

A decorative graphic consisting of a 3x3 grid of squares. The top row has a grey square on the left and an orange square on the right. The middle row has a yellow square on the left, a yellow square in the middle, and a grey square on the right. The bottom row has a yellow square on the left, a grey square in the middle, and an orange square on the right.

Slutlig budget 2009 och planering 2010-2011

FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN

Innehåll

Sammanfattning	2
1 Mål och uppdrag för hälso- och sjukvården.....	4
1.1 Omvärldsperspektiv.....	4
1.2 Befolkningsutvecklingen.....	9
2 Direktiv för hälso- och sjukvården	10
2.1 Medborgarperspektivet.....	10
2.2 Patientperspektivet	10
2.3 Styrning av den samlade hälso- och sjukvården.....	11
2.4 Ökad långsiktighet genom fleråriga avtal.....	12
2.5 Avtal- och upphandlingsfrågor.....	12
2.6 Aktuella upphandlingar 2009	13
3 Fokusområden	14
3.1 Tillgänglighet	14
3.2 Valfrihet.....	16
3.3 Vårdval	16
3.4 Publika jämförelser.....	17
3.5 Kommunikation med invånarna	18
3.6 Jämlik och jämställd vård	20
3.7 Förebyggande hälsovård.....	21
3.8 Prehospital vård	22
3.9 Primärvård	23
3.10 Förlossnings- och barnsjukvård, MVC, BVC och ungdomsmottagningar.....	25
3.11 Psykiatri och beroendevård	26
3.12 Äldresjukvård	28
3.13 Sjukhusvård	29
3.14 Läkemedel	32
3.15 Tandvård.....	33
3.16 Sjukskrivningar och rehabilitering	35
3.17 Miljö	36
3.18 Övrig verksamhet	37
3.19 Ersättningsmodeller och samverkan.....	39
4 Verksamhetens ekonomi	40
4.1 Allmänna förutsättningar	40
4.2 Budget per verksamhetsområde	43
4.3 Verksamhetstal	54
4.4 Risker och möjligheter 2009	55
5 Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning	57
5.1 Personal	57
5.2 Miljö HSN-förvaltningen	60
6 Investeringar	61

Sammanfattning

Budgeten för HSN 2009 innebär en ökning med 2,1 miljarder kronor eller 5,3 procent jämfört med 2008. Motsvarande ökning 2008 beräknas enligt senaste prognos, jämfört med 2007, till 5,0 procent.

HSN:s budget 2009 omsluter 41 803 mkr. HSN ansvarar inom denna ram för sjukvård, tandvård och läkemedel för länets drygt 1,9 miljoner invånare. Detta sker främst genom upphandlade avtal med privata vårdgivare, vårdavtal med landstingsdrivna vårdgivare och med vårdvalsmodeller där auktoriserade privata och landstingsdrivna vårdgivare konkurrerar på lika villkor.

I Stockholms län bor 21 procent av rikets befolkning. Befolkningstillväxten är för närvarande högre i än i övriga landet och länet förväntas öka med 79 000 fram till 2011. Bättre preventiva insatser, tidigare diagnostik och bättre behandling har minskat dödligheten i cancer.

Övergripande mål för Stockholms läns landsting, sett ur ett medborgarperspektiv, är att medborgarna är nöjda med verksamheten. För vården innebär det att befolkningens förtroende för vården ska öka. För patientperspektivet är det övergripande målet att tillgängligheten till sjukvården ska vara sådan att vårdgarantin, 0-5-30-90, uppfylls till alla delar. Genom mätningar redovisas resultat i månads- delårs- och årsbokslut.

Den fortsatta utvecklingen av Vårdval Stockholm, tillsammans med införandet av ny styrmodell med flerårsavtal för sjukhusen, är de viktigaste förändringarna. Stockholms läns landsting har även betydande volymer vård som upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling (LOU)

Under 2009 utökas vårdval att gälla även knä- och höftoperationer, kataraktoperationer och förlossningsvård. För den somatiska specialistvården har flerårsavtal träffats med de stora sjukhusen som innebär att sjukhusen ges långsiktiga förutsättningar att utveckla och anpassa verksamheten, inom givna ekonomiska ramar, på tre års sikt.

Den nya styrmodellen för den somatiska vården ger möjlighet för sjukhusledning, styrelser samt landstingsledningens ägarstyrning att själva arbeta mer aktivt med prioriteringarna och medicinsk utvecklingen inom verksamheterna. Utifrån en avtalslängd på 3 år och en ekonomisk planering som innebär en ökning av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten på sammanlagt 13 procent skapas de långsiktiga förutsättningarna för vårdverksamheterna att, via strukturella och kostnadssänkande åtgärder, utveckla sina verksamheter så att de är i balans med befintliga ekonomiska ramar.

Ny struktur ska tillämpas för det akuta omhändertagandet och Vårdguiden ska vara vägen in i vården för många. Husläkarmottagningarna och lokala närakuter kommer att ansvara för den akuta vården för dem som inte behöver uppsöka akutsjukhusen. För psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård träder nya upphandlade avtal i kraft första halvåret 2009. Genom kravspecifikationens utformning i upphandlingen utvecklas och effektiviseras verksamheterna så att valfrihet och tillgänglighet ökar vilket bl a innebär att brukar- och patientinflytande förbättras.

Ersättningssystemen utvecklas så att kopplingen mellan vårdgivarens intäkter och patientens val är mer tydligt. Nya områden ska omfattas av vårdvalet varigenom fler vårdgivare får möjlighet att etablera sig. I den Mångfaldsplan som HSN antog den 22 maj 2008 beskrivs de områden där Vårdval Stockholm ska införas 2009 - 2011. Vidare fortsätter pågående utredning, Plan för utveckling av mångfalden inom öppen somatisk specialistvård, som innebär att ta fram förslag/underlag för utredning av nya vårdvalsområden alternativt upphandlingar.

Folkhälsoarbetet ska utvecklas och införande av "Handling för Hälsa" ska bidra till att befolkningens hälsa förbättras. En utvärdering av de samlade prehospitala resurserna kommer att genomföras 2009. Förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare ska skapas. Inom den basala hemsjukvården ska kraven förtydligas så att vårdbehoven hos äldre och multisyka patienter tillgodoses. STI-översynens förslag kommer att införas och ungdomsmottagningarnas uppdrag utökas med resurser för smittspridning (STI, sexuellt överförbara sjukdomar).

Kostnaderna för läkemedel bedöms öka med 6,5 procent 2009 vilket är något lägre än den bedömning som gjordes i september. Uppdraget att utarbeta ersättningsmodeller och regelverk inför genomförande av ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård pågår. Under 2009 ska ersättningsmodeller testas och fastställas för driftstart 2010. I ett samarbetsprojekt med andra landsting utreds möjligheterna att via positiva incitament stimulera privata specialister till ökad kvalitet i läkemedelsförskrivningen.

Budgeten för 2009 ökar med 5,3 procent jämfört med 2008. Motsvarande ökning 2008 jämfört med 2007 beräknas enligt senaste prognos till 5,0 procent. Utrymmet 2009 är också större än eller i nivå med den faktiska utvecklingen senare år. Trots detta innebär budgeten krav på inte oväsentliga effektiviseringar i vårdverksamheten för att skapa utrymme för kostnadsökningar till följd av befolkningsökning, medicinsk utveckling och högre ambitionsnivå inom vissa områden. Detta sker främst i form av att vårdgivarna åläggs generella effektiviseringar i storleksordningen 2 procent. Ett visst ekonomiskt utrymme skapas också genom lägre kostnader efter upphandlingar. Arbetet med att sänka kostnadsökningstakten måste intensifieras under 2009. Det är av vikt att kostnadsutvecklingen når en samhällsekonomisk hållbar nivå utifrån befintligt skatteunderlag men även utifrån den vikande konjunkturen vilket kommer att innebära minskat utrymme för kostnadsökningar kommande år.

1 Mål och uppdrag för hälso- och sjukvården

Stockholms läns landstings har fastställt två policydokument, ”Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting” och ”Vård i dialog”. Dessa dokument ska ytterst säkerställa att vården utmärks av hög kvalitet och helhetssyn, där patienten och dennes närstående ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omsorg och respekt. Vidare ska vårdens resurser användas på ett så effektivt sätt, att de kommer så många behövande som möjligt till nytta.

1.1 Omvärldsperspektiv

Systematisk omvärldsbevakning syftar till att ge en överblick över förändringar och kunskaper om hälso- och sjukvården utanför det egna landstinget på såväl nationell som internationell nivå.

Budgetpropositionen 2009 (Prop 2008/09:1)

I syfte att ytterligare stödja huvudmännen i arbetet med att utveckla en väl fungerande psykiatri föreslår regeringen att anslaget *Bidrag till psykiatri* ökas med 650 miljoner kronor 2009. Medlen ska bl a användas för att stärka första linjens barn- och ungdomspsykiatri, stärkt baskompetens och sysselsättningsverksamhet samt för att stödja utvecklingen mot en mer evidensbaserad vård. Regeringen beräknar att anslaget ökas med 650 miljoner kronor 2010 och 2011 i förhållande till beräkningen i vårpropositionen.

I syfte att ingå ett avtal med Sveriges Kommuner och Landsting om ekonomisk ersättning för läkemedelsförmånerna föreslår regeringen att det anslag som finns uppfört för ändamålet ökas med 200 miljoner kronor 2009 i förhållande till beräkningen i vårpropositionen.

Kömiljarden

I budgetpropositionen finns också den så kallade Kömiljarden. Den nuvarande modellen för tillgänglighetssatsningar inom hälso- och sjukvården har inte gett avsedd effekt, anser regeringen. Till följd av detta har en överenskommelse ingåtts med Sveriges Kommuner och Landsting om att varaktigt förbättra tillgängligheten. Mot bakgrund av detta beräknar regeringen att anslaget Prestationsbunden vårdgaranti ökas med 1 000 miljoner kronor under 2010 och 2011. För Stockholms län motsvarande c:a 200 mkr.

Patientens rätt i vården (SOU 2008:127)

Ett delbetänkande om etableringsfrihet inom primärvården presenterades av utredningen den 15 april 2008 (se lag om valfrihetssystem nedan). I ett andra delbetänkande som presenterades den 15 december 2008 lämnas några förslag för att stärka patientens ställning. Utredningen föreslår bland annat:

- En lagreglering av vårdgarantin. Utredningen förordar att den yttre tidsgränsen för vårdgarantin innebär att alla som behöver ska få del av beslutad vårdinsats, behandling ska påbörjas inom 120 dagar och att en bedömning om vård ska göras inom 30 dagar.
- En lagreglering där landsting åläggs att ge patienter individuellt anpassad information om väntetider, valmöjligheter och innehållet i sin vårdgaranti.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Den 1 januari 2009 träder en ny lag om valfrihetssystem i kraft. Lagen reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

Valfrihetssystem enligt lagen är ett alternativ till upphandling enligt Lagen (2007:1091) om Offentlig Upphandling (LOU) och kan tillämpas på bland annat hälso- och sjukvårdstjänster. Den upphandlande myndighet som vill tillämpa lagen måste annonsera löpande på en nationell webbplats för valfrihetssystem. Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer. Kommuner och landsting ges möjlighet att genom avtal reglera förutsättningarna för valfrihetssystemet. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller de fastställda kraven godkänns, varefter kontrakt tecknas. Lagen bygger på att det inte är någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahålla den bästa kvaliteten (prop. 2008/09:29).

Vårdval i primärvården (Prop 2008/09:74)

I propositionen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen i syfte att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Landstingen föreslås bli skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av det enskilda landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Patientdatalagen (2008:355)

Lagen trädde i kraft den 1 juli 2008, och reglerar bl a sådana frågor som vårdgivarnas skyldighet att föra patientjournal, inre sekretess, elektronisk åtkomst till patientuppgifter inom en vårdgivare samt direktåtkomst till en annan vårdgivares patientuppgifter. Syftet är att öka patientens rättigheter till sin journal och, efter patientens medgivande, möjligheten till delad information mellan vårdgivare.

Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler

Denna lag innehåller bestämmelser om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler avsedda för användning på människor eller för tillverkning av läkemedel avsedda för användning på människor. Syftet med lagen är att skydda människors hälsa. Lagen träder i kraft den 1 januari 2009.

Ytterligare åtgärder för att genomföra EG-direktiv om mänskliga vävnader och celler m m (Prop 2008/09:36)

Propositionen innehåller förslag som syftar till att genomföra kommissionens direktiv 2006/86/EG från den 24 oktober 2006 om tillämpning av Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG med avseende på spårbarhetskrav, anmälan av allvarliga biverkningar och komplikationer samt vissa tekniska krav för kodning, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2009.

Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

I lagen, som trädde i kraft den 1 juli 2008, ges en allmän definition av vilken tandvård som regeringen anser är så prioriterad att den ska kunna berättiga till statligt tandvårdsstöd. Den fria prissättningen på tandvårdsområdet behålls. Ett nytt verk, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, som ersätter Läkemedelsförmånsnämnden inrättades den 1 september 2008. Dagens högkostnadsskydd för patienter som är 65 år eller äldre ersätts av det nya statliga tandvårdsstödet.

Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, lagändring 2008

Den 1 september 2008 infördes en ny vårdform - öppen psykiatrisk tvångsvård i Lagen (1991:1128) om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård i Lagen (1991:1129) om Rättspsykiatrisk Vård (LRV). Den nya vårdformen får bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen och förutsätter bl a att patienten iakttar särskilda villkor, t ex skyldighet att underkasta sig medicinering eller hålla kontakt med viss person för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Beslut om denna vård fattas av länsrätten.

Rehabiliteringsgarantin

En nationell rehabiliteringsgaranti infördes successivt från den 1 juli 2008. Den syftar till att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete. Landstingen tillförs extra resurser för att utveckla en rehabiliteringsgaranti. För 2009 får landstingen del av statsbidraget efter redovisning av erbjudna insatser inom rehabiliteringsgarantin.

EU:s lagförslag om patientrörlighet uppskjutet

Det förslag om patientrörlighet som kommissionen skulle ha publicerat 2007 drogs tillbaka och är lagt på framtiden. Förslaget var tänkt att klargöra vem som är ansvarig för kostnaderna och kvaliteten då EU-medborgare får vård/behandling i en annan medlemsstat än sin egen.

Lag (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands

Kortfattat innebär lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands som trädde i kraft den 1 september 2008 följande:

- Landstingen får rätt att i vissa situationer bedriva hälso- och sjukvård utomlands
- Socialstyrelsen ges uppdraget att leda och samordna beredskapen
- Landstingen med universitetssjukhus, Stockholm, Uppsala, Västra Götaland, Skåne, Västerbotten och Östergötland får ansvar för beredskapen
- Svenska sjukvårdsinsatser i utlandet kan bli aktuella när tillgängliga resurser inte räcker till och under förutsättning att det aktuella landet godtar insatsen
- Regeringen satsar 6 miljoner per år under 2008-2009 då uppbyggnadsarbetet pågår. Därefter 3 miljoner årligen.

Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Prop 2008/09:28)

I propositionen föreslår regeringen att Sverige ska tillträda FN:s internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionen antogs av FN:s generalförsamling den 13 december 2006 och öppnades för undertecknande den 30 mars 2007. Sverige undertecknade den samma dag.

Vidare föreslås att Sverige ska tillträda ett fakultativt (frivilligt) protokoll till konventionen som innebär att den som anser att hans eller hennes rättigheter är kränkta har möjlighet att klaga till en övervakningskommitté. Konventionen tillhör de centrala konventionerna om mänskliga rättigheter men skapar inte i sig några nya rättigheter utan har till syfte att undanröja hinder för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta sina mänskliga rättigheter. Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige har fått i uppdrag att utreda om nuvarande samhällsorgan var för sig eller gemensamt uppfyller konventionens krav på oberoende. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2009. Tillträdet till konventionen och det fakultativa protokollet föranleder inga ändringar i gällande lagstiftning.

Företagshälsovård och primärvård

Regeringen redovisade i budgetpropositionen för 2008 förslag på hur företagshälsovården skulle kunna bli en fullvärdig första linjens hälso- och sjukvård för anställda. Landstingen, staten och arbetsgivarna föreslås tillsammans stå för kostnaden för denna sjukvård. Varje landsting väljer – liksom varje företag - om man vill ansluta sig till modellen.

En vidare utveckling av företagshälsovårdens roll förutsätter enligt regeringens mening att en överenskommelse träffas mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, som tillgodoser såväl statens som landstingens intresse av en effektivare sjukskrivningsprocess och en väl fungerande primärvård. En sådan överenskommelse träffades i juni 2008. Det är upp till det egna landstinget att bestämma om man ska vara med i modellen. Om man ansluter sig är det också det egna landstinget som sätter kraven på den verksamhet som ska bedrivas och hur den ska ersättas.

Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m m (Prop 2008/09:64)

I proposition 2008/09:64 föreslås att läkare och sjukgymnaster som ersätts enligt nationella taxan, lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lag om ersättning för sjukgymnastik (LOS), ska kunna överlåta rätten att erhålla offentlig ersättning från den 1 april 2009 till läkare respektive sjukgymnast inom samma specialitet.

Vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal ska landstinget tillämpa lagen (2007:1091) om offentlig upphandling eller lag (2008:962) om valfrihetssystem. Det ska vara möjligt för läkare respektive sjukgymnaster att, i samband med att de överlåter sin verksamhet, säga upp sin rätt till ersättning i syfte att möjliggöra för den övertagande läkaren eller sjukgymnasten att ingå samverkansavtal med landstinget. En sådan ersättningsetablering ska anmälas till landstinget som i sin tur ska publicera en ansökningsinbjudan där det bl a ska anges vilka villkor som det nya samverkansavtalet ska innehålla. Landstinget ska ingå samverkansavtal med den sökande som erbjudit högsta pris för verksamheten och som uppfyller vissa andra angivna krav. Bland annat får han eller hon inte ha rätt till offentlig ersättning inom ramen för ett sådant valfrihetssystem som avses i den föreslagna lagen om valfrihetssystem. Utgångspunkten är att det nya samverkansavtalet ska innehålla motsvarande villkor som det tidigare hade. Landstinget kan dock ändra villkoren under förutsättning att den överlåtande vårdgivaren godkänner de nya villkoren. Den nya lagen förväntas träda i kraft den 1 april 2009.

Rikssjukvård

Rikssjukvårdsnämnden startade i jan 2008 ett flerårigt arbete med mål att av kvalitets- och kostnadseffektivitetsskäl koncentrera viss mindre frekvent högspecialiserad vård till högst två ställen i Sverige.

Under 2009 utreds och beslutas bland annat om Brännskadevård, vissa Medfödda ansiktsmissbildningar, Transplantation av Hjärta., Lunga och Lever, Behandling av döva barn med Cochleaimplantat, Reumatologiska sjukdomar hos barn och ungdomar, viss Interventionell neuroradiologi, Allogen stamcellstransplantation, Avancerad kirurgi på ledband i bäcken och höft, Intrauterina behandlingar av gravid kvinna och foster, Medfödd grön starr (som obehandlad alltid leder till blindhet), Mekaniska pumpar vid svår hjärtsvikt, Neurokirurgisk behandling av epilepsi, Rekonstruktiv handkirurgi vid tetraplegi, Sarkom (viss cancerform) i buk och ben. Ytterligare utredningsområden kan komma att starta under 2009. Några av de ovan nämnda områdena kan, efter initial utredning, innebära beslut om att ej definieras som Rikssjukvård.

1.2 Befolkningsutvecklingen

I Stockholms län bor drygt 1,9 miljoner invånare och befolkningstillväxten är för närvarande högre än i övriga landet. Den snabba befolkningstillväxten drivs framförallt av ett högt födelseöverskott. Den naturliga folkökningen är den högsta som observerats på ett kvarts sekel.

Under perioden 2009 – 2011 kommer framförallt förskolebarn och åldersgruppen 60 – 75 år att öka.

Befolkningsförändringar i länets kommuner och stadsdelar varierar mellan en minskning med 3 procent till en ökning med 24 procent.

Antal invånare i Stockholms län enligt prognos 31 december 2008

1 982 296 personer, 21 procent av rikets befolkning

Beräknad befolkningsökning den 1 januari 2009 – 31 december 2009, enligt prognos 31 december 2008

29 879 personer

Förväntad befolkningsmängd 2011

2 061 241 personer

Inflyttningsöverskott 2008 enligt prognos 31 december 2008

5 196 personer (inflyttade minus utflyttade)

Födelseöverskott 2008 enligt prognos 31 december 2008

12 836 personer (antalet födda minus antalet döda)

Antalet födda

27 024 barn föddes i Stockholms län 2008

Stockholmarna lever allt längre men såväl det psykiska välbefinnandet som den hälsorelaterade livskvaliteten hos medborgarna visar en negativ utveckling. Sedan 1970-talet har medellivslängden vid födseln ökat i Stockholms län med cirka sju år och är idag 78 år för män och 83 år för kvinnor. Denna utveckling fortsätter både bland män och kvinnor. Även återstående medellivslängd vid 65 år fortsätter att stiga. Spädbarnsdödligheten fortsätter att minska trots att den redan ligger unikt lågt internationellt sett.

Bland de folksjukdomar som har blivit vanligare på senare år märks depressioner, astma, allergier och fetma. Risken att insjukna i hjärt-/kärlsjukdom har minskat men hotar att öka igen på grund av fetmautvecklingen. Bättre preventiva insatser, tidigare diagnostik och bättre behandling har minskat dödligheten i cancer.

2 Direktiv för hälso- och sjukvården

Landstingsfullmäktiges budgetbeslut den 9 december 2008 bygger vidare på målen som anges i budgetdirektiven till Hälso- och sjukvårdsnämnden för verksamhetsåret 2009 och planeringsåren 2010-2011.

2.1 Medborgarperspektivet

Ett övergripande mål för Stockholms läns landsting är att medborgarna är nöjda med verksamheten. För närvarande mäts detta genom indikatorn vars inriktningsmål för 2009 för hälso- och sjukvården är att:

- Andelen av befolkningen som har stort förtroende för vården ska öka.

Uppföljning sker två gånger per år via mätningar i Vårdbarometern och redovisas i delårs- och årsbokslut.

2.2 Patientperspektivet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Sjukvården ska vara tillgänglig, hålla en hög medicinsk kvalitet och vara säker.

Det övergripande målet för 2009 är att fortsätta förbättra tillgängligheten till sjukvården genom att:

Tillgängligheten i närsjukvården ska förbättras

- Andelen patienter som anser att det var en rimlig väntetid till besöket på vårdcentralen ska öka
- Andelen patienter som anser att det är lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen ska öka.
- Öppetiderna till vårdcentralerna ska utökas.

Uppföljning sker kvartalsvis via mätningar i Vårdbarometern och redovisas i delårs- och årsbokslut.

Vårdgarantin ska uppfyllas inom fler områden

- Andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser ska öka.

Uppföljning sker enligt 0-5-30-90 regeln. 0 = kontakt med primärvården samma dag och ska mätas kontinuerligt över året genom uppringning till varje enhet. 5 = besök till husläkare inom fem dagar. 30 = besök inom trettio dagar till specialistläkare samt 90 = behandling inom nittio dagar efter beslut och ska följas upp månadsvis via centrala väntetidsregistret (CVR). Resultatet överförs till nationella uppföljningsdatabasen på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

- Andelen medicinska områden där vård erbjuds inom vårdgarantins gränser ska öka

Uppföljning sker månadsvis och redovisas i månads-, delårs- och årsbokslut.

Förtroendet för vården ska förbättras

- Andelen patienter som har besökt en vårdcentral och som har ett stort förtroende för vården ska öka.
- Andelen av befolkningen som värderar den vård och behandling de fått som bra ska öka.

Uppföljning sker kvartalsvis via mätningar i Vårdbarometern och redovisas i delårs- och årsbokslut.

2.3 Styrning av den samlade hälso- och sjukvården

I landstingsfullmäktiges budgetbeslut den 9 december 2008 tydliggörs att styrningen av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting ska ske genom två åtskilda funktioner, beställare och utförare.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är beställare av hälso- och sjukvård och ansvarar för budget för hälso- och sjukvård. Nämnden ansvarar därmed för att styrningen av hälso- och sjukvården är tydlig genom att särskilja på roller för beställning och utförande. Ansvaret innebär att all hälso- och sjukvård, tandvård och insatser enligt lagen om särskilt stöd (LSS) i landstinget styrs, samordnas och utvecklas så att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov och bidrar till förbättring av hälsotillståndet.

Genom att analysera befolkningens sjukvårdsbehov formuleras uppdrag och beställningar av sjukvård från vårdproducenterna. Beställning av vård ska göras från de utförare som levererar den kvalitativt bästa vården till det mest konkurrenskraftiga priset. Invånarna ska få så mycket god vård som möjligt till lägsta möjliga kostnad och principen ska vara att varje skattekrona ska användas så effektivt som möjligt.

Beställarrollen utvecklas genom införandet av patientvalsmodeller då fokus flyttas från att genomföra upphandlingar till att:

- definiera uppdrag
- prissätta sjukvårdstjänster
- följa upp levererade tjänster

2.4 Ökad långsiktighet genom fleråriga avtal

En ny modell för fleråriga avtal tillämpas fr o m 2009 som innebär att mer långsiktiga förutsättningar kan ges till både ägare, producentorganisation och beställare. Den beslutade avtalsmodellen ska ses som ett viktigt steg mot ett utvecklat sjukvårdssystem som kan möta utmaningar och förändringar av vårdbehov som landstinget ansvarar för.

Ägaren ställer krav på att producenterna kontinuerligt effektiviserar verksamheten både på kort och lång sikt. Sjukhusen ska prioritera resursfördelningen mellan olika typer av vård inom sjukhusets uppdrag.

Beställarens ansvar innebär att tydligt definiera uppdragen till respektive sjukhus vilket även innebär att kraven på beställarens uppföljning utvecklas.

2.5 Avtal- och upphandlingsfrågor

Hälso- och sjukvårdsnämnden träffar avtal med vårdgivare genom tre huvudsakliga metoder:

- direktavtal
- vårdvalssystem med auktorisering
- upphandling i konkurrens enligt lagen om offentlig upphandling (LOU)

Direktavtal används för vårdgivare i egenregi vilket bland annat innebär akutsjukhusen exklusive S:t Görans sjukhus. Ett steg i utvecklingen är den nya modellen för fleråriga avtal som syftar till mer stabila förutsättningar för långsiktig planering av vårdproduktionen. I modellen ingår även att producenterna får ett verksamhetsmässigt och ekonomiskt ansvar för tillgängligheten.

Vårdval är ett alternativ för avtalstecknande som får allt större genomslag och regleras i ny lagstiftning fr o m den 1 januari 2009, lag om valfrihetssystem (LOV).

Delar av hälso- och sjukvården i Stockholms län bedrivs av externa leverantörer och avtal har ingåtts genom konkurrensupphandlingar enligt LOU. I några av de upphandlingar där HSN fattat tilldelningsbeslut under 2008 har avtal inte tecknats som planerat. Detta gäller hjälpmedelsverksamhet för invånarna i södra länet, beroendevård samt klinisk fysiologi och uppsökande tandvårdsverksamhet.

2.6 Aktuella upphandlingar 2009

Upphandlingar som planeras genomföras under 2009:

- Psykiatri Nordost
- Geriatrik på Danderyds sjukhus
- Specialiserad rehabilitering
- Klinisk laboratoriemedicin
- LINK, enhet med ansvar för inkontinenshjälpmedel m m
- Screening av bukaortaaneurysm
- Bröstmottagningar
- Basal hemsjukvård kvällar och nätter

3 Fokusområden

3.1 Tillgänglighet

Inriktningsmål

Tillgängligheten till sjukvården ska vara sådan att vårdgarantin uppfylls till alla delar, 0-5-30-90.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utreda nya områden för införande av Vårdval Stockholm
- Införa ny styrmodell för sjukhusen
- Införa ersättningsmodeller som stimulerar tillgänglighet
- Mäta besökstillgängligheten inom husläkarverksamheten
- Utveckla och publicera publika jämförelser
- Inrätta lättakuter i anslutning till sjukhusens akutmottagningar
- Nya avtal inom psykiatri ska leda till ökad tillgänglighet
- Öka andelen direktinläggningar på geriatrisk klinik
- Förbättra fysisk tillgänglighet inom primärvården

Fler vårdgivare tillkommer genom den fria etableringsrätten inom vårdval. Konkurrensen som uppstår när ersättningen till vårdgivaren följer patienten ska stimulera till att erbjuda god tillgänglighet. För närsjukvården är vårdgarantins viktigaste krav att man som patient ska få kontakt med sin husläkarmottagning samma dag och att man ska erbjudas ett besök inom fem dagar. Dessa krav motsvaras av siffrorna 0 och 5 i vårdgarantin. Tid för specialistbesök ska erbjudas inom 30 dagar och behöver man någon form av behandling t ex operation ska den ske inom 90 dagar efter beslut.

Flerårsavtal upprättas med de större sjukhusen fr o m 2009. Ansvar för vårdgarantins krav på tillgängligheten, d v s att inga köer uppstår inom ramen för vårdgarantin, överförs till vårdgivarna. I avtalen finns incitament för vårdgivarna som fokuserar på tillgängligheten och samarbete med andra vårdgivare. Informationsplikten till patienterna vidgas och innebär att vårdgivare som inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gränser ska upplysa om detta samt erbjuda besök eller behandling hos annan vårdgivare. Vårdgivare som inte uppfyller uppdraget att erbjuda patienten vård inom vårdgarantins gränser, internt eller i samarbete med annan vårdgivare, står för de faktiska kostnader som uppstår för patientens besök eller behandling hos annan vårdgivare.

Ersättningsmodellerna är inriktade på incitament som bidrar till ökad tillgänglighet, produktivitet, kvalitet och kostnadskontroll. Ersättningsmodellerna kommer att utvärderas och utvecklas. Ersättningssystemet inom ramen för den nya styrmodellen för akutsjukhusen måste noggrant följas och utvärderas. Kvalitetsersättningen är en annan viktig del att utvärdera och utveckla. Förvaltningen har för avsikt att fortsätta utarbeta ersättningssystemet för primärvården med större fokus på bl.a. på diagnos och åtgärder. Detta ligger också inom ramen för den nationella diskussion som pågår.

Besökstillgängligheten inom husläkarverksamheten mäts under en vecka två gånger per år i Sveriges kommuner och landstings regi. Även vårdgivarnas täckningsgrad kommer att finnas tillgänglig.

Tillgängligheten inom psykiatrin förbättras genom tydliga krav i upprättade avtal och jämförbarhet mellan vårdgivare.

Kvalitetsjämförelserna på Vårdguiden.se utökas med mödravårds- och barnavårdsverksamheterna. Vidare utökas informationsmängden i jämförelserna med uppgifter om medicinsk kvalitet. För att informera och underlätta valen för patienterna inom nya vårdvalsområden utvecklas rankning av kliniker som utför höft- och knäledsoperationer, kataraktoperationer och förlossningar.

Andelen direktinläggningar på geriatrisk klinik ökar genom husläkarnas möjlighet till direktkontakt med geriatriken.

Enligt landstingets handikappprogram ska enkelt avhjälpbara hinder (enligt Boverkets regelverk) vara åtgärdade senast 2010. Dessa krav finns också inskrivet i Regelboken för auktorisation. Locum AB har genomfört en inventering av ca 200 auktoriserade vårdgivare inom primärvården för att identifiera hinder i entréer, trappor, skyltning, etc fram till receptionen. Inventeringarna har ställts samman i rapporter med förslag till åtgärdsprogram för respektive vårdgivare.

Kraven i Regelboken har skärpts fr o m 2009 avseende handikapptillgängligheten. Syftet är att alla lokaler ska vara tillgängliga för funktionshindrade. Vårdgivaren ska, innan avtal skrivs, fått lokalen godkänd enligt beställarens riktlinjer för ändamålsenliga lokaler.

3.2 Valfrihet

Inriktningsmål

Kvaliteten i sjukvården ökar när medborgarna fritt väljer sin vårdgivare oavsett var i länet man bor.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa fler vårdvalsområden
- Utveckla informationen till befolkningen om rätten att välja vårdgivare
- Ge underlag för val av vårdgivare genom Vårdguidens kanaler
- Basera ersättningen till vårdgivarna på patientens val

Ersättningsystemen styr vårdgivarens intäkter med direkt koppling till patientens val. Krav på remiss finns inte för någon form av vård varför patienter i princip själva kan söka t e x specialistsjukvård. Informationsförbättring om denna rättighet kommer att göras.

Genom att fler vårdvalsområden tillkommer under 2009 bereds fler vårdgivare möjlighet att ansöka om auktorisation. Fler auktoriserade vårdgivare medför att invånarna får fler valmöjligheter.

Via Vårdguiden.se på Internet och Vårdguiden som tidning samt Mina vårdkontakter via webben informeras medborgarna om vilka vårdgivare som erbjuds samt på vilket sätt dessa kan nås både i det geografiska närområdet och länet totalt.

3.3 Vårdval

Inriktningsmål

Vårdval ska medföra ökad valfrihet samt ökad tillgänglighet inom alla delar av sjukvården där så är möjligt.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Genomföra beslut enligt mångfaldsplaner
- Utredda nya vårdvalsområden

Beslutet om Mångfaldsplanerna är styrande för såväl nya vårdvalsområden som upphandlingar. Uppdraget enligt beslut¹ innebär att vårdval införs 2009 för förlossning, höft- och knäledsplastiker samt kataraktoperationer. För perioden fram till 2011 har beslut om att införa vårdval även fattats för obstetriska ultraljud, glasögonglas och kontaktlinser vid afaki och dubbelseende, ögonbottenundersökningar av diabetiker och behandling av diabetesretinopati, akut specialiserad rehabilitering i anslutning till vårdtillfälle vid akutsjukhus, behovsgrupper med stor volym, planerad specialiserad rehabilitering inom landet, behovsgrupper med stor volym, basal hörselrehabilitering, asylsjukvård och hälsosamtal samt peruker inklusive utprovning.

Pågående utredning, Plan för utveckling av mångfalden inom öppen somatisk specialistvård², innebär att utreda nya områden för införande av vårdval. Enligt planen för utveckling av mångfalden inom öppenvården skall förutsättningarna för vårdval utredas för stora delar av den elektiva somatiska öppenvården. Inom vissa specialiteter eller delar av specialiteter kan upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) vara ett alternativ.

Införandet av vårdval inom den somatiska specialistvården planeras ske successivt under åren 2010 till 2012. Takten för införandet av vårdval kan komma att påverkas av den översyn som pågår av reglerna för privatläkaretableringar och av en planerad lag om valfrihetssystem i vården (LOV) vilken träder i kraft den 1 januari 2009.

3.4 Publika jämförelser

Inriktningsmål

Sjukvårdens kvalitet förbättras genom publika jämförelser mellan vårdgivarna.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa fler publika jämförelser på Vårdguiden.se
- Utveckla rankning av sjukhus/kliniker
- Publicera fler nyckeltal i leverantörsuppföljningsdatabasen (LUD)
- Ta fram en fördjupad verksamhetsanalys av hälso- och sjukvården ur ett befolkningssperspektiv samt redovisa resultat för invånarna
- Delta i nationell utveckling av ”öppna jämförelser”

¹ Beslut i HSN den 22 maj 2008

² Beslutsärende i HSN den 16 september 2008

Genom att publikt redovisa resultat och jämföra kvalitet mellan vårdgivare stimuleras vårdgivarnas interna kvalitetsarbete. Vårdgivarna ska, i LUD, kunna följa jämförelser som avser prestationer, ersättning, medicinsk- och servicekvalitet. Nyckeltal som redovisas vid ingången till 2009 är telefontillgängligheten och patienterfarenheter om nöjdhetsgrad av den information man fått, delaktighet och bemötande. Fler grupper är inkluderade jämfört med tidigare.

Rankning av sjukhus/kliniker ger invånarna möjlighet till kunskapsbaserade val. Rankning kan t ex innebära jämförelse av resultat i nationella kvalitetsregister. Målet är att jämförelser av akutsjukhusens resultat ska presenteras för invånarna på Vårdguiden.se.

En verksamhetsanalysplan tas fram under våren och hösten 2009 med förslag på strategiska analyser, beställarrevisorer och genomlysningar. En fördjupad Verksamhetsanalys för 2008 presenteras under våren 2009 vilken följer upp hälso- och sjukvården ur ett befolkningsperspektiv. Den ska vara ett underlag för det politiska beslutsfattandet. Uppföljningen ska också visa invånarna vad vården åstadkommer genom att resultat presenteras via Vårdguiden.se.

Samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och de större sjukvårdsregionerna syftar till att utveckla "Öppna jämförelser" mellan landstingen.

3.5 Kommunikation med invånarna

Inriktningsmål

Kommunikationen ska underlätta för invånarna att hitta rätt vårdnivå, välja rätt vårdgivare utifrån det egna behovet och förenkla kontakterna med vården.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Basera kommunikationsinsatser på kunskap om målgruppers behov
- Förnya Vårdguiden.se för ökad tillgänglighet och interaktivitet
- Utveckla varumärket Vårdguiden
- Ansluta Stockholms län till den nationella sjukvårdsrådgivningen 1177
- Fortsätta utvecklingen av gemensam webbplats för vård och omsorg i Stockholms län
- Utveckla kommunikationen med vårdgivarna
- Utveckla informationen om patientens rätt

Människors sätt att söka information och använda olika kanaler och tjänster har förändrats kraftigt under senare år. Det är därför av stor vikt att anpassa kommunikationen om hälsa och sjukvård till dagens behov. Detta ska ske utifrån kontinuerliga analyser av målgrupper och deras behov samt sätt att kommunicera.

Vårdguidens webbplats besöks av cirka 800 000 besökare per månad och är en betydelsefull första ingång till vården. Webbplatsen ska under året utvecklas utifrån områdena teknik, design, publiceringsprocess och tjänster. Vården görs därmed mer tillgänglig och kontakterna ska underlättas genom fler personliga e-tjänster.

Vårdguiden som varumärke ska utvecklas för att i än högre grad än idag bidra till att öka kunskapen om hälso- och sjukvård, stärka patienten, vägleda rätt i vården och öka tillgängligheten till vården för invånaren. Utvecklingen 2009 ska drivas som ett koncentrerat projekt och omfatta Vårdguidens alla plattformar:

- Webb
- Telefon
- Tidning
- Trycksaker

Extra fokus i kommunikationen med invånarna ska läggas på området ”patientens rätt”. Områden som berörs är t ex innehållet i vårdgarantin, väntetider, valmöjligheter och rätt till second opinion. Informationen ska finnas tillgänglig på flera språk och i ett brett spektrum av kanaler.

I ett nationellt projekt bedrivs utveckling av sjukvårdsrådgivning per telefon med ett gemensamt nummer för hela landet – 1177. Ett avtal mellan Stockholms läns landsting och Sjukvårdsrådgivningen SVR AB tecknades 2008 och innebär att Stockholms län ansluter sig till 1177. Anslutningen kommer att ske successivt 2009 under namnet ”1177 Vårdguiden”.

På samma sätt drivs också ett nationellt projekt för sjukvårdsinformation och rådgivning på Internet. En webbplats med namnet 1177.se kommer att lanseras 2009. Vårdguiden.se ska anpassas till 1177.se med bibehållen igenkänning för invånarna i Stockholms län.

För att underlätta invånarnas kontakter, inom vård och omsorg, pågår ett samarbetsprojekt via IT-forum mellan Vårdguiden och ett antal kommuner i länet. Via Vårdguiden.se ska invånarna hitta rätt vård och omsorg oavsett om den utförs i landstingets eller någon kommuns regi. Stegvis kommer publik information om vård och omsorg göras gemensam för hela regionen. Fler och fler kontaktuppgifter till myndigheter ska gå att hitta via webbplatsen och en meddelandefunktion till kommuner ska gå att hitta via webbplatsen. Minst en personlig e-tjänst ska införas.

Väl informerade och delaktiga vårdgivare innebär att goda förutsättningar för att den information som invånarna får av sina vårdgivare har hög kvalitet. Därför ska en satsning göras på att utveckla kommunikationen med vårdgivarna, framför allt genom en utveckling av Uppdragsguiden som kanal.

3.6 Jämlik och jämställd vård

Inriktningsmål

Hälso- och sjukvården ska ges på lika villkor oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell identitet eller andra personliga förutsättningar eller egenskaper.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Bedöma och redovisa jämställd och jämlik vård vid översyner
- Följa upp vårdvalsreformen ur jämställdhetsperspektiv
- Redovisa jämställd och jämlik vård i del- och helårsbokslut
- Beakta jämlikhet och jämställdhet i alla beslut
- Utveckla uppdragsbeskrivningarna för tjänster och uppdrag till Karolinska folkhälsoakademin (KFA)
- Ta fram vårdprogram, riktlinjer och policys som säkerställer jämställd och jämlik vård

Hur medborgarnas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ser ut och tillgodoses bedöms bl a utifrån kön, ålder och geografiska aspekter. Uppföljningsplanen i upprättade avtal innehåller nyckeltal som mäter jämlik och jämställd vård. Som ett första steg utarbetas nyckeltal för beroendevård och hemrehabilitering. Nyckeltal ska successivt utvecklas inom alla vårdområden. En implementeringsplan för framtagande av nyckeltal för olika områden med uppgift om ansvarig och tidsplan ska utarbetas under 2009. Nyckeltalen ska kunna användas för jämförelse mellan enskilda vårdgivare samt inom och mellan vårdområden/behovsgrupper samt över tid.

Vid beställarens översyner, beställarrevisoner och genomlysningar av vårdområden ska det vara obligatoriskt att jämställd och jämlik vård bedöms och redovisas. Beställaren tar fram förslag till åtgärd i de fall där ojämlik och ojämställd vård har identifierats.

Effekterna av införandet av vårdval följs upp med jämlik och jämställd vård som en aspekt. Karolinska institutet har, via Medical Management Centre (MMC), uppdraget

att utvärdera vårdvalsreformen bl a utifrån detta perspektiv. Slutrapport presenteras 2010.

I delårs- och årsredovisningen beskrivs och bedöms om vården varit jämlik och jämställd under verksamhetsåret. I de fall områden med ojämlik och ojämställd vård identifieras ska förslag till åtgärder beskrivas i kommande budgetförslag.

En struktur för återkommande årlig redovisning som möjliggör jämförelse över tid av vården i jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv ska utarbetas av beställaren 2009.

För att säkra tillgång till metodkunskap, kartläggning och analys avseende jämlik och jämställd vård ingår det i KFA:s uppdrag att ha sådan kompetens och tillhandahålla sådana insatser som HSN beställer.

I de vårdprogram, riktlinjer och policys som utarbetas inom landstinget ska aspekten jämställd och jämlik vård alltid belysas.

3.7 Förebyggande hälsovård

Inriktningsmål

Medborgarnas hälsa förbättras.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa handlingsplanen "Handling för Hälsa" i alla landstingets verksamheter
- Arbeta för att de nationella och regionala folkhälsomålen nås
- Upprätta uppdrag med Karolinska Folkhälsoakademin (KFA)
- Revidera handlingsprogram för övervikt och fetma
- Öka rapporteringen till BarnObesitasRegIstret
- Uppmuntra vårdgivare att förskriva fysisk aktivitet på recept (FaR)
- Utvärdera hälsosamtal för 75-åringar
- Fördela folkhälsoanslaget och följa upp i enlighet med gällande riktlinjer
- Det förebyggande arbetet kring hudcancer ska intensifieras
- Screening av bukaortaaneurysm

Handlingsplanen "Handling för Hälsa" ska följas av landstingets alla verksamheter. Implementering sker 2008-2010. Enligt planen görs uppföljning 2011 och därefter arbetas en ny handlingsplan fram.

Uppdragsavtal med uppdragsbilagor har träffats med KFA avseende beställning av folkhälsovetenskaplig forskning, strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete och för att stärka folkhälsoinsatser på lokal och regional nivå. Uppdraget avser långsiktiga basuppdrag (6 år) för utveckling av folkhälsoarbetet och folkhälsovetenskaplig kunskap och kompetens, dels av kortsiktiga och ibland snabba utredningar (cirka 1–3 månader) för t ex underlag för beslut.

Handlingsprogram för övervikt och fetma revideras och beräknas bli klar i mars 2009. Åtgärdsplanen för det fortsatta överviktsarbetet ska implementeras tillsammans med vårdgivare i SLL. I Norrtälje pågår sedan hösten 2007 ett treårigt överviktsprojekt kring barn och ungdomar som kommer att följas upp med åiterrapportering 2009.

Vården kvalitetssäkras med hjälp av en ökad rapportering till kvalitetsregistret BORIS - BarnObesitasRegistret I Sverige. Utvärdering sker av olika behandlingsformer, behandlings- och uppföljningstider för barn i olika åldrar/kön/grad av fetma samt om det över tid sker förbättring vid behandling barnfetma.

Tillsammans med Centrum för Allmänmedicin, CeFAM fortsätter arbetet med att implementera fysisk aktivitet på recept (FaR) bland vårdgivarna inom Stockholms läns landsting. Detta görs genom fortsatta och återkommande utbildningar för legitimerad personal, främst inom primärvård och psykiatri, om att förskriva recept på fysisk aktivitet. Målet är att öka det totala antalet förskrivna recept jämfört med förskrivning 2008.

I samarbete med Äldrecentrum och Centrum för Allmänmedicin genomförs en uppföljning och utvärdering av hälsosamtal för 75-åringar. Syftet är att öka förståelsen för hur hembesök fungerar och utvärdera metodiken. Målgruppens erfarenheter av insatsen ska beskrivas liksom vidtagna åtgärder. Samverkan med kommunen ska belysas och insamling av uppföljningsmått som anges i vårdutvecklingsplanen för hälsosamtal ska påbörjas.

Folkhälsoanslaget ska fördelas till projekt som bidrar till ett långsiktigt, målinriktat och strukturerat arbete för att främja hälsa och förebygga sjukdom och följas upp i enlighet med riktlinjer för Folkhälsoanslaget.

3.8 Prehospital vård

Inriktningsmål

Kvalificerade bedömningar och effektivt omhändertagande ska ske i den prehospitala vården.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utvärdera de prehospitla resurserna
- Förbättra patientstyrningen genom ökad samverkan mellan vårdgivare

Utvärdering av de samlade prehospitla medicinska resurserna, prioriterings- och dirigeringsstjänst, akutläkarbil, akutbil, vägburen ambulans samt ambulanshelikopter kommer att genomföras med redovisning i mars 2009.

Stockholms Prehospitla Center utgör en arena för samverkan mellan vårdgivare inom den prehospitla vården och akutmottagningarna i länet. En del i uppdraget innebär att samordna kompetens- och metodutveckling och uppföljning inom den prehospitla vården. Detta omfattar exempelvis utveckling av prehospitalt triage och patientstyrning till rätt vårdnivå.

3.9 Primärvård

Inriktningsmål

Det ska finnas en väl fungerande och tillgänglig första linjens hälso- och sjukvård. Tillgängligheten och valfriheten inom primärvården ska utvecklas ytterligare

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Följa upp Vårdval Stockholm med fokus på tillgänglighet och valfrihet
- Införa reviderade regelböcker inom primärvårdens vårdvalsområden
- Nytt ersättningsystem för primärvården
- Ta fram åtgärdsplan för bästa möjliga omhändertagande i livets slutskede i de särskilda boendena för äldre
- Införa ny struktur för det akuta omhändertagandet
- Förbättra den basala hemsjukvården med huvudinriktning på att säkerställa att vårdbehoven hos äldre multisjuka/multisviktande tillgodoses
- Se över vårdval för primärvårdsrehabilitering
- Införa klamydiatest via Mina vårdkontakter

Under 2009 genomförs en övergripande uppföljning av vårdvalsområden, inklusive fördjupade analyser. Syftet är att följa upp om vårdvalsmodellerna har ökat tillgängligheten

och valfriheten för invånarna. Det är av särskild vikt att belysa husläkarverksamhetens fortsatta utveckling mot en väl fungerande första linjens hälso- och sjukvård i hela länet.

Revidering av regelböcker inom primärvården fastställdes vid HSN:s sammanträde i september 2008. Ändringar i regelböcker införs fr o m den 1 februari 2009 och innebär förtydliganden och förändringar i uppdragsbeskrivningar, uppföljningsplaner och ersättningsbilagor. Regelböckerna kommer, som en del i det löpande arbetet, att årligen ses över och därefter eventuellt revideras.

Under 2009 och 2010 fortsätter införandet av ett enhetligt uppdrag för läkarinsatser i särskilt boende i hela länet. Ett utvecklingsområde är den palliativa vården på de särskilda boendena. Utvecklingsarbetet avser att säkerställa att de äldre får ett optimalt omhändertagande i livets slutskede och undvika onödiga förflyttningar till akutsomatik och geriatrik.

En ny struktur för det akuta omhändertagandet kommer att påverka husläkarverksamheten i nedanstående avseenden:

- Mottagningar som tar emot oplanerade besök vardagskvällar och helger kommer att benämnas Närakuter och dessa mottagningar ska under kvällstid ha hålla öppet till kl 22.00
- Vårdguidens sjukvårdsrådgivning kommer att ges möjligheter att boka vissa tider vid Närakuterna.
- Närakuterna får inte avvisa patienter som tar kontakt under öppethållandetiden för att det är fullt på mottagningen. Patient som kontaktar närakuten före kl 22.00 ska tas emot samma dag.
- Husläkarmottagningarna ges ökade möjligheter till direktinläggningar på de geriatriska klinikerna.

Under hösten 2008 slutfördes en översyn och analys av orsakerna till de mycket stora variationerna som i dag finns när det gäller hemsjukvårdsbesöken vid respektive husläkarmottagning. Utifrån resultatet från denna översyn kommer ersättningsmodellen och kriterier för fastställande av ersättningstaken för den basala hemsjukvården att utvecklas vidare.

En översyn av Rehabilitering i öppenvård genomfördes 2008. Resultaten av översynen ska bli beaktas i den utredning av vårdval för primärvårdsrehabilitering som genomförs 2009.

Ny ersättningsmodell för stroketeam införs 2009. Uppföljning och eventuell revidering av denna samt, den i primärvårdsrehabilitering 2008, införda ersättningsmodellen kommer att genomföras under 2009 och 2010. Behovet av strokerehabilitering ska under 2009 följas upp och stroketeamens verksamhet ska utvärderas. Under 2009 fortsätter

införande av diagnosregistrering inom primärvårdsrehabilitering samt sjukgymnaster verksamma enligt LOS.

Behovet av hörselrehabilitering bedöms stadigt öka de kommande åren. Förberedelser vid införande av vårdval för basal hörselrehabilitering med hörapparatsutprovning kommer att ske.

Upphandling av språktolksverksamheten genomförs 2009. Tillgången till språktolkar ska förbättras genom tydligare kvalitetskrav i avtalen. Ersättningsmodellen ska skapa incitament för ökad användning av telefontolkning och utvecklingen av datorstöd som rekvisitionsrutin kan effektivisera och säkra både beställningar av språktolktjänster och avvikelshantering inom verksamheten.

Den 1 april påbörjas ett projekt som avser testning av klamydia via Mina vårdkontakter på Vårdguiden. Patienten anmäler sig via mina vårdkontakter och får därefter provtagningsmaterial hemskickat. Efter egen provtagning skickas testet för analys vid ett laboratorium.

3.10 Förlossnings- och barnsjukvård, MVC, BVC och ungdomsmottagningar

Inriktningsmål

Vården ska vara tillgänglig, säker och trygg och lyfta fram familjen och barnen i fokus.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa en gemensam uppdragsbeskrivning och ersättningsmodell för alla barn- och ungdomsmedicinska mottagningar
- Införa reviderad regelbok för BVC och MVC
- Införa vårdval för förlossningsvården
- Planera för att införa barnhospice
- Presentation av resultat från barnrevisionen

Resurser avsätts så att intentionerna i barnsjukvårdsutredningen kan fullföljas. Utredningen visar att det främst är uppföljningen av de kroniskt sjuka barnens hälsotillstånd och delvis deras behandling som under senare år kommit i otakt med behoven. Elektiva besök för denna målgrupp ska anpassas till behoven och de ökade födelsetalen.

En gemensam uppdragsbeskrivning införs senast den 1 maj 2009 för samtliga barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i hela länet. Syftet är att förbättra kvalitet och kontinuitet. Ett strukturerat arbetssätt införs för barn och unga med obesitas (fetma). Uppdraget för neuropsykiatriska utredningar kommer att förändras så att utredande enhet fortsättningsvis har ansvar för hela utredningen, inklusive psykologbedömning. Särskilda team inrättas för bedömning av remisser från skolhälsovård och andra vårdgivare. Barnet hänvisas vid behov vidare till utredning på barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, barn- och ungdomspsykiatri eller barnklinik. En ny ersättningsmodell för barn- och ungdomsmedicinska mottagningar införs 2010 med rörlig och fast ersättning. För att få ett bra underlag för ersättningsmodellen kommer skuggregistrering göras under 2009.

Genomförda justeringar i regelböcker för BVC och MVC införs 2009 och utvärdering av innehållet kommer att göras för att ytterligare utveckla regelböckerna inför 2010. Särskilda medel har avsatts för att under 2009 initiera en hospiceverksamhet för barn. Verksamheten ska erbjuda en högkvalitativ vård i trygg och harmonisk omgivning för barn i livets slutskede och deras anhöriga. Vidare ska det utredas på vilket sätt barn- och ungdomspsykiatrisk och barnmedicinsk kompetens kan säkerställas i Barncentra, Barnahus och liknande verksamheter.

Enligt budgetdirektiv för 2009 utreds och planeras för uppbyggnad av ett Barnhospice där målgruppen är svårt sjuka barn med begränsad återstående livstid. Särskild vikt kommer att läggas vid anhörig- familjeperspektivet. Planeringsarbetet innefattar inhämtande av kunskap hur motsvarande vård bedrivs i England.

Barnrevisionen presenterades för HSN den 16 december 2008. Resultatet av Barnrevisionen ger analys av skillnader i kostnader, kvalitet, användande av vårdprogram och kostnadseffektivitet mellan delar av barnsjukvården vid Karolinska Universitetssjukhuset, Sachsska/Södersjukhuset och Lund/Skåne. Barnrevisionen kommer att presenteras i seminarium med vårdgivarna och användas som underlagen i syfte att stimulera till förbättrad kostnadseffektivitet.

3.11 Psykiatri och beroendevård

Inriktningsmål

Vården ska ges i rätt tid med korta väntetider, vara kunskapsbaserad, säker och effektiv samt vara samordnad i tid med andra vårdgrenar.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Brukar- och patientinflytande ska öka genom nya avtal

- Införa nya rutiner för tvångsvård
- Upprätta avtal med fler leverantörer för att uppnå en större mångfald
- Införa nya ersättningssystem för samtliga vårdgivare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård
- Förtydliga vårdavtalen för bättre samverkan kring psykiskt sjuka
- Införa beroendepolicy som är gemensam för Stockholms län
- Genomföra en narkotikapolitisk utredning
- Genomföra åtgärds- och tidplan för utveckling av den neuropsykiatriska verksamheten
- Upphandla psykiatri nordost

Samverkan inom psykiatri, primärvård och med andra vårdgrenar kring psykiskt sjuka personer ska förtydligas i vårdavtal för barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård och psykiatrisk vård. Valfrihetsreglerna ska bli tydligare och en gemensam samverkanspolicy arbetas fram tillsammans med Kommunförbundet Stockholm län (KSL). Vårdutbudet ökar med en ny upphandlad mottagning för ångest och depressionssjukdomar i södra länsdelen. Vårdutbudet för äldre med psykisk sjukdom utvecklas tillsammans med geriatrik och primärvård. Länets rättspsykiatriska vård stärks genom organisatorisk samordning.

Nya avtal med nya vårdgivare träder i kraft första halvåret 2009 för psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård. Genom kravspecifikationens utformning i upphandlingen utvecklas och effektiviserar verksamheterna så att valfrihet och tillgänglighet ökar vilket bl a innebär att brukar- och patientinflytande förbättras. Avtalen kommer att påverka nuvarande vårdstrukturer och samband mellan öppen och sluten vård med koppling till rutiner för tvångsvård. En översyn av tvångsvårdens struktur och organisation genomförs. Psykiatri för vuxna inom Psykiatri Nordost upphandlas 2009 med planerad driftstart 1 januari 2010.

Inriktningen för barn- och ungdomspsykiatri de kommande åren är en fortsatt uppbyggnad av likvärdigt vårdutbud över länet. Utvecklingen mot ett bredare utbud när det gäller behandlingsformer och behandlingsmetoder ska drivas vidare.

Nya ersättningssystem införs för samtliga vårdgivare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård. De nya ersättningssystemen innebär att samtliga verksamheter arbetar utifrån samma ekonomiska förutsättningar. Ersättningen stimulerar till ökad produktivitet, tillgänglighet och bättre jämförbarhet mellan olika vårdgivare.

”Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende”³ syftar till att förstärka lokalt samarbete i de integrerade beroendemottagningarna. Policyn införs i avtalen med beroendevården under 2009 – 2011.

SLL genomför, tillsammans med Stockholms stad, en narkotikapolitisk utredning som kommer att vara klar under 2009. Förslag till utveckling av vården för hemlösa med missbruksproblem genomförs 2009.

Införandet av åtgärds- och tidplanen för utveckling av den neuropsykiatriska verksamheten för både barn och vuxna fortsätter. Omhändertagandet av barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder ska förbättras. Förslaget omfattar förbättring av tidig upptäckt, förenklade remissvägar och bättre struktur för verksamheten. Den ökade efterfrågan på utredning, stöd och behandling ska särskilt uppmärksammas.

3.12 Äldresjukvård

Inriktningsmål

En trygg och väl sammanhållen vård på rätt nivå för de äldre invånarna.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Förbättra vårdflödena inom geriatriken
- Upphandla Danderydsgeriatriken
- Förbättra det akuta omhändertagandet av äldre
- Utredda behovet av en prehospital bedömningstjänst
- Ge alla patienter Trygghetskvitto vid utskrivning från geriatrisk klinik
- Utredda gränssnittet mellan olika vårdformer
- Säkerställa att avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) och palliativ slutenvård ges på lika villkor i hela länet

Tillgången till geriatrisk vård görs mer jämlik över länet och underförsörjda delar av länet får utökade geriatrikbeställningar. Vårdflödena optimeras på de geriatriska klinikerna i enlighet med målbilden i den tidigare genomförda geriatriköversynen. Det innebär bl a att andelen direktinläggningar på geriatrisk klinik ska öka. Ersättningsmodellen kompletteras därför med bonus/vitessystem för att stimulera klinikerna att öka tillgängligheten gentemot primärvården och därmed öka andelen direktinläggningar.

³ Beslut i HSN den 29 april 2008

Verksamheten vid Danderydsgeriatriken upphandlas 2009 med planerad driftstart under 2010.

Åtgärder för att förbättra det akuta omhändertagandet för de äldre genomförs, vilket innebär att tillgänglighetskravet vid övertagande från sjukhusens akutmottagningar ytterligare skärps samt att införandet av en prehospital bedömningstjänst för äldre ytterligare utreds.

Patienter får vid utskrivning från geriatrisk klinik trygghetskvitto. Syftet är att öka patienternas upplevelse av vården som en sammanhållen helhet. Vårdkedjorna för stroke och höftfrakturer analyseras ur ett patientperspektiv för att optimera vården och trygga vård sambanden.

För att utveckla den palliativa vården behöver gränssnitten mellan ASiH, basal hem-sjukvård och befintliga äldreteam belysas, likväl som gränssnitten mellan palliativ slutenvård, akutsomatik, geriatrik och det kommunala omhändertagandet. För patienter som har samtidiga öppenvårdinsatser via ASiH och annan vårdgivare (företrädesvis onkologisk klinik) görs en genomlysning avseende patientansvar och kostnadsansvar för läkemedelsbehandling.

Slutsatserna av en pågående översyn av öppen- och sluten specialiserad palliativ vård kan få konsekvenser för utformningen av uppdragen, vårdstrukturen samt fördelningen av resurser under 2009 och 2010.

3.13 Sjukhusvård

Inriktningsmål

Sjukhusvården ska kännetecknas av en vård med god tillgänglighet och av hög kvalitet.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Vidareutveckla den nya avtalsmodellen för sjukhusen
- Förändra uppdraget vid akutsjukhusen
- Arbetet i patientsäkerhetskommittén ges hög prioritet och utvecklas ytterligare
- Utveckla en sjukhusgemensam uppföljning som säkerställer att uppdragen i flerårsavtalen fullföljs
- Införande av kvalitetsindikatorer som följer den nationella utvecklingen hos SKL och socialstyrelsen
- Accelererad kvalitetsuppföljning med målrelaterad ersättning

- Utveckla samverkan mellan beställaren och vårdgivarna i syfte att säkerställa data-kvalitet och täckningsgraden i rapporteringen av kvalitetsindikatorerna
- Följa upp och säkra ledtider i cancervården
- Bevaka införandet av nya läkemedel och nya indikatorer för läkemedelsbehandling inom bl a cancervården
- Uppföljning av utvecklingen inom akut slutenvård

Landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting fattade i november 2007 beslut om en ny strategi för styrning av akutsjukhusen. Den nya strategin för styrning av akutsjukhusen bygger på fyra hörnpelare:

- Flerårsavtal
- Resultatansvar
- Avtal baserade på landstingets lägsta kostnad för respektive sjukhuskategori
- Sanktionsregler

Beslut om en ny avtalsmodell fattades av Landstingsfullmäktige i oktober 2008. Syftet med modellen är att öka tydligheten gällande uppdrag och ersättningsnivåer på flera års sikt, skapa förutsättningar för sjukhusen att effektivisera verksamheten samt minska tids- och resursåtgång i förhandlingar. Andra angelägna mål är förbättrad tillgänglighet inom vården, ökad patientsäkerhet samt en fortsatt utveckling av vårdens kvalitet.

Den nya avtalsmodellen innebär:

- Möjlighet för sjukhusen att anpassa sin kapacitet efter patienternas vårdbehov och att effektivisera arbetet.
- Förändrat tillgänglighetsansvar för sjukhusen där tillgänglighetskrav inom uppdraget definieras tydligt och kopplas till ekonomiskt ansvar.
- Accelererat kvalitetsarbete genom införande av systemmått och krav på faktiskt kvalitetsutfall med ökad andel resultatmått, istället för processmått eller enbart inrapporteringskrav.
- Fleråriga avtal, initialt 3 år, där sjukhusens uppdrag, målvolymer, ersättning, uppräkningsindex och effektiviseringskrav preciseras för hela avtalsperioden.

För att en systemförändring ska kunna drivas igenom krävs tydlighet kring vad olika aktörer ska göra. Beställarens roll i den nya avtalsmodellen innebär att ställa tydliga krav på vårdgivarna samt följa upp vårdresultatet. Vårdgivarna får i modellen stor frihet att prioritera inom de ramar som fastställs i avtalen. Resurser måste prioriteras mellan specialiteter utifrån patientbehov och egen produktionsstrategi.

Den beslutade avtalsmodellen är ett första steg mot ett utvecklat sjukvårdssystem som kan möta de utmaningar och det ökade sjukvårdsbehov som landstinget står inför.

I flerårsavtalen indelas sjukhusens uppdrag i tre kategorier:

- Universitetssjukhus
- Utökade bassjukhus
- Bassjukhus

Karolinska Universitetssjukhuset ska i enlighet med detta bedriva högspecialiserad och specialiserad vård. Övriga sjukhus ska bedriva specialiserad vård och bassjukvård och i undantagsfall högspecialiserad till exempel handkirurgi vid Södersjukhuset. Detta innebär att beställningarna vid Karolinska Universitetssjukhuset successivt ska anpassas till dess roll som högspecialiserat sjukhus. Ett led i detta är att föra ut bassjukvård och specialiserad vård till övriga akutsjukhus som i sin tur kommer att överföra vård till den öppna specialistsjukvården. Även primärvården kommer att påverkas då vård som inte ställer krav på specialistkompetens är primärvårdens ansvar.

Delar av den nya avtalsmodellen ska vidareutvecklas under avtalsperioden. Syftet är att i samråd mellan Vårdgivare, Beställare och Landstingsstyrelsens förvaltning komplettera och skapa förutsättningar för att fullt ut implementera modellen. Områden för utveckling är ersättning, uppföljning och kvalitet.

Ersättningsmodellen ska utvärderas fortlöpande. Strukturersättningen, som är en av komponenterna i ersättningsmodellen, är en fast ersättning som beskriver skillnaden i kostnader per DRG-poäng mellan sjukhusen. Vid ingång av 2009 ska strukturersättningen enbart ses som en förklaring av nuvarande skillnader. Syftet är att så långt det är möjligt förklara skillnaderna och sedan kunna eliminera omotiverade skillnader eller låta dem kvarstå. Alternativet kan vara att de förs över till ett annat ersättningslag som t ex DRG.

Utvecklingen av kvalitetsindikatorer under avtalsperioden ska i ökande omfattning anpassas till den nationella utvecklingen i öppna jämförelser som Sveriges kommuner och landsting (SKL) tar fram samt till de nationella indikatorer för God vård som rekommenderas av Socialstyrelsen. Vidare ska de indikatorer som föreslås av Sakkunnigkommittén och Patientsäkerhetskommittén prövas.

Antalet personer som drabbas av cancer beräknas öka med 3 procent per år samtidigt som överlevanden förbättras. Cancerplanen, som antogs av HSN 2007, genomfördes under 2008. Under 2009 kommer planen att följas upp och fokus kommer även att inriktas på att få uppföljning av ledtider. Bevakning av satsningar på nya läkemedel och nya indikationer kommer att intensifieras. Det framgångsrika arbetet inom cancersjukvården

med preventiva metoder, utvecklad diagnostik och behandling ska fortsätta att utvecklas i enlighet med cancerplanen.

Den akuta slutenvården låg under 2008 över beställd nivå. Ökad livslängd i kombination med ökad sjuklighet är tänkbara orsaker. Vårdplatsutredningen ledde till fler vårdplatser vilket möjliggjorde en utökad slutenvård. Utvecklingen kommer att följas upp och analyseras under 2009.

3.14 Läkemedel

Inriktningsmål

En säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning genom införande av den nya läkemedelsstrategin.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Förbättra kunskapsstyrningen via fortbildning, information och beslutstödsterjänster
- Öka kunskapen om nya läkemedel på ingång samt utveckling av metoder för kontrollerad förskrivning av dessa
- Öka samarbetet nationellt och regionalt och med intressenter i omvärlden
- Utveckla ersättningsmodeller samt fakturerings- och uppföljningsstöd för läkemedel inför införandet av decentraliserat kostnadsansvar 2010
- Utredda förutsättningarna till ökad kvalitet i förskrivningen hos privata specialister.

Kunskapsstyrningen inom läkemedelsområdet ska stärkas genom fortsatt stöd till obunden fortbildning och läkemedelsinformation, elektroniska beslutstödsterjänster för läkemedel, kontrollerat införande av specialläkemedel samt andra kunskapsprojekt i syfte att öka kostnadseffektiviteten och patientsäkerheten inom läkemedelsområdet.

En större nationell samverkan ska eftersträvas i läkemedelsarbetet, bl a avseende kontrollerat införande av nya läkemedel och beslutstödsterjänster. Även dialog och samverkan med akademi och läkemedelsindustri, kommunerna och patient- och pensionärsorganisationerna ska utvecklas.

Ett projekt pågår som har uppdraget att utarbeta ersättningsmodeller och regelverk i syfte att genomföra ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård fr om 2010. Bland annat ska klarläggas vilka läkemedel vårdgivarna inom de olika vårdområdena ska ha kostnadsansvar för och i vilken omfattning. En viktig uppgift blir att ut-

veckla fakturerings- och uppföljningsstöd för att stödja kostnadsansvaret. Under 2009 ska ersättningsmodeller testas och fastställas inför driftstart 2010.

Pågående projekt ska utreda möjligheterna att, inom befintligt regelverk och via positiva incitament, stimulera privata specialister, vars ersättning regleras av den nationella taxan, till ökad kvalitet i läkemedelsförskrivningen. Avsikten är att samverka med övriga stora regioner för att om möjligt hitta gemensamma incitament.

I syfte att informera och påverka vårdgivarna inom öppen vård till rätt förskrivning av antibiotika ska en särskild Strama-grupp (Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) bildas.

Under 2009 kommer läkemedelsförsörjningen till kommunernas särskilda boenden att utredas. En plan ska tas fram för att öka kostnadseffektiviteten, patientsäkerheten och med målet att uppnå en mer jämlik vård.

3.15 Tandvård

Inriktningsmål

Tandvårdens tillgänglighet och kvalitet ska förbättras genom ökad konkurrens och mångfald av vårdgivare.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Skapa ett listningssystem för barn- och ungdomstandvård
- Införa modell för auktorisation inom specialisttandvård för barn
- Förslag till förebyggande åtgärder hos ettåringar tas fram
- En modell för upphandling med områdesansvar tas fram
- Införa webbaserat system för kommunikation och rapportering

Utvecklingen på tandvårdsmarknaden ska följas, liksom effekterna av det nya tandvårdsstödet. Pris- och kostnadsutvecklingen inom vuxentandvården liksom den nationella referensprislistan ska värderas inför en översyn av nivån på barntandvårdsersättningen. Vid denna översyn ska även jämförelser med andra landstings ersättningsnivåer genomföras. I översynen ingår att bedöma behovet av ytterligare differentiering mellan vårdbehovsområden samt överväga behovet av att införa ytterligare en vårdbehovsområdesnivå för områden med allra störst behov.

För att underlätta för barnfamiljerna att välja tandläkare samt minska administrationen för tandvården tas ett nytt listningssystem inom barn- och ungdomstandvården fram. Det nya listningssystemet införs vid årsskiftet 2010. För att öka kunskaperna om vilka åtgärder som utförs inom barn- och ungdomstandvården införs åtgärdsregistrering från 2009.

Tillgängligheten och mångfald inom specialisttandvården för barn och ungdomar ska öka varför en modell för auktorisation tas fram under 2009. Preventionsprogram med bland annat fluorsköljningar för att förbättra tandhälsan bland barn och ungdomar kommer att fortsätta i områden där tandhälsan är sämst.

Då mycket tyder på att tidiga insatser är viktiga för barns tandhälsa ska ett projekt med förebyggande insatser för ettåringar planläggas för införande under 2009.

Tandvårdsmottagningarnas områdesansvar kommer att förtydligas med ett nytt viktat kapiteringsystem, och en modell för upphandling av områdesansvar ska tas fram. Upphandlingen ska som ett första steg genomföras i några avgränsade områden i länet. Urvalsmodellen inom tandregleringsvården kommer att utvärderas. Organisation, omfattning och behov av medicinsk tandvård och tandvård under narkos ska kartläggas och förutsättningarna för en konkurrensutsättning av akut tandvård utreds.

Det utökade tandvårdsstödet för personer med omfattande omsorgsbehov, innefattande uppsökande verksamhet med munhälsobedömningar och utbildning av omvårdnadspersonal kommer att utökas till att, utöver vissa äldre och personer med funktionshinder, även omfatta psykiskt sjuka. För att förbättra samarbetet mellan landstinget, kommunerna och leverantörerna kring detta arbete kommer ett nytt webbaserat system införas för förenklad kommunikation och förbättrad uppföljning. Möjlighet till öppna jämförelser och rankingssystem inom området ska samtidigt utredas.

En översyn ska genomföras av den tandvård som utförs som ett led i en sjukdomsbehandling och som finns reglerad i SFS 1998:1338. Översynen ska omfatta regelverkets tillämpning samt vilka diagnos- och patientgrupper som omfattas av tandvården.

Inom äldretandvården ska samarbetet med primärvården fortsätta kring hälsosamtalen som även omfattar mun- och tandhälsa. Då behov finns av ökade kunskaper kring äldres mun- och tandhälsa kommer arbetet för tillskapande av ett nationellt center för äldre tandvård fortsätta i samverkan med andra aktörer såsom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och närliggande landsting.

3.16 Sjukskrivningar och rehabilitering

Inriktningsmål

Insatser som görs ska visa på minskad sjukfrånvaro.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Minska sjukfrånvaron genom medicinska/kliniska åtgärder
- Minska sjukfrånvaron genom försäkringsmedicinska åtgärder
- Ökad samverkan mellan aktörer kring patienten

Ansvar för statens ”miljardsatsning” ligger inom Stockholms län på hälso- och sjukvårdsnämnden. Arbetet bedrivs inom projektet ”Ögat på sjukskrivning” genom såväl medicinska som försäkringsmedicinska insatser.

Samverkan sker med Försäkringskassan som också får årlig resultatredovisning av genomförda insatser. Arbetet inom projektet Ögat på sjukskrivning bedrivs, enligt den nationella överenskommelsen, inom fem huvudområden; ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan, utsatta grupper samt kvinnors ohälsa. De två grupper som dominerar sjukfrånvaron är de med stressrelaterad psykisk ohälsa respektive problem med smärta i rygg, nacke och axlar.

Den nationella överenskommelsen har kompletterats med ett ansvar för landstingens hälso- och sjukvård som innebär att ansvara för implementeringen av det nationella försäkringsmedicinska beslutsstödet.

För 2009 kan landstingen - efter redovisning av erbjudna insatser inom rehabiliteringsgarantin – få del av särskilt statsbidrag. Syftet är att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser avseende återgång i arbete. Insatserna ska omfatta åtgärder för vilka det finns:

- Evidens avseende återgång i arbete
- Nyttan av behandling
- Rehabilitering av långvarig smärta i axlar, nacke, rygg
- Lättare/medelsvåra depressioner
- Ångestsyndrom
- Stress

3.17 Miljö

Inriktningsmål

En bättre miljö och minskad klimatpåverkan uppnås genom marknadsekonomiska drivkrafter och ekonomiska incitament i vårdavtal.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Höja den resultatrelaterade miljöersättningen i avtalen med vårdgivare
- Anpassa miljökraven efter vårdgivarnas verksamhet
- Införa metoder för uppföljning
- Översyn av förfarandet vid miljödiplomering av vårdgivare
- Redovisa vårdgivarnas miljöarbete publikt

För att målen i Miljö Steg 5 ska uppnås ställs, via avtalen, krav på att vårdgivarna ska bedriva ett aktivt miljöarbete. I och med att den resultatrelaterade delen av ersättningen höjs från 0,2 till 0,5 procent ökar möjligheten att styra vårdgivarnas miljöinsatser. I fokus för miljöarbetet står reduktion av växthuseffekten och minskning av kemikalieutsläpp till mark, vatten och luft.

Miljökraven specificeras och anpassas till de olika avtalen utifrån hur respektive verksamhet påverkar miljön. Miljökrav införs successivt i de avtal som HSN tecknar med vårdgivarna vilket även omfattar områden för vårdval. Metoder utvecklas successivt för uppföljning med målsättning att på sikt kunna aggregera resultatet. Detta gäller såväl miljöredovisningar från avtalsparter med direktavtal som de med avtal som tillkommit via upphandling och via auktoriseringsförfarande. Målet är att ständigt utveckla styrningen mot ett bättre miljöarbete så att vårdens klimatpåverkan minskar. Förvaltningen ska bidra till att landstingets miljömål rörande transporter, energi, läkemedels miljöpåverkan, lustgasdestruktion, farliga kemikalier, farliga kemiska produkter, produkter, miljöcertifiering, inköp/upphandling och miljöutbildning uppnås. Bland de insatser som i framtiden ska infogas i avtalen är krav på att:

- Förnybart bränsle används
- Verksamheter med stora lokaler har en energieffektiviseringsplan
- Verksamheter som förskriver läkemedel har kunskap och rutiner som förebygger utsläpp av läkemedel i vattendrag
- Utsläppet av lustgas minskar

I förlossningsavtalen enligt Vårdval Stockholm finns specificerade lustgaskrav.

Vårdgivarnas miljöinsatser ska presenteras publikt så att det tydliggörs för allmänheten. Den handlingsplan för miljöinsatser 2009 som fastställts för HSN-förvaltningen inkluderar insatser inom kommunikationsområdet och är även kommunikationsplan för miljöarbetet. Ett av målen i planen är att utarbeta en kommunikationsstrategi för miljöarbetet. Lämpliga former för att nå ut med miljöinformation till vårdgivarna ska beskrivas samt rutiner och metoder för miljödiplomering ska också ses över under året.

3.18 Övrig verksamhet

Strategier

- Följa upp och analysera behoven av habiliteringsinsatser
- Införa ny ersättningsmodell för Handikapp & habilitering
- Träffa nya avtal för länets hjälpmedelsförsörjning med ny ersättningsmodell
- Delta i regeringens försöksverksamhet Fritt val av hjälpmedel
- Särskilja förmedlings- och utförartjänst för tolkning
- Upphandla tolkutförare
- Utveckla asylsjukvården med fler hälsosamtal och öka kompetensen för omhändertagande av barn med uppgivenhetsymptom

Habilitering

Förekomsten av personer med funktionsnedsättningar i länet ska kartläggas 2009. Vidare ska en uppföljning göras om hur behoven av habilitering tillgodoses. En ny ersättningsmodell införs för Handikapp & Habilitering och en uppföljning av effekterna genomförs 2010. Efterfrågan på habiliteringsinsatser för personer med neuropsykiatriska funktionshinder, främst för barn och ungdomar med autismspektrumstörning, ökar i takt med att allt fler barn utreds.

Pågående översyn av landstingets logopedinsatser i språkförskolor slutförs i början av 2009. Översynen ska bilda underlag för ställningstagande till landstingets deltagande vid logopedinsatser i språkförskolan.

Metodiken för uppföljning av brukarnas förtroende och nöjdhet med habiliteringen ska utvecklas 2009 genom att patientenkäter som tas fram är anpassade till habiliteringens målgrupper.

Hjälpmedel

Genom utveckling inom hjälpmedelsområdet samt effektivisering av hjälpmedelsverksamheterna ska invånarnas framtida behov tillgodoses. Nya avtal med hjälpmedelscentralsverksamheterna träder i kraft 2009 samtidigt införs en ny ersättningsmodell som innebär att ersättning utgår per hjälpmedelsfunktion.

Nya avtal för länets ortopedtekniska verksamhet införs 2009 och avtal har tecknats med två leverantörer. Ett protes- och ett barnortoscenter kommer att tillskapas med målsättningen är att dessa centra ska bli riksledande inom sina discipliner.

Stockholms läns landsting deltar i samarbetet med bl a Hjälpmedelinstitutet i regeringens försöksverksamhet "Fritt val av hjälpmedel". Projektet som påbörjades 2008 fortsätter 2009 och syftet är att brukaren ska få större valfrihet och ökad tillgång till ett bredare sortiment av hjälpmedel. Mer avancerade hjälpmedel kommer att införas i försöksverksamheten.

Tolkverksamhet för personer med dövhet, dövblindhet och/eller hörselnedsättning

En ny organisation för tolkverksamheten genomförs som innebär att förmedlingstjänst och tolkutförare särskiljs. Genom planerad strukturförändring får målgruppen kvalificerad vardagstolkning när så efterfrågas. Upphandling av tolkutförare genomförs. För att förenkla rutiner kring beställning av tolk och bekräftelser under bokningsprocessen införs under 2009 ett webbaserat beställningssystem

Asylsjukvård

Som ett led i integrationsarbetet ska hälsan hos asylsökande och nyanlända förbättras genom att vårdgivarnas aktivt arbetar för att fler asylsökande genomför hälsosamtal. Kompetensen för omhändertagandet av barn med uppgivenhetssymtom har utvecklats i projektform och i samverkan mellan flera vårdgrenar. Detta arbete visar att tidig upptäckt och tidiga insatser förkortar vårdtiden och minskar slutenvården. Erfarenheter ska säkerställas i kommande avtal med berörda vårdgivare.

Den pågående förstudien, som genomförs inom ramen för ett integrationsprojekt (RESA För Integration), syftar till att utveckla och förbättra landstingets insatser och samverkan med det kommunala flyktingmottagandet för nyanlända/asylsökande. Förstudien slutförs under 2009. Följande insatser genomförs under förstudien:

- kliniskt stöd till första linjens psykiatri för att bättre kunna möta behov med tydlig transkulturell dimension
- analys av vårdstruktur för asylsökande ur ett integrationsperspektiv
- policy för vård av asylsökande och nyanlända tas fram
- hälsokommunikatörer som ska fungera som en bro mellan vården, det kommunala flyktingmottagandet och nyanlända/asylsökande

3.19 Ersättningsmodeller och samverkan

Strategier

- Utveckla ersättningsmodellerna så att de bidrar till ökad tillgänglighet, produktivitet, kvalitet och kostnadskontroll
- Utveckla samverkan med andra huvudmän i syfte att bättre koordinera hälso- och sjukvårdsinsatser till den enskilde och få en mer effektiv resursanvändning

Ersättningsmodeller

Utvecklingsarbete kring incitament och styrningsmekanismer ska öka genom att ersättningsmodellerna ska vara inriktade på incitament som bidrar till ökad tillgänglighet, produktivitet, kvalitet och kostnadskontroll. Samarbete sker kring utvecklingsfrågor, både nationellt och med enskilda landsting.

Arbetet med ersättningsmodeller ska integreras med utvecklingen av beskrivningssystemen samt med möjliga tekniska/automatiserade lösningar av registrering och betalningsflöden. Genom upphandlingar av verksamheter i vissa delar av länet, både inom allmän-, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevården samt av geriatriska verksamheter i länet, kommer mer marknadsanpassade prisnivåer att ge nya möjligheter för bättre kostnadskontroll även inom landstingsägda verksamheter.

Enligt beslut i HSN den 16 september 2008 påbörjas ett arbete för att långsiktig utveckling av ersättningsmodellen i primärvården. Arbetets inriktning är att utreda förutsättningarna för att införa ett ersättningssystem som tar hänsyn till både patientens diagnos och vilka vårdåtgärder som utförs.

Samverkan

Syftet med samverkan i hälso- och sjukvårdssystemet mellan landstinget, kommuner/stadsdelar, försäkringskassan och länsarbetsnämnden är dels att bättre koordinera hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds den enskilde, dels att få en mer effektiv resursanvändning. Fokus läggs på att koordinera insatser till äldre med omfattande vårdbehov, läkemedelshantering, barn och ungdomar med behov av särskilt stöd, personer med psykisk sjukdom samt på förebyggande insatser.

Ytterligare budgetmedel avsätts för samordningsförbunden. Det tillsammans med justeringar av lanstingets andel av finansieringen till befintliga förbund i Botkyrka, Haninge, Huddinge och Södertälje skapar förutsättningar för att starta nya förbund i Nacka, Ny-näshamn och Värmdö.

4 Verksamhetens ekonomi

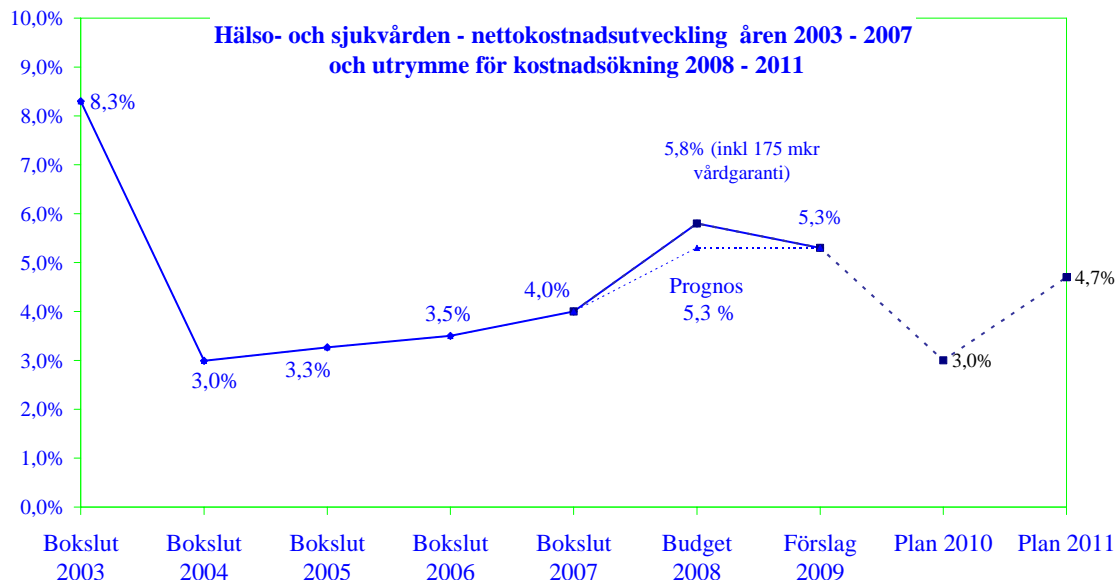
4.1 Allmänna förutsättningar

I nedanstående tabell visas den ekonomiska utvecklingen för HSN totalt 2007-2009 i löpande priser.

Mkr	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag	Ökn jmf budget 08 %	Ökn jmf prognos 08 %
(exkl 6% Momskompensation)	2007*	2008	2008	2009		
Landstingsbidrag	36 776,7	39 208,5	39 183,5	41 306,9	5,4%	5,4%
Övriga intäkter	522,1	476,5	522,4	496,3	4,2%	-5,0%
Summa intäkter	37 298,9	39 685,0	39 905,9	41 803,2	5,3%	4,8%
Summa kostnader	-37 211,4	-39 685,0	-39 705,9	-41 788,8	5,3%	5,2%
Resultat	87,5	0,0	200,0	14,4		

Enligt fullmäktiges beslut 9 december, 2008 uppgår HSN:s landstingsbidrag 2009 till 40 796 mkr. I föreliggande förslag har förutsatts att landstingsbidraget ökas med ytterligare 400 mkr för sjukhusavtalen. Landstingsstyrelsen förväntas den 20 januari.2009 fatta beslut om att föreslå Landstingsfullmäktige besluta om landstingsbidraget Vidare beaktas att ansvar för avtalet med Karolinska folkhälsoakademin (KFA), som börjar sin verksamhet 2009, ligger på HSN. Tillsammans med justeringar i övrigt gentemot Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) överförs 111 mkr från LSF för detta. Landstingsbidraget 2009 uppgår därmed till 41 307 mkr, vilket är en ökning med 2 098 mkr eller 5,4 procent mot budget 2008.

Det ekonomiska utrymmet 2009 och framåt i förhållande till tidigare år framgår av diagrammet nedan som visar faktisk nettokostnadsökning i procent för den landstingsfinansierade sjukvården 2003 – 2007 och ökningsutrymme enligt budget 2008 respektive förslag och planering 2009 – 2011.



Det tillfälligt större ekonomiska utrymmet 2008 – 2009 kan innebära svårigheter att återgå till en lägre kostnadsökningstakt under 4 procent som kommer att vara nödvändig 2010.

Förändringar jämfört med budgetunderlag

Jämfört med budgetunderlaget som beslutades av HSN den 16 september 2008 ökar landstingsbidraget för 2009 i detta förslag med 589 mkr. Ökningen avser, under förutsättningar av landstingsstyrelsens och landstingsfullmäktiges beslut, 400 mkr för sjukhusavtalen, 110 mkr budgetväxling med LSF huvudsakligen för avtalet med KFA samt ökning enligt fullmäktiges budgetbeslut den 9 december 2008 med 78 mkr.

Fullmäktiges budgetbeslut innebär att HSN ska redovisa ett överskott med 30 mkr vilket kopplas till närsjukvården och effekter av upphandlingar inom psykiatri och geriatrik. Vidare har en del av finansieringen av ökade kostnader för avtalet med KFA lösts som ett tillåtet underskott vilket i fullmäktiges budgetbeslut lades på landstingsstyrelsen. I och med att det ekonomiska ansvaret för KFA går över till HSN innebär det också att 16 mkr av det budgeterade underskottet för landstingsstyrelsen överförs till HSN.

Netto ligger det därmed ett överskottskrav i budgeten för HSN på 14 mkr fördelat med ett budgeterat överskott för närsjukvården med 30 mkr och ett budgeterat underskott för avtalet med KFA med 16 mkr.

I övrigt har förändringar i fördelningen av det ekonomiska utrymmet gjorts i förhållande till budgetunderlaget september. Av dessa kan noteras att bedömningen av kostnadsökningen för läkemedel innebär en sänkning från 8 procent ökning till 6,5 procent. Detta har frigjort 90 mkr i budgeten som används för att delfinansiera sjukhusavtalen. Sjukhusavtalen har blivit 540 mkr dyrare än det utrymme som kunde reserveras i septemberbudgeten. Ökningen finansieras således med det förutsatta tillskottet från landstingsstyrelsen med 400 mkr, omfördelning från läkemedelsbudgeten samt delar av ökningen som tillkom i fullmäktiges budgetbeslut den 9 december 2008.

4.2 Budget per verksamhetsområde

Med utgångspunkter från ovanstående och övriga förutsättningar som finns för respektive vårdområde fördelas det ekonomiska utrymmet enligt nedanstående förenklade resultaträkning.

HSN totalt	Bokslut	Budget	Prognos Bokslut Nov	Förslag	Ändr % mot budget	Ändr % mot prognos
	2007	2008	2008	2009		
Intäkter (Mkr)						
Landstingsbidrag	36 776,7	39 208,5	39 383,5	41 306,9	5,4 %	4,9%
Övriga intäkter	522,1	476,5	522,4	496,3	4,2 %	-5,0%
Summa intäkter	37 298,9	39 685,0	39 905,9	41 803,2	5,3 %	4,8%
Kostnader (Mkr)						
Somatisk specialistvård	-16 086,1	-17 926,9	-18 131,9	-18 947,6	5,7 %	4,5% *
Primärvård	-6 330,3	-6 701,9	-6 693,9	-7 030,4	4,9 %	5,0%
Psykiatri	-4 214,5	-4 404,3	-4 404,3	-4 535,4	3,0 %	3,0%
Geriatrisk	-2 131,0	-2 124,7	-2 097,7	-2 134,1	0,4 %	1,7%
Läkemedel	-4 666,0	-4 519,3	-4 469,3	-4 763,1	5,4 %	6,6%
Tandvård	-680,0	-709,4	-709,5	-734,2	3,3 %	3,3%
Hjälpmiddel	-1035,9	-1074,0	-1 069,0	-1 125,6	4,8 %	5,3%
Habilitering	-402,3	-418,8	-418,8	-427,8	2,1 %	2,2%
HSN-f egen verksamhet	-218,2	-281,6	-274,6	-280,3	-0,5 %	2,1%
Övrig verksamhet	-1.551,1	-1598,7	-1 566,6	-1 911,7	19,6 %	22,1%
Avskrivningar o finansnetto	103,9	74,7	129,7	101,6	36,0 %	-21,7%
Summa kostnader	-37 211,4	-39 685,0	-39 705,9	-41 788,8	5,3 %	5,2%
Resultat	87,5	0,0	200,0	14,4		

* I prognosen är 175 mkr i ökat landstingsbidrag för vårdgarantiåtgärder 2008 beaktat.

De budgeterade kostnadsökningarna på totalt 5,3 procent fördelar sig relativt jämt mellan vårdområdena. Kostnadsökningarna för geriatrik och övrig verksamhet avviker mot genomsnittet i budget 2009, vilket innebär en ökning med 0,4 procent mot budget 2008. Genomförda upphandlingar har sänkt kostnadsnivån med 30 mkr inom geriatriken.

Ökningen för övrig verksamhet förklaras av avtalet med Karolinska folkhälsoakademien, ökade kostnader för telefonrådgivningen via Vårdguiden samt ökade IT-kostnader.

I nedanstående sammanställning särredovisas det ekonomiska utrymme som används för ny verksamhet till följd av befolkningsökning och förändringar i övrigt. Ökningen av landstingsbidraget mellan 2008 och 2009 sorterats så att kostnadsökningar för befint-

lig verksamhet till följd av kompensation för ökade löner och priser respektive ökat utrymme till följd av upphandlingar med mera samlats i separata poster.

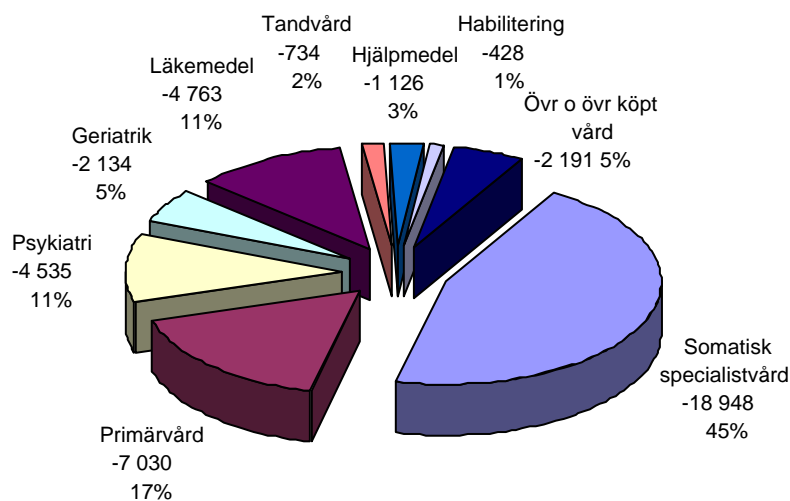
Som exempel har budgeten för den geriatriska vården i resultaträkningen ovan ökat från 2 124 mkr 2008 till 2 134 mkr 2009. Ökningen med 10 mkr består av följande delposter:

• Kompensation för prisökningar efter krav på rationalisering	+39
• Anpassning lägre kostnader efter upphandlingar och enligt prognos 2008	-50
• Budget för utveckling och ökad verksamhet	<u>+21</u>
Summa geriatrik	+10

Sammanställning ökat landstingsbidrag 2009

	mkr
Utveckling somatisk specialistvård	742
Utveckling primärvård	215
Utveckling geriatrik	21
Utveckling psykiatri	78
Utveckling övrig närsjukvård	14
Utveckling tandvård	10
Utveckling övrig vård o verks	244
Läkemedel i öppen vård	244
Effekter av upphandlingar m m	-140
Priskompensation efter krav på effektiviseringar	<u>671</u>
	2098

Specifikationen av sammanställning ovan återfinns i bilaga 5, disponering av utökat landstingsbidrag.



Fördelning av kostnader 2009 per vårdområde

En mer detaljerad redovisning av ekonomin inom respektive vårdområde återfinns i bilaga 4, utökad kostnadsredovisning, samt kommenteras per vårdområde i text nedan.

Somatisk specialistvård

Somatisk specialistvård	Bokslut	Budget	Prognos	Budget
	2007	2008	2008	2009
Intäkter	16 121,4	17 926,9	18 131,8	18 947,6
Kostnader (specifikation)				
<i>Akutsjukhusen</i>	-13 128,9	-14 955,9	-15 079,7	-15 971,2
<i>Större privata enheter</i>	-675,0	-737,9	-786,9	-752,3
<i>Privat spec läkare</i>	-1 529,2	-1 498,0	-1 508,1	-1 508,9
<i>Utomlänsvård</i>	-555,3	-531,7	-572,7	-554,8
<i>Övrigt</i>	-197,7	-203,4	-184,4	-160,3
Summa kostnader	-16 086,1	-17 926,9	-18 131,8	-18 947,6
Resultat somatiskspecialistvård	35,3	0,0	0,0	0,0

Somatisk specialistvård omfattar akut och planerad specialiserad, alternativt högspecialiserad, vård som utförs på sjukhus eller öppen specialistmottagning. Vården bedrivs i såväl landstingsdriven som privat regi med avtal eller enligt nationella taxan. Somatisk specialistvårds andel av budgeten utgör 45 procent.

Budgeten för somatisk specialistsjukvård 2009 uppgår till 18 948 mkr vilket är en ökning med 1 021 mkr eller 5,7 procent jämfört med budget 2008.

Avtalsbudgeten för akutsjukhusen har räknats upp med c:a 7,0 procent vilket motsvarar c:a 1 mdr. I uppräknningen ingår 3,8 procent, drygt 540 mkr, för den allmänna kostnadsutvecklingen, 1,0 procent, 140 mkr för medicinsk teknisk utveckling och 4,3 procent, 610 mkr, för volymutveckling varav c:a 1,8 procent, 250 mkr, avser volymökning under 2008. Budgeten förutsätter att generella effektiviseringar motsvarande 2 procent, c:a 290 mkr, kan genomföras.

Budgetökningen ska täcka sjukhusens kostnader för löne- och prisökningar, ökade vårdvolymerna på grund av befolkningsutveckling och ökat tillgänglighetsansvar samt medicinsk och medicinskteknisk utveckling.

För privata specialistläkare som ersätts enligt nationella taxan har budgeten räknats upp med 3 procent. Även budgeten för utomlänsvården har räknats upp med 3 procent. Under övrig verksamhet budgeteras för influensavaccin, In vitro-fertilisering (IVF), MeticillinResistent Staphylococcus aureus (MRSA), behandlingshjälpmedel ortopedi och helårseffekt av barnsjukvårdsutredningen.

Primärvård

Primärvård	Bokslut 2 007	Budget 2 008	Prognos 2 008	Budget 2 009
Intäkter	6 175,9	6 701,9	6 711,9	7 030,4
Kostnader (specifikation)				
<i>Husläkarverksamhet</i>	-3 218,8	-3 331,5	-3 299,8	-3 482,3
<i>Jour/Närakut verksamhet</i>	-269,8	-192,3	-227,3	-238,7
<i>Hemsjukvård</i>	-459,2	-541,1	-519,4	-490,8
<i>MVC</i>	-303,9	-300,7	-325,7	-347,5
<i>BVC</i>	-329,3	-395,5	-368,5	-397,8
<i>Paramedicin exkl privata sjukgymn</i>	-319,0	-338,3	-338,3	-356,1
<i>Riksavtal/utomlänsavtal</i>	-64,1	-65,6	-65,4	-67,2
<i>Privata spec läkare</i>	-232,8	-245,8	-230,8	-248,4
<i>Privata sjukgymnaster</i>	-510,7	-540,6	-547,6	-564,7
<i>Asylsjukvård</i>	-27,4	-25,6	-25,6	-39,5
<i>Övrig verksamhet</i>	-595,2	-724,9	-745,5	-797,4
Summa kostnader	-6 330,2	-6 701,9	-6 693,9	-7 030,4
Resultat Primärvård	-154,3	0,0	18,0	0,0

Primärvård innefattar husläkarverksamhet, hemsjukvård, mödra- och barnhälsovård samt primärvårdsrehabilitering. Primärvårdens andel av budgeten utgör 17 procent.

Budgeten för primärvård 2009 uppgår till 7 030 mkr vilket är en ökning med 4,9 procent eller 328,5 mkr, jämfört med budget 2008.

I förslaget har hänsyn tagits till viss volymökning till följd av befolkningsutvecklingen mm. För 2009 beräknas ökningen av antalet husläkarbesök till 5 procent jämfört med 2008, där ökningen prognostiseras till över 10 procent. Kostnaderna för beslutade ersättningsförändringar i regelboken för husläkarverksamhet ökar med c:a 1 procent 2009 jämfört med 2008. Förändrad takkonstruktion i hemsjukvården beräknas ge en kostnadsökning på c:a 5 mkr under 2009. I samband med beräkningen har också översyn av den totala budgeten gjorts. Vissa kostnader som i budget och prognos redovisats som hemsjukvård har i budget 2009 förts till husläkarverksamhet vilket förklarar den minskade budgeten 2009 för hemsjukvård. Genomförda upphandlingen beräknas ge 35 mkr lägre kostnader för röntgenundersökningar 2009.

Kostnaderna vid närakuten för barn vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB) ökade under 2008. Anledning var dels ökat antal besök och dels ökade kostnader för medicinsk service. I budget har hänsyn tagits till fortsatt beräknad kostnadsökning.

För jourverksamhet har budgeten förstärkts med c:a 25 mkr och avser nytillkomna mottagningar.

Budgeten för mödrahälsovården förstärks i förslaget för ökade vårdvolymer. För fosterdiagnostik med ett tidigt ultraljud i kombination med blodprov (KUB-test) budgeteras 4 mkr i enlighet med beslut i HSN den 16 september 2008. Medel har avsatts för STI-verksamhet på ungdomsmottagningarna med 10 mkr som avser smittspårning samt 5 mkr för extra besök i samband med detta.

Antalet logopedbesök ökade kraftigt i samband med auktorisation och vårdval. För att möta efterfrågan på logopedverksamhet har budgeten förstärkts med 21 mkr.

15 mkr finns avsatta i budgeten för samordning och utökade beställningar av neuropsykiatriska utredningar för barn och ungdomar.

Psykiatri

Psykiatri	Bokslut 2 007	Budget 2 008	Prognos 2 008	Budget 2 009
Intäkter	4 267,3	4 404,3	4 409,3	4 535,4
Kostnader (specifikation)				
<i>Basåtagande / allmän psyk</i>	-2 614,3	-2 726,9	-2 739,9	-2 810,6
<i>Beroendevård</i>	-627,9	-658,9	-655,4	-687,1
<i>BUP</i>	-556,8	-588,3	-589,9	-636,6
<i>Ätstörningsvård</i>	-122,3	-122,1	-124,2	-134,5
<i>Riksavtal/ utomlänsvård</i>	-12,6	-12,5	-13,5	-14,5
<i>Privata spec läkare</i>	-121,7	-127,1	-117,0	-121,6
<i>Asylsjukvård</i>	-35,2	-34,6	-34,6	-23,7
<i>Övrig verksamhet</i>	-123,8	-133,9	-129,8	-106,8
Summa kostnader	-4 214,6	-4 404,3	-4 404,3	-4 535,4
Resultat Psykiatri	52,7	0,0	5,0	0,0

Psykiatri omfattar allmänpsykiatri, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), rättspsykiatri samt ätstörningsvård. Psykiatrins andel av budgeten utgör 11 procent.

Budgeten för psykiatri 2009 uppgår till 4 535 mkr, vilket är en ökning med 131 mkr eller 3,0 procent jämfört med budget 2008.

De genomförda upphandlingarna och nya ersättningsmodellerna inom psykiatrin har påverkat ersättningarna till producenterna. Upphandlingarna inom allmänpsykiatri och BUP beräknas ge en kostnadssänkning för 2009, på c:a 10 mkr. Den ekonomiska effekten 2009 avseende upphandlingen av beroendevård är osäker på grund överklagan.

Under de senaste två åren har nya medel tilldelats och förstärkningar har skett främst inom BUP bl a avseende verksamhet för självskadebeteende. Ätstörningsvården har tilldelats ytterligare medel för ökade volymer. Även inom den rättspsykiatriska vården har förstärkningar gjorts. Utökningarna har gjorts successivt och kommer att vara i full drift 2009.

Geriatrisk vård

Geriatrisk	Bokslut	Budget	Prognos	Budget
	2 007	2 008	2 008	2 009
Intäkter	2 182,7	2 124,7	2 124,7	2 134,1
Kostnader (specifikation)				
<i>Geriatrisk</i>	-1 452,0	-1 457,6	-1449,8	-1 467,9
<i>Specialiserad palliativ vård</i>	-142,7	-184,0	-184,0	-186,7
<i>SAH/ASIH</i>	-446,7	-471,0	-451,8	-466,7
<i>Övrig verksamhet</i>	-89,5	-12,1	-12,1	-12,8
Summa kostnader	-2 130,9	-2 124,7	-2 097,7	-2 134,1
Resultat Geriatrik	51,8	0,0	27,0	0,0

Geriatrisk omfattar geriatrisk vård vid geriatriska kliniker, sjukhusansluten hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ vård. Geriatrikens andel av budgeten utgör 5 procent.

Budgeten för geriatrik 2009 uppgår till 2 134 mkr vilket är en ökning med 9,4 mkr eller 0,4 procent jämfört med budget 2008. Prognosen för 2008 visar ett överskott. Genomförda upphandlingar under 2008 beräknas ge 30 mkr i lägre kostnader för 2009. Om även detta beaktas är utrymmet 3,2 procent.

För att stimulera till ett ökat direktintag till de geriatriska klinikerna planeras införande av bonus- vitessystem, som på helårsbasis beräknas kosta 15 mkr.

Läkemedel

Läkemedel	Bokslut	Budget	Prognos	Budget
	2 007	2 008	2 008	2 009
Intäkter	4 490,0	4 519,3	4 519,3	4 763,1
Kostnader (specifikation)				
<i>Läkemedel i öppen vård</i>	-4 666,0	-4 519,3	-4 469,3	-4 763,1
Resultat läkemedel	-176,0	0,0	50,0	0,0

Läkemedelskostnadernas andel av budgeten utgör 11 procent.

Budgeten för läkemedel 2009 uppgår till 4 763 mkr vilket är en ökning med 244 mkr eller 5,4 procent jämfört med budget 2008. Ökningen mot prognos för 2008 är 6,6 procent.

Uppräkningen av läkemedelsbudgeten innebär en reducering i förhållande till budgetunderlaget i september med 90 mkr. Dessa medel används som delfinansiering av de ökade kostnaderna för sjukhusavtalen.

Fördelning av läkemedelsbudgeten mellan närsjukvård och somatisk specialistvård viktas efter andel specialläkemedel respektive basläkemedel. För att bättre svara mot förskrivningen under 2008 har en omfördelning av läkemedelsbudgeten gjorts mellan närsjukvård och somatisk specialistvård.

Tandvård

Tandvård	Bokslut	Budget	Prognos	Budget
	2007	2 008	2 008	2 009
Intäkter	673,9	709,4	709,5	734,3
Kostnader (specifikation)				
<i>Områdesansvar barn och ungdom</i>	-26,6	-26	-26	-26
<i>Allmäntandvård barn och ungdom</i>	-321,5	-325	-325	-343
<i>Specialisttandvård barn och ungdom</i>	-146,5	-155	-155	-156
<i>Områdesansvar vuxna</i>	-14,0	-14	-14	-14
<i>Tandvårdsreformen</i>	-146,7	-157	-157	-164
<i>Specialisttandvård vuxna</i>	-3,6	-4	-4	-4
<i>Asylsjukvård</i>	-10,1	-11,9	-11,8	-12,2
<i>Övrigt</i>	-11,0	-17	-17	-16
Summa kostnader	-680,0	-709,4	-709,5	-734,3
Resultat Tandvård	-6,1	0,0	0,0	0,0

Tandvårdens andel av budgeten utgör 2 procent.

Budgeten för 2009 är 734 mkr vilket är en ökning med 3,3 procent jämfört med budget 2008.

Antalet besök för barn och ungdomar i udda åldrar 3-19 som kallas under 2009 ökar med c:a 6000 mot 2008. För detta har 9 mkr avsatts i budgeten. Inom barntandvården har ytterligare 2 mkr avsatts, för tandvård till ettåriga barn.

Uppdraget att införa auktorisation inom specialisttandvård för barn och ungdomar beräknas medföra kostnadsökningar med 5 mkr 2009.

Uppdraget att förstärka de förebyggande insatserna inom barn och ungdomstandvården genomförs som försöksverksamhet i begränsad skala och omfattar ettåringar i det obligatoriska kallelsesystemet. Försöksperioden, som omfattar tre år, påbörjas under senare delen av 2009 och 2 mkr finns budgeterat för detta.

Övrig sjukvård och övrig verksamhet

Övrig sjukvård och övrig verksamhet	Bokslut	Budget	Prognos	Budget
	2 007	2 008	2 008	2 009
Intäkter	3 387,7	3 298,5	3 299,4	3 657,3
Kostnader (specifikation)				
<i>Specialiserad rehabilitering inkl Klimatvård</i>	-284,8	-295,6	-292,6	-300,8
<i>Ambulanssjukvård</i>	-417,4	-452,2	-458,5	-474,8
<i>Tekniska hjälpmedel</i>	-849,9	-885,5	-878,5	-927,6
<i>Näringsprep, förband och inkontinensart</i>	-186,0	-188,5	-190,5	-198,0
<i>Habilitering</i>	-402,3	-418,8	-418,8	-427,8
<i>Asylsjukvård</i>	-11,7	-14,5	-14,5	-20,6
<i>Övrig verksamhet</i>	-837,2	-836,5	-801,1	-1 114,6
<i>HSN-förvaltning</i>	-218,2	-281,6	-274,6	-280,3
<i>Finansiella poster</i>	103,9	74,7	129,7	101,6
Summa kostnader	-3 103,6	-3 298,5	-3 199,4	-3 642,9
Resultat Övrig vård	284,1	0,0	100,0	14,4

Som övrig sjukvård och verksamhet redovisas bl a specialiserad rehabilitering, ambulanssjukvård, hjälpmedel inklusive inkontinenshjälpmedel, habilitering, språktolkar samt HSN- förvaltningens egen verksamhet. Andelen av budgeten är c:a 9 procent och kostnadsramen för övrig sjukvård och övrig verksamhet uppgår till 3 643 mkr 2009, vilket är en ökning med 10 procent jämfört med budget 2008.

Enligt avtalen med rehabiliteringsvårdgivare finns fastställda vårdvolymmer. Justering sker ej automatiskt i förhållande till antal vårdtillfällen vid akutsjukhusen vilket kan leda till behov av tilläggsbeställningar inom rehabilitering för att bibehålla nuvarande medicinska nivå.

Nuvarande avtal med Ryggcentrum uppgår till 40 mkr och gäller tom utgången av 2009. En upphandling av verksamheten har startat och kommer att slutföras under 2009, nytt avtal kommer att gälla from 2010.

Kostnadsramen för ambulansverksamhet 2009 uppgår till 475 mkr vilket är en ökning med 23 mkr eller 5 procent jämfört med budget 2008. Inom ambulanshelikopter- verksamheten tillkommer nya uppdrag 2009 med bl a en akutläkarbil. Från HSN:s ambulansbudget flyttas 1,5 mkr över till regionala enheten för kris- och katastrofberedskap (REK). I SOS-avtalets dirigerings- och prioriteringstjänst är det den del som avser REK som flyttas över.

Inom Hjälpmedelsområdet är avtalen bundna av uppräkningsklausuler och är generellt uppräknade med 3,5 procent. För Norra länsdelen innebär genomförda upphandlingar av hjälpmedelscentraler ökade kostnader då krav på tillgänglighet och ledtider väsentligt skärpts. För södra länsdelen avbröts dock samarbetet med antagen leverantör för hjälpmedelscentralen före avtalsstart. Driften av södra länets verksamhet fortsätter därför tills vidare i landstingets egen regi. Detta medför högre kostnader än tidigare beräknat. I budgeten har detta beaktats.

För området Habilitering ökar ramen med 2,1 procent vilken innehåller krav på effektivisering och viss ökning av volymer för att anpassas till ett ökat befolkningsantal. Statsbidraget för LSS är sänkt med 6 mkr och kommer 2009 att finansieras med medel ur landstingsbidraget.

För övrig verksamhet innebär budgeten högre kostnader för IT-system, Kommunikation och KFA:

- Kontinuerlig utveckling pågår av ersättningsbeskrivning och uppföljningssystem för att förbättra stödet för en effektiv uppföljning och analys av sjukvården inom Stockholms läns landsting. För att säkra den fortsatta utvecklingen ökas budgeten för IT med avseende på listningssystem, kodsysteem, uppföljning Vårdval etc.
- Budgeten för kommunikation med befolkningen förstärks främst för ökade samtalsvolymer för Vårdguidens telefonrådgivning.
- Fr o m 2009 har HSN ansvar för avtalet med det nybildade KFA (Karolinska folkhälsoakademin). Kostnaderna förknippat med detta uppgår till 145,5 mkr och avser 132 mkr för själva avtalet med KFA, 10,5 mkr för patientverksamhet som är knutet till KFA samt 3 mkr för HSN- förvaltningens beställarfunktion för avtalet. Kostnaderna finansieras med att 115 mkr överförs från landstingsstyrelsens budget för hittillsvarande centrum för folkhälsa som från januari 2009 övergår till KFA, 5 mkr omfördelas inom HSNs budget samt externa intäkter med 9 mkr. För resterande 16 mkr föreslås HSN ta över del av det budgeterade underskott i fullmäktiges budget som lades på landstingsstyrelsen och är förknippade med kostnadsökningar till följd av avtalet med KFA.

Kostnaderna för HSN- förvaltningens administration är uppräknade för ökade löner och priser med 2 procent vilket innebär effektiviseringskrav på minst 2 procent. Budgetreduceringen därutöver avser främst lägre hyreskostnader efter förvaltningens flytt till nya lokaler.

Privata sjukgymnaster och specialistläkare

HSN fattade i budgetunderlaget för 2009, den 16 september 2008, beslut om att uppdra till de tre sjukvårdsstyrelserna att inom sina geografiska områden ansvara för vårdutbudet av privata sjukgymnaster och specialistläkare som verkar enligt nationella taxan.

Detta förutsätter en fördelning av budgeten för privata specialistläkare och sjukgymnaster som motsvarar styrelsernas ansvarsområden. Arbetar med denna fråga både när det gäller bokslut för 2008 och uppföljning och budgetering för 2009. Den ordinarie budgeteringen och redovisningen kommer som tidigare att kopplas till det vådområde vårdgivaren är verksam, d v s specialist i psykiatri redovisas som psykiatri, specialist i ortopedi redovisas som somatisk specialistvård osv.

Som underlag för styrelsernas ansvar kommer därutöver vid sidan om ordinarie budget redovisas en fördelning av budgeten för privata sjukgymnaster och specialistläkare ur ett geografiskt perspektiv. Förslag på hur kostnader och lokaliseringar av olika specialiteter mm skall följas upp och analyseras under 2009 kommer att föreläggas HSN i mars 2009.

4.3 Verksamhetstal

Nedan redovisas en sammanfattning av budgeterade verksamhetstal för 2009, som jämförelse redovisas bokslut 2007 samt budget och prognos november för 2008. I bilaga 6 finns en mer detaljerad redovisning av verksamhetstalen.

Verksamhetstal	Bokslut	Budget	Prognos	Budget	Förändr	Förändr
	2 007	2 008	2 008	2 009	budg/budg %	budg/prog %
Läkarbesök totalt	6 491 428	6 699 240	6 963 378	7 174 201	7,1%	3,0%
Vårdtillfällen totalt	274 637	279 040	286 320	289 350	3,7%	1,1%
Primärvård						
Läkarbesök inkl ARV*	3 267 308	3 456 900	3 665 112	3 813 000	10,3%	4,0%
Somatisk specialistvård						
Läkarbesök inkl ARV	2 877 963	2 879 340	2 937 566	2 993 601	4,0%	1,9%
Vårdtillfällen	223 042	226 690	233 770	236 050	4,1%	1,0%
Psykatri						
Läkarbesök inkl ARV	330 854	347 300	345 000	351 100	1,1%	1,8%
Vårdtillfällen	25 717	25 950	26 750	27 300	5,2%	2,1%
Geriatrisk						
Läkarbesök inkl ARV	15 303	15 700	15 700	16 500	5,1%	5,1%
Vårdtillfällen	25 878	26 400	25 800	26 000	-1,5%	0,8%
Sjukgymnastik						
Besök exkl ARV	495 312	517 700	460 000	470 000	-9,2%	2,2%
Besök ARV	1 251 338	1 267 700	1 300 000	1 290 000	1,8%	-0,8%
Summa besök	1 746 650	1 785 400	1 760 000	1 760 000	-1,4%	0,0%
Tandvård						
Nödvändiga tandvård för vuxna	17 355	18 500	18 500	19 800	7,0%	7,0%
Andelen barn och ungdomar som besöker tandvården %	93	94	94	94	0,0%	0,0%

* ARV = Privatläkare och sjukgymnaster som arvoderas enligt nationella taxan

Antalet läkarbesök inom primärvården, inklusive närakuter/jourbesök och privata specialister, förväntas 2009 öka med 10,3 procent jämfört med budget 2008. I jämförelse med prognostiserat utfall 2008 beräknas ökningen till 4,0 procent. Under 2008 har husläkarbesöken ökat med 10,9 procent.

De främsta orsakerna till volymökningen, är befolkningsökning och ökat utbud inom ramen för vårdval, vilket har ökat tillgängligheten.

Besöken vid jourer/närakuter beräknas utifrån att antalet besök vid jourmottagningar ökar och antal besök vid närakuter minskar. Totalt är budget för besök vid jou-

rer/närakuter i nivå med prognosen för 2008. Övriga verksamheter inom primärvården beräknas i nivå med 2008.

Totalt antal läkarbesök för somatisk specialistvård inklusive privata specialister, ARV, beräknas öka 2 procent under 2009 jämfört prognos. Läkarbesöken inom akutsjukhusvården förväntas öka något, 3 procent medan antalet besök hos privata specialister beräknas minska något jämfört med prognos 2008. Antalet vårdtillfällen beräknas öka 1 procent under 2009 jämfört med prognosen för 2008.

Enlig prognosen för 2008 ökar antalet läkarbesök inom psykiatrien med 4,7 procent jämfört med 2008, och för 2009 beräknas ökningen till 1,5 procent. Nya ersättningssystem inom psykiatrien bidrar till ett ökat antal besök. Antalet vårdtillfällen 2009 beräknas ligga på en något högre nivå jämfört med 2008.

För geriatriken beräknas antalet läkarbesök för 2009 ligga något högre jämfört med prognos 2008. Antalet vårdtillfällen beräknas öka marginellt jämfört prognos.

4.4 Risker och möjligheter 2009

Utrymmet för kostnadsökningar 2008 är c:a 5,3 procent. Prognosen för 2008 pekar mot c:a 5 procents kostnadsökning. För perioden 2004 -2007 översteg den årliga kostnadsökningen aldrig 4 procent. Detta indikerar att budgeten för 2009 har goda förutsättningar att klar ett balanserat resultat. Trots detta finns ett antal områden det kan finnas risker för att budgeten kan komma att överskridas

Flerårsavtalen med sjukhusen medger i förekommande fall att 30 procent av den rörliga ersättningen för upp till 4 procents produktion över målvolym utbetalas. Sammantaget kan detta innebära en kostnad om c:a 165 mkr som inte är finansierad i förvaltningens budgetförslag. För Karolinska Universitetssjukhuset, som har en lägre avtalad volymökning än övriga sjukhus, bedöms risken för överproduktion störst och kan totalt uppgå till c:a 100 mkr.

Propositionen om ersättningsetablering innebär att läkare och sjukgymnaster verksamma enligt Lagen om läkarvårdsersättning respektive Lag om ersättning för sjukgymnastik, ska kunna överlåta rätten till offentlig ersättning från den 1 april 2009 till läkare respektive sjukgymnast inom samma specialitet. Idag är sammanlagt 633 läkare och 742 sjukgymnaster i Stockholms län verksamma enligt dessa lagar. För många av dessa bedrivs idag verksamhet i ganska ringa omfattning och överlåtelser kommer troligen att innebära utökningar. Effekten under 2009 bedöms inte hinna bli så påtaglig men för helt år kan kostnadsökningar uppskattas till storleksordningen 300 mkr respektive 200 mkr för vårdgivare verksamma inom somatisk specialistvård respektive närsjukvård. Därtill kommer kostnader för ökad förskrivning av läkemedel samt röntgen och laboratorieundersökningar.

Överklaganden av upphandlingar har skett inom psykiatri (beroendemottagning) och fysiologi. Detta kan innebära merkostnader då övertagande av den nya leverantören försenas eller att upphandlingarna måste göras om.

Medel har avsatts för ökande beställningar av hörselutprovningar. När en utökning av antalet utprovningar sker finns risken att kostnaderna för hörapparater inte kan hållas inom ram.

Nya lagar runt kvalitets- och säkerhetsnormer vid hanteringen av mänskliga vävnader och celler kan medföra kostnadsökningar på sjukhusen i storleksordningen 100 mkr. Finansiering enligt finansieringsprincipen⁴ förutsätts.

Statliga medel som kan komma att tillföras under året avseende rehabiliteringsgarantin och Kömiljarden är ej inräknade i budget för 2009 och kan innebära förbättringar av de ekonomiska förutsättningarna.

⁴ Finansieringsprincipen säger att nya statliga lagar och regler som medför ökade kostnader för kommuner och landsting ska täckas av staten.

5 Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning

5.1 Personal

För att Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning ska kunna utveckla sin verksamhet i enlighet med det politiska uppdraget krävs kompetenta medarbetare och en god arbetsmiljö. Förvaltningens arbetsgivaransvar handlar därför om att skapa goda förutsättningar för medarbetarna så att de kan göra ett bra jobb.

Genom att skapa goda förutsättningar blir förvaltningen en konkurrenskraftig arbetsgivare, som förmår rekrytera, utveckla och behålla kompetenta medarbetare där medarbetarna känner engagemang och arbetsglädje. Personalrelaterade frågor är därför en viktig del av förvaltningens verksamhetsstyrning.

Följande områden är strategiskt viktiga och bidrar till att Stockholm läns landstings övergripande personalstrategiska mål, policys, riktlinjer och direktiv uppnås under budgetperioden:

- Kompetensförsörjning
- Samverkan
- Jämlikhet
- Lön
- Ledar- och medarbetarskap
- Systematiskt arbetsmiljöarbete

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning innebär att säkerställa och förse förvaltningen med den kompetens som verksamheten behöver. Det är själva uppdraget och arbetsuppgifterna som styr vad verksamheten behöver för kompetens, både på kort och på lång sikt.

Det är dessutom nödvändigt att få medarbetarnas kompetens och vilja att överensstämna med verksamhetens behov och kompetens.

Kompetensplaneringen är ett viktigt verktyg för att uppnå detta och ingår därför som en del av förvaltningens verksamhetsplan. Såväl en förvaltningsövergripande kompetensutvecklingsplan ska tas fram som utvecklingsplaner för respektive avdelning och enhet samt för respektive medarbetare. Det gemensamma förvaltningsövergripande kompetensutvecklingsprogram som togs fram under hösten 2007 och som fortsatte under 2008 kommer att fullföljas under 2009. En introduktionsutbildning för nyanställda är ett stän-

digt återkommande behov som planeras även under 2009. Grundläggande beställarutbildning som vänder sig till samtliga medarbetare vid förvaltningen slutförs 2009.

Det utvecklingsarbete som påbörjats under 2008 med att ta fram stöd och verktyg för kompetensplaneringen i stort samt för det individuella utvecklingssamtalet fortsätter under 2009 med informations- och utbildningsinsatser.

Under 2009 förväntas viss naturlig personalomsättning. Att rekrytera en ny medarbetare är en viktig investering för framtiden som måste genomföras med noggrannhet. Förvaltningen fortsätter därför sitt arbete med att utveckla rutiner för hela rekryteringsprocessen.

Samverkan

En viktig förutsättning för förvaltningens verksamhetsutveckling, för att skapa en god arbetsmiljö samt för att bli en jämlik arbetsplats är medarbetarnas möjlighet till inflytande och delaktighet. Dialogen mellan medarbetare och chef samt mellan arbetsgivare och de fackliga organisationerna regleras i förvaltningens Samverkansavtal vilket utgår ifrån det landstingscentrala avtalet. Förvaltningens Samverkansavtal anger riktlinjer och rutiner om hur samverkan ska ske inom förvaltningen i form av samverkansgrupp, arbetsplatsträffar och utvecklingssamtal. Arbetet med att implementera avtalet fortsätter under 2009 och ska vara känt av samtliga medarbetare. Uppföljning kommer att ske i slutet av verksamhetsåret 2009.

Jämlikhet

Jämlikhet är ett gemensamt begrepp för jämställdhet och mångfald och innebär att alla medarbetare oavsett kön, ålder, etnisk- kulturell-, social- utbildnings- eller ekonomisk bakgrund, sexuell läggning eller fysiska och psykiska funktionshinder ska behandlas lika i en jämförbar situation.

Som arbetsgivare ska hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning bedriva ett målinriktat arbete för att aktivt främja lika rättigheter i arbetslivet. Arbetet med att upprätta en jämställdhets- och mångfaldsplan påbörjas. I detta ingår också att kartlägga och analysera löneskillnader mellan kvinnor och män som utför arbete som är att betrakta som lika eller likvärdigt samt, om behov finns, presentera åtgärder för att osakliga löneskillnader mellan kvinnor och män åtgärdas. Målsättningen är också att fler chefer ska genomgå den jämställdhetsutbildning som erbjuds från landstingets koncernledning.

Sedan 2005 är SLL i Nyckeltalsinstitutets jämställdhetsindex (JÄMIX). Det innebär att HSN-förvaltningen även under 2009 ska rapportera in ett antal nyckeltal inom jämställdhetsområdet. Nyckeltalen vägs samman till ett index som mått för hur långt arbetet med jämställdhet nått.

Lön

Som arbetsgivare följer Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning landstingets lönepolitik, som ska bidra till en ständig utveckling och förbättring av verksamheten samt vara ett incitament för att nå verksamhetsmålen. Lönen ska vara individuell och differentierad och bygga på sakliga kriterier.

HSN-förvaltningen ska inför löneöversynen 2009 utveckla nuvarande lönekriterier för medarbetarna som ska vara väl kända och förankrade i verksamheten. Dessutom ska särskilda lönekriterier utarbetas som tydliggör HSN-förvaltningens krav och förväntningar på sina chefer.

Som en start på och ett led i lönekartläggningen kommer en arbetsvärdering att påbörjas i syfte att utgöra ett tydligt styrinstrument och grund för HSN-förvaltningens lönestruktur.

Ledar- och medarbetarskap

Både ledare och medarbetare har ett ansvar för att Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag genomförs och utvecklas mot uppsatta mål. Förvaltningens arbete med att fastställa ett gemensamt synsätt på ledar- och medarbetarskapet, som utgår ifrån förvaltningens verksamhetsmål och landstingets övergripande personalpolicy, fortsätter.

För att förvaltningens chefer ska få stöd i sitt chefs- och ledarskap fortsätter de utvecklingsinsatser som påbörjades under 2008. Det inbegriper individuella satsningar i form av deltagande i olika ledarutvecklingsprogram, individuell coachning eller stöd från mentorer.

De månatliga chefsmötena som startade under 2008 fortsätter samt de riktade utvecklingsinsatserna för gruppen enhetschefer.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning ska uppnå en god arbetsmiljö genom att bedriva ett aktivt systematiskt arbetsmiljöarbete. Det sker bland annat genom att utveckla de områden som beskrivits ovan, d v s genom att skapa bra förutsättningar för medarbetarna i form av kompetensutveckling, delaktighet i att utveckla och förbättra verksamheten, jämlikhet, tydlig lönepolitik och ett bra och tydligt ledar- och medarbetarskap. 2009 års arbetsmiljö- och hälsoplan ingår som en del i Verksamhetsplanen.

Arbeta med att bygga upp rutiner för friskvård, sjukfrånvaro och rehabiliteringsinsatser fortsätter. Vidare fortsätter översynen av arbetstidssystemet vilket även innebär en översyn av nuvarande flexitidsavtal.

Som ett led i att skapa bra förutsättningar för medarbetarna att må bra på jobbet kommer också Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning arbeta vidare med de förbättringsåtgärder som framkom i 2008 års medarbetarenkät.

5.2 Miljö HSN-förvaltningen

Det interna miljöarbetet förstärks när HSN-förvaltningens miljöledningssystem under våren certifieras enligt ISO-standarden 14001. Miljöledningssystemet integreras i ordinarie verksamhetsstyrning. Rutinen för miljökonsekvensbedömning i beslutsunderlag följs upp. HSN-förvaltningens förbrukning av elanvändning och papper samt avfallsvolymer kartläggs. Relevanta miljökrav ställs vid upphandling av varor och konsulttjänster.

Medarbetarnas miljökompetens höjs genom att en interaktiv webbaserad kurs, SLL – Miljön, genomförs. Chefer ska också öka sina kunskaper i miljölagstiftning för hälso- och sjukvårdsverksamhet genom riktade utbildningsinsatser. Under året undersöks möjligheten att utarbeta en förvaltningsspecifik påbyggnadsdel till de interaktiva kurserna.

6 Investeringar

Inga investeringar planeras för perioden inom HSN:s ansvarsområde.

För investeringar i vården ska de landstingsdrivna vårdgivarna enligt anvisningarna samråda med HSN-förvaltningen innan investeringsplanen lämnas till landstingsstyrelsen. Dialogen syftar till att bedöma om föreslagna investeringar ligger i linje med den utveckling och förändring av verksamheten som HSN önskar se utifrån sin roll som beställare och företrädare för medborgarna.

RESULTATBUDGET 2008-2011						
RESULTATRÄKNING (belopp i tkr)	Bokslut 2 007	Budget 2 008	Prognos 2 008	rev 2009-01-09 Förslag 2 009	Planering 2 010	Planering 2 011
Verksamhetens intäkter (Tkr)						
Landstingsbidrag	36 776 737	39 208 500	39 383 481	41 306 870	42 545 870	44 514 870
6% ersättning vid upphandling	822 330	731 515	812 862	964 509	930 509	945 509
Övriga bidrag från staten	0	0	0	0	0	0
Övriga intäkter	522 148	476 501	522 401	496 345	477 252	477 252
Summa verksamhetens intäkter	38 121 215	40 416 516	40 718 744	42 767 724	43 953 631	45 937 631
Verksamhetens kostnader (Tkr)						
Beställare, egen verksamhet	-218 216	-281 612	-274 558	-280 260	-286 912	-289 732
Beställarverk. Somatiskspecialist vård	-16 086 060	-17 926 910	-18 131 937	-18 947 572	-18 830 162	-19 214 303
Beställarverk. Psykiatrisk vård	-4 214 511	-4 404 329	-4 404 329	-4 535 414	-4 628 729	-4 722 674
Beställarverk. Primärvård	-6 330 256	-6 701 900	-6 693 899	-7 030 436	-7 056 857	-7 200 084
Beställarverk. Geriatrisk vård	-2 130 966	-2 124 725	-2 097 724	-2 134 137	-2 204 815	-2 249 564
Beställarverk. Övrig sjukvård	-1 550 874	-1 598 746	-1 566 636	-1 911 784	-2 803 819	-3 955 897
Läkemedel i öppen vård	-4 666 184	-4 519 252	-4 469 255	-4 763 080	-4 972 721	-5 072 840
Habilitering	-402 300	-418 772	-418 772	-427 809	-440 089	-449 021
Hjälpmedel	-1 035 900	-1 074 016	-1 069 016	-1 125 608	-1 140 024	-1 163 162
Tandvård	-679 993	-709 434	-709 450	-734 297	-747 310	-763 005
6% momscompensation	-822 330	-731 515	-812 863	-964 509	-930 509	-945 509
Summa verksamhetens kostnader	-38 137 590	-40 491 211	-40 648 439	-42 854 906	-44 041 947	-46 025 791
Verksamhetens rörelseresultat	-16 375	-74 695	70 305	-87 182	-88 316	-88 160
Avskrivningar enligt plan						
Summa avskrivningar enligt plan	-4 798	-2 805	-2 805	-3 418	-2 284	-2 440
Finansiella intäkter						
Summa finansiella intäkter	109 419	77 500	132 500	105 000	105 000	105 000
Finansiella kostnader						
Summa finansiella kostnader	-735	0	0	0	0	0
Summa finansiella poster, netto	108 684	77 500	132 500	105 000	105 000	105 000
Resultat efter finansiella poster	87 511	0	200 000	14 400	14 400	14 400

BALANSRÄKNING (Tkr)

	PROGNOS	BUDGET	PLANERING	PLANERING
	2008-12-31	2009-12-31	2010-12-31	2011-12-31
<i>TILLGÅNGAR</i>				
Anläggningstillgångar				
Ombyggn i förhyrda lokaler	6 315	4 683	3 051	1 419
Inventarier	10 841	7 764	5 764	3 764
IT inventarier	88	57	26	0
Andra långfrist fordran	198 881	198 881	198 881	198 881
Summa Anläggning tillgångar	216 125	211 385	207 722	204 064
Omsättningstillgångar				
Lager/Förråd	273 000 *	0	0	0
Kundfordringar	140 521	147 202	151 498	158 431
Fordringar hos staten	188 100	197 043	202 794	212 075
Övriga kortfristiga fordringar	343 792	360 137	370 647	387 610
Förutbetalda kostnader	99 180	103 896	106 928	111 821
Upplupna intäkter	259 668	272 013	279 951	292 764
Kassa och Bank	5 580 435	5 880 229	6 068 769	6 361 921
Summa omsättningstillgångar	6 884 697	6 960 521	7 180 586	7 524 622
SUMMA TILLGÅNGAR	7 100 822	7 171 906	7 388 308	7 728 686
<i>SKULDER OCH EGET KAPITAL</i>				
Eget kapital				
Landstingskapital	13 404	13 404	13 404	13 404
Balanserat resultat		200 000	214 400	228 400
Årets resultat	200 000	14 400	14 000	14 000
Summa eget kapital	213 404	227 804	241 804	255 804
Avsättningar	0	0	0	0
Kortfristiga skulder				
Leverantörsskuld	4 530 657	4 764 403	4 903 272	5 127 202
Övriga kortfristiga skulder	223 706	235 248	242 104	253 161
Löneskuld	294	310	319	333
Semesterskuld	15 722	16 533	17 015	17 792
Upplupna kostnader	1 811 533	1 904 994	1 960 519	2 050 055
Förutbetalda intäkter	305 506	22 615	23 275	24 338
Summa kortfristiga skulder	6 887 418	6 944 102	7 146 504	7 472 882
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	7 100 822	7 171 906	7 388 308	7 728 686

* **Not 1** Avser återköp av tekniska hjälpmedel i samband med att avtalet med leverantör av Hjälpmedelstjänster för Norra länsdelen upphör 31 dec 2008. Lagret säljs tillbaks till leverantören enligt nytt avtal 1 jan 2009.

Utökad gemensam kostnadsinformation i budget 2007/2008/2009

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Budget	Prognos nov	Budget
Kostnader (Tkr)	2007	2008	2008	2009
Somatisk specialistvård				
Intäkter exkl moms	16 121 400	17 926 910	18 131 837	18 947 572
Momskomp	374 800	375 153	375 179	437 794
Summa intäkter	16 496 200	18 302 063	18 507 016	19 385 366
Kostnader (specifikation)				
Norrtälje	-20 200	-22 440	-22 440	-23 113
Danderyd	-1 642 800	-1 882 618	-1 908 318	-2 008 096
Karolinska Universitetssjukhuset	-7 567 100	-8 741 579	-8 819 279	-9 301 893
Södersjukhuset	-2 197 200	-2 451 692	-2 464 192	-2 632 763
S:t Göran	-986 900	-1 081 040	-1 106 905	-1 189 382
S:t Erik	-253 200	-300 570	-267 570	-294 361
Södertälje	-461 500	-475 946	-490 946	-521 519
Ersta	-182 200	-208 812	-190 732	-188 631
Mindre enheter	-492 800	-529 179	-596 206	-563 626
Privat spec läkare	-961 500	-953 661	-963 861	-982 271
Medicinsk service	-567 700	-544 306	-544 306	-526 635
Riksavtal / utomlänsvård	-555 300	-531 700	-572 700	-554 841
Asylsjukvård	-71 200	-58 437	-58 437	-62 106
Ev övrigt	-126 500	-144 930	-125 944	-98 335
Delsumma somatisk specialistvård	-16 086 100	-17 926 910	-18 131 837	-18 947 572
Momskomp	-374 800	-375 153	-375 179	-437 794
Summa spec kostnader	-16 460 900	-18 302 063	-18 507 016	-19 385 366
Resultat Somatisk specialistvård	35 300	0	0	0

Psykiatri				
Intäkter exkl moms	4 267 300	4 404 329	4 409 329	4 535 413
Momskomp	19 100	19 179	19 179	33 866
Summa intäkter	4 286 400	4 423 508	4 428 508	4 569 279
Kostnader (specifikation)				
Basåtagande / allmän psyk	-2 614 300	-2 726 957	-2 739 902	-2 810 586
Beroendevård	-627 900	-658 876	-655 376	-687 104
BUP	-556 800	-588 304	-589 954	-636 593
Åtstörningsvård	-122 300	-122 153	-124 153	-134 564
Riksavtal/ utomlänsvård	-12 600	-12 500	-13 500	-14 500
Privata spec läkare	-121 700	-127 059	-117 059	-121 565
Asylsjukvård	-35 200	-34 566	-34 566	-23 716
Övrig verksamhet	-123 800	-133 914	-129 819	-106 785
Delsumma psykiatri	-4 214 600	-4 404 329	-4 404 329	-4 535 413
Momskomp	-19 100	-19 179	-19 179	-33 866
Summa spec kostnader	-4 233 700	-4 423 508	-4 423 508	-4 569 279
Resultat Psykiatri	52 700	0	5 000	0

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Budget	Prognos nov	Budget
Kostnader (Tkr)	2007	2008	2008	2009
Primärvård				
Intäkter exkl moms	6 175 900	6 701 900	6 711 899	7 030 436
Momskomp	151 300	209 209	176 232	201 519
Summa intäkter	6 327 200	6 911 109	6 888 131	7 231 955
Kostnader (specifikation)				
Husläkarverksamhet	-3 218 800	-3 331 540	-3 299 801	-3 482 281
Jour/Närakut verksamhet	-269 800	-192 271	-227 271	-238 684
Hemsjukvård	-459 200	-541 068	-519 448	-490 780
MVC	-303 900	-300 656	-325 656	-347 496
BVC	-329 300	-395 486	-368 486	-397 766
Paramedicin exkl privata sjukgymn	-319 000	-338 339	-338 339	-356 141
Riksavtal/utomlänsavtal	-64 100	-65 647	-65 429	-67 250
Privata spec läkare	-232 800	-245 782	-230 782	-248 366
Privata sjukgymnaster	-510 700	-540 593	-547 593	-564 686
Asylsjukvård	-27 400	-25 614	-25 614	-39 525
Övrig verksamhet	-595 200	-724 904	-745 480	-797 461
Delsumma primärvård	-6 330 200	-6 701 900	-6 693 899	-7 030 436
Momskomp	-151 300	-209 209	-176 232	-201 519
Summa spec kostnader	-6 481 500	-6 911 109	-6 870 131	-7 231 955
Resultat Primärvård	-154 300	0	18 000	0

Geriatrik				
Intäkter exkl moms	2 182 700	2 124 725	2 124 725	2 134 137
Momskomp	41 300	36 224	33 170	60 508
Summa intäkter	2 224 000	2 160 949	2 157 895	2 194 645
Kostnader (specifikation)				
Geriatrik	-1 452 000	-1 457 600	-1 449 831	-1 467 900
Specialiserad palliativ vård	-142 700	-183 953	-183 953	-186 744
SAH/ASIH	-446 700	-471 048	-451 816	-466 719
Asylsjukvård	0	0	0	0
Övrig verksamhet	-89 500	-12 124	-12 125	-12 774
Delsumma geriatrik	-2 130 900	-2 124 725	-2 097 725	-2 134 137
Momskomp	-41 300	-36 224	-33 170	-60 508
Summa spec kostnader	-2 172 200	-2 160 949	-2 130 895	-2 194 645
Resultat Geriatrik	51 800	0	27 000	0

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Förslag	Prognos	Förslag
Kostnader (Tkr)	2007	2008	2008	2009
Övrig köpt vård				
Intäkter exkl moms	7 685 115	7 536 091	7 537 021	8 141 100
Momskomp	98 000	50 425	167 802	187 496
Summa intäkter	7 783 115	7 586 516	7 704 823	8 328 596
Kostnader (specifikation)				
Specialiserad rehabilitering inkl Klimatvård	-284 800	-297 170	-292 625	-300 848
Ambulanssjukvård	-417 400	-452 194	-458 395	-474 785
Läkemedel i öppen vård	-4 666 000	-4 519 252	-4 469 252	-4 763 080
Hjälpmedel	-849 900	-885 512	-878 512	-927 619
Näringsprep, förband och inkontinensart	-186 000	-188 504	-190 504	-197 989
Habilitering	-402 300	-418 772	-418 772	-427 809
Asylsjukvård	-11 700	-14 534	-14 534	-20 553
Övrig verksamhet	-933 174	-834 848	-801 155	-1 115 599
Delsumma övrig vård	-7 751 274	-7 610 786	-7 523 749	-8 228 282
Momskomp	-98 000	-50 425	-167 802	-187 496
Summa spec kostnader	-7 849 274	-7 661 211	-7 691 551	-8 415 778
Resultat Övrig vård	-66 159	-74 695	13 272	-87 182

Tandvård				
Intäkter exkl moms	673 900	709 434	709 434	734 297
Momskomp	41 800	41 325	41 325	43 326
Summa intäkter	715 700	750 759	750 759	777 623
Kostnader (specifikation)				
Områdesansvar barn och ungdom	-26 600	-25 976	-25 976	-25 792
Allmäntandvård barn och ungdom	-321 500	-324 979	-324 979	-342 895
Specialisttandvård barn och ungdom	-146 500	-155 328	-155 328	-155 766
Områdesansvar vuxna	-14 000	-14 030	-14 030	-14 131
Tandvårdsreformen	-146 700	-156 952	-156 952	-164 448
Specialisttandvård vuxna	-3 600	-3 589	-3 589	-3 589
Asylsjukvård	-10 100	-11 850	-11 850	-12 200
Övrigt	-11 000	-16 730	-16 730	-15 476
Delsumma tandvård	-680 000	-709 434	-709 434	-734 297
Momskomp	-41 800	-41 325	-41 325	-43 326
Summa spec kostnader	-721 800	-750 759	-750 759	-777 623
Resultat Tandvård	-6 100	0	0	0

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Förslag	Prognos	Förslag
Kostnader (Tkr)	2007	2008	2008	2009
Övrig verksamhet				
Intäkter exkl moms	288 600	281 612	281 612	280 260
Momskomp	0	0	0	0
Summa intäkter	288 600	281 612	281 612	280 260
Kostnader (specifikation)				
Beställarens egen verksamhet	-218 216	-281 612	-274 579	-280 260
Delsumma Beställarkost	-218 216	-281 612	-274 579	-280 260
Momskomp	0	0	0	0
Summa spec kostnader	-218 216	-281 612	-274 579	-280 260
Resultat Övrigt	70 384	0	7 033	0

Summa verksamhetens intäkter	38 121 215	40 416 516	40 718 744	42 767 724
Summa verksamhetens kostnader	-38 137 590	-40 491 211	-40 648 439	-42 854 906
Resultat	-16 375	-74 695	70 305	-87 182

Avskrivningar enligt plan

Summa avskrivningar enligt plan	-4 798	-2 805	-2 805	-3 418
--	---------------	---------------	---------------	---------------

Finansiella intäkter

Summa finansiella intäkter	109 419	77 500	132 500	105 000
-----------------------------------	----------------	---------------	----------------	----------------

Finansiella kostnader

Summa finansiella kostnader	-735	0	0	0
------------------------------------	-------------	----------	----------	----------

Summa finansiella poster, netto	108 684	77 500	132 500	105 000
--	----------------	---------------	----------------	----------------

Resultat efter finansiella poster	87 511	0	200 000	14 400
--	---------------	----------	----------------	---------------

Sammanställning av förändrat landstingsbidrag slutlig budget 2009

Förändrade kostnader mkr (ökade kostnader - minskade kostnader +)	Totalt	Somatisk specialist sjukvård	Primärv ård	Psykiatri	Geriatrik	Övrig när- sjukvård	Övrig verk- samhet
<i>Minskade kostnader</i>							
Anpassning lägre kostnader 2008	27				20	7	
Justering finansiella intäkter	9						9
Effektiviseringskrav	554	300	128	66	25	7	29
Effekter av upphandling	120	35	35	10	30	10	
<i>Ökade kostnader</i>							
Medicinsk teknisk utveckling	-140	-140					
Pris o lönekompensation	-1 225	-615	-278	-130	-63	-73	-66
Ökad verksamhet p g a befolkningsökn. mm	-738	-602	-56	-42	-21	-16	
Ökade volymer	-47		-26	-10			-11
Utökad verksamhet	-42		-19	-20			-3
Övriga kostnader	-32		-35	-5	0		9
Lättakuter	-30		-30				
Effekter av vårdval	-20		-20				
Kubtester	-4		-4				
STI (Sexual transmitted infektions)	-15		-15				
Hospice barn	-10		-10				
Ambulansverksamhet	-4						-4
Ryggcentrum	-40						-40
Utveckling tandvård	-10						-10
Kommunikationsinsatser	-60						-60
IT kostnader	-32						-32
Karolinska folkhälsoakademin	-116						-116
Läkemedelskostnader	-244	-151				-93	
Summa	-2 098	-1 173	-330	-132	-10	-163	-291

Sammanfattning

Ny verksamhet o ökade volymer	-1 324	-742	-215	-78	-21	-14	-254
Priskomp minus effektiviseringskrav	-671	-315	-150	-64	-39	-66	-37
Läkemedel	-244	-151	0	0	0	-93	0
Upphandling	140	35	35	10	50	10	0
Summa	-2098	-1173	-330	-132	-10	-163	-291

VERKSAMHETSTAL

PRIMÄRVÅRD	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Sammanfattning				
Antal läkarbesök, exkl ARV	3 182 300	3 515 000	3 515 000	3 515 000
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	270 000	390 600	390 600	390 600
Antal övriga besök exkl ARV inkl sjukgymn	3 886 700	4 416 600	4 416 600	4 416 600
Antal läkarbesök privata specialister, ARV	274 600	298 000	298 000	298 000
Antal telefonkontakter privata specialister, ARV	67 100	67 100	67 100	67 100
Antal övriga besök ARV inkl sjukgymn	1 267 700	1 350 000	1 350 000	1 350 000
Antal hus-/distriktsläkare	950	0	0	0
Riksavtal , besök	61 700	60 000	60 000	60 000
Köpt primärvård inkl telefonkontakter				
	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4				
Husläkarverksamhet				
Läkarbesök (exkl tel)	2 688 800	2 940 000	2 940 000	2 940 000
Telefonkontakter	0	320 600	320 600	320 600
Övriga besök, Dsk etc	0	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Övriga besök , psykosociala insatser	79 000	79 000	79 000	79 000
Jourläkarverksamhet / Närakuter				
Läkarbesök (exkl tel)	336 700	305 700	305 700	305 700
Telefonkontakter	0	2 000	2 000	2 000
Övriga besök	0	5 000	5 000	5 000
Hemsjukvård (Basal)				
Läkarbesök (exkl tel)	18 000	23 000	23 000	23 000
Telefonkontakter	0	41 000	41 000	41 000
Övriga besök	1 340 000	1 490 000	1 490 000	1 490 000
Mvc				
Läkarbesök (exkl tel)	35 400	51 300	51 300	51 300
Telefonkontakter	0	0	0	0
Övriga besök	0	517 700	517 700	517 700
Bvc				
Läkarbesök (exkl tel)	77 000	95 000	95 000	95 000
Telefonkontakter	0	0	0	0
Övriga besök	0	574 900	574 900	574 900
Övriga besök				
Övriga Läkarbesök (exkl tel) ex gyn,barn,säbo	26 400	100 000	100 000	100 000
Telefonkontakter	0	27 000	27 000	27 000
Övriga besök ex logopedier,fotvård	0	140 000	140 000	140 000
PrimärvårdsRehab				
Sjukgymnast besök	517 700	470 000	470 000	470 000
Övriga besök, ex Arbetsterapeut,Dietist	0	140 000	140 000	140 000
Riksavtal / utomlänsvård				
Besök	61 700	60 000	60 000	60 000
Privata specialister läkare och sjukgymnaster				
Läkarbesök (nu inkl tel, förslag exkl tel)	274 600	298 000	298 000	298 000
Telefonkontakter	67 100	67 100	67 100	67 100
Sjukgymnastbesök ARV	1 267 700	1 290 000	1 290 000	1 290 000
Övriga besök ex kiroprakt	0	60 000	60 000	60 000

GERIATRIK exkl SAH	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Sammanfattning				
Antal vårdtillfällen, slutna vård	26 400	26 000	26 000	26 000
Antal vård dagar, slutna vård	369 600	330 000	330 000	330 000
Antal individer slutna vård	18 700	18 700	18 700	18 700
Medelvårdtid, dagar	14,0	14	14	14
Antal läkarbesök,exkl privata spec, ARV	15 700	16 500	16 500	16 500
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	9 000	9 000	9 000	9 000
Antal övriga besök exkl ARV	36 900	36 900	36 900	36 900
Antal telefonkontakter övriga besök	6 400	6 400	6 400	6 400
Köpt geriatrik				
	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4				
Geriatrisk exkl hospice/palliativ				
Vårdtillfällen	23 400	23 000	23 000	23 000
Läkarbesök	24 600	25 400	25 400	25 400
Övriga besök	42 400	45 000	45 000	45 000
Hospice, Palliativ vård				
Vårdtillfällen	3 000	3 000	3 000	3 000
Läkarbesök	100	100	100	100
Övriga besök	900	900	900	900

PSYKIATRI	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Sammanfattning				
Antal vårdtillfällen, slutna vård	25 950	27 300	27 300	27 300
Antal vård dagar, slutna vård	298 100	288 200	288 200	288 200
Antal individer slutna vård	11 770	10 000	10 000	10 000
Medelvårdtid, dagar	11,5	11	11	11
Antal läkarbesök,exkl privata spec, ARV	234 100	247 300	247 300	247 300
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	62 700	68 800	68 800	68 800
Antal övriga besök exkl ARV	1 034 900	1 055 000	1 055 000	1 055 000
Antal telefonkontakter övriga besök	107 145	107 600	107 600	107 600
Antal läkarbesök privata specialister, ARV	113 200	103 800	103 800	103 800
Antal telefonkontakter privata specialister, ARV	9 700	8 900	8 900	8 900
Riksavtal , besök	3 000	3 000	3 000	3 000
Köpt Psykiatri inkl telefonkontakter				
	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4				
Basåtagande / allmän psykiatri				
Vårdtillfällen	11 890	12 330	12 330	12 330
Läkarbesök	221 870	238 100	238 100	238 100
Övriga besök	632 300	651 300	651 300	651 300
Beroendevård				
Vårdtillfällen	13 300	14 400	14 400	14 400
Läkarbesök	52 350	53 900	53 900	53 900
Övriga besök	267 650	275 700	275 700	275 700
BUP				
Vårdtillfällen	340	400	400	400
Läkarbesök	21 800	24 200	24 200	24 200
Övriga besök	127 000	131 000	131 000	131 000
Åtstörningsvård				
Vårdtillfällen	140	144	144	144
Läkarbesök	1 500	1 500	1 500	1 500
Övriga besök	16 500	17 000	17 000	17 000
Riksavtal / utomlänsvård				
Besök	3 680	3 000	3 000	3 000

Privata specialist läkare				
Vårdtillfällen	0	0	0	0
Läkarbesök	125 800	113 000	113 000	113 000
Övriga besök	0	0	0	0
Övrig verksamhet				
Vårdtillfällen	0	0	0	0
Läkarbesök	2 100	2 000	2 000	2 000
Övriga besök	14 000	14 000	14 000	14 000

HABILITERING	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Sammanfattning				
Övriga besök	96 040	100 000	100 000	100 000
Köpt habilitering				
Budget 2008				
Förslag 2009				
Planering 2010				
Planering 2011				
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4				
Habilitering				
Vårdtillfällen	0	0	0	0
Läkarbesök	0	0	0	0
Övriga besök	96 040	100 000	100 000	100 000

ASIH , SAH, PAH	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Sammanfattning				
Antal vård dygn	242 300	242 300	242 300	242 300
Antal individer	2 040	2 040	2 040	2 040
Antal läkarbesök	14 000	14 000	14 000	14 000
Antal övriga besök	198 300	198 300	198 300	198 300

AKUTSJUKVÅRD	Budget 2008	Förslag 2009	Planering 2010	Planering 2011
Sammanfattning				
Antal vårdtillfällen, slutna vård	226 690	236 050	240 627	245 297
Antal vård dagar, slutna vård	877 290	903 609	921 681	940 114
Antal individer slutna vård	156 420	161 113	164 335	167 622
Medelvårdtid, dagar	3,9	4	4	4
Antal läkarbesök, exkl privata spec, ARV	1 811 120	1 921 940	1 955 304	1 989 335
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	276 390	287 186	292 172	297 257
Antal övriga besök exkl ARV	662 370	679 080	691 443	704 052
Antal telefonkontakter övriga besök	124 670	139 089	141 621	144 204
Antal läkarbesök privata specialister, ARV	1 068 220	1 071 660	1 071 660	1 071 660
Antal telefonkontakter privata specialister, ARV	222 940	219 497	219 497	219 497
Riksavtal, vårdtillfällen	8 400	8 403	8 403	8 403
Riksavtal , besök	66 680	66 678	66 678	66 678
Köpt akutsjukvård inkl telefonkontakter				
Budget 2008				
Planering 2009				
Planering 2010				
Planering 2011				
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4				
Norrtälje				
Vårdtillfällen	610	622	635	647
Läkarbesök	4 844	4 941	5 040	5 140
Övriga besök	540	551	562	573
Danderyd				
Vårdtillfällen	36 811	38 208	38 972	39 752
Läkarbesök	215 323	216 054	220 375	224 783
Övriga besök	65 500	70 148	71 551	72 982
Karolinska Universitetsjsh				
Vårdtillfällen	94 699	98 620	100 592	102 604
Läkarbesök	980 084	1 076 246	1 097 771	1 119 727
Övriga besök	400 519	448 614	457 587	466 738

Södersjukhuset				
Vårdtillfällen	52 542	53 979	55 059	56 160
Läkarbesök	277 764	294 462	300 352	306 359
Övriga besök	134 327	122 109	124 551	127 042
S:t Göran				
Vårdtillfällen	20 997	25 350	25 857	26 374
Läkarbesök	104 856	117 575	119 927	122 325
Övriga besök	44 113	35 120	35 822	36 539
S:t Erik				
Vårdtillfällen	1 117	1 139	1 162	1 185
Läkarbesök	116 601	125 144	127 647	130 200
Övriga besök	34 733	40 518	41 329	42 155
Södertälje				
Vårdtillfällen	10 114	10 967	11 186	11 410
Läkarbesök	85 879	83 025	84 686	86 379
Övriga besök	27 533	27 675	28 229	28 793
Ersta				
Vårdtillfällen	2 480	1 594	1 594	1 594
Läkarbesök	45 739	32 981	32 981	32 981
Övriga besök	20 584	8 767	8 767	8 767
Mindre enheter				
Vårdtillfällen	5 494	5 570	5 570	5 570
Läkarbesök	258 669	258 698	258 698	258 698
Övriga besök	57 243	64 666	64 666	64 666
Privat spec läkare				
Vårdtillfällen	0	0	0	0
Läkarbesök	1 168 190	1 291 157	1 291 157	1 291 157
Övriga besök	0	0	0	0
Riksavtal / utomlänsvård				
Vårdtillfällen	8 337	8 403	8 403	8 403
Besök	68 833	66 678	66 678	66 678

Tandvård	Budget	Planering	Planering	Planering
VERKSAMHETSTAL 2008-2011	2008	2009	2010	2011
Tandvård				
Andelen barn och ungdomar som besöker tandvården	94	94	94	94
Kötider inom specialisttandvården barn och ungdom	3	3	3	3
Andelen kariesfria 3-åringar	96	96	96	96
Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden	89	89	89	90
Andelen 19-åringar med karrerade sidoytor	56	56	56	55
Kötider inom specialisttandvården vuxna	6	6	6	6
Antal starter tandreglering	5 500	5 500	5 600	5 700
1) Antal erbjudna munhälsobedömningar	20 800	24 000	25 000	27 000
2) Antalet utförda munhälsobedömningar	17 300	19 000	20 000	21 000
3) Antal vuxna som erhållit nödvändig tandvård	18 500	19 800	20 500	21 500
4) Antalet vuxna som erhållit tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling (LIS)	7 300	7 500	7 600	7 800