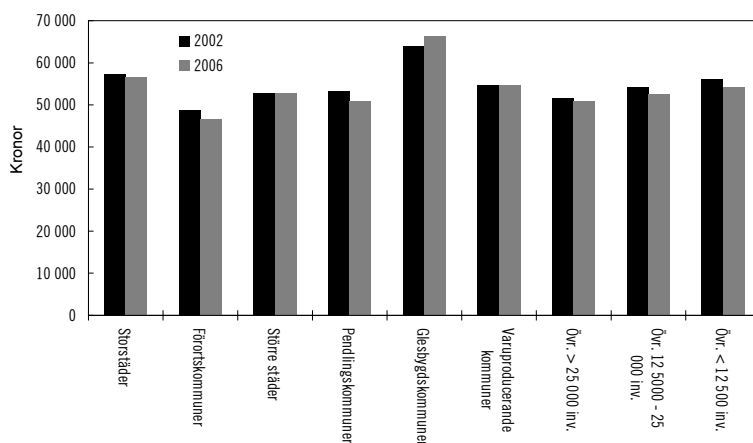
Tabell 4.4 Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre

Skr. 2007/08:102

Miljarder kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Vård och omsorg i ordinärt boende	22,8	24,0	25,6	27,1	29,5
Vård och omsorg i särskilt boende	51,6	52,8	52,6	51,8	52,6
Öppen verksamhet	1,3	1,5	1,4	1,4	1,4
Totala kostnader	75,7	78,3	79,6	80,3	83,6

Källa: Socialstyrelsen.

Kostnaden för vård och omsorg om äldre, mätt i kostnad per invånare 65 år eller äldre, var högst i glesbygdskommunerna (diagram 4.1). Kostnadsminskningar skedde 2002–2006 i de flesta kommungrupper. I glesbygdskommunerna ökade dock kostnaderna med 4 procent, mätt i fasta priser.

Diagram 4.1 Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, per invånare 65 år och äldre, per kommungrupp (fasta priser)

Källa: Socialstyrelsen.

Ungefär 14–17 procent av kommunernas kostnader för äldre- och handikappomsorgen utgörs av hälso- och sjukvårdsinsatser, visar beräkningar från Socialstyrelsen. Det innebär att kommunernas hälso- och sjukvård står för ca 8 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Personal och kompetensförsörjning

I november 2006 var 236 000 personer anställda inom äldreomsorgens olika verksamhetsområden. Det var 5 000 fler jämfört med året innan och innebär ett trenderbrott jämfört med åren 2002–2005 då antalet anställda stadigt minskade. Av personalen var 90 procent kvinnor och 10 procent män. På ett decennium har andelen män fördubblats bland dem som är tillsvidareanställda. Andelen män var dock högre bland vikarierna än

bland de tillsvidareanställda. Under den senaste tioårsperioden ökade andelen utrikes födda i personalen från 9 till 13,5 procent. Andelen i hela personalen som hade invandrabakgrund ökade från 10 till 17 procent.

Den största yrkesgruppen var undersköterskor och vårdbiträden (drygt 70 procent 2006). Denna yrkesgrupp har dock minskat under flera år medan kategorin övrig vårdpersonal inklusive personliga assistenter ökat markant. Rekryteringsläget var betydligt bättre 2006 jämfört med början av 2000-talet. Medelåldern inom vissa yrkesgrupper var dock hög vilket bedömdes kunna ställa till problem när pensionsavgångarna ökar. Av den stora gruppen vårdbiträden var 32 procent över 55 år. I genomsnitt hade 68 procent av personalen i hela äldreomsorgen någon omvårdnadsutbildning. I särskilt boende var läget ännu bättre och i genomsnitt hade 78 procent av personalen adekvat utbildning. Det fanns dock variationer mellan kommunerna.

Den sammantagna bedömning Socialstyrelsen gjorde visade att kraven på god yrkeskompetens är ökande. Förutom god grundkompetens bedömdes fler med högskolekompetens behövas inom områden som demens, hemsjukvård och socialpsykiatri. Socialstyrelsen gav under 2006 och 2007 ut allmänna råd med tydliga kompetenskrav.

4.2 Insatser för personer med funktionsnedsättning

Nationella mål

Det övergripande målet i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) är att socialnämnden ska 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. För att nå detta mål gäller bestämmelserna i SoL för såväl strukturinriktade och allmänt inriktade som individuellt inriktade insatser. Personer med stora och varaktiga funktionshinder kan dessutom ha rätt till särskilda insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Målsättningen med all verksamhet enligt LSS är att underlätta det dagliga livet för personer med omfattande funktionshinder och främja full delaktighet i samhällslivet. Enskilda ska ges största möjliga inflytande över hur insatserna ges.

Måluppfyllelse och kvalitet i handikappomsorgen

Socialstyrelsen sammanställer varje år en lägesrapport om utvecklingen inom det handikappolitiska området i Sverige. I lägesrapporten för 2007 framgår att antalet insatser från socialtjänsten fortsätter att öka – både insatser enligt LSS och enligt SoL.

Viktiga iakttagelser i handikappomsorgen

Socialtjänstens uppgift är att på individnivå tillgodose de behov personer med funktionsnedsättning har för att kunna leva ett liv som andra.

Socialstyrelsen har analyserat kommunernas insatser utifrån begreppen tillgänglighet, självbestämmande och delaktighet. Socialstyrelsen

konstaterar att det fortfarande saknas mätbara indikatorer för dessa begrepp. Det är därför svårt att få fram resultat av generella insatser som exempelvis tillgängliga lokaler, eller på vilket den enskilde som inte kan föra sin egen talan kan öka sitt självbestämmande. Genom att anlägga ett funktionshinderperspektiv på samhällets insatser menar Socialstyrelsen att det går lättare att identifiera vilka faktorer som gör att vissa grupper i ökande grad blir beroende av socialtjänstens insatser. I övrigt anser Socialstyrelsen att kompetensen inom socialtjänsten har förbättrats när det gäller omvårdnaden om personer med psykisk funktionsnedsättning. Vissa brukarorganisationer hävdar dock enligt Socialstyrelsen att kommunens handläggare inte alltid känner till intentionerna bakom LSS och därför tillämpar en restriktiv bedömning av vilka insatser som ska beviljas.

Varför ökar antalet unga med funktionsnedsättning i den dagliga verksamheten ?

Daglig verksamhet är en insats enligt LSS för personer i yrkesverksam ålder med funktionsnedsättning som inte bedöms kunna få ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Daglig verksamhet innebär för många människor en meningsfull sysselsättning och strukturerad vardag som kan erbjuda såväl habiliterande som produktionsinriktade uppgifter. Men Socialstyrelsen har i en kartläggning funnit att det också finns personer i den dagliga verksamheten som borde kunna få annan sysselsättning på den öppna arbetsmarknaden. Övergångarna från daglig verksamhet till subventionerat eller osubventionerat lönearbete är dock näst intill obefintliga. Samtidigt är det oroväckande många unga under 22 år i den dagliga verksamheten och antalet har ökat med 163 procent eller från drygt 750 till nästan 2000 mellan åren 1999 och 2006. Ökningen är betydligt större bland unga män än för unga kvinnor. Socialstyrelsen varnar för att det här kan innebära en inläsningseffekt för unga människor, vilket betyder att har en person beviljats insatsen daglig verksamhet är sannolikheten liten för att den personen får chansen att pröva annat arbete.

Socialstyrelsen menar att utvecklingen mot att allt fler unga får plats i den dagliga verksamheten direkt efter avslutad utbildning till viss del kan förklaras av att det saknas strukturerade samarbetsformer mellan kommunens dagliga verksamhet och arbetsförmedlingen. Socialstyrelsen menar emellertid att det finns goda exempel på hur vissa kommuner aktivt arbetar med samverkan och information till arbetsgivare och arbetsförmedlingen för att öka ungdomars möjlighet till arbete.

Den stora ökningen kan också förklaras av att fler går i särskolan och att det är en effekt av stora barnkullar under början av 1990-talet. Det finns enligt Skolverket även andra mekanismer som bidrar till en överströmning av unga till särskola och kommunens dagliga verksamhet, t.ex. att kommunerna har blivit mer generösa i sina bedömningar av vilka som kan erbjudas plats i särskolan.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har följt upp antalet ej verkställda domar och beslut enligt LSS. Kartläggningen visar att det totala antalet ej verkställda domar har minskat betydligt sedan 2002, då möjlighet till sanktionsavgift gentemot kommunerna infördes. Däremot har antalet ej verkställda beslut ökat med drygt 400 från 2 448 till 2 933 beslut under perioden 2004–2006.

Variationerna mellan länen är stora även om man tar hänsyn till befolkningens storlek. I de flesta län har ej verkställda beslut ökat men i fem län har de minskat. År 2006 redovisade 224 kommuner att de hade ej verkställda beslut enligt LSS. Det är en minskning sedan 2004 med 15 kommuner. Insatsen kontaktperson svarar för de flesta ej verkställda beslut med drygt 1 300, nästan 600 ej verkställda beslut avsåg bostad för vuxna.

Kommunerna har en skyldighet att följa upp vilka personer som omfattas av LSS och vilka behov av stöd och service dessa personer har. Kommunerna ska även planera bostäder och andra insatser för personer med funktionshinder. Även om många fler beslut inte har verkställts har andelen med längre än fyra månaders väntetider ändå minskat. Emellertid var det drygt 200 personer som fått vänta mer än ett år på bostad vilket är ungefär lika många som 2004. Skälet till de långa väntetiderna anges ofta vara att det är tidskrävande för kommunerna att hitta optimala lösningar för den enskilde.

Länsstyrelsens uppgift i det här sammanhanget är förutom att utöva tillsyn att bedriva främjande verksamhet genom att bl.a. ge råd i kommunernas planering av bostäder enligt LSS. Av Riksrevisionens rapport om statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS (RiR 2007:1) framgår att nästan hälften av kommunerna har fått rådgivning vid planering av LSS-bostäder någon gång under perioden 2004–2005. De kommuner som uppgett att de är ganska eller mycket nöjda med länsstyrelsernas rådgivning uppgick till 66 procent.

Kostnader och prestationer

Omfattning av insatser till personer med funktionsnedsättning

Den 1 oktober 2006 hade 55 800 personer en eller flera insatser enligt LSS (exklusive insatsen råd och stöd), vilket innebär en ökning med 15 procent under den senaste femårsperioden. Av dessa hade 47 procent en insats, 33 procent två insatser och 20 procent tre eller flera insatser.

Tabell 4.5 Antal personer med beslut om insats enligt LSS

Insats	2002	2003	2004	2005	2006	Utv. 02-06 (%)
Daglig verksamhet	21 700	23 200	24 100	25 000	25 800	19
Boende, vuxna	18 000	19 000	19 800	20 300	21 000	16
Kontaktperson	14 500	15 200	16 100	16 700	17 500	20
Korttidsvistelse	9 900	10 400	10 500	10 500	10 500	6
Råd och stöd	11 900	11 700	10 400	10 500	9 500	-20
Ledsagarservice	8 500	9 200	9 400	9 600	9 700	14
Personlig assistans	4 300	4 600	3 900	3 600	3 700	-14
Avlösarservice	3 500	3 600	3 700	3 600	3 500	0
Korttidstillsyn	3 400	4 000	4 400	4 700	4 900	44
Boende, barn	1 200	1 300	1 300	1 200	1 200	0

Källa: Socialstyrelsen.

Som framgår av tabell 4.4 har det skett en stor ökning av nästan samtliga insatser enligt LSS. När det gäller insatsen personlig assistans så förtydligades definitionen av denna i samband med statistikinsamlingen avseende 2004, vilket innebär att uppgifterna inte är jämförbara med tidigare års uppgifter.

Av samtliga personer som hade insatser var 57 procent män och 43 procent kvinnor. Männen var fler än kvinnorna i nästan alla åldrar samt när det gäller alla insatser. Störst var könsskillnaden när det gällde insatsen boende för barn (34 procent flickor och 66 procent pojkar) och minst när det gällde personlig assistans och ledsagarservice i åldersgruppen 23–64 år (49 procent kvinnor och 51 procent män).

Nästan 30 procent av alla insatser enligt LSS gavs till barn och ungdomar (22 år eller yngre), 65 procent gällde personer som var 23–64 år och ungefär 6 procent gällde personer som var 65 år eller äldre.

Personlig assistans enligt LASS i kombination med andra LSS-insatser

Knappt 40 procent av dem som hade assistansersättning enligt LASS hade även en eller flera insatser enligt LSS. Detta framgår av en sambearbetning av Socialstyrelsens LSS-register och Försäkringskassans data om LASS-insatser som genomfördes av Socialstyrelsen avseende åren 2004–2006. De vanligaste LSS-insatserna i kombination med assistansersättning bland barn och ungdomar var korttidsvistelse, som 1 650 barn eller ungdomar hade, och korttidstillsyn för dem över 12 år, som 700 ungdomar hade. När det gällde vuxna hade 760 personer assistansersättning i kombination med bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.

Sammanlagt ca 17 000 personer hade personlig assistans enligt LSS och/eller LASS den 1 oktober 2006. De flesta, 80 procent, hade assistansersättning enligt LASS. Ungefär 3 000 personer (18 procent) hade enbart personlig assistans enligt LSS och 700 personer (4 procent) hade en kombination av personlig assistans enligt LSS och LASS.

När det gäller antalet personer med insatser enligt SoL till personer under 65 år så har det även där skett en relativt kraftig ökning 2002–2006. Som framgår av tabell 4.5 var ökningen som störst när det gäller antalet personer med hemtjänst.

Tabell 4.6 Antalet personer under 65 år med beslut om insats enligt SoL/HSL den 1 oktober

	2002	2003	2004	2005	2006
Hemtjänst	14 800	15 400	16 400	17 900	19 200
Särskilt boende	5 400	5 200	5 300	5 800	5 900
Dagverksamhet	2 900	2 800	3 000	3 600	3 400
Kommunal hemsjukvård	4 000	3 900	4 300	4 500	4 700

Källa: Socialstyrelsen.

Av dem med hemtjänst var 52 procent kvinnor och 48 procent män. Av de boende i särskilt boende var 40 procent kvinnor och 60 procent män.

Av samtliga personer som beviljats hemtjänst fick ca 10 procent hemtjänst som huvudsakligen utfördes i enskild regi. 30 procent bodde i bostäder som drevs i enskild regi.

Personliga ombud

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. Vid årsskiftet 2006/07 hade 82 procent av landets kommuner startat sådan verksamhet. Antalet personer med ombud var vid samma tidpunkt ungefär 5 500. Socialstyrelsens uppföljning visar att verksamheter i två av tio fall drivs av entreprenörer.

Kostnader

Kommunernas kostnader för insatser för personer med funktionsnedsättning 2006 var nästan 37 miljarder kronor. Kostnaderna utgjorde ungefär 8 procent av kommunernas totala kostnader och 25 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten 2006. Motsvarande siffror år 2002 var 8 respektive 22 procent. Av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning stod kostnaderna för LSS-insatser för 78 procent och kostnader för SoL-insatser för 22 procent.

Tabell 4.7 Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Skr. 2007/08:102

Miljarder kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Insats enligt SoL/HSL	6,4	6,5	6,7	7,1	7,4
Särskilt boende	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9
Ordinärt boende	2,9	3,0	3,2	3,6	3,9
Öppen verksamhet	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
Insatser enligt LSS/LASS	22,5	25,2	26,4	27,7	29,6
Bostad med särskild service	12,0	13,3	13,8	14,3	15,7
Personlig assistans	4,0	4,6	5,1	5,3	5,6
Daglig verksamhet	3,8	4,1	4,2	4,4	4,6
Övriga insatser enligt LSS	2,7	3,2	3,3	3,7	3,7
Totala kostnader	28,9	31,7	33,1	34,8	36,9

Källa: Socialstyrelsen.

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS steg med ungefär 12 procent (mätt i fasta priser) under 2002–2006. År 2006 stod boende med särskild service för ungefär hälften av kostnaderna och kostnader för personlig assistans för ungefär 19 procent. Den tredje största insatsen kostnadsmässigt var daglig verksamhet, som stod för 16 procent av kostnaderna.

Kostnaderna för insatsen hemtjänst enligt SoL till personer under 65 år ökade med 16 procent under 2002–2006. Under samma period minskade kostnaderna för särskilt boende med nästan 9 procent, mätt i fasta priser. De sammanlagda kostnaderna för insatser enligt SoL var i princip oförändrad i fasta priser 2002–2006.

4.3 Individ- och familjeomsorg

Nationella mål

Målet för socialtjänstpolitiken är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.

Verksamhetsområdet individ och familjeomsorg (IFO) omfattar socialt arbete som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och föräldrabalken, i kommunens regi eller med kommunal finansiering. Inom individ- och familjeomsorgen görs insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. kvinnor och män med behov av ekonomiskt bistånd, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, kvinnor och män med missbruks- och beroendeproblem, personer i prostitution och kvinnor som utsätts för hot och våld.

Inom individ- och familjeomsorgen har den kunskapsbaserade socialtjänsten fått allt mer fäste, med arbetssätt som grundar sig på vetenskapligt och evidensbaserat underlag. Standardiserade bedömningsinstrument och metoder utvecklas och intresset för att arbeta på det här sättet är stort inom flera av IFO:s verksamheter, t.ex. inom barn- och ungdomsvården samt missbruksvården.

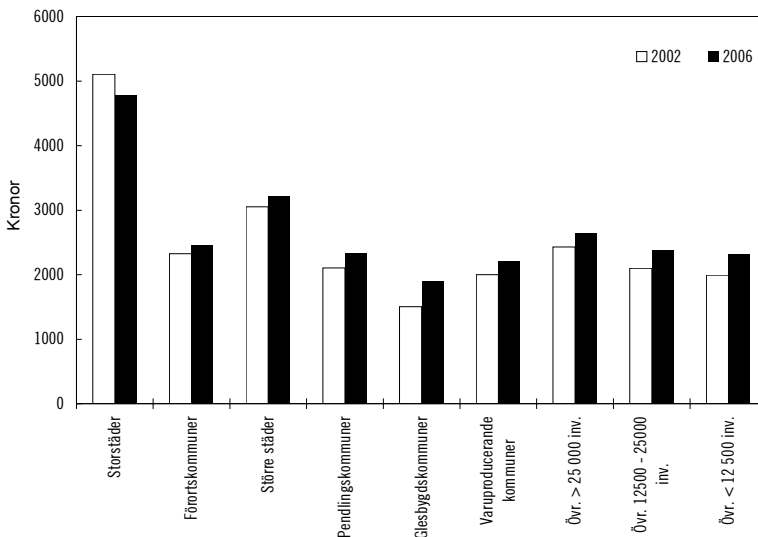
Av Socialstyrelsens lägesrapport om individ- och familjeomsorgen 2007 framgår att verksamheten inom IFO också fortsätter att gå mot allt mer öppenvård, tidiga insatser och målgruppsanpassade verksamheter.

Vidare visar rapporten att IFO har fått nya uppgifter och målgrupper, t.ex. ensamkommande asylsökande barn. Tidigare var det Migrationsverket som hade ansvaret för boendet för barnen men det är nu överfört på kommunerna. Nya uppgifter har tillkommit också inom missbruksvården och i arbetet med arbetslösa, där arbetsmarknadsåtgärder numera också omfattas av IFO.

De totala kostnaderna för individ- och familjeomsorgen 2006 var 28,1 miljarder kronor, vilket är en minskning med knappt 1 procent jämfört med föregående år, mätt i fast priser. Mellan 2002 och 2006 ökade kostnaderna med ungefär 5 procent. IFO:s andel av kommunernas totala kostnader 2006 var ungefär 7 procent och av socialtjänstens totala kostnader ungefär 19 procent.

Kostnaderna för individ- och familjeomsorg varierar stort mellan olika kommuner. Som framgår av diagram 4.2 så var kostnaderna (kronor per invånare) lägst i glesbygdskommuner och högst i storstadskommunerna.

Diagram 4.2 Kommunernas kostnader för individ- och familjeomsorg per invånare, per kommungrupp, fasta priser (2006)

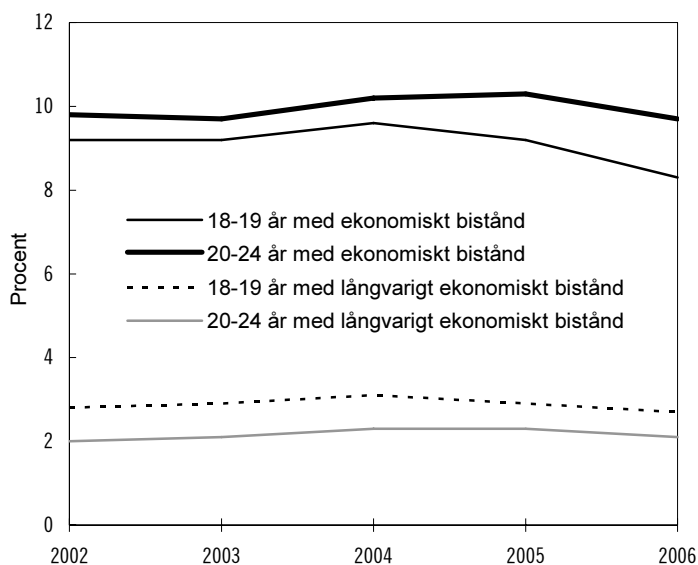


Källa: Socialstyrelsen.

Måluppfyllelse och kvalitet

Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen 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 skall bryta biståndsmottagandet och försörja sig på egen hand. Fortfarande får dock en tredjedel av biståndsmottagarna bistånd under mycket långa perioder. Särskilt bekymmersamt är att unga vuxnas (18–24 år) biståndsmottagande är fortsatt högt, beroende på en allt senare etablering på arbetsmarknaden. Unga med utländsk bakgrund har särskilt stora svårigheter att få jobb.

Diagram 4.3 Andel unga 18–24 år med ekonomiskt bistånd



Anm. Med långvarigt bistånd menas bistånd som mottas 10 månader eller längre under ett kalenderår.

Källa: Socialstyrelsen.

Länsstyrelsernas tillsyn visar att handläggningen av det ekonomiska biståndet tycks bli allt mer schabloniserad. Det har blivit allt svårare att få bistånd till andra behov än just för försörjning.

Enligt Socialstyrelsen är långvariga biståndsmottagares levnadsförhållanden sämre i flera avseenden. De har sämre anknytning till arbetsmarknaden, lägre utbildning, sämre politiska och ekonomiska resurser och uppger sämre fysisk och psykisk hälsa. Ekonomiskt bistånd har också en större betydelse för denna grupp genom att många helt saknar löneinkomst. Förutom avsaknad av arbetslöshetsersättning beror behovet av ekonomiskt bistånd på att många av biståndsmottagarna är sjuka men saknar sjukpenning. En stor andel av de personer som står

utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen är födda utomlands.

Många av orsakerna till försörjningsproblemen är svåra för individ- och familjeomsorgen att angripa aktivt, då de ligger utanför socialtjänstens ansvars- och kompetensområde. Kommunerna har dock sedan 1990-talets ekonomiska kris tagit på sig ett allt större ansvar för arbetsmarknadsinsatser. Dessa insatser organiseras i vissa kommuner inom socialtjänsten, i andra kommuner inom särskilda arbetsmarknadsenheter. Studier av kommunal aktivering och kommunala arbetsmarknadsprojekt tyder på att biståndsmottagare hänvisas till aktiveringsprojekt med påfallande varierat innehåll trots att systematiska bedömningar av biståndsmottagarnas behov saknas. Det saknas även en samlad kunskap om hur socialtjänsten arbetar med de olika uppdragen (dvs. hjälp till självförsörjning respektive hjälp med försörjning), vilka insatser som ges och vad de ger för resultat. Ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning är de huvudsakliga försörjningskällorna för nyanlända flyktingar m.fl. Syftet med introduktionsersättning⁴ är att ge kommunerna möjlighet att konstruera en mer löneliknande ersättning som kan kopplas samman med krav på ett arbetsmarknadsinriktat synsätt på introduktionen. Enligt Socialstyrelsen har detta syfte endast i begränsad utsträckning uppnåtts. Det saknas en aktuell nationell kartläggning över hur introduktionen är organiserad. Introduktionsersättning används i ca 125 kommuner inom ramen för det kommunala flyktingmottagandet.

Kostnader och prestationer

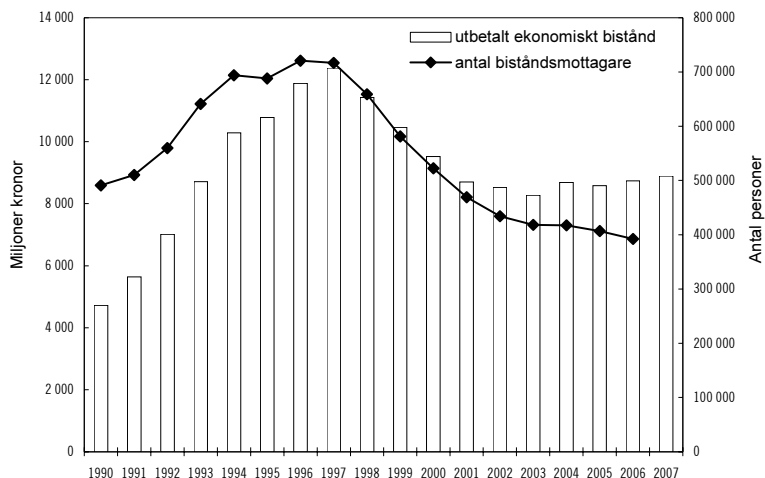
Under 2007 uppgick kostnaderna för ekonomiskt bistånd till 8,9 miljarder kronor (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra invandrare), vilket är oförändrat jämfört med 2006 mätt i fasta priser.

Uppgifter om antalet hushåll med ekonomiskt bistånd finns ännu bara fram till 2006. Under 2006 fick nästan 219 000 hushåll, bestående av ca 392 000 personer, ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning någon gång under året. Dessa hushåll utgjorde 5,8 procent av hushållen respektive 4,3 procent av befolkningen. Antalet biståndsmottagare har sjunkit med 46 procent sedan 1996 då antalet var som högst och är nu lägre än i början av 1990-talet.

⁴ Enligt lagen (1992:1068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar beslutar kommunerna själva om de ska betala ut introduktionsersättning eller ekonomiskt bistånd. Kommunerna avgör även introduktionsersättningens storlek.

Diagram 4.4 Utbetalt ekonomiskt bistånd (löpande priser) och antal biståndsmottagare

Skr. 2007/08:102



Källa: Socialstyrelsen.

Trots att antalet biståndsmottagare fortsatte att sjunka uppvisade utbetalningarna inte motsvarande nedgång. Mellan 2001 och 2006 minskade utbetalningarna med 6 procent (i fasta priser) medan antalet biståndsmottagare minskade med 16 procent. Genomsnittligt utbetalt bistånd per hushåll har successivt ökat (även mätt i fasta priser) sedan 1990 och uppgick till knappt 6 800 kronor per månad under 2006. Mellan 2001 och 2006 ökade genomsnittligt bistånd per hushåll med 6 procent. Detta berodde bl.a. på att antalet personer i hushållen ökat och att andelen biståndshushåll som har andra inkomster har minskat. Även den genomsnittliga biståndstiden visar en negativ trend. År 2006 var den genomsnittliga biståndstiden per hushåll 5,9 månader, vilket är betydligt längre än i början på 1990-talet och på samma nivå som under krisåren vid 1990-talets mitt.

En indelning av biståndsmottagandet i hushållstyper visar att ensamstående män utan barn utgjorde den största gruppen, ca 40 procent.

Det var i stort sett lika vanligt med bistånd bland kvinnor som bland män. Ensamstående mammor, unga samt utrikes födda personer var dock överrepresenterade. Exempelvis hade 20 procent av alla ensamstående mammor ekonomiskt bistånd under 2006, vilket var en nedgång jämfört med 2001 då andelen uppgick till 25 procent.

Tabell 4.8 Biståndshushåll fördelade efter hushållets sammansättning. Andel biståndshushåll av samtliga hushåll inom respektive befolkningsgrupp 18–64 år, procent.

Hushåll	Andel 2001	Andel 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

Källa: Socialstyrelsen.

Biståndsmottagandet bland unga vuxna har sjunkit under de senare åren men är ändå högre än för de äldre. Cirka 9 procent av de unga i åldrarna 18–24 år mottog ekonomiskt bistånd någon gång under 2006. Det var ingen större skillnad mellan könen men däremot var det mycket stor skillnad beroende på om man är född i Sverige eller i utlandet. Av alla utlandsfödda i ålder 18–24 år fick 26 procent ekonomiskt bistånd någon gång under året att jämföra med 6 procent av alla i samma ålder födda i Sverige. Det långvariga biståndsmottagandet var nio gånger vanligare bland utlandsfödda. De utlandsfödda med långvarigt bistånd var 2006 t.o.m. fler till antalet (ca 9 700) än de som var födda i Sverige (ca 7 800).

Tabell 4.9 Andel biståndsmottagare i respektive befolkningsgrupp 2006

	Födda i Sverige		Födda i utlandet	
	Andel, (%)	varav långvarigt, (%)	Andel, (%)	varav långvarigt, (%)
18–19 år	5	1	32	9
20–24 år	7	1	24	7

Källa: Socialstyrelsen.

En stor förklaring till behovet av ekonomiskt bistånd är arbetslöshet utan arbetslöshetsersättning. Under 2006 var ca 43 procent av biståndsmottagarna, i åldern 18–64 år, arbetslösa utan sådan ersättning, vilket är högre än 2005 då andelen var 36 procent. Störst andel av biståndsmottagarna utan arbetslöshetsersättning fanns inte oväntat bland 20–24 åringar där 63 procent var arbetslösa utan ersättning.

Enligt Socialstyrelsen är det vanligare att mäns biståndsmottagande hänger samman med arbetslöshet, medan kvinnors mottagande oftare är kopplad till sjukdom.

Andelen biståndsmottagare varierar inom landet. Malmö var den kommun som 2006 hade störst andel biståndsmottagare av befolkningen, tio procent. Malmö har haft den största andelen under hela 2000-talet. De kommuner som hade lägst andel var Lomma, Laxå, Danderyd och

Vellinge, där det var mindre än en procent av befolkningen som tog emot Skr. 2007/08:102
bistånd.

Utvecklingen i det långvariga biståndsmottagandet bland unga (18-24 år) har sett relativt likartad ut mellan länen. Några län har dock uppvisat en ökning de senare åren, t.ex. Uppsala, Norrbottens, Västmanlands och Kronobergs län.

Barn och ungdom

Målpuppfyllelse och kvalitet

Den sociala barn- och ungdomsvården har ett långtgående ansvar för barn och unga i utsatta situationer. I sin lägesrapport för 2007 lyfter Socialstyrelsen fram att personalsituationen inom myndighetsutövningen är hårt ansträngd och instabil, något som påtalats i tidigare lägesrapporter. De nyexaminerade socionomerna får de tyngsta och mest komplicerade uppgifterna i samband med myndighetsutövning. Men det finns erfarenheter i vissa kommuner av en positiv utveckling i barn- och ungdomsvården. Det handlar om faktorer som främjar stabilitet och utvecklar kvaliteten i myndighetsutövningen t.ex. stabil ledning som engagerar sig verksamhetsutveckling, bra stödfunktioner i form av administrativt stöd och handledning. Ett tydligt uppdrag från ledningen tillsammans med väl utbyggda resurser, god intern och extern samverkan är andra viktiga faktorer. Det är också angeläget att personalen har relevant kompetens. Socialstyrelsen har tagit fram allmänna råd om kompetens för de socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning bland barn och unga.

BBIC – Barns behov i centrum

Efter ett omfattande utvecklingsarbete genomförs nu handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC) i kommunerna. I slutet av 2007 hade 226 kommuner kommit igång med BBIC. Systemet ger en struktur för att systematiskt hämta in uppgifter om, dokumentera och följa upp barns och ungas behov av insatser. BBIC innehåller en uppsättning strukturerade formulär som följer hela ärendekedjan och ger dessutom en teoretisk kunskapsbas för den sociala barnvården. BBIC-systemet har bidragit till att barnens situation och behov lyfts fram på ett bättre sätt, barnen och föräldrarna blir mer delaktiga och beslutsunderlagen har blivit tydligare och mer allsidiga. Även samverkan mellan socialtjänsten och skolan tycks har blivit bättre i samband med utredningar och uppföljningar. Socialstyrelsen kommer att förvalta och följa upp BBIC för att se till att systemet bibehålls som ett nationellt kvalitetssäkrat system.

Öppenvård och serviceinsatser

Öppenvården fortsätter att utvecklas och öka. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport om individ- och familjeomsorg från 2007 finns det i två tredjedelar av kommunerna direktiv om att öppenvård bör vara ett

förstahandsalternativ när det gäller barn och unga, i syfte att minska institutionsvården. Barn och unga i behov av stöd och hjälp från socialtjänsten får i genomsnitt fler öppenvårdsinsatser i dag jämfört med år 2000. Kommunerna har byggt upp en relativt omfattande repertoar av öppna insatser. En kartläggning av kommunernas öppna insatser 2006 visar att kommunerna i genomsnitt har åtta insatsformer för barn i ålder 0–12 år och tio insatsformer för ungdomar i åldern 13–20 år. Insatserna ges dels i form av bistånd efter en genomförd utredning, dels som service. De insatser som ges i form av service registreras inte och kan därför inte följas upp i den officiella statistiken.

FoU i Väst (FoU-centrum för välfärdsfrågor i Göteborgsregionen) har på Socialstyrelsens uppdrag genomfört en studie av ett antal kommuner som erbjuder insatser i form av service i stället för att bevilja biståndsinsatser. Av studien framkommer att det främst är kommunens ambition att utveckla det förebyggande arbetet som påverkat utvecklingen. Den bärande tanken med inriktningen mot service är enligt kommunerna, att det ska vara lätt att få hjälp. Kommunerna hade goda erfarenheter av serviceinsatser. Utbyggnaden av service har medfört att socialtjänsten kommit i kontakt med nya målgrupper. Enligt undersökningen finns det inget som tyder på att inriktningen mot service skulle minska antalet utredningar och att det därmed skulle vara möjligt att kunna minska resurserna inom myndighetsutövningen.

Unga lagöverträdare

Från den 1 januari 2007 har socialtjänsten fått nya uppgifter när det gäller unga lagöverträdare. Socialtjänsten ska svara för att administrera och verkställa påföljden ungdomstjänst. Ungdomstjänsten ska bestå av oavlönat arbetet och till en mindre andel ”särskild anordnad verksamhet”. Det ställs också ökade krav på socialtjänsten, att i yttranden till åklagare eller domstol precisera den unges särskilda behov av vård eller andra insatser från socialtjänstens sida. För att möta de nya kraven pågår ett utvecklingsarbete inom socialtjänsten. Antalet inkommande ärenden, arbetssätt, organisation och tillgång till resurser skiljer sig åt mellan kommunerna. Många kommuner har satsat särskilda resurser inom området. Det växer fram lokalt utformade öppenvårdsinsatser för ungdomar som begått brott, exempelvis s.k. påverkansprogram. Kommuner som har ett fåtal ärenden påtalar svårigheter i att upprätthålla kompetens inom området.

Ensamkommande asylsökande barn

Ansvaret för boende och omvårdnad av ensamkommande asylsökande barn och unga överfördes till kommunerna den 1 juli 2006. Antalet kommuner som slutit avtal med Migrationsverket om att ta emot ensamkommande barn har ökat. I oktober 2007 hade 68 kommuner slutit sådana avtal. Den nya uppgiften ställer nya krav på kompetensutveckling och uppbyggnad av lämpliga resurser, främst i form av boende med stöd i familjehem, befintliga hem för vård och boende (s.k. HVB-hem) eller i särskilda gruppboenden. Till stöd för kommunerna har Socialstyrelsen

givit ut ett meddelandeblad med närmare information om innebörden av lagförändringen. Migrationsverket, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har publicerat en folder som klargör ansvarsfördelningen mellan olika myndigheter när det gäller ensamkommande barn och unga.

Skr. 2007/08:102

Kostnader och prestationer

Antalet barn och unga med minst en öppenvårdsinsats den 1 november har legat på ungefär samma nivå 2002–2006. Ser man i stället till antalet barn som någon gång under året fått öppenvårdsinsats så har det under samma period skett en ökning när det gäller insatserna strukturerat öppenvårdsprogram (67 procent) och behovsprövat personligt stöd (22 procent). Ökningen kvarstår även när hänsyn tas till befolkningsutvecklingen under samma period. Antalet barn och unga med insatsen kontaktperson eller kontaktfamilj är relativt oförändrad. Det genomsnittliga antalet öppenvårdsinsatser per barn och unga per år har ökat, vilket speglar den satsning som skett när det gäller kommunernas öppna insatser till barn och unga.

När det gäller utvecklingen av antalet barn och unga i heldygnsvård så har dessa ökat med 8 procent 2002–2006, mätt som antalet barn och unga som fått vård någon gång under året. Ökningen gäller främst familjehemsvård. Ökningen gäller nästan uteslutande åldersgruppen 13-18 år och till största delen flickor. Av de barn och unga i heldygnsvård den 1 november 2006 var 68 procent placerade enligt SoL och 32 procent enligt LVU (lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga). Medianvårdtiden för samtliga avslutade vårdperioder år 2006 var knappt sju månader, vilket är ungefär samma vårdtid som 2002.

Kostnaderna för insatser till barn och unga har under 2002–2006 ökat med 11 procent, mätt i fasta priser. Kostnadsökningarna har skett inom det öppna vården samt för familjehemsplaceringar, vardera med 24 procent. Kostnaderna för institutionsvård har däremot sjunkit med 6 procent.

Tabell 4.10 Kommunernas bruttokostnader för placering av barn och unga

Miljoner kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Institutionsvård	4 310	4 580	4 530	4 290	4 280
Familjehemsvård	2 710	3 040	3 180	3 360	3 550
Summa dygnsvård	7 020	7 620	7 710	7 650	7 830
Öppna insatser	2 750	2 980	3 200	3 590	3 610
Totala kostnader	9 780	10 590	10 910	11 200	11 440

Källa: Socialstyrelsen.

Måluppfyllelse och kvalitet

I början av 2007 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna innebär nya möjligheter för kommuner och landsting att uppnå en kunskapsbaserad vård och behandling. Riktlinjerna omfattar både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet liksom den vård som ges inom kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS).

Under 2005–2007 har staten satsat 400 miljoner kronor på att utveckla missbruksvården i kommunerna i enlighet med betänkandet Personer med tungt missbruk (SOU 2005:82). Inriktningen har varit att bygga upp en väl fungerande struktur för missbruksvården med tonvikt på kunskap, metodutveckling och samverkan.

Som en del av arbetet med nationella riktlinjer har Socialstyrelsen även utvecklat kvalitetskriterier för missbruks- och beroendevården. I rapporten Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård konstateras att kvaliteten är avhängig kommunens befolkningsstorlek. Större kommuner med fler resurser kan erbjuda högre kvalitet i vård och behandling. Samtidigt visar rapporten att kommuner med få invånare samverkar i mindre utsträckning än större kommuner. Socialstyrelsen menar att man inte kan utesluta att det är den lägre graden av samverkan, samordning eller samarbete som leder till en lägre servicenivå i de mindre kommunerna. Förhållandet kan bero på resurser (personella såväl som ekonomiska), geografiska förutsättningar och att verksamheten med nödvändighet blir mindre specialiserad. Sedan 2005 pågår en satsning för att utveckla innehållet i och vården efter LVM-vården. Syftet är att stärka de olika delarna i vårdkedjan. En delrapport som SiS lämnat till regeringen i mars 2007 visar att det skett en positiv utveckling både för många personer med missbruk och för missbruksvården i stort.

Antalet klienter inom LVM-vården har ökat. Ökningen tyder på att det finns ett stort behov av vård, speciellt för den grupp av klienter som har blivit synliga inom satsningen såsom unga drogmissbrukande kvinnor och äldre män med avancerat alkoholmissbruk. Fler klienter har en sammanhållen vårdkedja. Vårdplanering och samverkan mellan SiS och socialtjänsten har stärkts. Det nära samarbetet i samband med klientens fortsatta vård och det formaliserade underskrivna dokumentet (överenskommelsen) har upplevts som positivt av de inblandade. Socialtjänsten pekar särskilt på dess betydelse för klienten. En högre andel klienter fick fortsatt frivillig vård efter LVM-vården. Generellt erbjöds 20 procentenheter fler klienter vård på behandlingshem 2006 jämfört med 2005. Klienterna fullföljde behandlingsplanen i större utsträckning och stannade kvar längre i eftervården. Färre klienter återföll i missbruk. Efter sex månader var ca 40 procent fria från sitt missbruk och 26 procent missbrukade mindre. Detta kan jämföras med en undersökning från 2000 som visar att omkring 24 procent var fria från missbruk och 15 procent missbrukade mindre.

Sammanfattningsvis innebär utvecklingen inom missbruksvården att fler personer vårdas i öppna former och färre personer vårdas i heldygnsvård.

Tabell 4.11 Antal personer med insats den 1 november

Typ av insats	2002	2006	Förändring 02-06 (%)
Bistånd som avser boende	5 930	5 980	1
<i>varav kvinnor</i>	1 390	1 370	-1
<i>män</i>	4 540	4 620	2
Individuellt behovsprövad öppenvård	10 990	12 000	9
<i>varav kvinnor</i>	3 320	3 570	8
<i>män</i>	7 660	8 440	10
Frivillig institutionsvård	3 080	2 710	-12
<i>varav kvinnor</i>	760	670	-12
<i>män</i>	2 330	2 040	-12
Tvångsvård på institution	270	280	-11
<i>varav kvinnor</i>	90	100	-11
<i>män</i>	180	180	-12
Totalt heldygnsvård	3 670	3 250	-11
<i>varav kvinnor</i>	920	820	-11
<i>män</i>	2 750	2 430	-12

Källa: Socialstyrelsen.

Det genomsnittliga antalet vård dygn i den frivilliga institutionsvården 2006 var 109.

När det gäller antalet personer som vårdas enligt LVM (tvångsvård) så har det totala antalet personer som vårdats under ett år legat på ungefär 500 personer årligen under 2000-talet. Under 2006 skedde dock en ökning till över 600 personer, vilket sannolikt beror på regeringens satsning ”Ett kontrakt för livet”.

Mer än 70 procent av alla vård dygn inom missbruksvården utfördes av en privat/enskild vårdgivare.

Kostnaderna för kommunernas missbruksvård för vuxna sjönk under 2005 men har under 2006 återigen stigit. Under den senaste femårsperioden har kostnaderna ökat med 19 procent mätt i fasta priser. Den största ökningen under perioden har skett vad gäller öppenvårdsinsatser, 35 procent, och familjehemsvård som har ökat med 19 procent. Kostnaderna för institutionsvård har ökat med knappt 4 procent.

Tabell 4.12 Kommunernas bruttokostnader för insatser till vuxna missbrukare

Miljoner kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Institutionsvård	1 950	2 190	2 050	1 970	2 140
Familjehemsvård	120	130	130	140	150
Summa dygnsvård	2 070	2 320	2 180	2 110	2 290
Öppna insatser	1 910	2 240	2 420	2 570	2 720
Totala kostnader	3 980	4 560	4 600	4 680	5 010

Källa: Socialstyrelsen.

Boendeinsatser

Av Socialstyrelsens lägesrapport för 2007 framgår att det har blivit vanligare att kommunernas individ- och familjeomsorg organiserats efter behovet av insatser för att lösa hemlöshetsproblemet och har tillsatt enheter eller personer med ansvar för dessa frågor. Flera kommuner har också tagit fram riktlinjer för arbetet mot hemlöshet. Nya kunskaper om hemlöshetsfrågans komplexitet visar att en rad olika insatser behövs för att möta de skiftande behov som hemlösa personer har. Samverkan mellan olika aktörer är en grundläggande förutsättning.

Det har i olika sammanhang lyfts fram som ett problem att individ- och familjeomsorgen allt mer får gå in som garant och tillhandahålla bostäder med specialkontrakt till hushåll med svag förankring på bostadsmarknaden, det som kommit att kallas den sekundära bostadsmarknaden. Syftet är att tillhandahålla en väg ur hemlösheten, men kan i stället i många fall bidra till inlåsning och försvåra vägen till ett självständigt boende. Utvecklingen tyder på en successiv utökning av denna sekundära bostadsmarknad.

Övriga vuxna

Gruppen som i Socialstyrelsens statistik kallas övriga vuxna avser personer som är 21 år eller äldre med sociala eller psykiska problem som inte är relaterade till eget missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel, och som har individuellt behovsprövade insatser inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Tabell 4.13 Antal personer inom kategorin övriga vuxna med insatser 1 november 2006

	Antal personer	Kvinnor (%)	Män (%)
Bistånd som avser boende	8 000	50	50
Individuellt behovsprövade öppna insatser	9 450	57	43
Frivillig institutionsvård	830	41	59
Frivillig familjehemsvård	90	42	58

Källa: Socialstyrelsen.

Det har skett en ökning av antalet personer med bistånd som avser boende (19 procent) och individuellt behovsprövade insatser (10 procent) 2002–2006. Antalet personer i frivillig institutionsvård minskade under samma period med 8 procent och antalet personer i frivillig familjehemsvård minskade med 25 procent. Kostnaderna för insatser till övriga vuxna år 2006 var ungefär 1,4 miljarder kronor. Kostnaderna (mätt i fasta priser) har minskat med 24 procent sedan 2002.

Prostitution

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa prostitutionens omfattning och utveckling i Sverige. Det är ett komplicerat uppdrag eftersom prostitutionen ofta sker i det fördolda och dessutom är det skambelagt. Det gör informationen otillgänglig och det handlar till stor del om uppfattningar och uppskattningar. Socialstyrelsen presenterade i slutet av 2007 sin tredje rapport på området, *Kännedom om prostitution 2007*.

Rapporten grundar sig delvis på en enkätundersökning som gjordes med bl.a. kommuner om deras kännedom om prostitution. Av rapporten framgår att 17 procent av kommunerna uppger sig *veta* att prostitution förekommer och ytterligare 17 procent *tror* att det förekommer. I ca 70 procent av dessa fall uppges personerna som säljer sexuella tjänster vara kvinnor och ca 10 procent män. I de övriga fallen har kommunerna angett att de inte vet. Socialtjänsten saknar djupare kunskap om männen som säljer sexuella tjänster. Siffrorna när det gäller antal personer i just gatuprostitution är också osäkra. Myndigheterna tror att det finns ca 200 personer i Stockholm, knappt 70 personer i Malmö och ungefär 30 i Göteborg. Det förekommer prostitution även i mindre städer.

Mäns våld mot kvinnor

Under 2007 har flera insatser gjorts för att stärka kommunernas arbete för våldsutsatta kvinnor. Den 1 juli trädde t.ex. en ändring i socialtjänstlagen i kraft som förtydligar socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor. Ändringen innebär att socialnämnden särskilt ska, i stället för

som tidigare *bör*, beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan vara i behov av stöd och hjälp. Skr. 2007/08:102

Det har tidigare rapporterats om brist på enhetlighet inom landet när det gäller vilket stöd våldsutsatta kvinnor och deras barn får. Av Socialstyrelsens lägesrapport för 2007 framgår att kommuner på vissa håll i landet, bl.a. i Kalmar och i Blekinge län, planerar eller har påbörjat ett samarbete med gemensamma insatser för den här gruppen kvinnor. Detta borde på sikt minska skillnaderna mellan kommunerna och gynna utvecklingen av deras arbete med våldsutsatta kvinnor.

5 Förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning

I detta avsnitt redovisas förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, förskoleklass, grundskola, obligatorisk särskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxenutbildning (komvux), vuxenutbildning för utvecklingsstörda (särvux) och svenskundervisning för invandrare (sfi). Sameskolans och specialscolans verksamhet är statlig och redovisas därför inte. Alla statistiska uppgifter för läsåret 2007/08 och vissa uppgifter för 2007 bygger på preliminär statistik.

5.1 Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg

Förskoleverksamhet vänder sig till barn från ett års ålder till dess att de börjar förskoleklass eller den obligatoriska skolan. Förskoleverksamhet bedrivs som förskola, öppen förskola eller familjedaghem. Skolbarnsomsorgen bedrivs i form av fritidshem, familjedaghem och öppen fritidsverksamhet för barn i åldrarna 6–12 år.

Nationella mål

Från och med 1998 ingår förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg i utbildningssystemet för barn och ungdom. Samma år infördes förskolans läroplan (Lpfö 98) som gäller för alla förskolor med kommunal huvudman. Läroplanen ligger även till grund för bedömningen av kvalitetskravet vid tillståndsprovningen av enskilda förskolor. I förskolans läroplan anges de nationella målen för förskolan. Verksamheten i fritidshem omfattas av 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94). Under 2007 publicerade Skolverket nya allmänna råd för kvalitet i fritidshem. De allmänna råden riktar sig till både kommunen och den personal som arbetar i fritidshemmet och belyser hur ansvarsfördelningen mellan kommun och verksamhet ser ut. Även för övriga verksamheter inom förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg finns det allmänna råd som utfärdats av Skolverket.

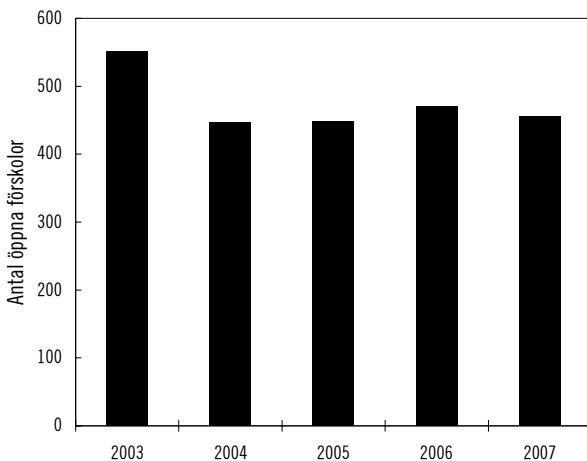
Skollagen (1985:1100) föreskriver att kommunerna är skyldiga att tillhandahålla förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för barn i åldern 1–12 år i den utsträckning som behövs för att föräldrarna ska kunna förvärvsarbeta eller studera eller om barnet har ett eget behov av verksamheten. Vidare ska kommunerna erbjuda plats ”utan oskäligt dröjsmål”, dvs. inom tre till fyra månader efter det att föräldrarna anmält att de efterfrågar en plats. Barn i åldern 1–5 år, vars föräldrar är arbetslösa eller föräldralediga, omfattas också av kommunernas skyldighet att tillhandahålla plats i minst 15 timmar per vecka eller tre timmar om dagen. I nuläget har barn i åldern 4–5 år rätt till avgiftsfri allmän förskola under 525 timmar per år.

Tillgång till plats

Enligt Skolverket är förskoleverksamheten i stort sett fullt utbyggd och de flesta föräldrar är nöjda med barnens omsorgsform. Alla kommuner lever dock inte upp till lagstiftningens krav att erbjuda plats inom tre till fyra månader. Det finns ett litet antal kommuner som har haft återkommande problem att erbjuda plats, särskilt i början av året. Skolverkets tillsyn har visat exempel där det funnits en konflikt mellan full behovstäckning och andra kvalitetsaspekter. Kravet att erbjuda plats har i en del fall varit överordnat kravet på lämpliga barngrupper och lämplig personaltäthet. Kommuner använder ibland tillfälliga lösningar för att hantera efterfrågeökningar. Ett exempel på en sådan lösning är inrättandet av "slussar" där barnen placeras i väntan på en ordinarie förskoleplats. År 2005 användes denna lösning i mer än var tionde kommun. Det förekommer också att kommunerna gör avsteg från närhetsprincipen och erbjuder barnen plats på en annan förskola än den som ligger närmast hemmet. Enligt Skolverket kan användandet av tillfälliga avdelningar ("slussar") eller avsteg från närhetsprincipen inte anses vara förenligt med intentionerna i lagstiftningen.

Öppen förskola och familjedaghem

Antalet öppna förskolor har minskat under en längre period. Den öppna förskolan byggdes ut under 1980-talet, men mellan 1994 och 2004 minskade antalet öppna förskolor från 1340 till 450.

Diagram 5.1 Öppen förskola, antal enheter totalt, 2003–2007

Källa: Skolverket.

Under de senaste fyra åren har antalet öppna förskolor legat runt 450 stycken. År 2007 fanns det sammanlagt 455 öppna förskolor. I något

fler än hälften av landets kommuner finns det någon form av öppen förskola. Skr. 2007/08:102

Andelen inskrivna barn i åldern 1–5 år i familjedaghem har minskat under en följd av år. Under 2006 låg andelen visserligen kvar på samma nivå som 2005, men den senaste statistiken för 2007 visar att andelen barn i familjedaghem minskat med en procentenhet till 5 procent.

År 1988 var 172 000 barn inskrivna i familjedaghem. Antalet barn i familjedaghem har minskat till 27 900 hösten 2007. Minskningen sammanhänger med förskolans utbyggnad.

Barngruppernas storlek och personaltätet i förskola och fritidshem

Under de senaste åren har gruppstorlekarna i förskolan tenderat att minska, men 2007 var gruppstorlekarna oförändrade jämfört med 2006. År 2007 fanns det i genomsnitt 16,7 barn per avdelning, att jämföra med 2001 då den genomsnittliga gruppstorleken i förskolan var 17,5 barn per grupp.

Ungefär hälften av förskolegrupperna i landet hade en gruppstorlek i intervallet mellan 16 och 20 barn. I småbarnsavdelningarna (barn i åldern 1–3 år) är gruppstorlekarna generellt mindre, men 12 procent av småbarnsgrupperna hade en gruppstorlek på 17 barn eller fler.

Personaltätheten i förskolan har legat på en jämn nivå under de senaste åren. Hösten 2007 var antalet barn per årsarbetare 5,2 vilket är en liten höjning jämfört med 2006. Antalet årsarbetare i förskolan ökade med 23 procent mellan 2003 och 2007. Andelen anställda med pedagogisk högskoleutbildning i förskolan ökade med en procentenhet 2007. Sammanlagt har 52 procent av årsarbetarna inom förskolan en pedagogisk högskoleutbildning.

Gruppstorlekarna i fritidshemmen fortsätter att öka. Antalet inskrivna barn per avdelning ökade från 31,7 till 33,5 mellan 2006 och 2007. Antalet barn per årsarbetare i fritidshem ökade samtidigt från 18,9 till 19,5.

Tabell 5.1 Antal årsarbetare och andel årsarbetare med pedagogisk högskoleutbildning i förskola och fritidshem

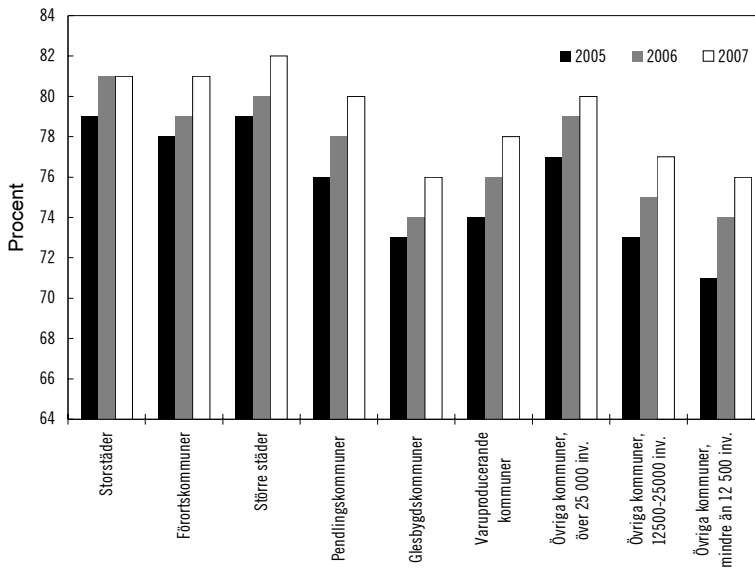
År	Förskola, antal årsarbetare	Andel ped. högskol. (%)	Fritidshem, antal årsarbetare	Andel ped. högskol. (%)
2002	63 104	51	19 107	56
2003	65 498	51	18 778	56
2004	67 328	51	17 937	58
2005	72 257	51	17 409	59
2006	77 506	51	17 390	58
2007	80 396	52	17 155	58

Källa: Skolverket.

Inskrivna barn

Andelen inskrivna barn i förskolan har ökat successivt under de senaste åren. En del av ökningen beror på att barn till föräldralediga och arbetslösa föräldrar har fått rätt till förskoleverksamhet. Dessutom har alla 4- och 5-åringar fått rätt till allmän förskola (525 timmar om året). Andelen barn i åldern 1–5 år som var inskrivna i förskolan 2007 ökade med en procentenhet till sammanlagt 80 procent. Antalet inskrivna barn i förskolan fortsatte också att öka. År 2007 gick ungefär 20 000 fler barn i förskolan jämfört med året innan. En stor del av ökningen kan förklaras av att antalet barn i förskoleåldern har ökat med nästan 30 000 sedan 2005. Sammanlagt var 417 000 barn inskrivna i förskolan. I åtta av tio kommuner är mellan 70 och 85 procent av alla barn i förskoleåldern inskrivna i förskolan. Av landets 290 kommuner var det endast ett tjugotal som hade en lägre andel inskrivna barn 2007 jämfört med 2005.

Diagram 5.2 Barn 1–5 år, andel i förskola, 2005–2007



Källa: Skolverket.

Andelen inskrivna barn ökade i alla kommungrupper mellan 2005 och 2007 (se diagram 5.2). En jämförelse mellan olika kommungrupper visar att det endast finns små variationer i andelen inskrivna barn i förskolan. I genomsnitt har de mindre kommunerna en något lägre andel inskrivna barn. Den högsta andelen inskrivna barn finns i större städer, storstäder och förortskommuner.

Under de senaste åren har fritidsverksamheten byggts ut. Hösten år 2000 gick 64 procent av alla barn i åldern 6–9 år i fritidshem. Sju år senare hade andelen inskrivna barn ökat till 79 procent. Skolverkets föräldraenkät från 2005 visar att de barn som inte går på fritidshem eller

familjedaghem ofta har en hemmavarande förälder som har möjlighet att vara hemma när barnen kommer hem från skolan. Föräldraenkäten omfattar ett urval av 18 000 föräldrar med barn i åldern 1–12 år. Enkäten innehåller frågor om hur barnens omsorg är ordnad.

Barn till arbetslösa eller föräldralediga föräldrar har inte någon självklar rätt till skolbarnsomsorg, och i en stor majoritet av kommunerna får ett skolbarn inte gå kvar i fritidshem om en förälder skulle bli arbetslös eller föräldraledig. Föräldraenkäten visar att det är dubbelt så vanligt att ett barn i åldern 6–9 år med förvärvsarbetande föräldrar går i fritidshem jämfört med ett barn som har en arbetslös förälder.

Föräldraenkäten visar också att det finns ett positivt samband mellan föräldrarnas utbildningsnivå och deltagande i skolbarnsomsorg. I familjer där utbildningsnivån låg på motsvarande grundskolenivå var 56 procent av barnen i åldern 6–9 år inskrivna i fritidshemsverksamhet. Bland föräldrarna med minst treårig eftergymnasial utbildning var motsvarande andel 82 procent. Skillnaden i deltagande i skolbarnsomsorg mellan låg- och högutbildade föräldrar har inte minskat under 2000-talet, trots att skolbarnsomsorgen byggs ut.

Tabell 5.2 Andel barn inskrivna i förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg i respektive åldersgrupp (procent)

År	Åldersgrupp 1–5 år, (%)	Åldersgrupp 6–9 år, (%)	Åldersgrupp 10–12 år, (%)
2002	80	75	9
2003	82	74	10
2004	83	74	10
2005	84	77	11
2006	85	78	11
2007	86	80	12

Källa: Skolverket.

Tabell 5.2 visar att andelen inskrivna barn har ökat inom alla åldersgrupper under de senaste åren.

Kostnader för verksamheten

Den totala kostnaden för förskolan uppgick 2006 till nästan 41 miljarder kronor. Personalkostnadens andel av den totala kostnaden i den kommunala förskolan var 74 procent. Avgiftsfinansieringen var i genomsnitt 8 procent.

Den totala kostnaden för fritidshem 2006 var 10,5 miljarder kronor. För fritidshemmen ligger personalkostnaden på 73 procent av den totala kostnaden. I genomsnitt finansieras 16 procent av kostnaderna för fritidshemmen med avgifter.

Tabell 5.3 Kommunernas kostnader för förskola och fritidshem

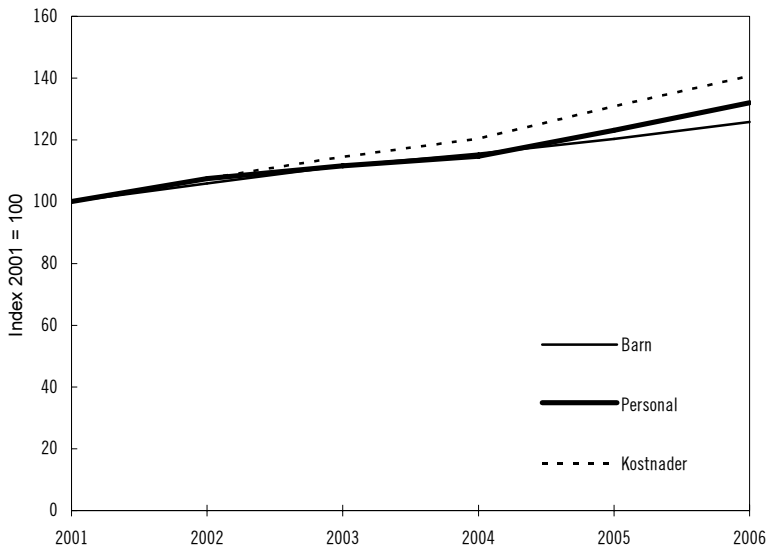
Miljarder kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Förskola	30,1	32,6	34,4	37,6	40,9
Fritidshem	10,1	10,3	10,3	10,4	10,5
Totala kostnader	40,2	42,9	44,7	48,0	51,4

Källa: Skolverket.

Kostnad per barn

Ett barn inskrivet i förskolan 2006 kostade i genomsnitt 105 000 kronor. Den genomsnittliga kostnaden för ett barn i förskolan ökade med nästan 11 procent mellan 2004 och 2006. I familjedaghemmen kostade en genomsnittlig plats 84 300 kronor, vilket är en ökning med 4 procent jämfört med förra året. I fritidshem kostade ett inskrivet barn i genomsnitt 32 400 kronor vilket är samma kostnad som beräknades 2005. Diagram 5.3 visar ökningen av antalet barn i förskolan. Ur diagrammet kan man utläsa att såväl kostnader, antal anställda och antalet inskrivna barn utvecklas på ett likartat sätt i förskolan.

Diagram 5.3 Utveckling av barn, personal och kostnader i förskolan 2001–2006



Källa: Skolverket.

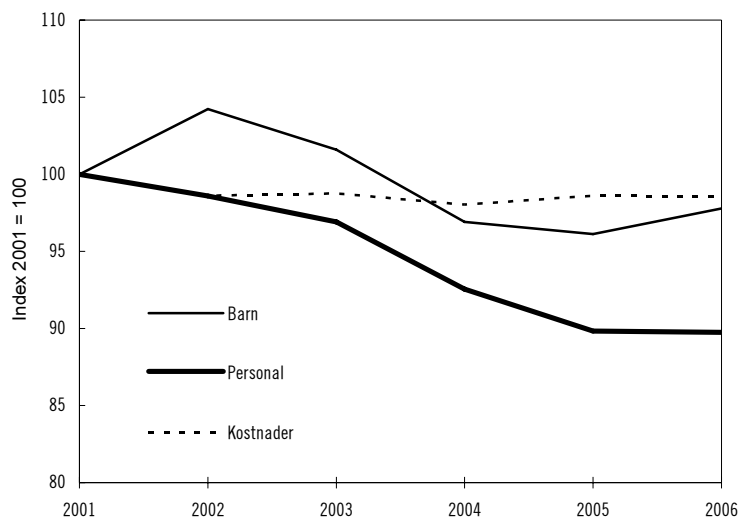
Not: Indexerad utveckling av antalet inskrivna barn och personal i årsarbetskrafter inom förskola 2001–2006 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2006. Index 2001=100.

Nästa diagram (5.4) visar motsvarande utveckling i fritidshemmen. Under de senaste åren har antalet anställda i fritidshem minskat i

snabbare takt än antalet barn. År 2006 ökade antalet inskrivna barn för första gången på flera år, men antalet anställda ökade inte i motsvarande utsträckning.

Skr. 2007/08:102

Diagram 5.4 Utveckling av barn, personal och kostnader i fritidshem



Källa: Skolverket.

Not: Indexerad utveckling av antalet inskrivna barn och personal (i årsarbetskrafter) inom fritidshemmen hösten 2001 tom hösten 2006 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2006. Index 2001=100.

5.2 Förskoleklass

Förskoleklassen är en frivillig skolform inom det offentliga skolväsendet. Verksamheten ska betraktas som undervisning i samma mening som övriga skolformer. Förskoleklassen ersatte 1998 den tidigare sexårsverksamheten. En avsikt med förskoleklassreformen och integrationen av förskola, skola och fritidshem var att föra in förskolans pedagogiska tradition i skolan så att lek, skapande och barnens eget utforskande ges större utrymme.

Nationella mål

Höstterminen det år ett barn fyller 6 år ska kommunen anvisa en plats i förskoleklass. Det är även möjligt att ta emot barn som är yngre än 6 år. Förskoleklassen ska omfatta minst 525 timmar per år och vara avgiftsfri för sexåringar. Enligt skollagen ska utbildningen i förskoleklassen stimulera varje barns utveckling och lärande samt ligga till grund för fortsatt skolgång. Läroplanen för det obligatoriska skolväsendet gäller också i tillämpliga delar för förskoleklassen. Läroplanen ska stödja

Måluppfyllelse och kvalitet

Enligt Skolverkets utbildningsinspektion uppfyller kommunerna de författningsmässiga bestämmelserna om tillgång till utbildning inom förskoleklass. Förskoleklassen är i de flesta fall integrerad i grundskolan. De verksamheter som inspekterats har i flertalet fall bedömts leva upp till dessa krav på ett bra sätt. De allra flesta barnen i förskoleklassen ges möjlighet till utveckling och lärande. Verksamheten i förskoleklassen har bedömts ge en god grund för deras fortsatta skolgång. Arbetet med arbetsmiljö och delaktighet i förskoleklassen har bedömts vara i mycket hög grad anpassat till barnens ålder och mognad.

Av läroplanen Lpo 94 framgår att samarbetsformer mellan förskoleklass, skola och fritidshem ska utvecklas för att berika varje elevs mångsidiga utveckling och lärande. Skolverkets inspektioner visar att utvecklingen inom detta område har förbättrats. I många skolor finns en samsyn, och samverkan mellan personalen i förskoleklass, de tidiga skolåren och fritidshemmen fungerar på ett bra sätt.

Kostnader och prestationer

Läsåret 2007/08 går 93 393 barn i förskoleklass. Av dessa barn går 92 procent i kommunal förskoleklass och 8 procent i förskoleklass med annan huvudman. Antalet femåringar i förskoleklass är oförändrat sedan ett par läsår tillbaka och utgör ungefär en procent av det totala antalet barn i åldersgruppen. Personaltätheten i förskoleklass läsåret 2007/08 ökade från 6,7 till 6,9 årsarbetare per 100 barn.

Kostnaden för förskoleklass uppgick 2006 till 4,2 miljarder kronor. Kostnaderna för förskoleklass har ökat med ca 4 procent sedan föregående år. Varje barn i kommunal förskoleklass kostar i genomsnitt 46 000 kronor.

5.3 Grundskola

Barn som är bosatta i Sverige är skolpliktiga och ska börja skolan vid sju års ålder, eller när de är sex år om vårdnadshavarna så önskar. De barn som inte kan gå i grundskolan på grund av utvecklingsstörning kan gå i särskola. Vårdnadshavarna har dock rätt att begära att barnet ska gå i grundskolan. För döva eller hörselskadade barn finns specialsolan. Elever med samisk bakgrund kan välja att gå i sameskolan i årskurserna 1 till 6.

Nationella mål

Utbildningen i grundskolan ska enligt skollagen syfta till att ge eleverna de kunskaper och färdigheter och den skolning i övrigt som de behöver för att delta i samhällslivet. Kommunen har en skyldighet att anordna

utbildning i grundskolan för alla elever som har skolplikt och som inte ska gå i särskolan eller specialskolan. Grundskolan utgör också basen för fortsatt utbildning i gymnasieskolan. En elev har även rätt att fullfölja sin skolplikt vid en godkänd fristående skola.

De krav, riktlinjer och mål som styr grundskolan finns fastställda i skollagen, grundskoleförordningen, 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94) och i kursplanerna för grundskolan. Lika tillgång till utbildning och likvärdig utbildning är viktiga fundament i skollagen, liksom att elever i behov av särskilt stöd har rätt till sådant stöd. I läroplanen finns skolans värdegrund och uppdrag samt mål och inriktning när det gäller kunskaper och normer och värden. Målen är av två olika slag, dels de mål som skolan ska sträva mot, dels de mål som skolan ansvarar för att alla elever ska ges möjlighet att uppnå.

Måluppfyllelse och kvalitet

Dagens betygssystem är mål- och kunskapsrelaterat vilket innebär att elevernas kunskaper bedöms i relation till specificerade kunskapskvaliteter uttryckta i form av mål och betygskriterier. Kursplanernas mål för ett ämne anger vilka kunskaper eleverna ska utveckla. Betygskriterierna beskriver och preciserar de kunskapskvaliteter som gäller för respektive betygssteg; Godkänt (G), Väl godkänt (VG) och Mycket väl godkänt (MVG). Betyget Godkänt motsvaras för varje ämne av de mål att uppnå som anges i kursplanerna. Om en elev inte når målen för betyget Godkänt i ett ämne eller ämnesblock sätts inget betyg. I sådana fall ska ett skriftligt omdöme som visar elevens kunskapsutveckling i ämnet eller ämnesblocket ges. Om det finns särskilda skäl får läraren vid betygsättningen bortse från enstaka mål som eleven ska ha uppnått eller enstaka kriterier som eleven ska ha uppfyllt. Med särskilda skäl avses funktionshinder eller andra liknande personliga förhållanden som inte är av tillfällig natur och som utgör ett direkt hinder för att eleven ska kunna nå ett visst mål eller uppfylla ett visst kriterium. Detta gäller samtliga betygssteg. För att vara berättigad att söka till ett nationellt gymnasieprogram krävs minst betyget Godkänt i ämnena svenska alternativt svenska som andraspråk, engelska och matematik eller motsvarande kunskaper.

Andelen berättigade elever och betygsresultat

Andelen elever som inte nådde berättighet till gymnasiets nationella program ökade kraftigt under slutet av 1990-talet. Under de senaste åren har andelen elever utan berättighet legat strax under 11 procent. Av dem som lämnade grundskolan våren 2007 var 89,1 procent berättigade till gymnasieskolan. Andelen berättigade till gymnasieskolan bland elever med utländsk bakgrund minskade från 78,3 till 76,6 procent mellan 2006 och 2007.

Tabell 5.4 Genomsnittligt meritvärde i grundskolan

År	Totalt	Flickor	Pojkar
2001/02	204,6	215,6	194,0
2002/03	205,4	216,0	195,0
2003/04	206,9	218,1	196,3
2004/05	206,3	217,3	195,8
2005/06	206,8	218,3	195,7
2006/07	207,3	218,8	196,5

Källa: Skolverket.

Slutbetygen har förbättrats något under de senaste åren. Det genomsnittliga meritvärdet läsåret 2006/2007 var 207, vilket är det högsta genomsnittet som uppmätts i statistiken under de tio år som dagens betygssystem använts. Meritvärdet beräknas som summan av betygsvärdena för de 16 bästa betygen i elevens slutbetyg. Det högsta möjliga värdet är 320 poäng. Flickor har i genomsnitt högre meritvärde än pojkar. Det genomsnittliga meritvärdet i fristående skolor är 226 vilket är betydligt högre än genomsnittet i den kommunala skolan. Det genomsnittliga meritvärdet för elever med utländsk bakgrund var 190, vilket är oförändrat jämfört med läsåret 2005/06.

Internationella studier

Under 2007 publicerade Skolverket resultaten från två internationella studier. I kunskapsmätningen PIRLS, Progress In International Reading Literacy Study, undersöktes läsförmågan hos elever i årskurs 4, och i PISA, Programme For International Student Assessment, undersöktes 15-åriga elevers förmågor och attityder inom kunskapsområden: naturvetenskap, läsförståelse och matematik.

I både PIRLS och PISA låg de svenska eleverna högre i läsning än det internationella genomsnittet. I PIRLS syntes emellertid en tillbakagång för svensk del. Resultaten visar att det var relativt sett färre svenska elever 2006 som klassificeras som starka eller mycket starka läsare jämfört med en tidigare studie från 2001. Det var också färre elever som har en positiv attityd till läsning och som ofta läser längre texter och böcker på fritiden. Fortfarande uppnår dock i stort sett alla svenska elever (98 procent) åtminstone en grundläggande läsnivå i årskurs 4. PISA-studien bekräftar att svenska 15-åringar är goda läsare. Läsförståelsen bland de svenska eleverna har inte förändrats i vare sig absoluta eller relativa termer jämfört med andra länder. De svagaste läsarna presterade dock något sämre resultat 2006 jämfört med år 2001.

Vid sidan av läsning var PISA år 2006 även inriktad på naturvetenskap och matematik. Studien visar att svenska elever uppnår medelmåttiga resultat i matematik och naturvetenskap. Över tid har inte de svenska resultaten försämrats i absoluta tal, men det är fler länder än tidigare som presterar på en högre nivå än Sverige, vilket har försämrat vår relativa placering. I tidigare studier har svenska elever placerat sig över genomsnittet. Likvärdigheten i det svenska skolsystemet är fortfarande bra i ett internationellt perspektiv. Variationen i resultat mellan olika skolor är

förhållandevis låg i Sverige, men tendensen är att den ökar. I läsning och matematik har variationen mellan skolor nästan fördubblats sedan den förra PISA-studien. I ett globalt perspektiv är bilden i det närmaste oförändrad jämfört med 2001. Förutom Finland presterar flera engelskspråkiga och östasiatiska länder de bästa resultaten.

Provbetyg och slutbetyg: Likvärdig bedömning?

Under 2007 publicerade Skolverket en rapport om sambandet mellan resultaten på de nationella proven och slutbetygen i grundskolan. Studien går igenom statistik för 1997–2006, och utvecklingen beskrivs på både individ-, skol- och systemnivå. Att det finns avvikelser på individnivå mellan resultaten på de nationella proven och slutbetygen är förklarligt eftersom proven inte är avsedda att fungera som examensprov. En lärare måste ha möjlighet att sätta ett slutbetyg som avviker från provbetyget. Statistiken visar att en stor majoritet av eleverna får samma provbetyg som slutbetyg (75–80 procent av alla elever får samma betyg). Betygsnivåerna ligger dock generellt högre i slutbetygen än på proven. Skillnaden mellan prov och betyg är störst i matematik och lägst i engelska. Skillnaderna har inte tenderat att öka under de senaste åren.

Avvikelserna på skolnivå varierar kraftigt. I exempelvis svenska dokumenterar studien nettoavvikelser (som ska tolkas som den genomsnittliga avvikelsen mellan provbetyg och slutbetyg) på 73 procent. I en skola med en avvikelse på 73 procent har alltså 73 procent av eleverna fått ett slutbetyg som ligger över provbetyget. Nettoavvikelsen är i genomsnitt störst i matematik och lägst i engelska. På ett nationellt plan kan man visa att dessa kraftiga avvikelser inte är motiverade eftersom eleverna på skolor med en hög nettoavvikelse klarar sig sämre i gymnasieskolan än vad som kunde förväntas utifrån deras slutbetyg. Däremot är det svårt att säga huruvida enskilda skolor har en för generös betygsättning. Fristående skolor har inte större nettoavvikelser än kommunala, och det finns ingenting som tyder på att lokal konkurrens skulle medföra större nettoavvikelser.

När Skolverket har intervjuat lärare och diskuterat skillnaderna så brukar flera förklaringar lyftas fram. En legitim orsak till skillnaderna är att varje enskild skola gör en egen tolkning av kursplaner och betygsriterier, vilket resulterar i olika bedömningar av målen. En annan vanlig förklaring till avvikelserna är att skolorna sätter in stöd efter de nationella proven, och att sådana insatser resulterar i att fler elever kan höja sina betyg. En viktig slutsats är att sambanden mellan provbetyg och slutbetyg inte har förändrats över tid, vare sig på individ-, skol- eller systemnivå.

Ogiltig frånvaro

I början av 2008 publicerade Skolverket en studie som belyste omfattningen av långvarig, ogiltig frånvaro i den obligatoriska skolan (Rapport nr. 309). Målsättningen med studien var att undersöka omfattningen av frånvaron och hitta exempel på lämpliga strategier för att få tillbaka eleverna till skolan.

Det är kommunerna som ansvarar för att alla skolpliktiga barn går i skolan. Analysen visar att det finns brister i kommunernas rutiner. Enligt studien saknas det ofta kunskap inom skolförvaltningarna om elevernas långtidsfrånvaro. Var femte kommun kan inte redovisa hur många elever som var långvarigt, ogiltigt och fullständigt frånvarande i slutet av förra läsåret. Som en följd av det bristfälliga underlaget i kommunerna är Skolverkets uppskattning av hur många elever i landet som är långvarigt frånvarande osäker. Myndighetens skattning är att 1 600 elever har varit fullständigt frånvarande i minst en månad. Ungefär 100 elever har varit frånvarande hela läsåret, och ungefär 500 elever skickas årligen hem för undervisning i hemmet. Frånvarofrekvensen är ungefär densamma för pojkar och flickor. Både fullständig och sporadisk frånvaro är vanligare i storstäder.

Enligt kommunerna är anledningen till elevernas frånvaro sociala eller psykosociala problem, och många elever anses inte få tillräckligt stöd hemifrån. En genomgång av Skolverkets tillsynsbeslut ger ofta en mera sammansatt bild. Föräldrarna ser ofta brister i de särskilda stödinsatser som skolan vidtagit för att hjälpa eleverna. Den kommunala förvaltningen är sällan inkopplad, och det är skolan och den ansvarige rektorn som ensam måste hitta lösningar för att få tillbaka eleven i skolan.

Elever med funktionsnedsättning

Under 2007 publicerade Specialpedagogiska institutet två studier om elever med funktionsnedsättning. I studien *Elever i särskilda undervisningsgrupper* konstateras att elever med funktionsnedsättning i särskilda undervisningsgrupper är nöjda med denna undervisningsform. Det var den mindre gruppens pedagogiska fördelar som uppskattades, inte att gruppen var sammansatt av elever med liknande funktionsnedsättning. Föräldrar ser samma fördelar men är kritiska mot det begränsade inflytande de haft på valet av undervisningsform samt skolornas ofta bristande organisatoriska samverkan mellan barn i särskilda undervisningsgrupper och övrig ordinarie skolverksamhet. Undersökningen baseras på intervjuer med 26 elever i undervisningsgrupper organiserade för elever med rörelsehinder, tal- och språkstörning samt elever med hörselskada, och en enkätstudie till berörda föräldrar.

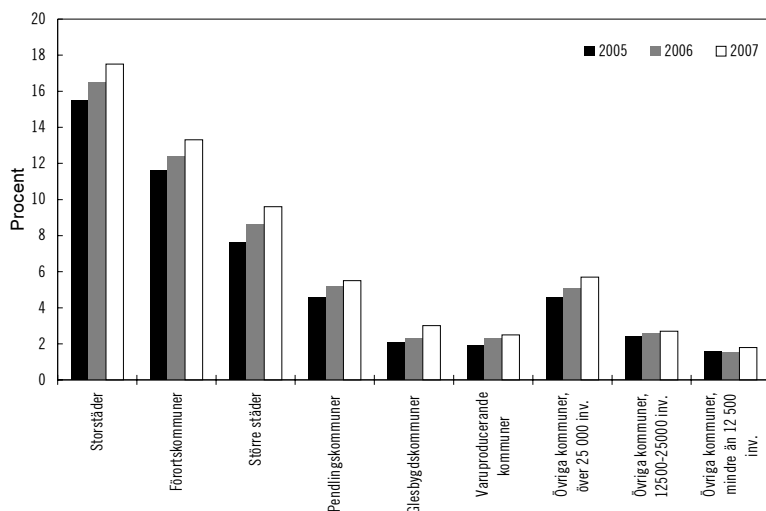
I studien *Man vill ju vara som alla andra* har Specialpedagogiska institutet undersökt delaktigheten för elever med funktionsnedsättning. Delaktighet framhålls som en komplex process där inga enstaka åtgärder kan lyftas fram som avgörande. Viktiga påverkansfaktorer är stämningen på skolan, skolledningen samt samverkan mellan lärare, föräldrar och elever. I studien konstateras att de faktorer som behövs för att skapa en inkluderande skola är desamma som av många skulle anses krävas för att skapa en allmänt bra skola. Undersökningen har bestått av ett antal fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 34 elever mellan 13–16 år.

Elever och lärare

Läsåret 2007/08 är antalet elever i grundskolan 935 900, vilket är en minskning med ca 15 000 elever jämfört med föregående läsår. Antalet elever i grundskolan uppgick som mest till över en miljon 2000–2002, men under de senare åren har elevtalen minskat. Inom de kommande fyra–fem åren kommer antalet elever i grundskolan att minska med ytterligare 6–7 procent.

Andelen elever i fristående grundskolor är 9,1 procent vilket är en ökning med 1 procentenhet sedan förra läsåret. Andelen elever i fristående skolor ökar kontinuerligt.

Diagram 5.5 Andel elever i fristående grundskola, folkbokförda i kommunen, fördelat per kommungrupp



Källa: Skolverket.

En uppdelning i enlighet med kommungruppsindelningen i diagram 5.5 visar att andelen elever i fristående skolor har ökat inom alla kommungrupper under de senaste tre åren. Samtidigt är det tydligt att det finns ett starkt samband mellan kommunernas storlek och andelen elever i fristående skolor. Storstads- och förortskommunerna har i allmänhet en betydligt högre andel elever i fristående grundskolor än exempelvis glesbygdskommunerna.

Antalet lärare i den kommunala skolan 2007/08 är 71 344 (omräknat till heltidstjänster), vilket är en minskning med ca 2 600 jämfört med förra året. Lärartätheten i kommunala och fristående skolor ligger kvar på samma nivå som förra året, dvs. 8,3 heltidstjänstgörande lärare per 100 elever. Andelen lärare med pedagogisk högskoleutbildning i den kommunala skolan ökade en procentenhet jämfört med föregående år till sammanlagt 87 procent.

På regeringens uppdrag redovisade Statskontoret i juni 2007 studien *Lärares utbildning och undervisning i skolan* som visar att endast hälften av undervisningen i grundskolan bedrivs av lärare som har både svensk lärarexamen med inriktning mot skolformen och årskursen samt tillräcklig utbildning i undervisningsämnet. I gymnasieskolan lever endast en tredjedel av lärarna upp till detta. En av tio lärare i grundskolan och drygt två av tio i gymnasieskolan saknar helt lärarexamen.

Lärare utan utbildning både för årskursen och ämnet är vanligare i fristående än i kommunala skolor. Det är också vanligare i vissa ämnen såsom slöjd, bild, musik, spanska och modersmål. I gymnasieskolan är andelen utbildade lärare i yrkesämnena särskilt låg. Statskontoret redovisar flera orsaker till ovanstående skillnader. Bland dessa märks exempelvis brister när det gäller dimensioneringen och utformningen av lärarutbildningen, liksom brist på satsningar när det gäller vidareutbildning av lärare. Vidare används lärare som är anställda tills vidare ibland för undervisning i ämnen och årskurser de inte har utbildning för av arbetsrättsliga hänsyn. Det stora antalet kurser i gymnasieskolan framhålls som ytterligare en orsak till att det kan vara svårt att rekrytera lärare med adekvat utbildning. Rektorer prioriterar ämneskompetens för de äldre eleverna. Detta kan förklara att andelen lärare med utbildning i undervisningsämnet är något högre i senare än i tidigare årskurser, medan andelen lärare som har lärarexamen är högre i de tidigare än i de senare årskurserna.

När det gäller skillnaderna mellan kommunala och fristående skolor bedömer Statskontoret att detta delvis kan bero på skillnader i kunskap och inställning till lagens krav på lärares utbildning.

Kostnader

Kostnaden för grundskolan uppgick 2006 till 71,6 miljarder kronor. Den främsta anledningen till att grundskolans totalkostnader sjönk mellan 2005 och 2006 är att antalet elever minskade med nästan 60 000. Kostnaden per elev i den kommunala grundskolan var 73 200 kronor 2006.

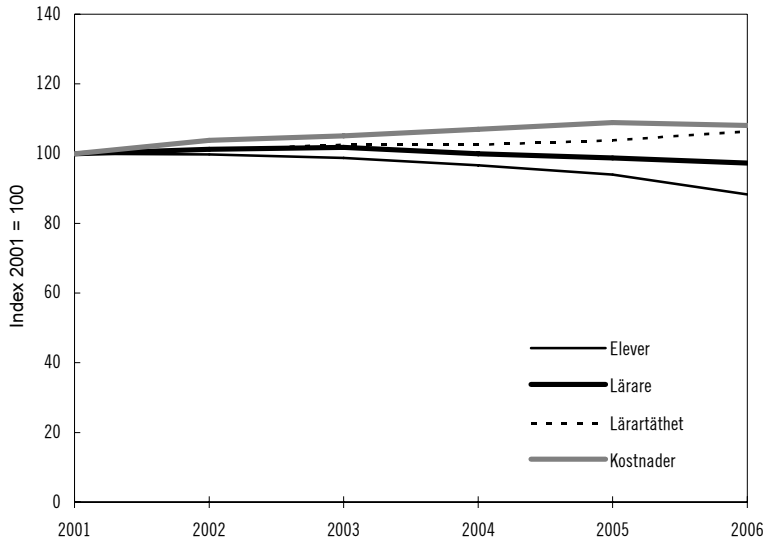
Tabell 5.5 Kommunernas kostnader för grundskola

Miljarder kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Grundskola	62,8	64,2	65,2	66,4	66,1

Källa: Skolverket.

En elev i fristående grundskola kostade i genomsnitt 71 500 kronor, dvs. kostnaden var något lägre än i kommunala skolor. I dessa kostnader ingår inte skolskjuts.

Diagram 5.6 Utveckling av elever, lärare, lärartäthet och kostnader i grundskolan 2001–2006



Källa: Skolverket.

Not: Indexerad utveckling av antalet elever och lärare (i årsarbetskrafter) i grundskolan 2001–2006 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2006. Index 2001=100.

5.4 Gymnasieskolan

Gymnasieskolan är en del av det offentliga skolväsendet, avsedd att påbörjas av ungdomar efter avslutad grundskoleutbildning eller motsvarande t.o.m. det första kalenderhalvåret det år de fyller tjugo år. Det är en frivillig skolform som omfattar 17 nationella program samt specialutformade och individuella program. Gymnasieskolan ska ge grundläggande kunskaper för yrkes- och samhällsliv samt för vidare studier.

Nationella mål

Enligt skollagen (1985:1100) ska alla ungdomar ha lika tillgång till utbildning, som ska vara likvärdig varhelst den anordnas i landet. Gymnasieskolans övergripande mål är att ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvarsställande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen ska hänsyn tas till elever i behov av särskilt stöd.

Gymnasieskolan ska i enlighet med målen i läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) fördjupa och utveckla elevernas kunskaper som förberedelse för yrkesverksamhet och för studier vid universitet och högskolor m.m. samt som förberedelse för vuxenlivet.

Kommunen är enligt skollagen skyldig att erbjuda alla elever som är bosatta i kommunen och som avslutat den obligatoriska skolan eller

motsvarande utbildning en gymnasieutbildning. Erbjudandet ska avse utbildning som anordnas inom kommunen eller i en annan kommun eller i ett landsting i enlighet med samverkansavtal. Erbjudandet ska omfatta ett allsidigt urval av nationella program samt specialutformade och individuella program. Antalet platser på de olika nationella programmen och deras inriktningar ska så långt som möjligt anpassas med hänsyn till elevernas önskemål.

Samtliga nationella program har fastställda program mål. För varje ämne i gymnasieskolan finns en kursplan, vilken kompletterar läroplanen samt anger målen för undervisningen i varje enskilt ämne och kurs.

Måluppfyllelse och kvalitet

Kunskaper och färdigheter

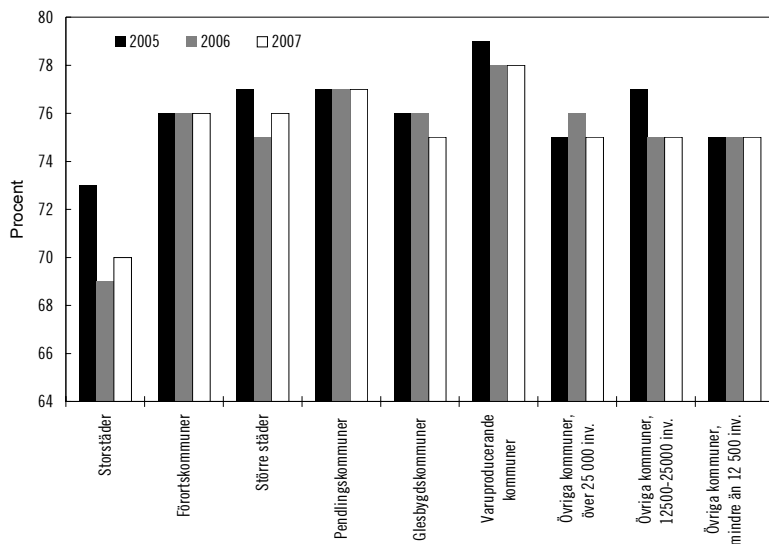
Den genomsnittliga betygs poängen, dvs. det genomsnittliga värdet av alla betyg som redovisas i elevernas slutbetyg, gör det möjligt att jämföra elevernas betygsresultat och kan ses som ett av flera mått på måluppfyllelse. Den genomsnittliga betygs poängen läsåret 2006/07 var 14,1 poäng, vilket är oförändrat jämfört med de senaste åren. Genomsnittet på kommunnivå varierade mellan 11,5 och 16,3 poäng. För kvinnorna var genomsnittspoängen läsåret 2005/06 14,7 poäng och för männen 13,4 poäng. För elever med utländsk bakgrund var motsvarande siffror 13,8 poäng för kvinnor och 12,6 för män.

Slutbetyg utfärdas då eleven fått betyg i alla kurser som ingår i dennes studieväg. Läsåret 2006/07 fick 89 153 elever ett slutbetyg. Totalt var 112 756 elever inskrivna i årskurs 3 läsåret 2006/07.

Av nybörjareleverna i årskurs 1 i gymnasieskolan hösten 2004 fick 68,4 procent slutbetyg inom tre år (inkl. elever på individuella program). Andelen som fått ett slutbetyg ökar dock betydligt efter fyra års studier. Andelen elever med slutbetyg inom fyra år varierar mellan kommunerna och var som högst 95 procent och som lägst 61 procent. Av alla 20-åringar i riket 2007 hade 72 procent ett slutbetyg från gymnasieskolan.

Diagram 5.7 Andel nybörjare som fullföljde utbildningen inom 4 år fördelat per kommungrupp

Skr. 2007/08:102



Källa: Skolverket.

Grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier har den som fått slutbetyg från ett nationellt eller specialutformat program och har lägst betyget Godkänt på minst 90 procent av de gymnasiepoäng som krävs för ett fullständigt program, dvs. minst 2 250 gymnasiepoäng. Läsåret 2006/07 uppnådde 88,9 procent av de elever som fick slutbetyg grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, vilket är en svag minskning jämfört med föregående år. För kvinnor var andelen 91,3 procent och för män var andelen 86,4 procent. Andelen 20-åringar med grundläggande behörighet för högskolestudier var ca 64 procent men skillnaderna är stora mellan kommunerna, från lägst 45 till högst 88 procent. Andelen varierar dock i mindre utsträckning sett till kommungruppsnivå, från 60 procent i storstäder till 68 procent i större städer.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda utbildning på individuella program för de elever som inte tagits in på ett nationellt eller ett specialutformat program eller som avbrutit en påbörjad utbildning. Ett mål för det individuella programmet är att förbereda för vidare studier på ett nationellt program. Andelen elever som övergått till ett nationellt eller specialutformat program efter årskurs 1 på individuella program var 38 procent hösten 2007.

Av de som avslutade en gymnasieutbildning våren 2004 hade 42 procent börjat studera på högskolan inom tre år.

Ungdomar utan fullföljd gymnasieutbildning

Statistiska centralbyrån (SCB) har under 2007 genomfört en undersökning om ungdomar utan fullföljd gymnasieutbildning (Tema: Utbildning, Ungdomar utan fullföljd gymnasieutbildning, 2007:4). Med fullföljd

gymnasieutbildning menas här att en person erhållit slutbetyg eller motsvarande från gymnasieskolan.

Var fjärde elev som inte fullföljt gymnasieskolan avbröt studierna redan i årskurs 1, medan nästan 6 av 10 avbröt studierna under det avslutande året, år 3. Av de som börjat ett individuellt program men sedan hoppat av avbröt över hälften studierna i årskurs 1. Enligt undersökningen hade hälften av eleverna skolkat från undervisningen i vissa ämnen, medan 20 procent hade uteblivit från undervisningen i alla eller nästan alla ämnen innan de hoppade av gymnasiestudierna. Skillnaderna mellan könen var obetydliga.

För en tredjedel av kvinnorna och hälften av männen som började i gymnasieskolan hösten 2000 men inte fullföljde studierna var det främsta skälet studietrötthet. Var sjätte kvinna och var tionde man angav att huvudorsaken var att de varit fysiskt eller psykiskt sjuka under en längre tid och kommit efter med studierna.

Undersökningen visar också att var femte elev, oavsett kön, hade ett arbete redan när de avbröt gymnasiestudierna. Hälften av kvinnorna och nästan 70 procent av männen hade arbete som huvudsaklig verksamhet när undersökningen gjordes våren 2007. Nästan var femte kvinna och man var arbetslös/arbetssökande eller deltog i arbetsmarknadspolitiska åtgärder medan 20 procent av kvinnorna och 10 procent av männen studerade. 17 procent av kvinnorna som inte fullföljt gymnasiestudierna hade varit föräldralediga.

Skolverkets utbildningsinspektion 2003–2006

Skolverkets utbildningsinspektion syftar till att bidra till förbättring av kommuners och skolors resultat och verksamhet. Skolverket har redovisat resultat och erfarenheter från utbildningsinspektionens första tre år.

Inspektionens samlade bedömning från och med andra halvåret 2003 till och med första halvåret 2006 är att skillnaderna i betygresultat mellan kommuner och skolor är alltför stor sett ur ett likvärdighetsperspektiv. Under hela treårsperioden har inspektionen framfört omfattande krav på förbättringar i kunskapsresultaten på ett stort antal skolor. En av orsakerna till att kunskapsresultaten inte är tillfredsställande är att elever i behov av särskilt stöd inte får den hjälp de är berättigade till. Det verkar enligt Skolverket finnas svårigheter med att hitta lämpliga stödinsatser där behov finns.

Inspektionerna under 2003 och 2004 visade en i huvudsak ljus bild av det psykosociala klimatet i för-, grund- och gymnasieskolor. Den bilden har blivit mer negativ under 2005, bl.a. utifrån granskning av storstadskommunerna. Inspektionens granskning har i vissa fall lett till omfattande förändringar för att förbättra arbetsmiljön för eleverna.

Skolverket konstaterar att det systematiska kvalitetsarbetet i kommunerna och på skolorna behöver förstärkas. Det gäller framför allt arbetet med att följa upp elevers kunskapsutveckling och vidta åtgärder i syfte att öka måluppfyllelsen.

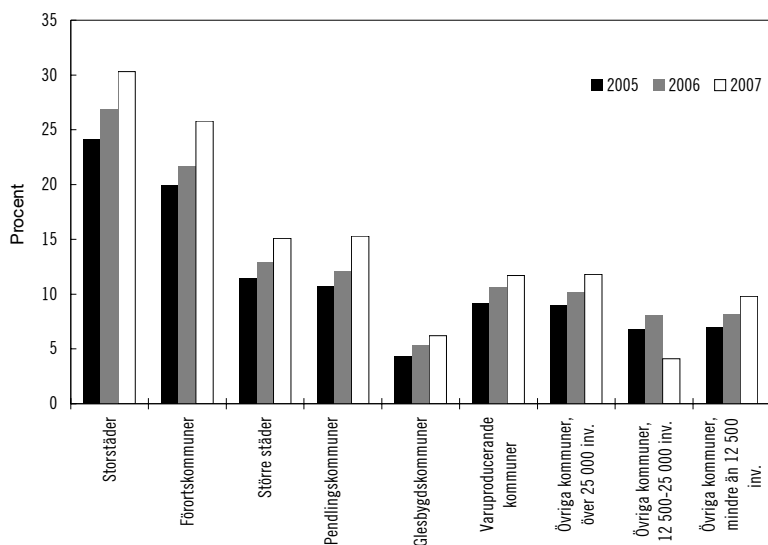
När det gäller arbetet med bedömning och betygssättning är utvecklingsbehoven mycket stora men samtidigt är det ett område där kraven på förbättringar minskat under senare delen av treårsperioden. Kompetens-

Kostnader och prestationer

Elever

I gymnasieskolan har elevantalet ökat med knappt fyra procent läsåret 2007/08 jämfört med året innan, till 390 058 elever. Det fanns totalt 889 gymnasieskolor, en ökning sedan föregående läsår med 72 skolor. Det fanns gymnasieskolor i 278 av landets 290 kommuner. 508 skolor hade kommunal huvudman, vilket är en ökning med 14 skolor sedan föregående läsår. 359 skolor hade fristående huvudman, en ökning med 59 skolor, vilket innebär att 40 procent av alla gymnasieskolor var fristående. De fristående skolorna var belägna i 99 av landets kommuner.

Diagram 5.8 Andel elever i fristående gymnasieskola, fördelat per kommungrupp.



Källa: Skolverket.

Lsåret 2007/08 går ca 28 procent av alla elever på naturvetenskaps-, samhällsvetenskaps-, teknikprogrammet eller International Baccalaureate (IB-utbildning). Cirka 36 procent går på övriga nationella program. Utbudet av nationella program varierar mellan kommunerna. Drygt 10 procent av eleverna går på specialutformade program.

Tabell 5.6 Antal skolor och elever i gymnasieskolan 2003/04–2007/08

Läsår	Antal skolor	Andel fristående skolor (%)	Antal elever	Andel elever i fristående skolor (%)	Andel elever bosatta i annan kommun (%)
2003/04	756	31,9	333 928	10,3	27,3
2004/05	763	32,4	347 713	11,9	27,9
2005/06	795	34,2	359 415	13,4	28,4
2006/07	818	36,7	376 087	15,0	28,9
2007/08	889	40,4	390 058	17,4	29,6

Källa: Skolverket.

Eleverna på individuella program (IV) utgjorde ca 8 procent av det totala antalet elever i gymnasieskolan. Av eleverna i årskurs ett var andelen elever på individuella program knappt 15 procent.

Drygt 17 procent av alla elever i gymnasieskolan gick i en fristående gymnasieskola medan en procent gick i en skola driven av landstinget.

Kostnader

Den totala kostnaden för gymnasieskolan var 31,8 miljarder kronor 2006. Jämfört med föregående år har kostnaden för gymnasieskolan ökat med fem procent. Den gymnasieutbildning som anordnas av kommunala huvudmän stod för 85 procent av den totala kostnaden medan landstingens gymnasieutbildningar uppgick till ca 2 procent. Fristående gymnasieskolor, riksinternatskolor och internationella skolor utgjorde drygt 13 procent av den totala kostnaden för gymnasieskolan.

Tabell 5.7 Kommunernas kostnader för gymnasieskolan

Miljarder kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Totala kostnader*	22,1	22,9	23,6	25,5	25,8

* Exkl. kostnader för skolskjuts

Källa: Skolverket.

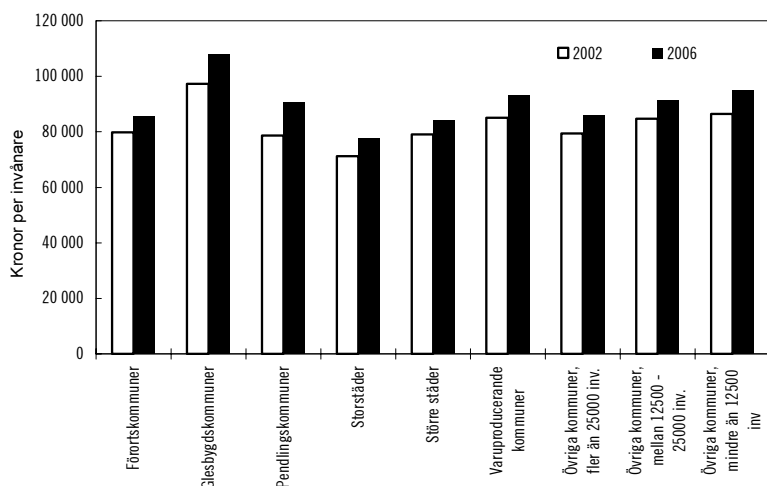
Den genomsnittliga kostnaden per elev för samtliga huvudmän var 86 300 kronor 2006, vilket innebär att kostnaden ökade med 1,4 procent jämfört med föregående år. Skillnaden i kostnad per elev mellan olika huvudmän är påtaglig, vilket till stor del beror på att huvudmännen anordnar olika gymnasieprogram vars kostnader skiljer sig väsentligt åt. En elev i kommunal gymnasieskola kostade i genomsnitt knappt 82 500 kronor. Landstingen erbjuder huvudsakligen naturbruksutbildningar, vilka är kostsamma att anordna och därmed ger en högre kostnad per elev än för andra huvudmän. Den genomsnittliga kostnaden för landstingsutbildning ökade något jämfört med 2005 och uppgick till 138 800 kronor per elev. De fristående gymnasieskolorna har ökat sin genomsnittskostnad jämfört med föregående år och uppgick till 81 700 kronor per elev. Kostnaderna för de internationella skolorna och

riksinternatskolorna har fortsatt att öka och uppgick till 98 600 respektive 108 900 kronor per elev. Skr. 2007/08:102

Den största kostnadsposten var undervisningskostnaden som utgjorde drygt 46 procent av den totala kostnaden. Undervisningskostnaden utgörs främst av lärarlöner, men även kostnaden för lärares kompetensutveckling ingår. Sedan föregående år har undervisningskostnaden för kommunal huvudman ökat med drygt en procent. I fristående skolor har dock undervisningskostnaden minskat med 2 procent.

Lokalkostnaden stod för drygt 21 procent av gymnasieskolans totala kostnader. Kostnaden för läromedel utgjorde drygt åtta procent. Elevvård och skolmåltider utgjorde tillsammans närmare sex procent av gymnasieskolans kostnader.

Diagram 5.9 Kostnad per elev i gymnasieskola, 2002 och 2006



Källa: Statistiska Centralbyrån

I samtliga kommungrupper har kostnaden per elev i gymnasieskolan ökat mellan 2002 och 2006. Högst ökning hade pendlingskommuner som ökat kostnaden per elev med i genomsnitt 3 procent per år. Lägst ökning hade kommungruppen större städer som ökade med i genomsnitt 1 procent per år.

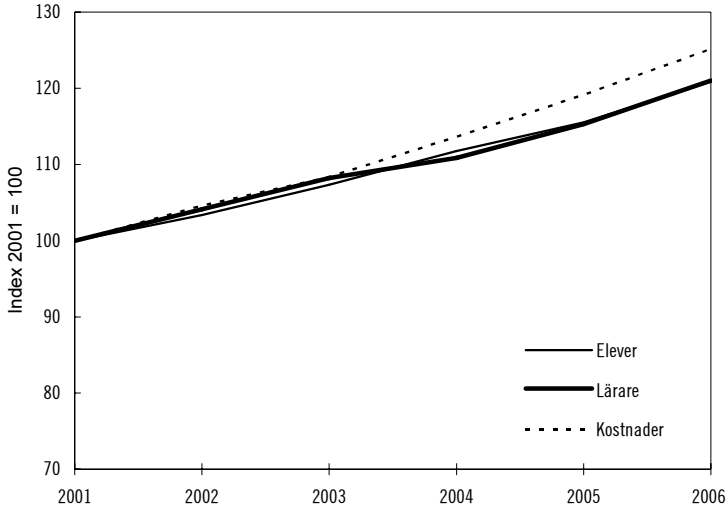
Högst kostnad per elev i gymnasieskolan 2006 hade glesbygdskommuner med en genomsnittlig kostnad på 107 714 kronor per invånare. Lägst kostnad hade kommungruppen större städer med i genomsnitt 84 013 kronor per invånare. Spridningen mellan kommunerna har minskat jämfört med 2002.

Lärare

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgick läsåret 2007/08 till ca 31 600, vilket var en ökning med drygt 3 procent sedan föregående läsår. Antalet lärare per 100 elever var 8,1 (dvs. lärartätheten), vilket är oförändrat sedan föregående läsår. Andel lärare med

pedagogisk högskoleutbildning var 74 procent. Andelen lärare som saknar pedagogisk högskoleutbildning har ökat under de senaste tio åren. Skr. 2007/08:102

Diagram 5.10 Utveckling av antalet elever och lärare (i årsarbetskrafter) i gymnasieskolan hösten 2001 till hösten 2006 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2006 (fasta priser). Index 2001=100



Källa: Skolverket.

5.5 Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola

Särskolan består av den obligatoriska särskolan (grundsärskola och träningskola) och gymnasiesärskola med nationella, specialutformade och individuella program.

Nationella mål

Särskoleutbildningen syftar till att ge barn och ungdomar med utvecklingsstörning en till varje elevs förutsättningar anpassad utbildning som så långt det är möjligt motsvarar den som ges i grundskolan och gymnasieskolan. För den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan gäller samma läroplaner som för grundskolan respektive gymnasieskolan. Därtill har den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan kursplaner som är anpassade till respektive skolform samt till de olika behov som skolan ska kunna tillgodose för var och en av särskolans elever. Elever i gymnasiesärskolan kan också läsa enligt gymnasieskolans kursplaner utifrån sina förutsättningar.

I särskolan var det totala antalet inskrivna elever 22 577 under läsåret 2007/08. Av de 13 884 eleverna i den obligatoriska särskolan var 15 procent integrerade i grundskolan och 30 procent gick i träningskolan. Övriga elever gick i grundsärskolan. Antalet elever i den obligatoriska särskolan har minskat något sedan föregående läsår. I gymnasiesärskolan fanns 64 procent av de 8 693 eleverna på ett program med yrkesinriktning, 22 procent i yrkesträning och 14 procent i verksamhetsträning. I den obligatoriska särskolan var 40 procent flickor och 60 procent pojkar medan motsvarande andelar i gymnasiesärskolan var 42 respektive 58 procent.

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgick läsåret 2007/08 till 3 040 för obligatoriska särskolan och ca 2 000 för gymnasiesärskolan.

Kostnaderna för särskolan var 5,2 miljarder kronor 2006, en ökning med ca 4,5 procent sedan föregående år. Kostnaden per elev i obligatoriska särskolan med kommunal huvudman var 282 800 kronor, vilket är en ökning med två procent. Kostnaden för undervisning uppgick till 150 000 kronor per elev i obligatorisk särskola.

Tabell 5.8 Kommunernas kostnader för särskolan

Miljarder kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Obligatoriska särskolan	2,9	3,0	3,3	3,4	3,5
Gymnasiesärskolan	1,2	1,2	1,4	1,5	1,6

Källa: Skolverket.

Not: I totalkostnaden ingår kostnader för undervisning, lokaler och inventarier, skolmåltider, läromedel, utrustning och skolbibliotek, elevvård och övriga kostnader.

Kostnaden per elev i gymnasiesärskola med kommunal huvudman var 230 200 kronor, en ökning med knappt två procent. Kostnaden för undervisning uppgick till 111 600 kronor per elev.

5.6 Vuxenutbildning

Kommunal vuxenutbildning

Nationella mål

Målet för kommunal vuxenutbildning är att ge alla vuxna möjlighet att utvidga sina kunskaper och utveckla sin kompetens i syfte att främja personlig utveckling, demokrati, jämställdhet, ekonomisk tillväxt och sysselsättning samt en rättvis fördelning.

Kommunerna ansvarar för den kommunala vuxenutbildningen (komvux) som bedrivs på grundläggande och gymnasial nivå samt på påbyggnadsnivå.

Varje kommuninvånare har rätt att delta i grundläggande vuxenutbildning fr.o.m. andra kalenderåret det år han eller hon fyller 20, om han eller hon saknar sådana färdigheter som normalt uppnås i grundskolan och är bosatt i landet.

Gymnasial vuxenutbildning syftar till att ge vuxna personer kunskaper och färdigheter motsvarande de som ungdomar får i gymnasieskolan. Kommunerna ska erbjuda och informera sina invånare om gymnasial vuxenutbildning och sträva efter att erbjuda utbildning som svarar mot efterfrågan och behov. Enligt reglerna för mottagande till gymnasial vuxenutbildning ska de med kort tidigare utbildning prioriteras.

Påbyggnadsutbildningar syftar till att ge vuxna en sådan utbildning som leder till en ny nivå inom deras yrke eller till ett nytt yrke.

Måluppfyllelse och kvalitet

Utbildningen inom kommunal vuxenutbildning anordnas i form av kurser. Kunskapsmålen är desamma för ungdomsutbildningen som för vuxenutbildningen.

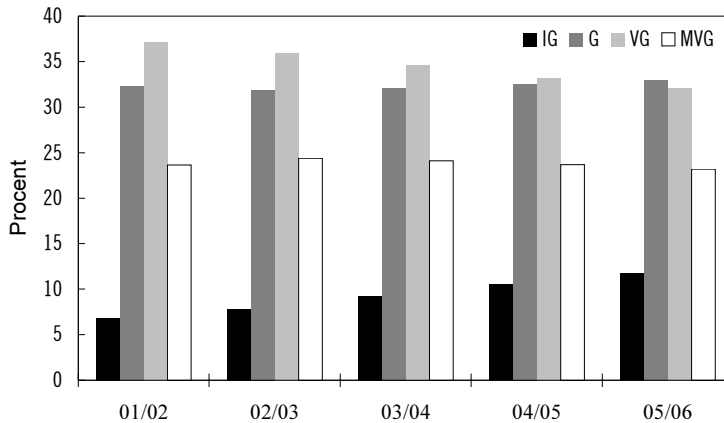
Totalt sett har antalet sökande till vuxenutbildningens kurser minskat under läsåret 2006/07 jämfört med tidigare år. De kurser som minskat mest är Svenska A (22 procent), Engelska B, Företagsekonomi A och Svenska B, (de tre sistnämnda med 20 procent vardera). På den gymnasiala nivån minskade antalet kursdeltagare i 19 av de 25 längsta kurserna. Det finns dock kurser som ökat. Intresset för området vård och omsorg tycks vara stort, vilket bl.a. avspeglas i att antalet sökande till kurserna Social omsorg och Etik och livsfrågor ökat med 7 till 8 procent.

Av de kursdeltagare som var registrerade vid något tillfälle under läsåret 2006/07 fullföljde under läsåret 74 procent den kurs de påbörjat och 21 procent avbröt kursen. Resterande 5 procent deltog vid läsårets slut i kurser som ännu inte är avslutade. I förhållande till läsåret 2005/06 slutförde en något större andel sina kurser.

Män avbröt sina studier i en något högre utsträckning än kvinnor. Vidare avbröt utlandsfödda sina studier i något högre grad än svenskfödda. Den största andelen studieavbrott skedde inom grundläggande vuxenutbildning där 27 procent avbröt utbildningen under läsåret 2006/07. Motsvarande andel inom gymnasial vuxenutbildning var 20 procent, en minskning med en procentenhet jämfört med föregående läsår. Andelen kursavbrott för påbyggnadsutbildningar var betydligt mindre och uppgick till 12 procent.

Enligt Skolverket har resultaten inom gymnasial vuxenutbildning försämrats under de senaste fem åren.

Diagram 5.11 Resultat vid gymnasial vuxenutbildning 2001/02–2005/06, andel elever per betygsresultat



Källa: Skolverket.

Under de senaste fem åren har andelen kursdeltagare med betyget Väl godkänt minskat, andelen med betyget Godkänt har varit relativt konstant och andelen med betyget Icke godkänt har ökat. Det är främst i kursen Matematik A som det skett en betydande ökning av antalet studerande som inte når nivån för betyget Godkänt.

Andelen med betyget Mycket väl godkänt ökade kraftigt mellan läsåren 1994/95–2002/03 men har sedan dess minskat något fyra läsår i rad. Tänkbara orsaker till de sämre betygsresultaten kan enligt Skolverket vara att studerandegrupperna inom kommunal vuxenutbildning förändrats de senaste åren. En sådan förändring är att allt fler studerande som vill ”konkurrenskomplettera”, dvs. läsa om kurser inom gymnasial vuxenutbildning i syfte att höja sitt meritvärde, nekats tillträde till kommunal vuxenutbildning. I stället har andelen studieovana samt andelen studerande som inte är födda i Sverige ökat betydligt. Den senare gruppen utgör i dag 40 procent av de studerande. Skolverket anger i sin lägesrapport 2007 (rapport 303) att det är viktigt att kommunerna följer och analyserar verksamheten inom kommunal vuxenutbildning med hänsyn till de försämrade resultaten och det stora antalet studerande som inte fullföljer utbildningen.

Kostnader och prestationer

Antalet kommuner som själva anordnar kommunal vuxenutbildning har minskat något från 277 läsåret 2002/03 till 271 stycken läsåret 2006/07.

Den totala kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen uppgick 2006 till 4 298 miljoner kronor. Den stora minskningen efter 2002 beror i huvudsak på att det s.k. kunskapslyftet med ett riktat stöd till kommunernas vuxenutbildning då upphörde.

Tabell 5.9 Kommunernas kostnader för kommunal vuxenutbildning Skr. 2007/08:102

Miljoner kronor (per kalenderår), löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Grundl. vux. utb.	889	839	832	835	866
Gymn. vux. utb.	5 159	3 979	3 650	3 541	3 432
Totala kostnader	6 048	4 818	4 482	4 376	4 298

Källa: Skolverket.

Elever och kursdeltagare

I statistiken skiljer man på elever och kursdeltagare. En person räknas som flera kursdeltagare om han eller hon deltar i mer än en kurs under läsåret.

Lsåret 2006/07 var antalet elever ca 205 100 vilket är en minskning med 10 procent jämfört med läsåret 2005/06. Det motsvarar ca 3,5 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–64 år. I en internationell jämförelse är det en ganska hög andel av befolkningen som deltar i vuxenutbildning.

Tabell 5.10 Antal elever i kommunal vuxenutbildning per läsår

	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Grundläggande vuxenutbildning	40 010	38 881	40 632	40 901	36 848
Gymnasial vuxenutbildning.	197 332	182 114	183 781	184 643	166 043
Påbyggnadsutbildning.	6 735	5 478	4 886	2 138	2 189
Samtliga nivåer	244 077	226 851	229 299	227 682	205 080

Källa: Skolverket.

Det är främst inom den grundläggande och den gymnasiala vuxenutbildningen som en minskning har skett (med 10 procent) medan påbyggnadsutbildningen har ökat något sedan läsåret 2005/06.

Antalet heltidsstuderande har minskat jämfört med läsåret 2005/06 och läsåret 2006/07 var antalet 125 237. Varje elev deltog i genomsnitt i fyra kurser, vilket innebär att antalet kursdeltagare uppgick till 824 100. Det är en minskning med 11 procent jämfört med föregående läsår. Andelen kursdeltagare som deltog i utbildning anordnad av annan utbildningsanordnare än kommun och landsting var 27,5 procent.

Inom kommunal vuxenutbildning var 66,9 procent kvinnor och 33,1 procent män 2007, vilket är en liten ökning av kvinnornas andel jämfört med föregående år. En anledning till den ojämna könsfördelningen kan enligt Skolverket vara att man behåller ett kursutbud som till stor del har ett innehåll som appellerar till kvinnor.

Av eleverna i kommunal vuxenutbildning läsåret 2006/07 var, nära 40 procent födda utomlands att jämföra med föregående läsår då andelen utlandsfödda var ca 35 procent.

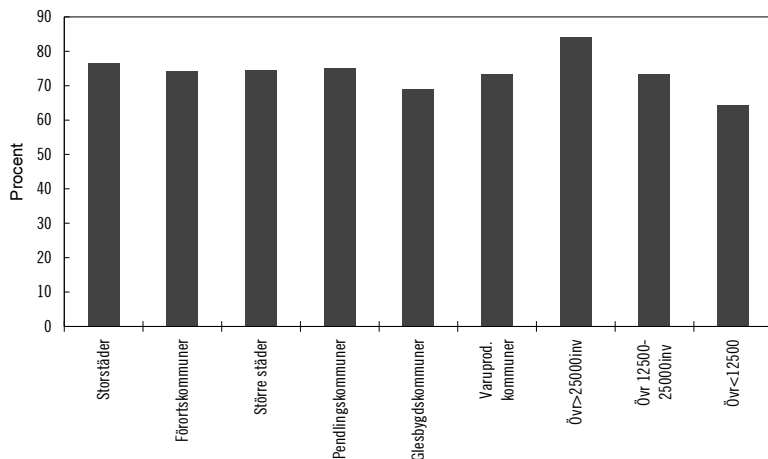
Av samtliga studerande i kommunal vuxenutbildning var läsåret 2006/07 närmare hälften under 30 år och 34 procent var under 25 år. Av eleverna inom grundläggande vuxenutbildning var 35,5 procent under

30 år. Inom den gymnasiala vuxenutbildningen var motsvarande siffra 44,5 procent och på påbyggnadsnivå 45,9 procent. Skr. 2007/08:102

Lärare

Antal tjänstgörande lärare (exkl. korttidsanställda) i kommunal vuxenutbildning uppgick under läsåret 2006/07 till 6 873 personer. Lärartätheten uttryckt som antal lärare (heltidstjänster) per 100 heltidstudenter ökade från 3,7 till 4,0 mellan läsåren 2005/06 och 2006/07. Det är troligt att uppgifter om lärare på kurser som köps av andra anordnare inte rapporterats fullständigt och att lärartätheten därmed kan vara underskattad. Andelen lärare med pedagogisk högskoleexamen utgjorde 75,8 procent. I storstäderna och i övriga kommuner med mer än 25 000 invånare var andelen lärare med pedagogisk högskoleexamen 76,5 procent respektive 84 procent att jämföra med glesbygdskommuner där andelen var 64,3 procent.

Diagram 5.12 Andel lärare med pedagogisk högskoleexamen per kommungrupp, 2006/07



Källa: Skolverket.

Lärarnas pedagogiska arbete får goda omdömen av de studerande. Lärarna, främst på grundläggande nivå, upplever dock att de saknar specialpedagogisk kompetens för att klara arbetet som lärare inom vuxenutbildning.

Vuxenutbildning för utvecklingsstörda

Nationella mål

Vuxenutbildning för utvecklingsstörda (särvox) syftar till att ge vuxna med utvecklingsstörning kunskaper och färdigheter motsvarande de som barn och ungdomar kan få i den obligatoriska särskolan och de som

ungdomar kan få på nationella eller specialutformade program i Skr. 2007/08:102 gymnasiesärskolan.

Måluppfyllelse och kvalitet

Skolverket konstaterar i sin lägesbedömning 2007 att särvox i många fall kännetecknas till innehållet mer av omsorg och mindre av undervisning och de studerande har ofta sin utbildning utlagd över lång tid. Det är svårt att utläsa några kunskapsresultat eftersom utvärderingar av dessa i förhållande till kursplanemålen sällan görs. Vidare framgår att betyg ofta inte sätts efter avslutad kurs och många gånger avslutas inte heller kursen, vilket innebär att kursen inte kan betygsättas.

Skolverket konstaterar vidare att särvox sällan redovisas i kommunernas skriftliga utvärderingar och kvalitetsredovisningar.

Kostnader och prestationer

Kommunernas totala kostnad för särvox 2006 uppgick till ca 168 miljoner kronor, vilket är en ökning med 10 miljoner kronor jämfört med föregående år. Kostnaden per elev uppgick till 34 200 kronor.

Tabell 5.11 Kommunernas kostnader för särvox

Miljoner kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Särvox	133	147	146	158	168

Källa: Skolverket.

Enligt Skolverket har 39 kommuner inga deltagare inom särvox, vare sig i egen verksamhet eller genom kommunsamverkan.

Tabell 5.12 Antal studerande inom särvox 02/03–06/07

	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Grundsärskolenivå	2 032	2 066	2 025	2 133	1 990
Träningskolenivå	1 568	1 622	1 600	1 643	1 549
Gymnasie-särskolenivå	941	1 025	1 169	1 178	1 402

Källa: Skolverket.

Antalet studerande läsåret 2006/07 var inom särvox 4 941 personer varav 2 430 var kvinnor och 2 404 var män. Av dessa deltog 28 procent på gymnasiesärskolenivå. Resterande deltog på grundsärskolenivå och träningskolenivå. Antalet studerande i särvox var i stort sett oförändrat sedan föregående läsår. Medianåldern i särvox är 36 år. Undervisningen ligger oförändrat på i genomsnitt 2,8 timmar i veckan.

Andelen lärare i sÄrvux med pedagogisk utbildning lÄsÅret 2006/07 har minskat till 84,8 procent jÄmfört med 85,6 procent fÖregÅende lÄsÅr. Totalt tÄnÄstgjorde 414 personer. LÄrartÄtheten omrÄknat till heltids-tÄnÄster per 100 studerande, var 5,3 lÄsÅret 2005/06, en svag ökning sedan fÖregÅende lÄsÅr.

Svenskundervisning fÖr invandrare

Nationella mÅl

Svenskundervisning fÖr invandrare (sfi) ska enligt skollagen (1985:1100) ge vuxna invandrare grundlÄggande kunskaper i svenska sprÅket. Sfi syftar Även till att ge studerande som saknar grundlÄggande fÄrdigheter i att lÄsa och skriva mÖjlighet att fÖrvÄrva sÅdana kunskaper.

MÅluppfyllelse och kvalitet

Sfi Är en viktig verksamhet som bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska mÅlen. Varje kommun Är skyldig att se till att sfi erbjuds vuxna invandrare som Är bosatta i kommunen och som saknar sÅdana grundlÄggande kunskaper i svenska sprÅket som utbildningen syftar till att ge frÅn och med det andra halvÅret det År de fyller sexton År. De studerande kan pÅbörja sfi-utbildningen nÄr som helst under Året. Kommunen Är skyldig att erbjuda sfi senast inom tre mÅnader frÅn det att invandraren fÖlkbokfÖrts i kommunen. FrÅn och med den 1 januari 2005 mÅste alla studera enligt de Ändringar i kursplanen fÖr sfi som beslutades 2002. Av kursplanen framgÅr att sfi bestÅr av fyra kurser (A–D) som Är fÖrdelade pÅ tre studievÄgar. Kursplanen Är anpassad fÖr att mÖta deltagarnas olika behov och fÖrutsÄttningar. HÄnsyn tas till utbildningsbakgrund och studiemÅl sÅ att mÅlen fÖr utbildningen kan nÅs inom rimlig tid.

Kostnader och prestationer

Kommunernas kostnad fÖr sfi uppgick till 1 023 miljoner kronor 2006, en ökning med 12,5 procent jÄmfört med fÖregÅende År. Kostnaden per elev var 30 700 kronor.

Tabell 5.13 Kommunernas kostnader fÖr sfi

Miljoner kronor, löpande priser	2002	2003	2004	2005	2006
Sfi	784	774	850	897	1 023

KÄlla: Skolverket.

Antalet deltagare i sfi var under läsåret 2005/06 totalt 52 500, ca 4 500 fler än föregående år. Andelen kvinnor var 60 procent, vilket är en svag ökning. Sfi anordnades i 251 kommuner läsåret 2005/06 jämfört med 241 kommuner läsåret 2001/02. Av studieanordnarna läsåret 2005/06 var 241 kommunala, 8 studieförbund och 19 övriga studieanordnare.

Sfi är en liten verksamhet i många kommuner. I var fjärde kommun var antalet deltagare 18 elever eller färre. Bara i 10 procent av kommunerna var elevantalet 355 elever eller fler.

Lärare

Andelen verksamma sfi-lärare med pedagogisk utbildning läsåret 2006/07 var drygt 70 procent, en minskning med drygt 2 procentenheter jämfört med föregående läsår. Samma läsår var antalet lärare omräknat till heltidstjänster knappt 1 500, en ökning med ca 300 jämfört med föregående läsår. Andelen lärare med utbildning i svenska som andraspråk på rätt nivå var 10 procent.

Andelen lärare med pedagogisk högskoleutbildning var knappt 75 procent i sfi i kommunal regi. Inom den sfi som bedrivs på entreprenad var motsvarande siffra drygt 50 procent. I båda fallen är det en minskning jämfört med föregående år.

Den satsning på utveckling av sfi-lärares ämneskompetens som Skolverket påbörjade och som Myndigheten för skolutveckling i maj 2003 fick i uppdrag att fortsätta, slutfördes under 2006. Under den tid som projektet pågick slutförde 120 sfi-lärare studierna och erhöll certifikat. Studierna gav inte behörighetsgivande poäng. Den 1 januari 2007 fick Myndigheten för skolutveckling i uppdrag att på nytt anordna kompetensutvecklingsinsatser för sfi-lärare genom distansutbildning. Satsningen var högskolepoänggivande och rörde bara svenska som andraspråk. Myndigheten för skolutveckling samarbetade med Nationellt centrum för sfi och svenska som andraspråk kring upplägg, innehåll och genomförande samt finansiering av de insatser som överenskommits.

6 Folkhälsa

I mars 2008 överlämnades propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) till riksdagen. I propositionen fastställs att folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet bör betonas.

6.1 Nationella mål

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. För att kunna följa utvecklingen mot det övergripande målet används en uppföljningsstruktur med elva målområden. Målområdena redovisar de mål inom andra politikområden som är relevanta för folkhälsoarbetet. Kommuner, landsting och frivilligorganisationer är nyckelaktörer i arbetet med att nå det övergripande nationella folkhälsomålet.

6.2 Måluppfyllelse och kvalitet

Nedan redovisas utvecklingen av landstingens arbete med att genomföra den nationella folkhälsopolitiken inom hälso- och sjukvården.

Ur ett folkhälsopolitiskt perspektiv är det särskilt angeläget att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser integreras i den hälso- och sjukvård, som erbjuds befolkningen. I Sverige finns en lång tradition av förebyggande arbete inom t.ex. mödra- och barnhälsovård och ungdomsmottagningar samt inom tandvård och skolhälsovård. Dessa verksamheter har haft stor betydelse för den svenska folkhälsan. Men ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv bör även i ökad utsträckning präglade andra delar av hälso- och sjukvården, såväl i hemsjukvården och primärvården som i sjukhusvården.

Socialstyrelsen redovisade 2005 en kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården. Kartläggningen visade att övergripande formuleringar om folkhälsa eller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser var mycket vanliga i landstingens övergripande styrdokument. I 19 av de 21 landstingens styrdokument finns en ambition att förbättra folkhälsan. Beskrivningar av hälsoläget i länet återfinns i 16 landsting. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård nämns i styrdokumentet i 12 landsting och en jämlik hälsa nämns av 15 landsting.

Den hälsopolitiska viljeinriktningen i styrdokumentet manifesteras till viss del i rutiner och program för levnadsvanor på vårdcentralerna. Rutiner och program för hur personalen ska ta upp rökning med patienterna är vanligast: 64 procent av vårdcentralerna angav detta.

Därefter kommer fysisk aktivitet (48 procent), matvanor och övervikt (45 procent respektive 44 procent), alkohol (30 procent) och stressrelaterade problem (21 procent). Program för att erbjuda invånarna i området hälsoundersökning respektive hälsosamtal finns på 17 respektive 22 procent av vårdcentralerna. Program för mätningar av patientens självskattade hälsa förekommer hos 10 procent. En analys visar att det finns ett samband mellan omnämmandet av vissa folkhälsoområden i styrdokumentet och förekomsten av rutiner/program på vårdcentralerna för dessa områden. Kartläggningen visar däremot att evidensbaserade metoder, exempelvis för rökstopp och för att identifiera alkoholvanor, inte används i den utsträckning som vore önskvärd.

Sedan 2005 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en strategi för att stödja medlemmarna i arbetet för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Syftet är bl.a. att kompetensen inom området bland läkare och övrig vårdpersonal ska öka och att nya styr-, ersättnings- och uppföljningssystem ska tas fram som gör det lättare att främja och följa det hälsofrämjande arbetet.

SKL:s rapport Hälsa i styrdokument visar att det finns en tydlig trend i utvecklingen av hur landstingen i sina styrdokument från 2005 till 2007 utvecklats och börjat använda sig av mätbara mål och indikatorer för det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården.

Bilaga

Kommungrupper

Kommungruppsindelningen, som delar in Sveriges kommuner i nio grupper, har gjorts av Sveriges Kommuner och Landsting. Indelningen har gjorts efter vissa strukturella egenskaper som bland annat befolkningsstorlek, pendlingsmönster och näringslivsstruktur. Kommungrupperna är:

1. **Storstäder** (3 kommuner) Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.
2. **Förortskommuner** (38 kommuner) Kommun där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet ska vara någon av storstäderna.
3. **Större städer** (27 kommuner) Kommun med 50 000–200 000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent.
4. **Pendlingskommuner** (41 kommuner) Kommun där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun.
5. **Glesbygdskommuner** (39 kommuner) Kommun med mindre än 7 invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare.
6. **Varuproducerande kommuner** (40 kommuner) Kommun med mer än 40 procent av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år, anställda inom varutillverkning och industriell verksamhet. (SNI92)
7. **Övriga kommuner, över 25 000 inv.** (34 kommuner) Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mer än 25 000 invånare.
8. **Övriga kommuner, 12 500–25 000 inv.** (37 kommuner) Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har 12 500–25 000 invånare.
9. **Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.** (31 kommuner) Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mindre än 12 500 invånare.

Hur de enskilda kommunerna är inplacerade i dessa kategorier framgår Skr. 2007/08:102 av sammanställningen nedan.

Storstäder	Förorts-kommuner	Större städer	Pendlings-kommuner	Glesbygds-kommuner
Göteborg Malmö Stockholm	Ale Bollebygd Botkyrka Burlöv Danderyd Ekerö Haninge Huddinge Håbo Härryda Järfälla Kungsbacka Kungälv Lerum Lidingö Lilla Edet Lomma Mölndal Nacka Partille Salem Skurup Sollentuna Solna Staffanstorp Sundbyberg Svedala Tjörn Tyresö Täby Upplands Väsby Upplands- Bro Vallentuna Vaxholm Vellinge Värmdö Öckerö Österåker	Borås Eskilstuna Falun Gävle Halmstad Helsingborg Jönköping Kalmar Karlskrona Karlstad Kristianstad Linköping Luleå Lund Norrköping Skellefteå Sundsvall Södertälje Trollhättan Umeå Uppsala Varberg Västerås Växjö Örebro Örnsköldsvik Östersund	Bjuv Boxholm Bromölla Eslöv Essunga Forshaga Gagnef Gnesta Grästorp Habo Hammarö Höganäs Hörby Höör Kil Knivsta Krokom Kumla Kungsör Kävlinge Lekeberg Mullsjö Munkedal Mörbylånga Norberg Nykvarn Nynäshamn Orust Sigtuna Sjöbo Stenungsund Storfors Svalöv Säter Söderköping Timrå Trosa Vänersborg Vännäs Åstorp Älvkarleby	Arjeplog Arvidsjaur Berg Bjurholm Bräcke Dals-Ed Dorotea Gällivare Härjedalen Jokkmokk Ljusdal Lycksele Malung-Sälen Malå Nordmaling Norsjö Ockelbo Orsa Ovanåker Pajala Ragunda Robertsfors Rättvik Sorsole Storuman Strömsund Torsby Vansbro Vilhelmina Vindeln Ydre Ånge Åre Årjäng Åsele Älvdalen Älvsbyn Överkalix Övertorneå

Varu- producerande kommuner	Övriga kommuner, mer än 25 000 inv.	Övriga kommuner, 12 500-25 000 inv.	Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.
Alvesta Emmaboda Fagersta Finspång Gislaved Gnosjö Grums Götene Herrljunga Hofors Hylte Laxå Lessebo Ljungby Markaryd Mönsterås Nybro Nässjö Olofström Osby Oskarshamn Oxelösund Perstorp Sotenäs Surahammar Svenljunga Sävsjö Tibro Tranemo Tranås Ulricehamn Uppvidinge Vaggeryd Vara Vetlanda Värgårda Värnamo Älmhult Örkelljunga Östra Göinge	Alingsås Arvika Boden Bollnäs Borlänge Enköping Falkenberg Falköping Gotland Hudiksvall Härnösand Hässleholm Karlshamn Karlskoga Katrineholm Landskrona Lidköping Ludvika Mark Mjölby Motala Norrtälje Nyköping Piteå Ronneby Sandviken Skövde Strängnäs Söderhamn Trelleborg Uddevalla Västervik Ystad Ängelholm	Arboga Avesta Båstad Eksjö Flen Hagfors Hallsberg Hallstahammar Heby Hedemora Hultsfred Kalix Kiruna Klippan Kramfors Kristinehamn Köping Laholm Leksand Lindesberg Lysekil Mariestad Mora Sala Simrishamn Skara Sollefteå Sunne Säffle Sölvesborg Tidaholm Tierp Tingsryd Tomelilla Vimmerby Åmål Östhammar	Aneby Askersund Bengtstors Borgholm Degerfors Eda Filipstad Färgelanda Gullspång Haparanda Hjo Hällefors Högsby Karlsborg Kinda Ljusnarsberg Mellerud Munkfors Nora Nordanstig Skinskatteberg Smedjebacken Strömstad Tanum Torsås Töreboda Vadstena Valdemarsvik Vingåker Åtvidaberg Ödeshög

Finansdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 3 april 2008

Närvarande: Statsrådet Olofsson, ordförande, och statsråden Ask, Husmark Pehrsson, Leijonborg, Torstensson, Carlgren, Hägglund, Björklund, Carlsson, Littorin, Borg, Malmström, Sabuni, Billström, Adelsohn Liljeroth, Björling

Föredragande: Statsrådet Odell

Regeringen beslutar skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn