



emcdda.europa.eu

Public expenditure in the area of drug-demand reduction

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Offentliga utgifter för att minska efterfrågan på narkotika ⁽¹⁹⁹⁾

I Europeiska unionens strategi mot narkotika (2000–2004) sägs att rådet och kommissionen – på grundval av det arbete som utförs av ECNN och Pompidougruppen – skall försöka göra upp en specificerad förteckning över alla offentliga utgifter på narkotikaområdet.

I sina ansträngningar att reagera på EU:s strategi mot narkotika undersöker ECNN i denna rapport – med värdefulla bidrag från de nationella Reitox-kontaktpunkterna – de direkta offentliga utgifterna för att minska efterfrågan på narkotika under 1999 ⁽²⁰⁰⁾. Undersökningen är inriktad på utgifter på nationell och regional nivå, förebyggande åtgärder mot narkotikamissbruk, behandling av missbrukare (öppen och sluten vård, substitutions- och abstinensterapi), rehabilitering och återintegrering, uppsökande arbete, skademinskning och utbildning, forskning och samordning i samband med minskning av efterfrågan. För att bättre skildra vår forskning har vi inte tagit med vare sig direkta utgifter för privata hälsoorganisationer (behandlingscentrum, kliniker osv.) eller indirekta utgifter för allmän verksamhet som allmänsjukhus och akutmottagningar. Dessutom har den bredare och mycket mer komplicerade frågan om narkotikans samhällskostnader inte tagits upp.

Det primära syftet med att ta itu med frågan om allmänna utgifter i samband med narkotika (om än i begränsad utsträckning) i denna rapport är att öka medvetenheten i EU-länderna om vikten av att skapa en indikator för narkotikapolitiken, snarare än att lägga fram empiriska uppgifter.

Uppgifternas begränsningar och tillförlitlighet

Inte desto mindre, och även om vi inskränkt vår räckvidd, bekräftar resultaten de svårigheter som orsakas av den begränsade tillgången på och insamlingen av uppgifter inom ett område som fortfarande är relativt underutvecklat i EU. Utöver den specifika forskning som gjorts inför utarbetandet av denna rapport ⁽²⁰¹⁾, har praktiskt taget väldigt få studier genomförts för att beräkna resurserna som tillägnas narkotikafrågor i EU ⁽²⁰²⁾. De flesta länderna i EU kan inte ange exakt hur mycket de ger ut på att bekämpa narkotika och narkotikamissbruk.

De flesta deltagarna i denna forskning kunde alltså inte leverera omfattande uppgifter. Vissa sifferuppgifter saknas helt och ofta bygger beräkningarna på skattning och extrapolering ⁽²⁰³⁾.

Enligt vad ett stort antal kontaktpunkter har redovisat, och som bekräftats i facklitteraturen, finns det minst fem faktorer som kan begränsa sådan forskning: 1) bristen på uppgifter för vissa länder, 2) svårigheten att skilja mellan uppgifter om olagliga droger och uppgifter som omfattar både olagliga droger och alkohol, 3) den stora mångfalden av aktörer och organisationer på central, regional och lokal nivå som ansvarar för utgifterna, 4) svårigheterna att exakt dela upp de offentliga utgifterna i teoretiska kategorier som minskning av tillgången respektive efterfrågan på narkotika, och 5) det komplicerade i att sedan dela upp utgifterna inom dessa båda kategorier efter insatsområde (behandling, primärprevention, rehabilitering, samarbete, samordning osv.).

Det är dock intressant att notera att även om studier av detta slag klart försvåras på grund av metodologiska problem visar beslutsfattarna ett växande intresse för granskningar av de offentliga utgifterna ⁽²⁰⁴⁾, både som beslutsunderlag och som ett medel för att mäta politikens effektivitet.

Utgifter för att minska efterfrågan på narkotika

Vid upprättandet av "en lista" över alla offentliga utgifter för att minska efterfrågan på narkotika i medlemsstaterna på grundval av uppgifterna från de nationella kontaktpunkterna har vi försökt göra en jämförelse av liknande utgifter mellan länderna.

Alla möjliga statistiska försiktighetsåtgärder har vidtagits, men det går inte att undvika problemet att de redovisade uppgifterna ibland kan avse olika kategorier i de olika länderna och det faktum att det inte finns några uppgifter att tillgå i vissa länder. Faktiskt saknas det viss information om utgifter för att minska efterfrågan i Belgien, Danmark, Italien och i synnerhet Sverige och Tyskland) och följaktligen är totalsummorna utan tvivel kraftiga underskattningar. För andra länder (Frankrike, Grekland, Luxemburg, Portugal, Spanien och Österrike) kan uppgifterna anses vara mer omfattande, även om det kvarstår viss osäkerhet när det gäller vilka utgiftskategorier som tagits med. I synnerhet i

⁽¹⁹⁹⁾ Skillnaderna mellan de tillgängliga uppgifterna begränsade möjligheterna för att göra jämförelser mellan olika länder. En mera detaljerad bild av utgifter i samband med narkotika i de enskilda EU-medlemsstaterna finns på Internet: (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

⁽²⁰⁰⁾ Referensåret för EU:s strategi mot narkotika (2000–2004), dvs. det år som skall ligga till grund för jämförelser.

⁽²⁰¹⁾ ECNN vill särskilt tacka den grekiska, den portugisiska och den österrikiska kontaktpunkten för specifik forskning och specifika undersökningar på området som ökat värdet på denna årsrapport. Dessutom vill ECNN tacka professor Pierre Kopp för att han varit sakkunnig granskare av forskningen.

⁽²⁰²⁾ Belgien (2003), Förenade kungariket (2002), Luxemburg (2002); se ytterligare referenser på Internet: (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

⁽²⁰³⁾ Vår önskan att ta med så många länder som möjligt för att ge en fullständig europeisk bild ställs här mot bristen på uppgifter i vissa av de länder som omfattas. Detta innebär att vi har behållit ett brett perspektiv men samtidigt att möjligheterna till analyser och jämförelser har försämrats betydligt på grund av att de slutliga sifferuppgifterna är så osäkra.

⁽²⁰⁴⁾ Belgien (2003), Förenade kungariket (2002), Luxemburg (2002). Fler referenser finns på ECNN:s webbplats (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

Nederländerna och Norge omfattar de rapporterade uppskattningarna såväl olagliga droger som alkohol, vilket gör att slutsiffrorna för dessa två länder blir rätt höga i jämförelse med andra länder. Slutligen avser de flesta uppgifterna från 1999 som referensuppgifter för utvärderingen av EU:s handlingsplan, men det finns undantag. För Irland är de rapporterade uppgifterna de planerade statliga utgifterna för minskning av narkotikaefterfrågan under 2000, de franska uppgifterna går tillbaka till 1995 och de brittiska avser budgetåret 2000–2001. Dessa inskränkningar måste tas med i tolkningen av beloppen i tabell 6.

De totalbelopp som EU-länderna lade på åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika under 1999 förefaller i grunden återspegla respektive lands storlek och rikedom (Kopp och Fenoglio, 2003). Det är inte särskilt förvånande att de största och rikaste länderna (Frankrike, Förenade kungariket, Italien och Tyskland) förefaller satsa större ekonomiska resurser, i absoluta termer, än de små länderna, även om utgifterna är relativt stora även i Nederländerna och Norge (möjligtvis p.g.a. att insatser i samband med alkohol ingår i uppgifterna).

Forskningen visar (Kopp och Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey m.fl., 2002) att uppskattningar av detta slag kan vara värdefulla informationskällor på nationell nivå. Jämförelser över tidsperioder inom ett land kan avslöja ökning och minskningar i narkotikarelaterade budgetar. Jämförelser mellan sektorer (efterfrågan, tillgång, internationellt samarbete osv.) kan, utöver de formella strategierna uppvisa de reella ekonomiska insatserna för att ta itu med narkotikafenomenet.

Inom EU kan jämförelser mellan länder (vilket är svårast) fastställa gemensamma mönster eller skillnader vad gäller de resurser som ägnas narkotikapolitiken. På så sätt kan utgifterna även jämföras med det europeiska medelvärdet eller med andra regioner i världen.

Därutöver kan makroekonomiska indikatorer (som bruttonationalprodukt [BNP], befolkning, sammanlagda statliga utgifter eller antal problemmissbrukare) på nationell och europeisk nivå hjälpa till att mäta utgifternas omfattning, och ge en mer informativ tolkning av uppgifter som tagna separat inte skulle ha så stort värde.

Jämförelsen mellan utgifterna för att minska narkotikaefterfrågan och t.ex. BNP för varje enskilt land kan visa hur mycket av sina tillgångar ett land sannolikt kommer att ge ut på narkotikaprevention och för att bekämpa följderna i samband med narkotika. Uppgifterna som samlats in i och med denna undersökning visar att Norge 1999 satsade ungefär 0,1 % av sina ekonomiska resurser (BNP), följt av Nederländerna (0,078 %) (även om uppgifterna för båda länderna omfattar både narkotika och alkohol). Portugal (0,074 %), Finland

(0,073 %) och Irland (0,070 %) gav ut den största andelen av BNP på insatser för att minska efterfrågan, medan de största och synbarligen rikaste länderna verkar ligga efter. De bekant ofullständiga uppgifterna för dessa kan dock ligga till grund för denna avvikelse.

Det är inte helt enkelt att tolka dessa uppgifter och inte enbart på grund av att vissa uppgifter saknas. Andelen av samhällets resurser som läggs på åtgärder för att begränsa narkotikamissbruket i EU-medlemsstaterna kan tolkas som en återspeglning av narkotikaproblemets storlek eller åtgärdernas omfattning (eller båda) eller av nivån på de sociala och hälsovårdsrelaterade insatserna bland befolkningen. En utredning av sådana frågor kan bidra till en bättre och djupare förståelse både av fenomenet och vad gäller kostnadsberäkningar.

Ett annat sätt att analysera de offentliga utgifterna är att studera dem mot bakgrund av det område de är avsedda att åtgärda, i detta fall problemmissbrukarna av narkotika ⁽²⁰⁵⁾. Om man använder det uppskattade antalet problemmissbrukare som indikator, kan man beräkna utgifterna per individ i kategorin med det största hjälpbehovet. Tyvärr finns det två svårigheter med att beräkna detta: för det första rör uppgifterna inte nödvändigtvis problemmissbrukarna direkt – prevention, utbildning och samordning kan likaså inriktas mot individer som inte klassas som problemmissbrukare – och för det andra är det av lätt insedda skäl en relativt oviss sak att beräkna antalet problemmissbrukare.

Enligt våra uppgifter är värdet på den vård som vid behov tas i anspråk av varje enskild missbrukare mycket högre i vissa länder (Finland, Luxemburg och Österrike) än i andra (Frankrike, Förenade kungariket, Grekland och Portugal). Detta kan tolkas som resultatet av att den första gruppen är mer engagerad i narkomanvården, dock är det mer sannolikt att siffrorna grundar sig på insatsernas kvalitet och slag. Skillnader i utgiftsnivåer skall inte automatiskt tolkas som mått på engagemanget, utan snarare som responskillnader, som är situationsberoende.

Tillsammans med utgifterna per problemmissbrukare är det nyttigt att beräkna hur mycket politiken för att minska narkotikaefterfrågan kostar samhället som helhet. Om man räknar ut utgifterna i samband med minskning av efterfrågan i de 16 länderna som undersökts (de 15 medlemsstaterna samt Norge), och enligt de begränsade uppgifterna (tabell 6), är summan som (minst) givits ut inom EU år 1999 för förebyggande av missbruk och vård av missbrukare 2,3 miljarder euro. Vilket innebär att varje medborgare bidragit med 5–10 euro. Det är naturligtvis sannolikt att detta belopp kan vara mycket högre.

⁽²⁰⁵⁾ Injektionsanvändning eller långvarig/vanemässig användning av opiat, kokain och/eller amfetaminer. Utgifterna per problemmissbrukare har beräknats med användning av de skattnings (genomsnittsvärden) av antalet problemmissbrukare som de nationella kontaktpunkterna redovisat. Mer information finns i statistiktabell 4: Uppskattat antal problemmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1995–2001 (Internetversionen).

Tabell 6: Totala direkta offentliga utgifter för att minska efterfrågan på narkotika, miljoner euro, enligt de nationella Reitox-rapporterna (2002)

Land	Miljoner euro	Utgiftskategorier under 1999
Belgien	139	Behandling (100); rehabilitering (22,5); metadon (8,9); kommuner och regioner: prevention, vård, utbildning, samordning (8,3) (ingår ej: 7 miljoner euro för brottsförebyggande från inrikesdepartementet).
Danmark	67	Utgifter i samband med "drogmissbruk" för amterna (länerna) och kommunerna DKK 495,5, (66,5); centraliserad prevention DKK 6,2 (0,8), inga uppgifter för amter och kommuner.
Tyskland	343,2	Bostäder vid akut behov (3,0), kompletterande psykosociala åtgärder (13,3); 951 rådgivningsenheter inom öppenvården (57,91); rehabilitering inom slutenvården (25 % av 434 miljoner euro (99,7)); integration i arbetslivet (4,3); boende med stöd (8,0); behandling på sjukhusens missbruksavdelningar (97,0); substitutionsbehandling (inga uppgifter, uppskattas dock till 30,0), förbundsstaternas budget för "missbruk" 23,9 % (narkotika) av 127 miljoner euro (30,0). (Ingår ej: utgifter i samband med rättsliga åtgärder och polisverksamhet).
Grekland	16,2	39 preventionscentraler (OKANA), löner och personal (KETHEA), boende- och driftskostnader (2,4); behandling: drogfri, substitution, lägröskelvård (11,9); social rehabilitering (0,3); forskning (0,3) OKANA, ingår ej: utbildning (0,8), vissa centrala administrationskostnader (0,5).
Spanien	181,5	Central nivå: inrikesdepartementet (GDNDP), försvaret (prevention), hälso- och konsumentdepartementet, utbildnings- och kulturdepartementet; utrikesdepartementet, arbetsmarknads- och socialdepartementet (19,8), fond bestående av beslagtagna tillgångar anslagna för minskning av efterfrågan 66 % (2,8); de autonoma regionerna (158,7 varav 22,3 från GDNDP).
Frankrike (1995)	205,8	Subutex (91,4); social-, hälso- och stadsfrågor (101,9); utbildning (forskning) (6,6); ungdom och idrott (1,3); arbete, sysselsättning och yrkesutbildning (0,12); MILDT (66 % av 6,9 miljoner euro (4,5) (ingår ej: internationellt samarbete och bidrag till internationella organisationer).
Irland (2000) Uppskattade statliga utgifter	57,1	Hälso- och barndepartementet (behandling, prevention, forskning) (32,0); näringslivs-, handels- och arbetsmarknadsdepartementet (återintegrering) (6,0); utbildnings- och vetenskapsdepartementet (prevention) (7,5); turism-, idrotts- och rekreationsdepartementet (prevention, forskning, utvärdering, samordning) (11,6).
Italien	278,5	Öppenvård (99,1); slutenvård och halvsluten vård (88,8); nationella narkotikafondprojekt stöds på lokal/regional nivå (67,6); nationella narkotikafondprojekt finansieras av departementen (23,0). Uppgifter saknas från åtta regioner och enbart ofullständiga uppgifter fanns att tillgå från de flesta av de övriga regionerna.
Luxemburg	13,7	Hälsodepartementet (5,7); departementet för familjefrågor, social solidaritet och ungdomsfrågor (2,3); departementet för utbildning, yrkesutbildning och idrott (0,5); övriga departement (0,3); ersättning för socialförsäkring (4,9).
Nederländerna	287,9	Allmänna lagen om hantering av särskilda sjukdomar (till regionala vårdkontor och missbrukskliniker) (76,0); hälso-, välfärds- och idrottsdepartementet (missbrukarvård inom öppenvården) (74,2); medel till hemlösa missbrukare, ej åtgärdat narkotikamissbruk (omkring två tredjedelar av 150 miljoner euro (112,5)); narkotikarelaterade olägenheter (24,1); narkotikaprevention (1,1) (de flesta uppgifterna avser både droger och alkohol).
Österrike	52,3	Federala, provinsiella och kommunala källor inklusive sjukförsäkring, offentliga arbetsförmedlingar, och fonden Healthy Austria: primärprevention (2,4); uppsökande arbete och insatser för att minska narkotikans skadeverkningar (3,3); rådgivning, vård och behandling (40,7); återintegrering (4,2); kvalitetssäkring (0,6); övriga utgifter/ej specificerbart (0,8).
Portugal	71,7	Regeringschefens kontor (16,2); hälsodepartementet (41,6); utbildningsdepartementet (3,1); arbetsmarknads- och socialdepartementet (9,5); försvarsdepartementet (1,2).
Sverige	62,5	Mycket approximativ uppskattning av utgifterna i samband med minskning av efterfrågan på alkohol och droger (Tullverket, 2000). Kommunerna 300 SEK (30 euro), länen 250 SEK (25 euro) och staten 50 SEK (5 euro). Icke statliga organisationer, stiftelser och företag 25 SEK (2,5 euro).
Finland	76,2	Hälsovård (sluten) (15,1); hälsovård (öppen) (7,9); narkotikarelaterade pensioner (4,3); narkotikarelaterade sjukförmåner (0,5); ersättning (försäkringsbolag) (0,9); missbrukarvård (sluten/öppen) (26,5); bidrag till levnadsomkostnader (4,8); barnbidrag (10,9); forskning och prevention (5,2).
Förenade kungariket (2000–2001)	466,3	Uppskattning för budgetåret 2000–2001 (12 månader till den 31 mars 2001). Behandling 234 miljoner pund sterling (367,4 euro); "skydd av ungdomar" (prevention) 63 miljoner pund sterling (98,9).
Norge	224,9	Uppskattning av kostnader på central, läns- och kommunal nivå för drogrelaterade tjänster: prevention, behandling och hälsovård (sluten/öppen, drogfri, substitution), socialvård för narkotikamissbrukare, uppsökande arbete, insatser för att minska narkotikans negativa konsekvenser och risker, rehabilitering och återintegrering.

Källa: De nationella Reitox-rapporterna (2002).

Slutligen, och som betonats av flera deltagare i undersökningen, är en gemensam metod av yttersta vikt för multinationell forskning för att denna slags information och analysen därav skall spela någon roll i beslutsfattningen.

Utgifternas fördelning

Med dagens system för uppgiftsinsamling är det mycket svårt att få fram en tillförlitlig uppdelning av utgifterna per kategori. Nationellt sammanfaller områden som behandling, minskning av skador och prevention ofta med varandra och inte alla länder använder samma metod för att kategorisera utgifterna. Detta innebär att möjligheterna till jämförelser mellan länder begränsas av att man använder olika metoder för att samla in och klassificera uppgifter, vilket gör det mycket svårt att jämföra utgifterna på specifika områden.

Med dessa metodrelaterade begränsningar åsido lagda, kan man dock dra en relativt säker slutsats av de bästa uppgifterna i denna rapport, nämligen att vård- och behandlingsområdet verkar få lejonparten av pengarna: 50–80 % av alla direkta statliga utgifter för minskning av efterfrågan på narkotika.

I Österrike svarade "rådgivning, vård och behandling" till narkotikamissbrukare för 78 % av de federala utgifterna för efterfrågeminskning. I Grekland visar uppgifterna att nästan 73 % av de kända utgifterna lades på behandling (och sekundära utgifter), medan utgifterna för behandling 1999 i de spanska regionerna och autonoma städerna stod för 74 % av totalsumman. I Portugal satsades 49 % av de sammanlagda narkotikautgifterna 1999 på behandling, men man lade också 25 % på prevention av narkotikamissbruk, vilket är en av de största andelarna (av de kända uppgifterna) i EU för detta område.

Direkta utgifter för "prevention" är i verkligheten mycket svåra att fastställa, och detta gör också att uppgifterna är mer osäkra. Den kända andelen ligger mellan 4 % i Österrike, som bara levererade uppgifter om primärprevention, och 20 % i Grekland (enbart uppgifter om primärprevention) och är 15 % i de spanska regionerna och autonoma städerna samt 10 % i Luxemburg.

Den andel av de sammanlagda utgifterna för minskning av efterfrågan på narkotika som läggs på rehabilitering och återintegrering och på uppsökande verksamhet och insatser för att minska narkotikans skadeverkningar förefaller vara mindre, sannolikt beroende på att utgifterna här är av en mindre skala än vad fallet är för behandling eller på att de delvis ingår i det.

Avslutande iakttagelser

Vad gäller analysen av utgifter i samband med narkotika måste en skiljelinje dras mellan forskning avseende utgifter på national nivå och jämförelser mellan länder inom denna forskning.

Nya undersökningar i vissa länder ⁽²⁰⁶⁾ har visat att det är möjligt att uppnå tillfredsställande resultat även utan att tillämpa en "internationellt överenskommen metod". På sådana grunder är jämförbarheten mellan länderna naturligtvis begränsad, men inte desto mindre, på nationell nivå kan denna undersökning öka kunskapen om svar på narkotikaförekomsten och kan vara ett värdefullt verktyg för beslutsfattare genom att göra det möjligt för dem att bedöma utgifternas omfång i deras eget land över tiden (om den uppdateras) och inom olika sektorer (om den är utförlig nog). Jämförs kostnadsberäkningar dessutom med andra indikatorer är det, som vi sett tidigare, möjligt att uppskatta hur mycket som ges ut per missbrukare eller hur mycket politiken för minskning av efterfrågan kostar jämfört med andra policyer, eller hur mycket medborgarna måste bidra med för att minska efterfrågan.

Dessa proportioner och jämförelser ger upphov till mycket viktiga frågor och hypoteser. Svaren till dessa kan finnas genom mer djupgående undersökningar.

Gränsöverskridande jämförelser (räckvidden för denna undersökning) är en annan dimension i utredningen av uppskattningarna av uppgifter i samband med narkotika. Som uppenbaras i denna rapport, är sådana undersökningar extremt beroende av olika informationskällor och de bromsas av den bristande överensstämmelsen bland de olika ländernas metoder, statistik och siffror. För att åtgärda dessa (och andra) svårigheter borde gemensamma normer för datainsamling tillämpas. Ett sådant tillvägagångssätt kräver dock att investeringar görs utan att veta om kvaliteten och användbarheten av de slutliga resultaten. Det behövs ytterligare undersökningar och ett djupgående övervägande av relevansen och nyttan av sådan forskning på europeisk nivå innan dessa investeringar görs.

I mellantiden, och medan dessa överväganden av kommande utvecklingar görs, är det ECNN:s uppgift att fortsätta främja förbättrade statistiksystem inom området och att sprida information om de metoder som används och den forskning som sker.

⁽²⁰⁶⁾ Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey m.fl. (2002), Origer (2002), Kopp och Fenoglio (2003). Se även de nationella kontaktpunkterna för Grekland, Portugal, Spanien och Österrike, inom ramen för de nationella Reitox-rapporterna 2002.