



Budget 2010 och planering 2011-2012

FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN

Innehåll

Sammanfattning	2
1 Mål och uppdrag för hälso- och sjukvården.....	4
1.1 Förutsättningar för budgeten 2010	4
1.2 Medborgarperspektivet.....	6
1.3 Patientperspektivet	7
2 Förändringar som påverkar hälso- och sjukvården	8
2.1 Omvärldsperspektivet.....	9
2.2 Befolkningsutveckling.....	14
2.3 Upphandlingar	17
2.4 Framtidens hälso- och sjukvård.....	18
3 Verksamhetens omfattning och innehåll.....	19
3.1 Kommunikation med invånarna	19
3.2 Prehospital vård	20
3.3 Primärvård	21
3.4 Förlossnings- och barnsjukvård, MVC, BVC och ungdomsmottagningar.....	23
3.5 Psykiatri och beroendevård	24
3.6 Äldresjukvård och geriatrik.....	26
3.7 Somatisk specialistvård	27
3.8 Tandvård.....	30
3.9 Rehabilitering, hjälpmedel, asylsjukvård och tolkverksamhet	32
3.10 Läkemedel	34
3.11 Tillgänglighet	36
3.12 Vårdval	37
3.13 Publika jämförelser.....	39
3.14 Patientsäkerhet.....	40
3.15 Jämlik och jämställd vård.....	42
3.16 Förebyggande hälso- och sjukvård.....	43
3.17 Sjukskrivning och rehabilitering	44
3.18 Miljö	45
3.19 Ersättningsmodeller och systemstöd	46
4 Verksamhetens ekonomi	48
4.1 Landstingsbidrag HSN totalt	48
4.2 Allmänna förutsättningar.....	48
4.3 Budget per verksamhetsområde	52
4.4 Verksamhetstal	62
4.5 Risker och möjligheter	63
5 Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning	65
5.1 Medarbetarna	65
5.2 Miljö HSN-förvaltningen	66
6 Investeringar	68

Sammanfattning

Budgetförslaget för hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) 2010 innebär en ökning av budgetramen med 1 033 miljoner kronor eller 2,5 procent jämfört med 2009. Motsvarande ökning 2009 var 2 100 miljoner kronor eller 5,4 procent. HSN:s budget 2010 omfattar totalt 42,8 miljarder kronor och avser hälso- och sjukvård, tandvård samt läkemedel för länets två miljoner invånare. Uppdraget utförs främst genom upphandlade avtal med privata vårdgivare, vårdavtal med landstingsdrivna vårdgivare samt med vårdvalsmodeller med auktoriserade privata och landstingsdrivna vårdgivare.

I Stockholms län bor 21 procent av landets befolkning. Befolkningstillväxten är för närvarande högre än för övriga landet och förväntas öka med 26 000 individer fram till och med 2010.

Övergripande mål för Stockholms läns landsting, sett ur ett medborgarperspektiv, är att medborgarna är nöjda med verksamheten. För hälso- och sjukvården innebär det att befolkningens förtroendet för hälso- och sjukvården ska öka. Ur ett patientperspektiv är det övergripande målet att tillgängligheten ska vara sådan att vårdgarantin uppfylls till alla delar.

Trots lägre ökning av ramarna än under senare år är inriktningen att kvaliteten och omfattningen av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting ska bibehållas under 2010. Inom ramen för de tilldelade resurserna ska hälso- och sjukvården fortsätta att utvecklas mot de övergripande målen. Det innebär att arbetet med att ge medborgarna mesta möjliga vård inom givna resurser måste intensifieras ytterligare.

Utgångspunkter för budgetförslaget är att läkemedelskostnaderna ökar med 4 procent och att treårsavtalen med sjukhusen innebär ökade kostnader med cirka 2,9 procent. Treårsavtalen med sjukhusen är väsentlig för den långsiktigt hållbara ekonomiska utvecklingen i landstinget och innebär att sjukhusen måste sänka sin kostnadsökning under 2010. För övrig verksamhet budgeteras en ökning om cirka 1,3 procent. Ramarna för befintliga vårdvalsområden och övrig vård räknas upp med den volymökning som sker till följd av att befolkningen ökar.

Budgetförslaget förutsätter att ytterligare effektiviseringar genomförs under 2010. I första hand hanteras dessa effektiviseringar genom oförändrade priser inom befintliga vårdvalsområden och påverkbara avtal. Kostnadsreducerande åtgärder föreslås också inom HSN-förvaltningens egen verksamhet, genom att ny verksamhet som har beslutats skjuts på framtiden samt att befintliga avtal ses över. Vidare kommer nya upphandlingar att prövas med syftet att ytterligare sänka kostnaderna för köpt vård.

Utifrån ovan redovisade förutsättningar och åtgärder ligger förslaget till budget 2010 inom de givna ramarna. HSN-förvaltningen bedömer dock att budgeten saknar marginaler och att inget utrymme finns för volymökningar utöver vad som motsvaras av befolkningförändringar. För att öka förutsättningarna för att klara en ekonomi i balans 2010

bedömer HSN-förvaltningen att HSN:s budget i den fortsatta budgetprocessen behöver stärkas med intäktsökningar eller kostnadsminskningar.

Förvaltningen redovisar i bilaga 6 ett förslag till justering av patientavgifterna som syftar till att förenkla regelverket för befolkningen och produktionen samt ge stöd för styrning av patienterna till rätt vårdnivå. Här föreslås också att patientavgiften för recept per telefon tas bort för att lösa den problematik som annars uppstår när apoteken, efter avregleringen av apoteksmarknaden, inte längre tar in patientavgiften vid recept per telefon.

Fler vårdvalsområden föreslås under 2010. Särskild vikt läggs vid att dessa nya vårdvalsområden inte innebär ytterligare kostnader.

Uppföljningen och utvecklingen av fler publika jämförelser fortsätter under 2010. Genom att publikt redovisa vårdgivarnas resultat stimuleras kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården och därmed förbättras informationen till medborgarna.

Patientsäkerheten ska ytterligare förbättras. Målsättningen är att ingen patient ska drabbas av undvikbara vårdskador vid vård och behandling. Patientsäkerhet är viktigt dels för att undvika lidande för patienter dels för att minska onödiga kostnader i hälso- och sjukvården. I Stockholms läns landstings beräknas kostnaderna för vårdrelaterade infektioner inom akutsjukvården till 1,2 miljarder kronor.

Ersättningsmodellerna ska förbättra styrningen av hälso- och sjukvården samt skapa incitament för att effektivisera verksamheten. Antalet ersättningsmodeller har ökat under de senaste åren och en översyn ska därför göras med inriktningen att förenkla och förbättra styrningen.

Läkemedelsanvändningen ska vara kostnadseffektiv och säker. Landstingsfullmäktige har fattat beslut om att föra ut kostnadsansvaret för receptläkemedel till alla vårdgivare med vårdavtal. För 2010 sker detta inom akutsomatisk vård, vuxenpsykiatri och basgeriatrik. För primärvården införs en utökad incitamentsmodell.

1 Mål och uppdrag för hälso- och sjukvården

Målet för hälso- och sjukvården är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. De övergripande målen för god vård i länet innebär att, utifrån behov, ge en patientfokuserad vård i rimlig tid som är säker, kunskapsbaserad, ändamålsenlig, jämlik och effektiv och som bidrar till ett förbättrat hälso-läge bland länets invånare.

För att säkerställa att hälso- och sjukvården utmärks av hög kvalitet och helhetssyn har Landstingsfullmäktige fastställt policydokumenten ”Vård i dialog” och ”Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting”. Patient och närstående ska ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omtanke och respekt. Vidare ska hälso- och sjukvårdens resurser användas på ett effektivt sätt och verksamheten ska ständigt förbättra och utveckla sina resultat. Effekter av förebyggande, utredande och behandlande åtgärder ska utvärderas och bedömas och resultaten ska göras tillgängliga. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig och befolkningen i länet ska vidare vara nöjd med och ha tillit till den hälso- och sjukvård inklusive tandvård som bedrivs i länet.

I budgeten lämnar HSN-förvaltningen förslag på fördelning av budgetmedel utifrån den preliminära budgeten som hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) fattade beslut om den 23 juni 2009. Budgeten utgör utgångspunkten för HSN:s uppdrag att beställa en kostnadseffektiv, tillgänglig och kvalitativt god vård till länets alla invånare.

1.1 Förutsättningar för budgeten 2010

Samhällsekonomin befinner sig i kris vilket bland annat innebär att skatteintäkterna utvecklas mindre positivt i Stockholms läns landsting. Under 2010 kommer ekonomin vara i fokus för HSN och ekonomi i balans med god ekonomisk hushållning prioriteras. Ordning och reda i ekonomin ger förutsättningar för att fortsatt värna om hälso- och sjukvården. Den ekonomiska situationen innebär också att arbetet med att ge medborgarna mesta möjliga vård, inom givna resurser, måste intensifieras ytterligare.

Landstingsstyrelsen (LS) fattade den 19 maj 2009 beslut om budgetdirektiven för perioden 2010 till 2012 samt investeringar för perioden 2010 till 2014. I beslutet anges den ekonomiska ramen för HSN. Den tilldelade budgetramen från LS innebär en uppräknings av HSN:s budgetram motsvarande cirka 2,5 procent 2010 jämfört med 2009. Det ska jämföras med att uppräknings under de senaste åren legat på drygt 5 procent.

Inriktningen är att befintlig kvalitet och omfattning av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting ska bibehållas under 2010. Mot bakgrund av den ekonomiska situationen innebär det att i ännu högre grad säkerställa mesta och bästa vården för givna resurser.

De ingångna treårsavtalen med sjukhusen är väsentliga för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling i landstinget. Treårsavtalen innebär att sjukhusen måste sänka sin

kostnadsökningstakt under 2010 och 2011. För att Stockholms läns landsting ska uppnå en budget i balans under 2010 är det nödvändigt att sjukhusen anpassar sin kostnadsutveckling till nivåerna i treårsavtalen.

Vidare föreslås att vissa tidigare beslutade men ej genomförda satsningar skjuts på framtiden. Uppräkningarna av priserna till befintliga vårdvalsområden och avtal hålls på en så låg nivå som möjligt, i många fall innebär det att uppräkningarna av ersättningen uteblir. I beräkningen av budgeten har hänsyn tagits till den volymökning som sker till följd av att befolkningen ökar.

Den ekonomiska situationen gör det särskilt viktigt att den systemövergripande effektiviteten ytterligare förbättras. Det gäller till exempel att patienterna i större utsträckning än tidigare behandlas på rätt vårdnivå, vilket treårsavtalen med sjukhusen skapar förutsättningar för, ett annat exempel är arbetet med patientsäkerhet och åtgärder för att minska kvalitetsbristkostnader. En översyn har också gjorts av nuvarande avgiftsstruktur. Utgångspunkten har varit att få en mer logisk avgiftsstruktur samtidigt som den i högre grad ska styra mot rätt vårdnivå. Förslaget utgör också en kostnadsänkning i budgeten. Vidare kommer i större omfattning än tidigare upphandlingar och vårdval att prövas inom olika områden. En ökad konkurrens kan vara ett sätt att öka effektiviteten och kvaliteten i hälso- och sjukvården.

I budgeten för 2010 har HSN-förvaltningen tagit hänsyn till styrande dokument i landstinget som till exempel gällande policydokument. Vidare har HSN-förvaltningen tagit hänsyn till hur förändringar i omvärlden kommer att påverka hälso- och sjukvården under det kommande året.

Övergripande beskrivning av budgetprocessen

Maj	LS beslutar om budgetdirektiv där bland annat HSN tilldelas budget-ram för det kommande året.
Juni	HSN beslutar om preliminär budget med fördelningen av tilldelade medel mellan olika verksamhetsområden.
September	HSN beslutar om budgetunderlag till slutgiltig budget samt mål och precisering vid fördelningen av medel.
November	Landstingsfullmäktige (LF) beslutar om budgeten för Stockholms läns landsting.
Januari	HSN fastställer slutgiltig budget för hälso- och sjukvården i Stockholms län.

Budgeten är en del av styrnings- och ledningsprocessen. Efter fastslagen budget kommer HSN-förvaltningen att integrera givna uppdrag i verksamhetsplaneringen där genomförande, bemanning och återrapportering tydliggörs. Återkoppling av genomförda uppdrag till HSN kommer att ske genom delårsbokslut, årsbokslut samt genom enskilda ärenden främst till HSN. Ekonomin följs upp månadsvis.

1.2 Medborgarperspektivet

En effektiv hälso- och sjukvård ska ha en hög måluppfyllelse och de tillgängliga resurserna ska utnyttjas på bästa sätt för att uppnå målen. Inriktningen är att resurserna inom hälso- och sjukvården ska fördelas i överensstämmelse med befolkningens behov.

Det finns potential att ytterligare utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet och det hälsofrämjande förhållningssättet i vården. En av hälso- och sjukvårdens viktiga utmaningar är att medverka till att utjämna skillnader i hälsa och vård. Medborgarnas rätt och inflytande har stärkts i sjukvårdslagstiftningen. För att nå en ökad öppenhet om vårdens resultat finns behov av ytterligare information och dialog med medborgarna.

Ändrade sjukdomspanoraman såsom ökad psykisk ohälsa, fler som lever med kroniska sjukdomar, pandemier, med mera kräver en beredskap för att möta befolkningens förändrade behov.

Ett övergripande mål för sjukvården Stockholms län är att medborgarna ska ha stort förtroende för den vård som erbjuds och att tillgängligheten är god. Detta mäts bland annat genom följande indikator:

- *Andelen av befolkningen som har stort förtroende för vården ska öka (andelen nöjda medborgare 2008 var 66 procent)¹*

¹ Vårdbarometern 2008

1.3 Patientperspektivet

Hälso- och sjukvården ska visa respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patientens ska bemötas med respekt och lyhördhet utifrån sina specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. En patientfokuserad vård förutsätter en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. En jämlik vård innebär inte att alla individer får samma insatser utan en vård som förmår att ta hänsyn till skillnader i människors individuella behov.

Säker vård är grundläggande för en vård av hög kvalitet, där insatta åtgärder leder till förväntat resultat utan att orsaka risker och skador för patienten. I patientsäkerhetsarbetet ingår att fortlöpande sätta mål, följa upp, analysera och återföra resultat på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

Valfrihet kräver kunskap som ger reella möjligheter att välja. För detta behövs öppna och jämförbara redovisningar om tillgänglighet, bemötande, vårdresultat, säkerhet, med mera som är lätta att förstå.

Nöjda patienter är ett övergripande mål för Stockholms läns landsting. Det innebär att, utifrån befolkningens behov, ansvara för att en kvalitativ god vård ges till länets invånare. Nöjda patienter mäts genom:

- *Andelen av patienterna som besökt vården och värderat den 4 – 5 på en femgradig skala ska öka (andel 2008 var 82 procent)²*

² Resultat 2008 riket 82 procent, Vårdbarometern SKL

2 Förändringar som påverkar hälso- och sjukvården

De begränsade ekonomiska ramarna ställer ökade krav på effektiviseringar både i form av minskade kvalitetsbristkostnader och utveckling av nya kostnadsbesparande metoder inom hälso- och sjukvården.

I långtidsutredningen för Stockholms län, prognos fram till 2025, som genomfördes 2008 till 2009 framgår att kostnaderna för hälso- och sjukvården i länet kommer att öka fortare än intäkterna. Om inga åtgärder vidtas visar utredningen att gapet mellan kostnader och intäkter kommer att uppgå till mellan 17 och 33 miljarder kronor 2025. Exempel på åtgärder för att minska gapet som lyfts fram är att produktiviteten i vården måste höjas samtidigt som kvalitetsbrister måste minska.

Den informationstekniska utvecklingen innebär stora möjligheter att utveckla vården. Möjligheterna till delad patientinformation kommer att öka effektiviteten och säkerheten i vården. En IT-strategi samt tillhörande handlingsplan har därför tagits fram som grund för arbetet de kommande åren.

Genom införande av vårdvalet har patienterna fått större möjligheter att påverka sin egen vård utifrån en ökad tillgänglighet och mångfald. Konkurrens kan leda till förändringar i vårdutbudet både genom att nya vårdgivare tillkommer men också till att befintliga vårdgivare upphör med sin verksamhet. Nuvarande beställarmodell utvecklas från detaljstyrning till ökat fokus på analyser, uppföljning, jämförelser och utvärderingar.

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården har förändrats under senare år. Exempel på detta är lagen om vårdval i primärvården, rätt till ersättningsetableringar enligt lag om läkarvårdsersättning och lag om ersättning till sjukgymnaster. Vidare pågår en utredning om förslag som utvidgar läkares rätt att etablera sig med offentlig finansiering. Dessa lagar och förslag ger möjligheter att utveckla vården, men ställer också krav på landstingen om inte kostnaderna ska öka. Staten har också ändrat principer för fördelning av statsbidrag där nu tydligare krav ställs på resultat.

Influensa A (H1N1)

Under hösten 2009 kommer hälso- och sjukvården att präglas av den nya influensan A (H1N1). Det är idag inte möjligt att säga hur den nya influensan kommer att påverka hälso- och sjukvården under 2010. Det finns en risk för att köerna i hälso- och sjukvården kommer att öka på grund av komplikationer i samband med att människor drabbas av den nya influensan. Samtidigt finns en risk för att budgeten kommer att påverkas negativt under 2009 genom ökade sjukvårdskostnader vilket försämrar det ekonomiska läget inför 2010.

2.1 Omvärldsperspektivet

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. Nedan beskrivs några centrala propositioner, utredningar och beslut kortfattat.

Budgetproposition 2009 Prop. 2008/09:100

För att dämpa konsekvenserna av lågkonjunkturen föreslår regeringen att staten ger kommunsektorn ett tillfälligt bidrag på sju miljarder kronor 2009. Dessa medel är avsedda att användas under 2010. Av detta tillskott får Stockholms läns landsting 453 miljoner kronor. För åren 2011 och 2012 aviserar regeringen att kommunsektorn får fem miljarder mer i statsbidrag än den nivå som presenterades i budgetpropositionen för 2009. För Stockholms läns landsting ger det ett tillskott på cirka 320 miljoner kronor per år 2011 till 2012.

Regeringen har under 2007 till 2009 gjort insatser för att stärka psykiatrin. Regeringen föreslår nu ytterligare satsningar för att förbättra situationen för de människor som drabbas av psykisk sjukdom och ohälsa. Totalt satsar regeringen 2,7 miljarder kronor 2009 till 2011. I satsningen ingår bland annat:

- Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri. Regeringen satsar under perioden 2009 till 2011 sammantaget cirka 800 miljoner kronor för att bland annat korta väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatrin.
- Utbildning och kompetens för personal inom vård- och stödverksamheter.
- Regeringen ger Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i uppdrag att ta fram ett större antal kunskapsöversikter inom psykiatri.

Regeringen har också kommit överens med Sveriges kommuner och landsting (SKL) om att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Ett avtal har träffats med syfte att stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin och eliminera vårdköerna.

Sjukskrivningsmiljarden

Stockholms landsting får minst 112 miljoner kronor av regeringens satsning för att motverka sjukfrånvaron och förbättra rehabiliteringen - den så kallade sjukskrivningsmiljarden som infördes för att stimulera landstingen att ge högre prioritet till de personer som är sjukskrivna och syftar till att förbättra sjukskrivningsprocessen.

Kömiljarden

SKL och regeringen har i en överenskommelse enats om en konstruktion där en miljard kronor ska fördelas mellan de landsting som lyckas väl i att ge sina patienter vård i tid och korta sina vårdköer.

Satsningen är resultatbaserad och pengarna delas ut i efterhand till de landsting som når de uppsatta målen. Målen innebär att minst 80 procent av patienterna ska ha fått vård inom vårdgarantitiden, som för närvarande på den nationella nivån ligger på 90 dagar, och rapporteringsgraden måste uppgå till minst 90 procent. Landstingen kommer att

mätas på köerna för remiss till specialist respektive operation eller annan behandling per den sista november 2009. Uppfylls de uppsatta målen vid avstämningen den sista november 2009 innebär det att Stockholms läns landstings del skulle uppgå till 200 miljoner kronor.

Överenskommelsen³ gäller till och med den 31 december 2012. Partena har för avsikt att årligen revidera överenskommelsen utifrån då gällande förhållanden.

Patientens rätt: Några förslag till att stärka patientens ställning SOU 2008:127

I de delbetänkande som utredningen har lämnat under 2008 har bland annat följande förslag givits:

- En lagreglering av vårdgarantin i Hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen förordar att den yttre tidsgränsen för vårdgarantin ska innebära att alla, som behöver, ska få del av beslutad vårdinsats. Behandling ska påbörjas inom 120 dagar och 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.
- En lagreglering där verksamhetschefen ges ansvaret att utse en fast vårdkontakt vid behov.
- Reglering av skyldigheten att inrapportera väntetidsdata.

Proposition är planerad till hösten 2009.

Betänkande från Patientsäkerhetsutredningen SOU 2008:117

Utredningen, som överlämnats till socialministern i december 2008, föreslår bland annat att den nuvarande lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) ersätts med en ny lag om patientsäkerhet med mera. Den föreslagna lagen innehåller bestämmelser om bland annat skyldighet för vårdgivare att bedriva ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete samt att systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen uppfylls. Det föreslås också framgå av lagen att vårdgivarna ska vara skyldiga att informera patienter när en vårdskada har inträffat. Utredningen föreslår vidare att det nuvarande hälso- och sjukvårdsrättsliga disciplinansvaret ersätts med utökade möjligheter för staten att ha skärpt tillsyn över de yrkesutövare som kan befaras utgöra en fara för patientsäkerheten.

Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Europaparlamentet ställde sig i april bakom förslaget som ska förenkla tillgången på och ersättning för gränsöverskridande sjukvård. Syftet med det nya förslaget är dels att undanröja hinder för gränsöverskridande vård, dels att tydliggöra hur kostnaden ska hanteras. Enligt det nya förslaget ska patienter ha rätt att söka sjukvård i ett annat EU-land men medlemsländerna kan ställa krav på att patienten ansöker om ett förhandstill-

³ Källa: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti

stånd för att få ersättning för kostnaderna. Parlamentet anser vidare att ersättningen vid sjukvård i annat EU-land ska motsvara den nivå som patienten hade fått i hemlandet.

För att öka patienternas förtroende för gränsöverskridande sjukvård ska det finnas tydlig information om ersättningsnivåer och möjligheten till prövning. Parlamentet förespråkar nationella kontaktpunkter och en Europeisk Patientombudsman för att hantera klagomål.

Vårdval i primärvården Proposition 2008/09:74

I propositionen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i syfte att öka patienternas valfrihet samt 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 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. Grunderna i vårdvalssystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

Delbetänkande om former för vidareutveckling och förbättring av en nationell rehabiliteringsgaranti och därtill hörande frågor 2008:87

Regeringen har den 13 juni 2008 ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en rehabiliteringsgaranti. En särskild utredare har tillsatts med uppgift att redovisa vidareutveckling och förbättringar av den överenskomna rehabiliteringsgarantin genom följande:

- Lämna förslag på hur utvärdering och uppföljning av både insatser inom garantins ram och effekter av insatser bör ske samt belysa frågan om forskning för mer och utvecklad evidens inom berörda områden.
- Analysera hur den föreslagna rehabiliteringsgarantin är utformad i förhållande till den nationella vårdgarantin.
- Om det bedöms lämpligt redovisa förslag till lagreglering av rehabiliteringsgarantin.

Delbetänkande om etableringsregler för privata vårdgivare med offentlig ersättning i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården 2008:72

Utredaren ska bland annat utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. En utgångspunkt ska vara att systemet med samverkansavtal för läkare och sjukgymnaster enligt de så kallade ersättningslagarna ska upphöra. Utredaren ska särskilt analysera behovet av eventuella övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan. Utredaren ska också lämna förslag som innebär att en patient ska kunna vända sig till valfri vårdgivare, om ett landsting inte klarar att hålla tidsgränserna, för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti. Delbetänkandet ska redovisas senast den 1 oktober 2009.

Omreglering av apoteksmarknaden Proposition 2008/09:145

Riksdagen har beslutet att Apoteket AB:s monopol ska upphöra. Det innebär att den, som fått tillstånd av Läkemedelsverket, ska få bedriva detaljhandel med de läkemedel och varor som tidigare bara fick säljas av Apoteket AB. Den fria prissättningen på receptfria läkemedel behålls. Reglerna gäller från den 1 juli 2009.

Ändringar i lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning

I lagrådsremissen föreslås att legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel ska ges tillgång till uppgifterna i läkemedelsförteckningen. Detta kräver dock att den registrerade ska lämna sitt samtycke. Behörigheten gäller endast i en akut nödsituation när den registrerade måste få tillgång till vård eller behandling. Ändringarna i lagen om läkemedelsförteckning trädde i kraft den 1 juni 2009.

En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11

Utredningen som har överlämnats till socialministern visar på en ökning av antalet personer som insjuknar och lever med cancer. Ökningen kommer att ställa krav på sjukvården och man anser att det finns ett behov av en långsiktig och målmedveten strategi för att möta utvecklingen. Utredningen föreslår att:

- Samhället måste öka sina investeringar i prevention
- Kunskapsbildning och kunskapspridning inom cancervård och prevention måste förbättras
- Cancervårdens organisation behöver förbättras
- Cancervården måste möta framtida patienters krav på information och kvalitet i omhändertagandet
- Särskilda insatser behöver göras för att minska skillnader mellan befolkningsgrupper

En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, 2008/09:185

Skrivelsen omfattar en redogörelse för regeringens insatser på området och inriktningen på de medel som aviserades i budgetpropositionen för 2009. Bland satsningens många projekt kan nämnas 214 miljoner kronor för att korta köerna inom barn- och ungdomspsykiatri, 100 miljoner kronor för att förstärka kompetensen hos personal i socialtjänsten och i den psykiatriska hälso- och sjukvården samt skärpt vårdgaranti till barn- och ungdomspsykiatri. Den förstärkta vårdgarantin innebär att senast under 2011 ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar inom barn- och ungdomspsykiatri. Regeringen föreslår att de medel som nämns ovan gäller för respektive år under tre år med start 2009.

Stöd för psykoterapiutbildning och stöd till forskning

Regeringen har beslutat om att satsa 15 miljoner kronor per år för att öka antalet utbildningsplatser inom psykoterapi. Regeringen satsar även 12 miljoner kronor per år för att öka antalet forskningsplatser inom psykiatri.

Utredning av de nationella vaccinationsprogrammen

Regeringen har tillsatt en utredning för att göra en översyn av regleringen av vacciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet och förhållandet mellan dessa system. Utredaren ska bland annat se över huvudmannaskapet för de nationella vaccinationsprogrammen och då främst kommuners ansvar för den vaccination som sker inom skolhälsovården samt lämna förslag till principer för hur de nationella vaccinationsprogrammen ska finansieras. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2010.

Demensrådets uppdrag utgår från Socialstyrelsens riktlinjer

2010. Riktlinjerna ska ge stöd åt landstingens och kommunernas prioriteringar och resursfördelning samt utgöra underlag till regionala och lokala vårdprogram och riktlinjer införas. Vidare ska nationella indikatorer för sjukdomsgruppen demens. Indikatorerna innehåller riktlinjer för sjukdomsgruppen utifrån Socialstyrelsens projekt rörande definitionen av god vård.

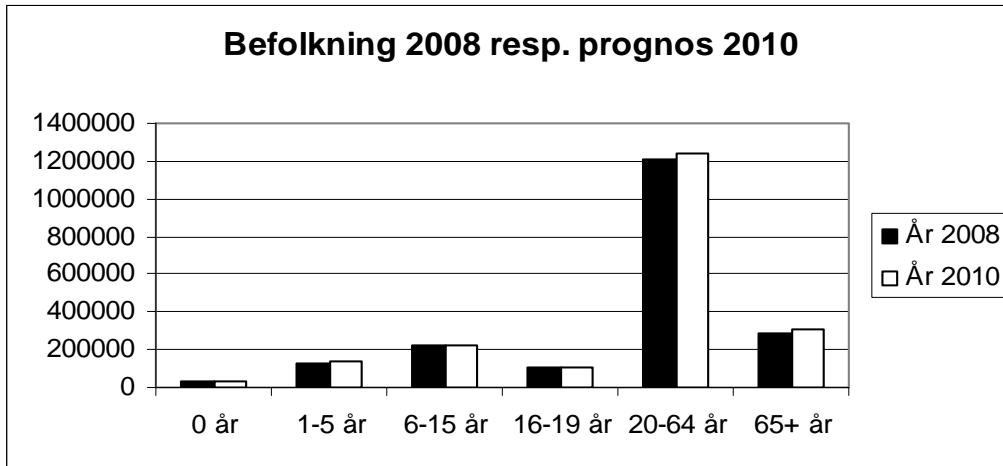
Nationell IT strategi

Syftet med den nationella IT strategin är att skapa en framtida effektiv informationsförsörjning inom vård och omsorg. Genomförandet står SKL och Socialstyrelsen för via projekten Tillämpad Informationsstruktur (TIS) respektive Nationell Informationsstruktur (NI). Vårdens huvudmän ansvarar för implementeringen av projektens TIS och NI:s resultat. I Lägesrapport 2009 konstaterar man att de nationella IT-lösningar som förbättrats under många år nu är färdigutvecklade och håller på att rullas ut. Den nationella informationsstrukturen beräknas vara klar i slutet av 2009. Därefter påbörjas ett implementeringsarbete.

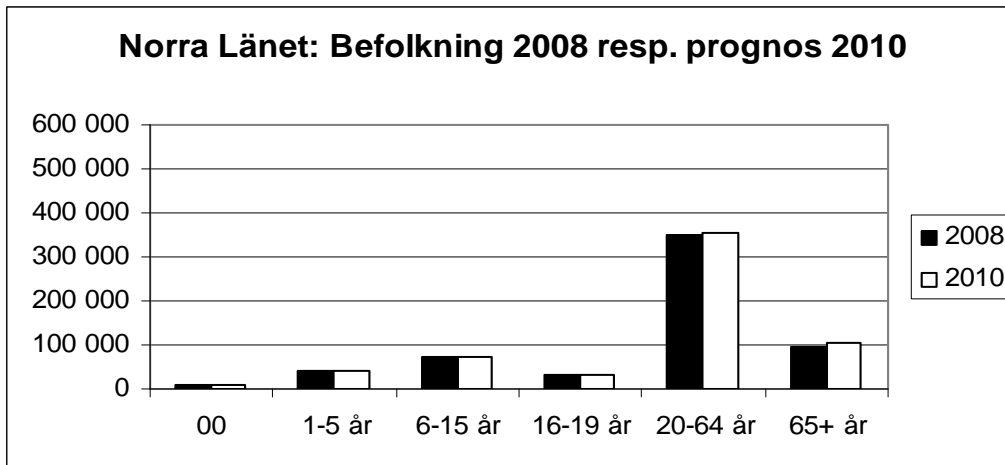
2.2 Befolkningsutveckling

Befolkningsökningen i Stockholms län fortsätter

I december 2010 beräknas folkmängden i Stockholms län att vara 2 039 000 personer. Det innebär att befolkningen kommer att öka enligt prognos med drygt 26 000 personer från 2009 till 2010⁴. Befolkningstillväxten i Stockholm är för närvarande högre än i övriga landet.

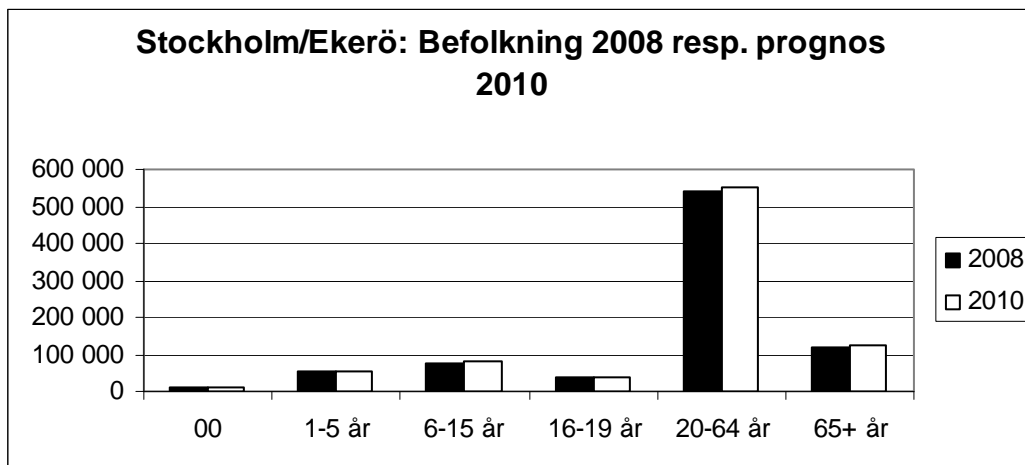


Förändringar i befolkningsstrukturen för Stockholms län

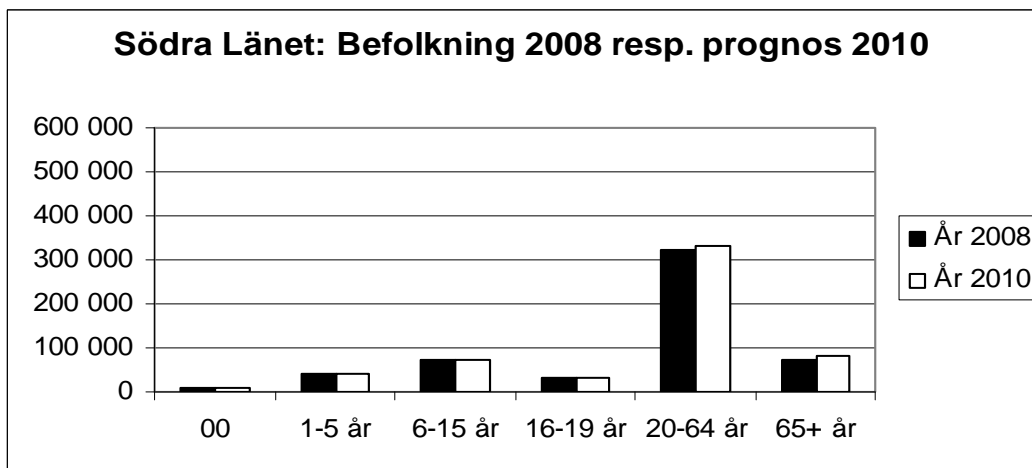


Förändringar i befolkningsstrukturen för Norra länet

⁴ SCB. Faktisk befolkning 2008 respektive befolkningsprognos (från hösten 2008)



Förändringar i befolkningsstrukturen för Stockholm/ekerö



Förändringar i befolkningsstrukturen för Södra länet

Födelsenetto främsta orsaken till befolkningstillväxt

Födelsenettet, även kallat den naturliga befolkningsökningen, svarar för den största delen av befolkningstillväxten under prognosperioden, cirka 14 000 personer. Den naturliga befolkningsökningen står för cirka 53 procent av befolkningstillväxten. Den naturliga befolkningsökningen är den högsta som observerats på ett kvarts sekel⁵.

Flyttningsnetto gentemot övriga Sverige sjunker

Det totala flyttningsnettot i Stockholms län gentemot övriga landet beräknas 2010 till cirka 2 300 personer⁶, med flyttningsnetto avses skillnaden mellan inflyttning och utflyttning.

⁵ SCB. Faktisk befolkning 2008 respektive befolkningsprognos (från hösten 2008)

⁶ SCB. Faktisk befolkning 2008 respektive befolkningsprognos (från hösten 2008)

Flyttningsnetto övriga länder

Flyttningsnettot mot övriga länder beräknas till cirka 10 100 personer under 2010. Med flyttningsnettot mot övriga länder menas skillnaden mellan inflyttade och utflyttade till Sverige.

Befolkningstillväxten fördelat på olika delar av länet

I södra länet är flyttningsnetto negativt, vilket innebär att fler personer flyttar från Södra länet till övriga Sverige. Flyttningsnettot mot övriga Sverige är dock stort i Norra länet. Södra länet och Stockholm/Ekerö uppvisar ett positivt flyttningsnetto mot övriga länder.

Fördelning av befolkningsökning 2010 enligt prognos 2008

	Hela länet	Norra Länet	Stockholm/Ekerö	Södra Länet
<i>Födelsenetto*</i>	13 999	3 194	6 631	4 174
<i>Flyttningsnetto** övriga Sverige</i>	2 311	2 448	96	-233
<i>Flyttningsnetto*** övriga länder</i>	10 081	1 658	4 789	3 634

*Födelsenetto: Avlidna minus Födda

**Flyttningsnetto övriga Sverige: Inflyttning övriga Sverige minus utflyttning övriga Sverige

***Flyttningsnetto övriga länder: Inflyttning övriga länder - Utflyttning övriga länder

2.3 Upphandlingar

Upphandlingar av vårdverksamheter och medicinsk service har stor påverkan på kostnadsbilden för hälso- och sjukvården i länet. HSN:s upphandlingar utformas i enlighet med fastlagda principer och modeller. Utvärderingskriterier kan vara enbart pris, pris och kvalitet sammanvägda eller enbart kvalitet. I de fall där pris ingår som utvärderingskriterium finns en potential för att priskonkurrens på marknaden leder till en sänkning av kostnadsnivån. I en upphandling med enbart kvalitet som utvärderingskriterium finns en möjlighet att anpassa prisnivån utifrån prisbilden hos jämförbara verksamheter.

Nedan redovisas vissa upphandlingar som nu är genomförda eller planeras genomföras under 2009 och som påverkar kostnaderna 2010 och framåt. Mot bakgrund av den ekonomiska situationen kan andra områden komma att prövas för upphandling.

Verksamhet	Planerad avtalsstart
<i>Teckentolkar</i>	2009-11-01
<i>IVF (konstgjord befruktning)</i>	2010-03-01
<i>Psykatri Nordost</i>	2010-03-01
<i>Spec. Beroendevård</i>	2010-03-01
<i>Språktolkar</i>	2010-03-01
<i>Basal hemsjukvård kvällar och nätter</i>	2010-05-01
<i>Extern rehabilitering (fyra upphandlingar)</i>	2010-01-01
<i>Klinisk laboratoriemedicin</i>	2010-01-01
<i>Ryggcentra</i>	2010-01-01
<i>Bröstmottagningar</i>	2010-10-01
<i>Bukaortaaneurysm-screening</i>	Under 2010
<i>Hospice för barn och ungdomar</i>	1:a kvartalet 2010
<i>LINK (inkontinens artiklar m m)</i>	2010-10-01
<i>Liggande persontransporter</i>	2010-06-02
<i>Klinisk fysiologi</i>	2010-01-01

2.4 Framtidens hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar med en åldrande befolkning och en mindre andel yngre som är yrkesverksamma. En åldrande befolkning medför ett ökat behov av vård och omsorg. Den tekniska utvecklingen och medicinska framsteg gör det möjligt att bota, lindra eller bromsa tidigare obotliga sjukdomar. Dessutom kommer patientens behov och krav att vara annorlunda och större i framtiden.

Utbudet av hälso- och sjukvård i Stockholms län kommer att förändras. Byggandet av nya Karolinska sjukhuset i Solna (NKS) pågår. Vårdval har införts inom flera vårdområden. De nya flerårsavtalen för akutsjukhusen kommer att på olika sätt påverka hälso- och sjukvårdens struktur.

Frågan om den framtida hälso- och sjukvården har lyfts i en rad utredningar med syfte att bättre kunna möta kraven på morgondagens sjukvård, till exempel SNUS-rapporten, 3S-utredningen, operationssalsutredningen och långtidsutredningen. Landstingsfullmäktige har beslutat att bland annat den högspecialiserade vården ska koncentreras till NKS. Verksamheten vid NKS ska vara i drift december 2015. I diskussionen om framtidens hälso- och sjukvård i Stockholms län är det nödvändigt att kartlägga konsekvenserna för länets övergripande vårdstruktur utifrån det tänkta verksamhetsinnehållet vid det nya sjukhuset.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås HSN att ge HSN-förvaltningen i uppdrag att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån framtida behov och finansiella resurser. Analysen och förslaget ska särskilt fokusera på förändringar i utbudet av hälso- och sjukvård fram till 2015 till följd av NKS. Beskrivningen ska utgöra underlag för de framtida beställningarna och garantera medborgarna i Stockholms län en god hälso- och sjukvård under den kommande förändringsprocessen. Arbetet inleds nu med målsättningen att HSN i början av 2011 föreläggs förslag till framtida inriktning av hälso- och sjukvården.

3 Verksamhetens omfattning och innehåll

Hälso- och sjukvårdens verksamhet delas in i 19 fokusområden. För varje fokusområde anges inriktningsmål samt ett antal strategier för att nå det angivna inriktningsmålet. Medel som tilldelas HSN fördelas inte i fokusområden utan i verksamhetsområden, vilka redovisas under verksamhetens ekonomi.

3.1 Kommunikation med invånarna

Inriktningsmål

Kommunikationen ska underlätta för invånarna att hitta rätt vårdnivå, välja rätt vårdgivare och bidra till ett mer effektivt nyttjande av vårdens resurser.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategi:

- Ge invånarna ökad vägledning till rätt vårdnivå genom Vårdguiden

Invånarnas ingång till hälso- och sjukvården ska vara enkel och tydlig. Genom att vägleda människor till rätt vårdnivå i hälso- och sjukvården skapas förutsättningar för att använda vårdens totala resurser så effektivt som möjligt. Samtidigt kan bra service ges till invånarna. Under året kommer satsningar fortsatt att göras för att förbättra Vårdguidens möjligheter att vägleda människor till rätt vårdnivå:

- Utveckling av funktioner och presentation av öppna jämförelser samt rankningssystem som visar vårdens kvalitet och tillgänglighet
- Förbättra vårdutbudsinformationens tillförlitlighet med bättre rutiner för kvalitets-säkring av vårdgivarnas kontaktkort
- Informationen om kommunernas vård och omsorg ska fortsätta att utvecklas och göras publik via Vårdguidens kanaler

Vårdguidens kanaler ska även öka vårdgivarnas tillgänglighet och skapa mer effektiva rutiner i kontakterna med patienter. Därför ska Vårdguidens tjänster marknadsföras till vårdgivarna och den inledda satsningen på utveckling av olika tjänster ska fortsätta:

- Utveckling av e-tjänsterna Mina vårdkontakter till exempel genom provtagnings-tjänster och service för olika screeningsområden.

Utifrån de avtal som Stockholms läns landsting tecknat med SKL och Sjukvårdsrådgivningen AB (SVR AB) kommer Vårdguiden att samarbeta kring utvecklingen av invånartjänster på nationell nivå. Det innebär bland annat att 1177 är det nya numret och 1177 Vårdguiden är det nya namnet på Vårdguidens telefontjänster. Utveckling av nationella tjänster som till exempel läkemedelsinformation kommer att införas. Mina vårdkontakter har under det senaste året införts inom ett tiotal landsting och Vårdguiden kommer fortsatt att driva den utvecklingen med syfte att hitta gemensam resurseffektiv tjänsteutveckling, förvaltning och tekniska system. Utvecklingen av den nationella sajten 1177.se kommer att följas med målsättningen att finna en lösning där både vinsterna med nationell samverkan och behovet av regional anpassning kan inrymmas.

3.2 Prehospital vård

Inriktningsmål

Den prehospitala vården ska präglas av kvalificerade bedömningar och effektivt omhändertagande.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Verka för samordning och metodutveckling inom den prehospitala vården så att patienten omhändertas på rätt vårdnivå
- I samband med upphandling av vägburen ambulans samt dirigerings- och prioriteringstjänst läggs särskilt fokus på tillgänglighet, säkerhet, effektivitet och kompetens

Med prehospital vård avses de medicinska insatser som görs för en akut insjuknad eller skadad patient innan ankomst till sjukhus. Stockholms Prehospitala Center (SPC) ansvarar för uppdraget att samordna den prehospitala vården med akutmottagningarna i Stockholms läns landsting. Inom ramen för uppdraget ska SPC verka för samordning och metodutveckling med målsättning att alla patienter ska omhändertas på rätt vårdnivå. Samtidigt som initialt omhändertagande på rätt vårdnivå är positivt för patienten skapas förutsättningar för ökad effektivitet i hälso- och sjukvården.

Pågående utvärdering av akutläkarbilen samt övriga delar av ambulanssjukvården syftar till att utveckla styrningen av den prehospitala vården, säkerställa patientsäker vård och effektivt nyttjande av resurser. Utvärderingen ligger också till grund för den upphandling som påbörjas under 2010 av vägburen ambulans samt dirigerings- och prioriteringstjänster.

3.3 Primärvård

Inriktningsmål

En tillgänglig, säker och högkvalitativ primärvård.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utveckla uppföljningen av Vårdval Stockholm
- Utveckla regelböckerna inom primärvårdens vårdvalsområden
- Utveckla uppdraget och uppföljningen av den basala hemsjukvården
- Utveckla vården av äldre med stora vårdbehov

Uppföljningen av Vårdval Stockholm har hittills gjorts på en övergripande nivå och främst ur ett systemperspektiv. Under 2010 kommer uppföljningen, i allt större utsträckning, fokusera på hur vårdgivare fullföljer kraven i regelböckerna.

En del i det löpande arbetet med Vårdval Stockholm är en årlig översyn av primärvårdens regelböcker. Översynen ska bland annat förtydliga husläkarverksamhetens ansvar för de prioriterade målgrupperna äldre med stora vårdbehov samt barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Vidare ska, som en del i arbetet med att utveckla ersättningen för hälsofrämjande arbete, en besöksersättning införas. Ersättningen avser distriktssköterskans motiverande samtal inom prioriterade ohälsområden.

Den pågående utvecklingen av ersättningsmodellen för husläkarverksamheten slutförs under 2010. Inriktningen är att införa en ny ersättningsmodell från och med 2011, som tar hänsyn till både patienternas diagnos och vilka åtgärder som utförs. Primärvårdrehabiliteringens ersättningsmodell justeras 2010 utifrån resultatet av pågående utvärdering. Stroketeamens verksamhet och ersättningsmodell utvärderas under 2009 och resultaten av utvärderingen kommer att användas i det fortsatta arbetet.

Översynen av innehållet i den basala hemsjukvården visar bland annat att en stor andel av hemsjukvårdsinsatserna är kopplade till enbart läkemedel och att besökens varaktighet är kortare än förväntat. Vidare finns variationer när det gäller husläkarmottagningarnas bedömning av vad som är hälso- och sjukvårdsinsatser och egenvård. Ersättningsmodell och definition av den basala hemsjukvården ska därför revideras.

Vården för äldre med stora och sammansatta vårdbehov ska utvecklas och utgå från en helhetssyn på den äldres samlade livssituation. Husläkarverksamheten är basen för att tillgodose hälso- och sjukvård för denna målgrupp och det ingår i uppdraget att prioritera dessa patienter. Med en väl fungerande vård till målgruppen uppnås en ökad trygghet hos individerna och deras närstående samtidigt som vård på fel vårdnivå kan undvikas, till exempel onödiga besök på akutmottagningar och vårdtillfällen i slutenvård. Under 2010 ska förslag tas fram angående vilket stöd husläkarverksamheten behöver för att förbättra omhändertagandet av målgruppen. Därutöver planeras särskilda informations-

insatser med syfte att tydliggöra husläkarverksamhetens huvudansvar för målgruppen och öka den äldre befolkningens kunskaper om vart man ska vända sig när man behöver vård under kvällar, nätter och helger.

I primärvårdsrehabiliteringen ska hemrehabilitering, multiprofessionellt arbete samt vårdsamband med angränsande vårdområden prioriteras.

Efter upphandlingen 2008 tecknades avtal om kiropraktik med sju leverantörer. Verksamheterna ska följas upp för att se om de svarar mot behovet av kiropraktikinsatser.

Satsningar har gjorts under de senaste åren för att öka tillgängligheten inom den basala hörselrehabilitering, men ytterligare satsningar behövs eftersom behoven förväntas öka med cirka tio procent under de närmaste åren.

För att förbättra läkemedelshanteringen på särskilda boenden för äldre ses riktlinjerna för läkemedelsförråd över och uppdraget att genomföra läkemedelsgenomgång förtydligas.

Metodutveckling av palliativ vård och omvårdnad på SÄBO fortsätter inom ramen för de statliga stimulansmedlen.

Inför 2010 planeras driftstart av en lättakut vid Huddinge sjukhus. Verksamheten planeras starta runt årsskiftet 2009/2010.

3.4 Förlossnings- och barnsjukvård, MVC, BVC och ungdomsmottagningar

Inriktningsmål

Hälso- och sjukvården för familjen ska vara tillgänglig, säker, trygg och med barnet i fokus.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Den palliativa vården för barn ska utvecklas och ett barnhospice ska startas
- Utredda behovet av neuropsykiatriska utredningar för barn
- Implementera den reviderade BUS-policyn⁷
- Vårdval införs för obstetriska ultraljud

Enligt tidigare beslut i HSN kommer hospiceverksamhet för barn och ungdomar att upphandlas med beräknad verksamhetsstart under första halvåret 2010. Målgruppen är svårt sjuka barn med begränsad återstående livstid. Verksamheten ska erbjuda en högkvalitativ vård i en hemlik miljö. Särskild vikt kommer att läggas vid anhörig- och familjeperspektivet. HSN har tidigare avsatt tio miljoner kronor för detta ändamål.

Antalet remisser till neuropsykiatriska utredningar fortsätter att öka och ytterligare satsningar görs för att förbättra tillgängligheten till utredning. Arbetet, tillsammans med kommunerna, med att ta fram nyckeltal för vad som kan anses vara rimlig nivå för neuropsykiatriska utredningar fortsätter under 2010.

Barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens samt särskild medicinsk kompetens kommer att säkerställas på länets barncentrum/barnahus under förutsättning att medel tillförs HSN.

BUS-policyn som revideras under 2009 kommer, i samverkan med Kommunförbundet Stockholms län (KSL), att införas i berörda verksamheter inom landstinget och kommunerna i Stockholms län. Beslut om den reviderade BUS-policyn fattas av landstingsfullmäktige.

För att säkerställa en väl fungerande ultraljudverksamhet införs vårdval för obstetriska ultraljud 2010.

Samtliga barn- och ungdomsmedicinska mottagningar kommer under 2010 att ersättas utifrån lika villkor genom införandet av en ny åtgärdsbaserad ersättningsmodell.

⁷ BUS, Barn och ungdomar med behov av särskilt stöd

3.5 Psykiatri och beroendevård

Inriktningsmål

Vården ska vara tillgänglig, kunskapsbaserad, säker, effektiv och samordnad med andra vårdgrenar.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utveckling av den psykiatriska slutenvårdens innehåll, vårdmiljö och kompetens
- Kvalitets- och metodutveckling i samarbete med vårdgivare och Centrum för Psykiatrforskning ska utvecklas
- Implementera handlingsplanen nollvision för suicid
- Implementera den gemensamma beroendepolicyn för Stockholms län
- Fortsatt utveckling av Centrum för hemlösa tillsammans med Stockholms stad
- En handlingsplan ska tas fram för ökad tillgänglighet inom Stockholms läns landsting för barn och ungdomar med psykisk ohälsa
- Utredda behovet av neuropsykiatriska utredningar för vuxna

Psykiatrin har genomgått ett flera stora förändringar under de senaste åren. De hittills observerade resultaten av förändringarna tyder på en ökad tillgänglighet och förbättrad effektivitet inom psykiatrin. Under 2010 förväntas förändringarna få fullt genomslag och uppföljningar prioriteras.

Valfriheten för patienter ska fortsatt förbättras liksom entreprenörers möjligheter att medverka till en förbättrad psykiatri. Information om behandlingsresultat och patientupplevd kvalitet ska vara tillgänglig på Vårdguiden. Arbetet med att stärka patienters rättigheter och ställning fortsätter. De anhöriga till psykiskt sjuka ska ges särskilt stöd och barnens situation ska speciellt uppmärksammas. Stödet för personer med ett psykiskt funktionshinder ska utgå från vårdplaner som utarbetas för varje patient.

Slutenvården ska utvecklas med syftet att förbättra både verksamhetens innehåll och kompetens för kvalitetsmässigt omhändertagande. Vården för äldre psykiskt sjuka ska utvecklas tillsammans med geriatrik och primärvård. Den rättspsykiatriska vården ska ha ökat fokus på innehåll, kvalitet, samordning och uppföljning.

Arbetet med kvalitets- och metodutveckling i samarbete med vårdgivare och Centrum för Psykiatrforskning ska fortsätta bland annat avseende nya vårdprogram och nationella riktlinjer.

Under hösten 2009 antas en nollvision för suicid som kommer att implementeras under 2010. Införandet av den gemensamma beroendepolicyn i Stockholms län fortsätter genom samverkan i det så kallade Regionala samrådet. Ny inriktning för Centrum för

Hemlösa har utvecklats i samarbete med Stockholms stad och beslutas under hösten 2009. Den nya inriktningen genomförs under 2010.

En omstrukturerad av beroendevården för unga ska göras så att vården effektiviseras och ett likvärdigt utbud av vård över länet erbjuds. Behovet av tidiga stödinsatser hos unga vuxna ska klargöras. Resultatet av den Narkotikapolitiska utredningen som genomförs i samarbete med Stockholms stad och KSL ska vara vägledande för det fortsatta arbetet med att minska narkotika- och drogrelaterad smittspridning. Särskild uppmärksamhet ska riktas mot utökade behandlingsinsatser för personer med psykoser och injektionsmissbruk.

Ytterligare förstärkning görs inom ätstörningsvården genom fler beställningar.

Arbetet med åtgärdsplanen för utveckling av vården, som avser vuxna personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, fortsätter. Planen omfattar åtgärder som ska förbättra omhändertagandet av målgruppen. Den ökande efterfrågan på utredning, stöd och behandling ska särskilt uppmärksammas.

På nationell nivå införs en förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri. Förutsättningen för att få ta del av de statliga stimulansmedlen är att de nationella målen för tillgänglighet till första besök, behandling och fördjupad utredning uppnås. Mot bakgrund av ovanstående ska riktlinjer och ansvarsfördelning förtydligas mellan basnivå, första linjen och specialistnivå. Ansvarsfördelningen för psykisk ohälsa ska återspeglas i samtligas berörda vårdgivares uppdragsbeskrivningar/regelböcker och ersättningsmodeller från och med 2011.

En psykiatrirevision gjordes 2006 och en uppföljande revision blev klar 2009. Under våren 2009 genomfördes ett seminarium om resultatet från den uppföljande revisionen och en handlingsplan kommer att tas fram med förslag på åtgärder. Handlingsplanens åtgärder kommer att börja implementeras under 2010.

3.6 Äldresjukvård och geriatrik

Inriktningsmål

Vården för den äldre befolkningen ska vara tillgänglig, trygg, säker, väl sammanhållen och på rätt vårdnivå.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Flerårsavtal kommer även att tecknas med de landstingsdrivna verksamheterna inom geriatrik och specialiserad palliativ vård
- Ny ersättningsmodell införs inom geriatriken
- Fler direktinläggningar på de geriatriska klinikerna
- Skärpt tillgänglighetskrav vid övertagande av patient från akutmottagning till geriatrisk klinik
- Förtydligt uppdrag för specialiserad palliativ vård

För att underlätta planeringen för de landstingsdrivna vårdenheterna inom geriatrik och specialiserad palliativ vård kommer flerårsavtal att tecknas från och med 2010.

Det finns en potential för geriatriken att avlasta den somatiska specialistsjukvården i större omfattning än vad som sker idag. Detta är en viktig utgångspunkt vid planeringen av den framtida hälso- och sjukvården och när nya ersättningsmodeller utvecklas.

Förflyttningar mellan vårdenheter utgör en särskild belastning för äldre patienter. Det är därför av betydelse att patienten kommer till rätt vårdnivå redan från början så att onödiga förflyttningar undviks. Den nya ersättningsmodellen som införs inom geriatriken från 2010 innehåller bland annat incitament för att öka andelen direktinläggningar vid geriatrisk klinik. I de fall förflyttningar mellan vårdenheter ändå måste göras ska överflyttningen vara smidig och tiden för väntan på förflyttning så kort som möjlig. Därför skärps tidsgränsen vid övertagande från akutmottagning till geriatrisk klinik från dagens sex timmar till tre timmar.

Uppdraget och beskrivningssystemet för den specialiserade palliativa vården tydliggörs. Särskild tonvikt läggs vid att tydliggöra gränssnitten mot andra vårdgivare.

Antalet demensutredningar ska successivt öka och anpassas till behoven i befolkningen.

3.7 Somatisk specialistvård

Inriktningsmål

Den somatiska specialistvården ska kännetecknas av hög tillgänglighet, god kvalitet, förbättrad patientsäkerhet samt hög effektivitet och sänkt kostnadsökningstakt.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Fortsätta utvecklingen av den nya modellen för flerårsavtal med sjukhusen
- Stimulera till ökad samverkan inom de somatiska specialiteterna och med andra vårdgivare
- Utveckla den långsiktiga planeringen och styrningen av vårdutbudet
- Förbättra avtalsuppföljningen och utveckla kvalitetsarbetet
- Föra ut den vård som inte behöver akutsjukhusets resurser till den nära sjukvården

HSN godkände i februari 2009 treårsavtal med akutsjukhusen för perioden 2009 till 2011. Syftet med treårsavtalen är att förbättra resursutnyttjandet, höja kvaliteten i verksamheten samt öka tillgängligheten. Genom treårsavtalen ges sjukhusen mer långsiktiga och stabila planeringsförutsättningar samt möjligheter att, inom ramen för uppdragsbeskrivningen och den avtalade målvolymen, styra sin produktion på ett mer effektivt sätt. En kritisk uppgift för sjukhusen är att långsiktigt sänka kostandsökningstakten så att den anpassas till avtalen och den samhällsekonomiska utvecklingen. Detta är centralt för en budget i balans i Stockholms läns landsting.

Avtalad kostnad för akutsjukhusen uppgår till 15 971 miljoner kronor 2009, varav 1 066 miljoner kronor utgörs av vårdval. Avtalen 2009 resulterade i en uppräkningsökning på sex till sju procent, eller cirka 1 050 miljoner kronor, jämfört med avtalad ersättning 2008. Uppräkningen är främst ett resultat av en relativt stor volymökning under 2008 och den volymanpassning som ansågs nödvändig för att sluta treårsavtal. I treårsavtalen är reglerna för uppräkningsökningen för år två och tre fastlagda. Det innebär att den totala ersättningsökningen till sjukhusen, inom ramen för treårsavtalen, prognostiseras till cirka 2,9 procent, eller 410 miljoner kronor 2010.

Ett inte oväsentligt inslag i avtalen är sjukhusens tillgänglighetsansvar enligt patientens fria val och vårdgarantireglerna. Det innebär ökade krav på sjukhusens förmåga att utföra vården mer effektivt och att omfördela resurser när olika patientgrupper ökar eller minskar över tid. Tillgänglighetsansvaret för sjukhusen är tydligt definierat och kopplat till ett ekonomiskt ansvar. Samtidigt ger tillgänglighetsansvaret incitament för en effektiv köhantering.

Avtalen med akutsjukhusen innebär också att den medicinskt tekniska utvecklingen och vårdutbudet inom olika specialiteter hanteras av vårdgivarna själva genom prioritering och omfördelning av resurser. Det är av betydelse att det sker en samplanering mellan

vårdgivarna för att säkerställa att det samlade vårdutbudet täcker behoven. Medicinsk teknisk utveckling ingår i vårdgivarnas grunduppdrag och regleras ekonomiskt med uppräkningsmetoder enligt särskilt index. Vid införandet av nya och mer effektiva behandlingsmetoder är det vårdgivarnas ansvar att utveckla mindre effektiva och mer resurskrävande metoder.

Befolkningen ökar samtidigt som sjukligheten förändras inom olika diagnosgrupper. Den medicinskt tekniska utvecklingen, inklusive utvecklingen inom läkemedelsområdet ger nya möjligheter men även, i vissa fall, risk för ökade kostnader. Vidare pågår planering för ett nytt universitetssjukhus och stora investeringar diskuteras för nya akut- och operationsbyggnader på övriga akutsjukhus. Sammantaget innebär detta att det krävs ett större inslag av långsiktig planering och styrning av den somatiska specialistvården under de kommande åren.

Vårdval har från och med den 1 januari 2009 införts för förlossningar, höft- och knäprotesoperationer och kataraktoperationer. Från och med den 1 april 2009 infördes även vårdval för ögonbottenfotografering och behandling av diabetesretinopati. Effekterna av de, under 2009, införda vårdvalen har följts upp och en första redovisning gjordes vid Hälso – och sjukvårdsnämndens sammanträde i juni 2009. Sammanfattning av resultaten kommer att ligga till grund för eventuella revideringar av regelböckerna inför 2010 samt utformningen nya vårdvalsområden.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut om att planera för vårdval och utarbeta regelböcker inom hudsjukvård, reumatologi, ögonsjukvård och öron- näsa- halssjukvård. Allergologi och gynekologi behöver analyseras ytterligare beträffande innehåll, volymer och avgränsningar mot primärvård och andra medicinska specialiteter innan ett förslag läggs om vårdval eller upphandling.

Uppföljning av treårsavtalen kommer att fokusera på månatlig uppföljning av producerade poäng, ersättningar, kvalitet och efterlevnad av tillgänglighet. Vidare kommer fördjupade uppföljningar att inledas under hösten 2009, av den högspecialiserade vården vid Karolinska Universitetssjukhuset, med de tre specialiteterna transplantation, reumatologi och lungmedicin. Under 2010 fortsätter uppföljning av övriga högspecialiserade verksamheter. Som ett led i den fördjupade uppföljningen och utifrån kraven i treårsavtalen kommer de olika delarna i strukturersättningen att utredas.

Kvalitetsersättningen höjs 2010 från 0,5 procent till en procent av avtalssumman i treårsavtalen. En samlad utvärdering och analys av kvalitetsresultaten görs under 2010 då även ställningstagande till eventuell fördjupad uppföljning sker. Resultaten presenteras i publika jämförelser där vårdgivarna rankas.

I kvalitetsnätverket med vårdgivarna fortsätter arbetet genom utvärdering och utveckling av kvalitetsindikatorer med avseende på evidens, validitet och jämförbarhet. Successivt anpassas urvalet av kvalitetsindikatorer efter den nationella utvecklingen i SKL:s öppna jämförelser och Socialstyrelsens rekommendationer.

Den somatiska specialistvården utanför akutsjukhusen omsätter 2009 cirka 2 350 miljoner kronor och omfattar ett brett spektrum av specialiteter. Vården bedrivs vid sex närsjukhus, av upphandlade privata vårdgivare samt av 480 specialistläkare, varav 280 specialistläkare inom vårdavtal och 200 specialistläkare enligt nationella taxan. Huvuddelen av dessa avtal löper ut senast under 2011.

Specialistvården utanför sjukhusen är både ett komplement och ett alternativ till vården vid akutsjukhus och ger en möjlighet för avlastning till sjukhusen för sådan vård som inte kräver sjukhusets resurser. Specialistvården är ofta första remissinstans för patienter som inte kan utredas och/eller färdigbehandlas inom primärvården. Väl fungerande vårdsamband är av största vikt för ett bra patientomhändertagande och bästa utnyttjande av specialistvårdens kompetens. Även ur ett ekonomiskt perspektiv är det av största vikt att patienten utreds och behandlas på rätt vårdnivå. I pågående utredning av förutsättningarna för vårdval eller upphandling prövas möjligheterna att, i de två avtalsformerna, i ökad omfattning styra patienterna till rätt vårdnivå.

Utomlänsvården inom den somatiska specialistvården omsluter cirka 550 miljoner kronor och omfattar akut och planerad vård enligt riksavtalet samt avtalet om hjärtsjukvården för barn i Lund. Uppföljningen av utomlänsvården ska förbättras och samarbete pågår främst med Uppsala läns landsting, som är den störste leverantören, för att utveckla uppföljningssystem och säkra att rätt ersättning utgår.

3.8 Tandvård

Inriktningsmål

Tillgängligheten, kvaliteten och säkerheten i tandvården ska förbättras.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Förstärkta förebyggande insatser för ettåringar
- Förslag tas fram till ett utvecklat omhändertagande inom allmän barn och ungdomstandvård
- Översyn av urvalsfunktionen för tandreglering
- Införande av ett listningssystem för barn- och ungdomstandvård
- Införande av auktorisation av vårdgivare inom specialisttandvård för barn och ungdomar
- Förstärkt samverkan med kommuner/stadsdelar för den uppsökande verksamheten

Skillnaderna i tandhälsa varierar mellan olika delar av länet. Barn som lever i socioekonomiskt utsatta områden löper större risk att drabbas av karies och har således ett större vårdbehov. Förstärkta insatser för att förbättra tandhälsan för barn med sämre tandhälsa kommer att genomföras. För att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i tandvården kommer fler vårdval att införas och befintliga vårdval utvecklas.

Tandhälsan för barn och ungdomar ska förbättras genom förstärkta förebyggande åtgärder. Från och med 2010 startas ett projekt där ettåringar i områden med sämre tandhälsa kallas till förebyggande åtgärder. Det handlar främst om att genom tidig diagnostik och riskbedömning ge information till föräldrar om kostvanor och betydelser av tandborstning samt fluorbehandling.

Omhändertagandet inom allmän- barn och ungdomstandvård ska utvecklas genom att tillämpa ett mer individualiserat synsätt där patienter med låg sjukdomsrisk kan undersökas med längre intervall. Omhändertagandet kan än mer anpassas till den enskilda individens risk för att utveckla tandsjukdomar och till den enskildes bettutveckling. Resurserna kan då bättre koncentreras till risktänder, riskåldrar och vårdbehovsområden. Ett förslag till utveckling av nuvarande vårdvalsmodell med denna inriktning kommer att tas fram under 2010.

Urvalsfunktionen för tandregleringsvård ses över. För att stärka konkurrensneutraliteten i vårdvalsmodellen kommer möjligheten att upphandla konsulter, som inte bedriver tandregleringsvård i länet, att utredas.

Från och med den 1 januari 2010 införs ett listningssystem för allmän barn- och ungdomstandvård. Listningssystemet innebär en förenklad administration och kommer att underlätta för barnfamiljer att välja tandläkare.

Vårdval för tandregleringsvård har funnits sedan 2000. I syfte att förbättra valfriheten och tillgängligheten införs vårdval för övriga sju specialiteter inom barn och ungdomstandvården. Auktoriserad leverantör av allmäntandvård, specialisttandvård samt läkare får i samråd med patient/målsman fritt remittera patienten för specialisttandvård till valfri auktoriserad leverantör. Vid utformningen av vårdvalet tas särskild hänsyn till kravet på ekonomisk effektivitet.

För att förstärka samverkan och förtydliga rollerna inom den uppsökande verksamheten för personer med ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov ska ett förslag till samverkansavtal tas fram mellan Stockholms läns landsting och KSL.

3.9 Habilitering, hjälpmedel, asylsjukvård och tolkverksamhet

Habilitering

Inriktningsmål

Personer med funktionsnedsättning ska efter bedömning få sina behov av habilitering tillgodosedda.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategi:

- Behoven av habilitering ska följas upp och analyseras

Inflödet till habiliteringen av barn och ungdomar som fått diagnos autismspektrumtillstånd har ökat kraftigt under åren 2007 till 2009. Förstärkningar genom fler beställningar har genomförts för målgruppen under 2009, men väntetiderna till behandling fortsätter att öka. Eftersom utredningskapaciteten har förbättrats inom barnsjukvården förväntas ett fortsatt högt inflöde under 2010. Området analyseras och ytterligare åtgärder kan komma att vidtas.

Uppföljning sker kontinuerligt av målgruppens behov av habilitering. Under 2009 genomförs också en kartläggning av personer i Stockholms län som har en medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning.

Hjälpmedel

Inriktningsmål

Förbättrad tillgänglighet för brukare av hjälpmedel.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Tydliga krav och uppföljning av tillgängligheten
- Utveckling av Hjälpmedelsguidens riktlinjer

Uppföljning av tillgänglighetskraven i alla hjälpmedelsavtal genomförs. En särskild analys och uppföljning görs av Hjälpmedelsverksamheternas jourservice för att bedöma det fortsatta behovet av denna insats.

Hjälpmedelsguiden vidareutvecklas i samråd med förskrivare och brukarorganisationer i syfte att ge ytterligare beslutsstöd vid förskrivningsbedömningar. Beslutsstödet kommer även vara underlag för vilka hjälpmedelsinsatser som ska betraktas som hälso- och sjukvårdens ansvar. Inom hjälpmedelsområdet, framförallt inom ortopedtekniska hjälpmedel och medicinteknisk apparatur i hemmet, pågår en utveckling som gör att hjälpmedel blir mer avancerade, teknikintensiva och därmed mer kostnadskrävande.

Stockholm har deltagit i projektet Fritt val av hjälpmedel som ska utvärderas under hösten 2009. Slutrapport överlämnas av Hjälpmedelsinstitutet till regeringen i mars 2010. Utvärderingen kommer bland annat att ta ställning till om lagstiftning och rekvisitions-system ger stöd för brukares ökade valfrihet. Utvärderingen kan komma att innebära förslag på ändrad lagstiftning och hantering av hjälpmedel.

Asylsjukvård

Inriktningsmål

Skapa en mer tillgänglig, säker och trygg vårdstruktur för asylsökande ur ett integrationsperspektiv.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Analysera nuvarande vårdstruktur och lämna förslag på ny struktur som bättre svarar mot individens behov

Vårdstrukturen för asylsökande och nyanlända flyktingar ska utredas. Projektet Regional Samverkan för Integration (ReSa) som startade 2008 fortsätter. I samverkan med Stockholms stad, Botkyrka, Huddinge och Södertälje kommuner planeras en ny funktion, Hälsokommunikatör. Hälsokommunikatörerna ska arbeta med ett tydligt folkhälsooperspektiv.

Språktolkar

Språktolktjänster är en viktig länk i en fungerade hälso- och sjukvård med vård på lika villkor för hela befolkningen. Upphandling av språktolkförmedlingstjänster genomförs under 2009 och de nya avtalen träder i kraft under våren 2010. Avtalen innehåller skärpta kvalitetskrav när det gäller att tillhandahålla språktolktjänster. Möjligheten till uppföljning förbättras i och med utveckling av en ny webbaserad beställningsportal av språktolkar. För att öka tillgängligheten till kvalificerade språktolktjänster görs en satsning på ökad användning av telefontolkning.

Tolkverksamhet för personer med dövhet, dövblindhet och/eller hörselnedsättning

Tolkcentralens uppdrag, tolkverksamhet för personer med dövhet, dövblindhet och/eller hörselnedsättning, ska ses över och förtydligas. Upphandling av tolkutövare sker 2009 och avtalen som gäller från och med november 2009 ska säkerställa att målgruppen får kvalificerad vardagstolkning när så efterfrågas.

3.10 Läkemedel

Inriktningsmål

En mer kostnadseffektiv och säker läkemedelsanvändning.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Kostnadsansvaret för receptläkemedel flyttas till vårdgivarna för akutsomatisk vård, vuxenpsykiatri och basgeriatrik
- Husläkaruppdragets incitamentsmodell för god läkemedelsförskrivning revideras
- Koordinationsansvaret för äldres läkemedelsbehandling tydliggörs liksom behovet av uppföljning av den äldre patientens medicinering
- Effektivisering av läkemedelskommittéorganisationens arbete genomförs
- Uppföljnings- och benchmarkingmetoderna ska utvecklas
- Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) samt Läkemedelsförteckningen införs i journalsystemen

Landstingsfullmäktige har fattat beslut om att föra ut kostnadsansvaret för receptläkemedel till alla vårdgivare med vårdavtal. För 2010 sker detta inom akutsomatisk vård, vuxenpsykiatri och basgeriatrik. I ett första steg är vårdgivarnas kostnadsansvar begränsat och inriktningen är att vårdgivarna successivt ska ta ett större ansvar för läkemedelskostnaderna. För primärvården införs en utökad incitamentsmodell. Arbetet sker inom ramen för det så kallade KÖL2010-projektet.

Husläkaruppdragets incitamentsmodell för god läkemedelsförskrivning revideras i syfte att förbereda för integration av läkemedel i den nya ersättningsmodellen som utreds inom Nemo-projektet. Kraven på god följsamhet till Kloka listan blir större liksom incitamenten för husläkarna att successivt anpassa sin förskrivning till kommande ersättningsmodell.

Koordinationsansvaret för äldre med många läkemedel tydliggörs i vårduppgiften, oavsett patientens vårdform. Läkemedelsavstämningar, läkemedelsberättelser och läkemedelsgenomgångar är metoder som ska nyttjas för att öka säkerheten i äldres läkemedelsanvändning.

Läkemedelskommittéorganisationens fortbildnings- och informationsarbete ska effektiviseras ytterligare, bland annat genom samordning med den övriga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården.

För att stimulera benchmarking, rankning, erfarenhetsutbyte och kvalitets- och förbättringsarbete införs möjlighet för vårdgivare att öppet jämföra sin läkemedelsstatistik med varandra. Uppföljningsmetoderna och kvalitetsindikatorerna ska utvecklas genom bearbetning av data från Socialstyrelsens läkemedelsregister och journalsystemen.

De elektroniska beslutstöden SIL samt Läkemedelsförteckningen ska vara införda i journalsystemen under 2010. Den nationella samordningen inom området e-tjänster ska öka ytterligare.

Under 2010 avslutas landstingets specialläkemedelsprojekt och övergår i förvaltningskede.

Samarbetet med Västra Götaland, Skåne och Landstinget i Östergötland runt horizonscanning och värdering av nya läkemedel ska utvecklas närmare och målet är en landstingsgemensam finansiering. En introduceringsmodell för nya läkemedel ska tas fram.

En upphandling ska genomföras av läkemedelsförsörjning till sluten- och öppen vård samt kommunernas särskilda boenden i syfte att få en effektivare läkemedelsförsörjning. Avtalet ska träda i kraft 2011.

3.11 Tillgänglighet

Inriktningsmål

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården ska förbättras så att vårdgarantin uppfylls i alla delar.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Förbättrade beställningar, fler vårdval och uppföljning av avtalen
- Följa upp vårdgarantin i alla dess delar
- Utarbeta tillämplig och enhetlig remisshantering

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården har utvecklats och förbättrats de senaste åren. Exempel på förändringar som genomförts för att förbättra tillgängligheten är införandet av vårdval och treårsavtalen med sjukhusen. Vidare kalibreras beställningarna successivt med syftet att korta väntetiderna och öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

HSN informeras löpande om hur vårdgivarna i Stockholms läns landsting uppfyller kraven i vårdgarantin. Inom vårdgarantins finns definierade gränser för telefontillgänglighet (kontakt samma dag), besöksgaranti (inom fem dagar), mottagningsbesök (inom 30 dagar) och operation/åtgärd/ behandling (inom 90 dagar).

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården har förbättrats successivt i Stockholm. Sedan mars 2009 har kraven för att få ta del av den så kallad kömiljarden uppnåtts. Kömiljarden är pengar som riksdagen har avsatt från 2010 och tre år framåt med syfte att korta väntetiderna. Den första utbetalningen av medel från kömiljarden baseras på mätning av kösituationen den 30 november 2009. Även om tillgängligheten har förbättrats över tiden finns fortfarande områden där kösituationen inte är acceptabel, här vidtas åtgärder i form av till exempel ändrade beställningar om detta bedöms nödvändigt.

Inrapporteringen från vårdgivarna i väntetidsregistret har förbättrats. Under 2010 är intentionen att de vårdgivare, som inte kan rapportera väntetider via fil, ska kunna rapportera via ett särskilt rapporteringsverktyg i stället för manuella enkäter. Analys pågår av en ny databas som skulle innehålla uppgifter om prognostiserade/aktuella väntetider till vårdgivare. Databasen skulle tekniskt kunna anpassas till den nationella IT-plattformen och därmed ersätta nuvarande system.

För att förbättra tillgänglighet krävs enhetliga remissregler. Ett samarbete inleds därför med vårdgivarna för att utveckla remisshanteringen. Målsättningen är att implementera gemensamma remissregler under 2010.

3.12 Vårdval

Inriktningsmål

Vårdval ska införas inom de vårdområden där det är möjligt och där det är av värde för patienterna att välja vårdgivare.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Nya vårdvalsområden prövas kontinuerligt
- Utvärdering av vårdval sker kontinuerligt och resultatet används vid införande av nya vårdvalområden

Inom Stockholms läns landsting finns för närvarande tolv vårdvalsområden:

- Husläkarverksamhet
- Barn- och mödrahälsovård
- Läkarinsatser i särskilda boenden
- Logopedi
- Fotsjukvård
- Förlossning
- Höft- och knäledsplastiker
- Kataraktoperationer
- Ögonbottenfotografering av diabetiker
- Behandling av diabetesretinopati
- Tandreglering
- Allmän tandvård för barn

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har fattat beslut om att införa vårdval inom obstetriska ultraljud och specialiserad rehabilitering samt för ytterligare sju specialiteter inom barn- och ungdomstandvården från årsskiftet 2009/2010. Inom den öppna specialistvården har HSN fattat beslut om att planera för vårdval samt utarbeta regelböcker för hudsjukvård, reumatologi, ögonsjukvård och öron- näsa- halssjukvård. Allergologi och gynekologi behöver analyseras ytterligare beträffande innehåll, volymer och avgränsningar mot primärvård och andra medicinska specialiteter innan ett förslag läggs om vårdval eller upphandling. Samtidigt fattades beslut om att en noggrann genomlysning av uppdrag och vårdsamband vid ryggkirurgi behöver genomföras innan förslag om modell för avtalsreglering kan fattas. Även fotkirurgi behöver belysas tillsammans med ortopedin i sin helhet för att ta tillvara vårdsambanden och om möjligt undvika en uppdelning i mindre avtalsområden.

När nya områden tas fram för vårdval är det viktigt att detta kopplas till en önskad långsiktig utveckling av sjukvården. Hänsyn ska tas till patientens möjligheter att bättre påverka sin vård, samverka med andra aktörer, möjligheter till att effektivisera hälso- och

sjukvården genom högre produktivitet, bättre tillgänglighet och bättre kvalitet samt möjligheterna till ökad mångfald. Detta samtidigt som kostnadskontrollen ska bibehållas, vilket är särskilt viktigt i den nu rådande ekonomiska situationen. Centralt är också att hälso- och sjukvården inte fragmentiseras i olika vårdvalsområden. En fragmentiserad hälso- och sjukvård försvårar för patienten att hitta rätt i vården samtidigt som styrningen försvåras.

3.13 Publika jämförelser

Inriktningsmål

Genom publika jämförelser mellan vårdgivare ska patienternas möjligheter att välja öka och sjukvårdens kvalitet förbättras.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa fler publika jämförelser på Vårdguiden.se
- Utveckla rankning av sjukhus/kliniker
- Publicera fler vårduppdrag och nyckeltal i leverantörsuppföljningsdatabasen

Genom att publikt redovisa vårdgivarnas resultat stimuleras kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården. Dessutom utgör resultaten ett underlag för patienten att välja vårdgivare. De resultat som hittills redovisas publikt på Vårdguiden.se är telefontillgänglighet, nöjdhetsgraden av den information patienten fått, delaktighet och bemötande. Under 2010 ska ytterligare publika jämförelse publiceras på Vårdguiden.se.

Den första rankningen som avser ett vårdvalsområde, katarakter, förväntas bli klart under hösten 2009. Rankning kommer att prövas inom andra vårdområden under 2010.

Vårdgivarna ska i leverantörsuppföljningsdatabasen, som är en del av Uppföljningsportalen, kunna följa jämförelser av vårdgivare avseende prestationer, ersättning, medicinsk- och servicekvalitet. Under 2010 ska ytterligare nyckeltal finnas tillgängliga i leverantörsuppföljningsdatabasen.

Stockholms läns landsting kommer även fortsättningsvis att aktivt delta i den nationella utvecklingen av öppna jämförelser.

3.14 Patientsäkerhet

Inriktningsmål

Patienter ska inte drabbas av undvikbara vårdskador vid vård och behandling i Stockholms läns landsting.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Genom spridning av kunskap om patientsäkerhet ges stöd för ett förbättrat patientsäkerhetsarbete i vården
- Uppföljningen utvecklas och intensifieras för att säkerställa att vården tillämpar patientsäkra behandlingsrutiner
- Elektroniskt stöd för mätning av vårdskador genom strukturerad journalgranskning och riskvärdering införs
- Läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse skriven för patienten införs
- Utvecklad uppföljning av antibiotikaförskrivning med målsättning att minska förskrivningen av antibiotika inom vården
- Metoder för att kunna smittfriförklara tidigare MRSA-bärare utvecklas

Vårdskador liksom ökande antibiotikaresistens utgör lidande för de personer som drabbas samtidigt som de utgör betydande kostnader för hälso- och sjukvården. Beräkningar för Stockholms läns landsting visar till exempel att undvikbara vårdrelaterade infektioner inom akutsjukvården kostar 1,2 miljarder kronor per år. Detta visar också på vikten av att hitta en modell för att visa på de kostnadsminskningar, i monetära termer, som blir följden av ett aktivt arbete med patientsäkerheten.

Utvecklingen med att förbättra patientsäkerheten innebär bland annat att kvalitetssäkra kunskap och tydliga rutiner för hur säker vård och behandling utförs. För att sprida denna kunskap genomförs bland annat utbildningar av både vårdgivare och tjänstemän.

En intensifierad uppföljning av hälso- och sjukvården ska göras ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Detta sker genom utökade avtalsuppföljningar inklusive revisioner samt öppna jämförelser av resultat, både inom landstinget och internationellt.

Genom att införa ett elektroniskt stödsystem för strukturerad journalgranskning kan nya vårdskador mätas, följas upp, analyseras och förhindras. Operativa ingrepp är ett område där en bättre riskvärdering med vidtagande av åtgärder före operation minskar risken för patienten att drabbas av skada.

Bristande läkemedelsavstämningar i vårdens övergångar har lyfts fram som en viktig orsak till inläggning och återinläggning vid akutsjukhus. För att säkerställa att patientens medicinering är korrekt och att patienten uppfattat eventuella medicinändringar

påbörjas ett arbete med införande av läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelser skrivna för patienten.

Antibiotikaresistensutvecklingen innebär på sikt att vanliga infektionssjukdomar blir svåra att behandla och att operationer som kräver antibiotikaskydd blir svåra att utföra, till exempel höftledsplastik. Arbetet intensifieras därför med att följa upp och begränsa antibiotikaförskrivningen med målsättningen att minska förskrivningen av antibiotika inom vården.

Sedan 2000 har en patient som en gång drabbats av MRSA- infektion betraktats som smittbärare för alltid. Detta innebär problem för patienten och onödiga kostnader hälso- och sjukvården, bland annat då patienten vid all sjukhusvistelse ska ha enkelrum och särskilda hygienrutiner krävs. Möjligheten att smittfriförklara tidigare MRSA-bärare ska undersökas.

3.15 Jämlik och jämställd vård

Inriktningsmål

Hälso- och sjukvården ska ges på lika villkor oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning, var man bor eller ålder.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Implementera handlingsprogram för jämlik och jämställd vård
- Utveckla uppföljningen av jämlik och jämställd vård samt kvalitetssäkra jämställdhetsaspekten i beställarprocessen

Implementeringen av handlingsprogrammet för jämlik och jämställd vård fortsätter under 2010. Handlingsprogrammet är utformat som en systematisk och långsiktig bevakningsfunktion med syfte att kontinuerligt identifiera och följa upp eventuella brister.

Vid översyner, beställarrevisoner och genomlysningar av vårdområden ska det vara obligatoriskt att jämlik och jämställd vård bedöms och redovisas. I de fall där ojämlik och ojämställd vård har identifierats ska förslag till åtgärder tas fram. På detta sätt kommer också jämställd och jämlik vård att bli en del av beställarprocessen.

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 bland annat utifrån detta perspektiv. Slutrapport presenteras 2010.

För att säkra tillgång till metodkunskap, kartläggning och analys avseende jämlik och jämställd vård ingår det i uppdraget till Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) att tillhandahålla sådan kompetens.

3.16 Förebyggande hälso- och sjukvård

Inriktningsmål

Uppnå en god och jämlik hälsa för alla medborgare i länet.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Beställa folkhälsovetenskaplig forskning, expertstöd, praktiskt folkhälsoarbete samt patientverksamhet inom det arbets- och miljömedicinska området, tobak och alkohol
- Arbeta för att det hälsofrämjande arbetet ska finnas med i avtal och upphandlingsunderlag
- Stödja genomförandet av handlingsplanen "Handling för Hälsa" i alla landstingets verksamheter
- Successivt implementera Handlingsprogram övervikt och fetma
- Tillsammans med kommuner och andra aktörer utveckla och förbättra arbetet med levnadsvanor
- Kartlägga barns och ungdomars psykiska hälsa tillsammans med kommunerna

Hälso- och sjukvården ska arbeta aktivt med att förbättra hälsan, särskilt i utsatta områden. Avtalet mellan HSN och Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) avser beställningar för långsiktiga basuppdrag (sex år). Uppdraget innebär utveckling av folkhälsoarbetet, folkhälsovetenskaplig kunskap och kompetens samt korta utredningar.

Under 2010 sker ett fortsatt utvecklingsarbete kring upphandlingar, avtal och indikatorer för uppföljning av hälsofrämjande hälso- och sjukvård samt utveckling av ersättningsystem som kan användas för att ersätta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

Handlingsplanen, Handling för Hälsa, fortsätter att implementeras med stöd från KFA. I detta sammanhang utvecklas samverkan med kommunerna kring levnadsvanor och lokala hälsoplaner planeras i samarbete med sjukvårdsstyrelserna och med stöd från KFA.

Under 2010 påbörjas implementering av de strategier som föreslagits och prioriterats i Handlingsprogram för övervikt och fetma.

Statistiska centralbyrån har regeringens uppdrag att under hösten 2009 göra en nationell kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa. Under 2010 kommer HSN, KFA, kommunerna i Stockholms län samt stadsdelarna i Stockholms stad att fortsätta utveckla och samordna denna form av kartläggning och uppföljning av barns och ungdomars psykiska hälsa.

3.17 Sjukskrivning och rehabilitering

Inriktningsmål

Sjukfrånvaron ska minska.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Ökad samverkan mellan aktörer i sjukskrivningsprocessen kring patienter
- Ökad kunskap om det nationella försäkringsmedicinska beslutsstödet hos vårdgivare
- Förbättra tillgänglighet till behandling och rehabilitering

Sjukfrånvaron har under de senaste åren minskat i Sverige och Stockholms län utmärker sig med den lägsta sjukfrånvaron i landet. Riksdagen har förlängt den så kallade ”sjukskrivningsmiljarden” i ytterligare tre år, 2009 till 2011. För landstinget innebär det intäkter på drygt 200 miljoner kronor under 2010 givet att gränsen för kömiljarden uppfylls. Ansvaret för satsningen inom ramen för sjukskrivningsmiljarden i Stockholm har HSN. Uppdraget sker i olika delar inom särskilt projekt, Ögat på sjukskrivning. Fokus 2010 innebär att implementera delar av projektet Ögat på sjukskrivning i ordinarie verksamhet bland annat genom följande aktiviteter:

- Insatser för implementering av det nationella försäkringsmedicinska beslutsstödet hos vårdgivare. Seminarier genomförs för vårdens verksamhetschefer med syftet att öka kunskapen om ansvaret för sjukskrivningsprocessen. Vidare genomförs utbildning av läkare och övriga personalgrupper i vården om det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Utbildningen genomförs i samverkan med Försäkringskassan.
- Sjukskrivningsaudit genomförs med deltagande av läkare samt handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare från Försäkringskassan med syfte att förbättra kvaliteten och underlätta läkarnas arbete med sjukskrivningsärenden.
- Medverkan i FoU-projekt, bland annat om kvalitet i sjukskrivningsprocessen och hur försäkringsmedicinska beslutsstödet påverkar läkares sjukskrivning.
- Försöksverksamhet med insatser för långvarigt sjukskrivna patienter med psykisk ohälsa och stressrelaterade besvär. Fyra vårdgivare i andra linjens vård ingår och syftet är öka individernas arbetsförmåga och minska sjukskrivningarna.
- Försöksverksamhet med rehabiliteringskoordinatorer för att kvalitetssäkra tidig bedömning och behandling.

Rehabiliteringsgarantin är en del av den fortsatta statliga satsningen på minskad sjukfrånvaro. Enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL ska patienter som har smärta i rygg, nacke och axlar eller lättare/medelsvåra depressioner, olika typer av ångest och stress få medicinsk behandling där vetenskapligt stöd för återvunnen arbetsförmåga kunnat visas. Landstingen får ersättning från staten per patient som påbörjat rehabiliterings- eller behandlingsinsatser. Landstingen kan även söka statliga forskningsmedel 2009 och 2010.

3.18 Miljö

Inriktningsmål

Hälso- och sjukvårdens påverkan på miljön ska minimeras genom ekonomiska incitament i vårdavtalen samt genom att vårdgivarnas insatser följs upp och redovisas publikt.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Kommunikationen med vårdgivarna i miljöärenden utvecklas
- Informations- och stödinsatser erbjuds vårdgivarna i deras arbete med att fasa ut farliga kemikalier, att effektivisera sin energianvändning och att minska läkemedlens miljöpåverkan
- Vårdgivares goda miljöinsatser uppmärksammas publikt
- Metoder för uppföljning av vårdgivarnas miljöinsatser utvecklas

HSN fortsätter arbeta för att uppfylla målen i Miljö Steg 5. Överföringen av miljöinformation till vårdgivarna ska utvecklas. Deras önskemål och behov ska styra formerna för upplysning. Vägledningen till vårdgivarna stärks så att de kan bedriva verksamhet på ett miljömedvetet sätt. Målsättningen är att alla vårdgivare ska känna till vad i verksamheten som har störst miljöpåverkan och hur de kan bedriva förbättringsarbete. Särskild uppmärksamhet ska ges till mindre och mellanstora vårdgivares behov av utbildning.

Webbaserat informationsmaterial om bland annat utfasning av farliga kemikalier och om läkemedels miljöpåverkan ska erbjudas vårdgivarna.

På Vårdguidens hemsida kommer det att finnas möjlighet för vårdgivarna att ange om de är miljöcertifierade eller miljödiplomerade. Detta för att allmänheten ska få kännedom om vårdgivarnas miljöarbete. Insatser görs för att påskynda genomförandet, liksom kontroller för att kvalitetssäkra uppgifterna.

Miljödiplomeringen, metoden för att följa upp vårdgivarnas grundläggande miljöarbete, förenklas och förbättras genom att frågorna i checklistan liksom handledningen uppdateras. Checklistan överförs till en webbaserad enkät. HSN-förvaltningen ska också undersöka om Svensk Miljöbas standard för miljödiplomering motsvarar önskvärda kriterier för diplomering av vårdgivare med årlig ersättning strax under 15 miljoner kronor. Miljörevisioner kommer att genomföras hos några vårdgivare och ett sammanfattande resultat presenteras i årsredovisningen för år 2010. Inledningsvis prioriteras miljödiplomerade vårdgivare. Möjligheten att använda kvalitetsindikatorer i avtalen ska undersökas i syfte att stimulera och följa upp miljöarbetet.

3.19 Ersättningsmodeller och systemstöd

Inriktningsmål

Ersättningsmodellerna och systemstöd ska bidra till en förbättrad styrning av hälso- och sjukvården samt skapa incitament för att effektivisera verksamheten.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utveckla och förbättra nuvarande ersättningsmodeller
- Utveckla och förbättra systemstödet

Arbetet med ersättningsmodeller ska integreras med utvecklingen av nationella beskrivningssystem. Därigenom ges möjligheter att begränsa antalet ersättningsmodeller. Vidare ska möjliga tekniska/automatiserade lösningar av registrering och betalningsflöden utvecklas.

Ersättningsmodellerna ska utformas så att de är konkurrensneutrala. Vidare är utgångspunkten att ersättningsmodellerna ska vara enkla att förstå och administrativt lätta att hantera. Inom vårdvalsområdena ska ersättningarna följa patientens val.

Ersättningsmodeller och förändringar med effekt på ersättningsmodellerna som är planerade:

- Kostnadsansvar för förskrivning av läkemedel i öppen vård inom geriatrik, akut-sjukhusen och vuxenpsykiatri
- Ny ersättningsmodell för geriatrikens basuppdrag
- Utveckling av ny ersättningsmodell för primärvården (Nemo). Nemo ska underlätta det administrativa arbetet med inrapportering av underlag och bygga på nationella beskrivningssystem. Syftet med en ny ersättningsmodell för primärvården är att stimulera en utveckling i husläkarverksamheten utifrån att vården sätter patientens behov i centrum, evidensbaserade metoder används, vården utvecklas professionellt, tillgängligheten till vården är god samt att positiva effekter uppnås för patienterna och i sjukvårdssystemet.

Systemstödet för vårdgivarna inriktas på åtgärder som bidrar till:

- Enklare och mindre kostsam administration då inmatning i möjligaste mån enbart ska ske i ett system
- Säkrare och enklare återkoppling till vårdgivarna som ska säkerställa att felregistreringar omgående uppmärksammas och rättas
- Fortsatt utbyggnad av helpdeskfunktion och vårdgivarportal som ska förenkla för vårdgivarna att få den information kring koder och system som vårdgivaren behöver för att bedriva sitt uppdrag

Inom HSN-förvaltningen kommer följande aktiviteter genomföras i syftet att öka kvaliteten och minska de administrativa kostnaderna för systemstödet:

- En genomlysning av samtliga administrativa system kommer att ske i syfte att på sikt kunna plocka bort ineffektiva system
- Ett fortsatt införande av elektronisk fakturering för vårdgivarna
- En sammanslagning av de två stora infrastrukturella katalogerna Elektroniska katalogen (EK) och Kodsservern kommer att genomföras i syfte att erhålla bättre kvalitet till en lägre kostnad

4 Verksamhetens ekonomi

4.1 Landstingsbidrag HSN totalt

I nedanstående tabell visas landstingsbidragets utveckling 2008 till 2012 i löpande priser för HSN.

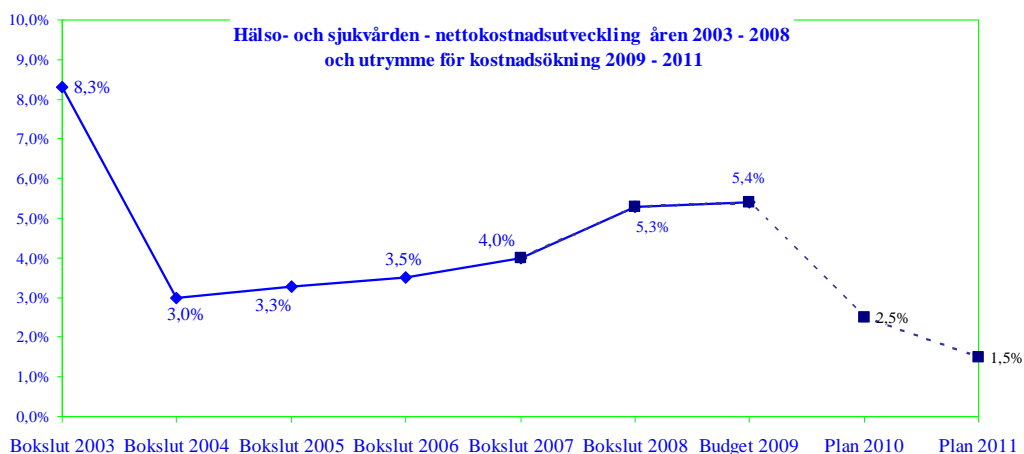
Landstingsbidrag	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag	Planering	Planering
Mkr	2008	2009	2009	2010	2011	2012
Beslutat landstingsbidrag	39 383	41 307	41 307	42 341	42 976	44 093
Resultat	+ 219	+14	+64	+14	+14	+14
Förbrukat landstingsbidrag	39 163	41 293	41 243	42 326	42 961	44 079
Ändring i procent mot året innan	5,3 %	5,4 %	5,3 %	2,5 %	1,5 %	2,6 %

Landstingsbidraget till HSN 2010 kommer, enligt landstingsstyrelsens beslut om budgetdirektiv den 19 maj 2009 efter resultatkrav, att uppgå till 42 326 miljoner kronor.

4.2 Allmänna förutsättningar

Budgetramen för HSN 2010 innebär jämfört med budget 2009 en ökning med 1 033 miljoner kronor eller 2,5 procent (2,6 procent jämfört med prognos 2009). Motsvarande ökning 2009 var cirka 2 100 miljoner kronor eller 5,4 procent.

I diagrammet nedan visas HSN:s nettokostnadsökning för perioden 2003 till 2008, utrymme för kostnadsökningar enligt budget 2009 och planering enligt budgetdirektiven för 2010 till 2011.



Utrymmet i budget 2010 förutsätter en lägre kostnadsökning än tidigare under perioden 2003 till 2009. Samtidigt måste beaktas områden där kostnadsökningar är givna i form av träffade fleråriga avtal eller där kostnaderna är svårpåverkbara. Främst avses treårsavtalen med sjukhusen och kostnaderna för läkemedel. I enlighet med HSN:s inriktningsbeslut i preliminär budget för 2010 har följande förutsättningar varit utgångspunkt för fördelning av det ekonomiska utrymmet per verksamhetsområde:

- Budgeten räknas upp med 4 procent för läkemedel vilket förutsätter en sänkt ökningstakt av läkemedelskostnaderna jämfört med såväl bokslut 2008 som budgeterat utrymme 2009. Detta antagande stöds av att utvecklingen hittills under 2009 har visat en lägre ökning av kostnaderna för läkemedel än tidigare. Om läkemedelskostnaderna fortsätter med samma låga ökningstakt under resterande delen av 2009 kan i den fortsatta budgetprocessen prövas om läkemedelsbudgeten kan sänkas ytterligare.
- För avtalad uppräknings med sjukhusen avsätts cirka 2,9 procent.
- För övriga vårdverksamhet avsätts cirka 1,3 procent.

Den avtalade uppräknings med sjukhusen innebär ett trendbrott mot den senaste femårsperioden då HSN:s kostnader för utförd vård vid sjukhusen ökat med i genomsnitt cirka 6,5 procent per år. Treårsavtalen innebär en sänkt kostnadsökningstakt jämfört med de senaste åren och förutsätter att sjukhusen sänker kostnadsökningstakten genom att ta till vara de möjligheter som utvecklingen ger.

För att kostnaderna för 2010 ska hållas inom givna ramar, såväl per verksamhetsområde som för HSN totalt, förutsätter budgetförslaget ett antal kostnadsreducerande åtgärder. En del av dessa åtgärder förutsätter ställningstaganden i den fortsatta budgetprocessen. Förslag till budget för hälso- och sjukvården 2010 utgår från att:

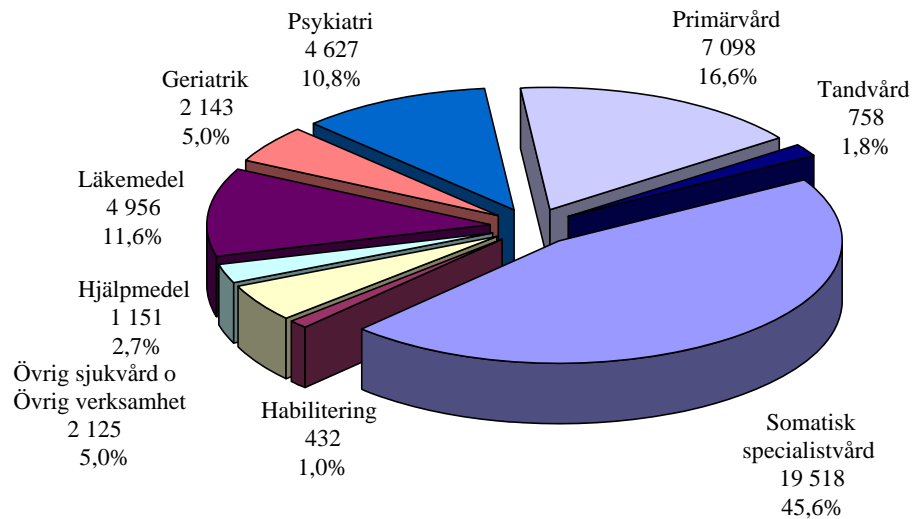
- Inga eller låga prisjusteringar av ersättningar till vårdgivarna görs i vårdval eller för andra ersättningar som inte är fastställda för 2010.
- Nya upphandlingar genomförs enligt förslag i avsnitt 2.3 med syftet att ytterligare sänka kostnaderna för köpt vård.
- Reduceringar av HSN-interna anslag med sammantaget cirka 90 miljoner kronor. Se vidare under avsnitt övrig vård och verksamhet.
- Vissa kostnadsreduceringar i övrigt inom den köpta vården genomförs, dessa förslag redovisas nedan under respektive verksamhetsområde.
- Tidigare givna uppdrag med planerad start 2010 reduceras, försenas eller senareläggs:
 - En istället för tidigare föreslagna två nya bröstmottagningar upphandlas
 - Dialysutbyggnad som var planerad till 2010 har försenas till andra halvåret 2010 och får fullt genomslag 2011

Utifrån ovan redovisade förutsättningar och åtgärder ligger förslaget till budget 2010 inom de givna ramarna. HSN-förvaltningen bedömer dock att budgeten saknar marginaler och att inget utrymme finns för volymökningar utöver vad som motsvaras av befolkningsförändringar. För att förbättra förutsättningarna för att klara en ekonomi i balans 2010 bedömer HSN-förvaltningen att HSN:s budget i den fortsatta budgetprocessen behöver stärkas med intäktsökningar eller kostnadsminskningar.

Budgetförslaget har i enlighet med direktiven upprättats utifrån oförändrade patientavgifter. HSN-förvaltningen menar att i den fortsatta budgetprocessen inför fullmäktiges beslut om budget 2010 ändå kan finnas anledning att se över regelverket för patientavgifter som genom åren blivit alltmer komplext. Förvaltningen redovisar i bilaga 6 ett förslag till justering av patientavgifterna som syftar till att förenkla regelverket för befolkningen och produktionen samt ge stöd för styrning av patienterna till rätt vårdnivå.

Förslaget till förändrade patientavgifter löser också den problematik som uppstår när apoteken, efter avregleringen av apoteksmarknaden, inte längre tar in patientavgiften vid recept per telefon. Att överföra hanteringen av den avgiften till vårdgivarna skulle innebära ökad administration och försvårande hantering av patientens högkostnads-skydd. Mot bakgrund av detta föreslås att patientavgiften avskaffas för telefonrecept och att vårdgivarna istället kompenseras med en ersättning från HSN för telefonrecepten.

Budgetförslaget för 2010 omsluter 42 808 miljoner kronor, Kostnadernas fördelning per vårdområde framgår av diagrammet nedan.



I följande avsnitt ”budget per verksamhetsområde” redovisas förslag till fördelning av resurser per verksamhetsområde. Fördelningen följer den inriktning som HSN fastställde i preliminär budget.

En mer detaljerad redovisning av ekonomin inom respektive vårdområde återfinns i bilaga 4, utökad kostnadsredovisning.

4.3 Budget per verksamhetsområde

Budgetförslaget 2010 för hälso- och sjukvården i Stockholms län räknas upp med 2,4 procent jämfört med 2009 vilket motsvarar 1 019 miljoner kronor och ger en total ram på 42 822 miljoner kronor. Hänsyn har tagits till volym- och befolkningsökningar.

HSN totalt	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag	Ändring % mot budget	Ändring % mot prognos
Mkr	2008	2009	2009	2010	2009	2009
Intäkter						
Landstingsbidrag	39 383	41 307	41 307	42 340	2,5%	2,5%
Övriga intäkter	497	496	480	482	-2,9%	0,2%
Summa intäkter	39 880	41 803	41 787	42 822	2,4%	2,5%
Kostnader						
<i>Primärvård</i>	-6 739	-7 030	-7 055	-7 098	1,0%	0,6%
<i>Psykiatri</i>	-4 384	-4 535	-4 535	-4 627	2,0%	2,0%
<i>Geriatrisk</i>	-2 086	-2 134	-2 108	-2 143	0,4%	1,6%
<i>Somatisk specialvård</i>	-18 132	-18 948	-18 998	-19 518	3,0%	2,7%
<i>Tandvård</i>	-715	-734	-734	-758	3,3%	3,3%
<i>Habilitering</i>	-411	-428	-425	-432	1,0%	1,7%
<i>Hjälpmedel</i>	-1 076	-1 126	-1 126	-1 151	2,2%	2,2%
<i>Läkemedel</i>	-4 469	-4 763	-4 663	-4 956	4,1%	6,3%
<i>Övrig sjukvård övrig verksamhet⁸</i>	-3 026	-1 912	-1 840	-1 889	-1,2%	2,7%
<i>HSN förvaltning</i>	-259	-280	-280	-273	-2,7%	-2,7%
<i>Avskrivningar och finansnetto</i>	150	102	42	37	-63,4%	-10,4%
Summa kostnader	-39 661	-41 789	-41 723	-42 808	2,4%	2,6%
Resultat	219	14	64	14		

⁸ Se tabell övrig sjukvård och övrig verksamhet

Primärvård

Budgetförslaget 2010 för primärvård räknas upp med 1 procent jämfört med 2009 vilket motsvarar 67 miljoner kronor och ger en total ram på 7 098 miljoner kronor. Primärvårdens andel av budgeten utgör 17 procent. Hänsyn har tagits till volym- och befolkningsökningar.

Primärvård	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	6 727	7 030	7 030	7 098
Kostnader (specifikation) Mkr				
<i>Husläkarverksamhet</i>	-3 400	-3 482	-3 497	-3 480
<i>Jour/Närakut verksamhet</i>	-241	-239	-232	-224
<i>Hemsjukvård</i>	-439	-491	-491	-474
<i>MVC</i>	-327	-347	-347	-356
<i>BVC</i>	-367	-398	-398	-405
<i>Paramedicin exklusive privata sjukgymnaster</i>	-333	-356	-356	-360
<i>Riksavtal/utomlänsavtal</i>	-70	-67	-74	-67
<i>Privata specialist läkare</i>	-226	-248	-248	-245
<i>Privata sjukgymnaster</i>	-542	-565	-565	-585
<i>Asylsjukvård</i>	-37	-40	-40	-40
<i>Övrig verksamhet⁹</i>	-756	-797	-807	-861
Summa kostnader	-6 739	-7 030	-7 055	-7 098
Resultat	-12	0	-25	0

De husläkarmottagningar som under 2009 haft avtal enligt de ersättningsprinciper som gällde före vårdvalsreformen övergår under 2010 till regelverket för vårdval. Övergången till den nya avtalsformen förväntas ge minskade kostnader. Det innebär att alla vårdgivare utom Akalla VC nu är med i Vårdval.

Upphandling av basal medicinsk service har genomförts och beräknas ge en kostnads-sänkning. Den förväntade kostnads-sänkningen är beaktad i budgeten.

Budgeten för närakuterna har reducerats dels genom att närakuten i Solna avvecklas under våren 2010, dels genom att husläkarmottagningarna i Handen gått samman i gemensam jourverksamhet som i sin tur minskar kostnaderna på närakuten i Handen.

Inom hemsjukvården har kostnaderna ökat under 2009 vilket till största delen beror på en överföring av besök från undersköterskor till sjuksköterskebesök samt felaktiga besöksregistreringar mellan dessa vårdkategorier. HSN-förvaltningen har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med de felaktiga registreringarna och kostnaderna beräknas därför minska under 2010. En viss kostnadsminskning beräknas även för de vårdgivare som gått över till Vårdval under av 2009 samt under 2010. I vissa delar av länet har, i

⁹ Barnläkarmottagningar, kiropraktor, kvälls- och nattpatrull, logoped, strokevård, fotsjukvård

samband med regelboksförändringar, taknivåerna för insatser i hemsjukvården höjts. Utfallet av de förändrade taknivåerna är osäkert men kan medföra kostnadsökningar. Kvälls- och nattpatrullerna är föremål för upphandling och beräknas ge lägre kostnader 2010 jämfört med 2009. Budgeten för hemsjukvård inklusive kvälls- och nattpatruller beräknas mot bakgrund av dessa åtgärder minska med 3,3 procent i förhållande till budget 2009.

Utökningar i budget för primärvård 2010 har gjorts avseende Barnets behov i centrum (BBIC) med 5 miljoner kronor samt för den planerade barnhospiceverksamheten med 10 miljoner kronor.

Besöken inom verksamheten för psykosociala insatser har, under 2009, ökat med drygt 20 procent. Huvudorsaken till besöksökningarna är att psykosociala insatser nu ingår i husläkaruppdraget och förändringen har medfört att utökade resurser tillförts södra och norra länet. För att motsvara förväntade behov har budgeten för psykosociala insatser förstärkt med 19 miljoner kronor.

Psykiatri

Budgetförslaget 2010 för psykiatri räknas upp med 2 procent jämfört med 2009 vilket motsvarar 92 miljoner kronor och ger en total ram på 4 627 miljoner kronor. Psykiatrins andel av budgeten utgör 11 procent. Hänsyn har tagits till volym- och befolkningsökningar.

Psykiatri	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	4 408	4 535	4 535	4 627
Kostnader (specifikation)				
<i>Basåtagande / allmän psyk</i>	-2 731	-2 811	-2 811	-2 863
<i>Beroendevård</i>	-648	-687	-687	-692
<i>BUP</i>	-597	-637	-637	-643
<i>Ätstörningsvård</i>	-129	-135	-135	-148
<i>Riksavtal/ utomlänsvård</i>	-15	-15	-15	-21
<i>Privata spec läkare</i>	-114	-122	-122	-126
<i>Asylsjukvård</i>	-26	-24	-24	-24
<i>Övrig verksamhet</i>	-121	-107	-107	-109
Summa kostnader	-4 384	-4 535	-4 535	-4 627
Resultat	25	0	0	0

I budgeten beaktas helårseffekter av förändringar genomförda under 2009, bland annat har genomförda upphandlingar inneburit utökade uppdrag, en förbättrad tillgänglighet och sänkta kostnader. Till exempel har en specialmottagning för barn och unga med tvångssyndrom och en mottagning för ångest och depression öppnats under våren 2009.

Antalet vårdsökande till ätstörningsvården har, under 2009, ökat och budgeten för verksamheten förstärks med 10 miljoner kronor.

Pågående upphandlingar av psykiatri nordost och specialiserad beroendevård förväntas sänka kostnaderna under 2010. Upphandlingsprocessen är dock ännu inte avslutad.

Medel motsvarande 10 miljoner kronor har avsatts för att förstärka vården för äldre psykiskt sjuka. Ansvar för denna patientgrupp ligger redan i ordinarie avtal men nu föreslås en ytterligare förstärkning av öppenvården för äldre psykisksjuka.

Budget för utomlänsvård har anpassats med hänsyn till ökade kostnader 2009 och uppgår till 21 miljoner kronor. Budgeten för utomlänsvård ingår i övrig verksamhet i tabellen ovan. Orsaken till ökningen är oklar varför en utredning görs.

Geriatrisk vård

Budgetförslaget 2010 för geriatrisk vård räknas upp med 0,4 procent jämfört med budget 2009 och 1,6 procent jämfört med prognos 2009. Uppräkningen motsvarar 9 miljoner kronor jämfört med budget 2009 och 32 miljoner kronor jämfört med prognos 2009. Den totala ramen uppgår till på 2 143 miljoner kronor. Geriatrisk vård utgör 5 procent av den totala budgeten. Hänsyn har tagits till volym- och befolkningsökningar.

Geriatrisk	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	2 126	2 134	2 131	2 143
Kostnader (specifikation)				
<i>Geriatrisk</i>	-1 458	-1 468	-1 457	-1 472
<i>Specialiserad palliativ vård</i>	-165	-187	-183	-187
<i>SAH/ASIH</i>	-453	-467	-456	-471
<i>Övrig verksamhet</i>	-11	-13	-13	-13
Summa kostnader	-2 087	-2 134	-2 108	-2 143
Resultat	39	0	23	0

Utöver volym- och befolkningsökningar är det ekonomiska utrymmet 2010 beräknat utifrån det prognostiserade utfallet i delårsbokslutet per den 30 juni 2009.

Medel motsvarande 15 miljoner kronor för att stimulera till ett ökat direktintag vid geriatrisk klinik avsätts i budget 2010. Ett ökat direktintag ska stimulera till bättre vårdflöden och förhindra onödiga inläggningar inom den akutsomatiska vården.

Statliga stimulansmedel motsvarande 5,6 miljoner kronor avsätts för utökad antal demensutredningar.

Somatisk specialistvård

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.

Budgetförslaget 2010 för somatisk specialistvård räknas upp med 3 procent jämfört med 2009 vilket motsvarar 571 miljoner kronor och ger en total ram på 19 518 miljoner kronor. Somatisk specialistvårds andel av budgeten utgör 46 procent. Hänsyn har tagits till volym- och befolkningsökningar.

Somatisk specialistvård	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	18 169	18 948	18 948	19 518
Kostnader (specifikation)				
<i>Akutsjukhusen</i>	-15 156	-15 971	-15 965	-16 402
<i>Större privata enheter</i>	-777	-752	-828	-766
<i>Privat spec läkare</i>	-1 498	-1 509	-1 484	-1 554
<i>Utomlänsvård</i>	-578	-555	-573	-571
<i>Övrig akut- och asylsjukvård</i>	-163	-160	-147	-225
Summa kostnader	-18 172	-18 948	-18 998	-19 518
Resultat	-3	0	-50	0

Huvuddelen av de tilldelade budgetmedlen, eller 16 402 miljoner kronor, utgör ersättning till akutsjukhusen. Ersättningen enligt treårsavtalen utgör 14 569 miljoner kronor. Treårsavtalen går in på sitt andra år och innehåller tydliga regler för hur ersättningen ska räknas upp mellan åren. Förutsättningarna vid den årliga avtalsuppräknings framgår av nedanstående tabell.

Förutsättningar vid avtalsuppräknings	
<i>Justering för generell prisändring</i>	2,0 %
<i>Slutenvårdsläkemedel</i>	0,5 %
<i>Befolkningsutveckling</i>	1,4 %
<i>Medicinskteknisk utveckling (genomsnitt)</i>	1,0 %
Delsumma	4,9 %
<i>Effektiviseringskrav</i>	-2,0 %
Summa	2,9 %

Av tabellen ovan framgår att sjukhusavtalen räknas upp utifrån kostnader för den medicintekniska utvecklingen, slutenvårdsläkemedel samt förväntad befolkningsökning. Uppräkningen görs utifrån en överenskommelse med sjukhusen om att uppräkningsfaktorn för landstingsprisindex (LPI) ska vara två procent 2010. Överenskommelse med Capio S:t Görans sjukhus AB kan göras först efter SKL:s novemberprognos för LPI. Budget för respektive sjukhus enligt flerårsavtalen framgår av nedanstående tabell.

Budget för flerårsavtalen	
Mkr	Budget 2010
<i>Karolinska Universitetssjukhuset</i>	8 758
<i>Danderyds sjukhus AB</i>	1 599
<i>Södersjukhuset AB</i>	2 315
<i>Södertälje sjukhus AB</i>	465
<i>Capio St Görans sjukhus AB*</i>	1 199
<i>St Eriks Ögonjukhus AB</i>	209
Summa Flerårsavtal	14 545
<i>Del i avtal med Tiohundra AB</i>	24
Summa	14 569

* Budget för Capio S:t Görans sjukhus AB är i tabellen uppräknad i enlighet med övriga sjukhus

För tilläggsavtalen budgeteras totalt 788 miljoner kronor. Med tilläggsavtal avses avtal med sjukhusen som ligger utanför treårsavtalen.

Den somatiska specialistvården, som ej sker på akutsjukhusen, utförs av cirka 10 större vårdgivare och cirka 400 mindre vårdgivare. Totalt budgeteras för denna vård 2 320 miljoner kronor, vilket är en ökning med 59 miljoner kronor eller 2,6 procent jämfört med 2009. Där så är avtalsmässigt möjligt sker förhandlingar i syfte att komma överens om noll procent i uppräknings för 2010. För privata specialistläkare, där staten fastställer uppräknings, budgeteras en uppräknings med tre procent.

Ersättningarna till de verksamheter som ingår i vårdval, enligt tabell nedan, har ej räknats upp för 2010. Totalt har dock 13 miljoner kronor omfördelats från budgeten för akutsjukhusen till budgeten för de privata vårdgivarna som ett resultat av de omfördelningar av volymer som skett under 2009. Under första halvåret 2009 har kostnaderna inom vårdval för katarakt-, höft- och knäledsoperationer överskridit budget vilket innebär att prognosen för 2009 visar ett överskridande med 63 miljoner kronor. Bedömning är att detta är en effekt av en initial kösituation i kombination med att flera nya vårdgivare auktoriserats. Inom förlossningsvården budgeteras för en mindre volymökning 2010. De budgeterade kostnaderna för vårdval redovisas i nedanstående tabell.

Budget per vårdvalsområde	
Mkr	Budget 2010
<i>Förlossningar</i>	1001
<i>Höft- och knäledsplastiker</i>	105
<i>Kataraktoperationer</i>	73
<i>Ögonbottenundersökningar</i>	19
Summa Vårdval	1 198

Utifrån prognos i delårsbokslutet 2009 beräknas kostnaderna för utomlänsvården överskrida budget med 18 miljoner kronor. Det pågår en utredning med uppdraget att analysera orsakerna till de ökande kostnaderna för utomlänsvården. Ersättningsnivåerna för utomlänsvården regleras dels i avtal med Uppsala läns landsting dels i riksavtalet

som fastställs årligen av SKL. Budgeten för utomlänsvården räknas upp med 3 procent, till 571 miljoner kronor.

Tandvård

Budgetförslaget 2010 för tandvård räknas upp med 3,3 procent jämfört med 2009, vilket motsvarar 35 miljoner kronor och ger en total ram på 758 miljoner kronor. Tandvårdens andel av budgeten utgör 1,8 procent.

Tandvård	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	715	734	734	758
Kostnader (specifikation)				
<i>Barntandvård</i>	-26	-26	-26	-25
<i>Allmäntandvård barn och ungdom</i>	-330	-343	-343	-339
<i>Specialisttandvård barn och ungdom</i>	-148	-156	-156	-172
<i>Vuxentandvård</i>	-14	-14	-14	-14
<i>Tandvårdsreformen</i>	-169	-164	-164	-181
<i>Specialisttandvård vuxna</i>	-4	-4	-4	-4
<i>Asylsjukvård</i>	-11	-12	-12	-11
<i>Övrigt</i>	-13	-15	-15	-13
Summa kostnader	-715	-734	-734	-758
Resultat Tandvård	0	0	0	0

Auktorisation av specialisttandvård för barn och ungdomar genomförs 2010. Sannolikt innebär det att antalet vårdgivare blir fler och kostnaderna bedöms därmed öka varför budgeten har förstärkts med 10 miljoner kronor. Vidare ingår 2 miljoner kronor för förebyggande tandvård för ettåringar i budgeten.

Läkemedel

Budgetförslaget 2010 för läkemedel räknas upp med 1,4 procent för närsjukvård och 6,4 för somatisk specialistvård jämfört med 2009, vilket motsvarar 193 miljoner kronor och ger en total ram på 4 956 miljoner kronor. Läkemedelskostnadernas andel av budgeten utgör 11,6 procent.

Läkemedel	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	4 519	4 763	4 763	4 956
Kostnader (specifikation)				
<i>Läkemedel i öppen vård</i>	-4 469	-4 763	-4 663	-4 956
Summa kostnader	-4 469	-4 763	-4 663	-4 956
Resultat läkemedel	50	0	100	0

Genom att överföra kostnadsansvaret för läkemedel till vårdgivare med vårdavtal förväntas ett större ansvarstagande vid förskrivning av läkemedel. I ett första steg sker detta inom akutsomatisk vård, vuxenpsykiatri och basgeriatrik.

Övrig sjukvård och övrig verksamhet

I övrig sjukvård och övrig verksamhet ingår rehabilitering, asyl, habilitering, hjälpmedel, Link, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, finansiella poster och IT.

Övrig sjukvård och övrig verksamhet	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
Intäkter	3 215	3 658	3 645	3 722
Kostnader (specifikation)				
<i>Habilitering</i>	-411	-428	-425	-432
<i>Hjälpmedel</i>	-882	-928	-928	-950
<i>Asylsjukvård</i>	-22	-21	-21	-21
<i>Övrig verksamhet¹⁰</i>	-746	-1 116	-1 058	-1 085
<i>Specialiserad rehabilitering inkl Klimatvård</i>	-272	-301	-285	-293
<i>Ambulanssjukvård</i>	-459	-475	-477	-491
<i>Näringspreparat, förband och inkontinensartiklar</i>	-194	-198	-198	-201
<i>HSN-förvaltningen</i>	-259	-280	-280	-273
<i>Finansiella poster</i>	150	102	42	37
Summa kostnader	-3 094	-3 644	-3 629	-3 708
Resultat Övrig vård	121	14	16	14

¹⁰ Språktolkverksamhet, vårdgaranti, hemsjukvårdsbidrag, sjukvårdsrådgivning, Vårdguiden, konsulter, försäkring (LÖF), IT-utveckling med mera.

Habilitering

Budgeten för habilitering ökas med 1 procent vilket motsvarar 4 miljoner kronor och en total ram på 432 miljoner kronor.

Hjälpmedel

Budgeten för tekniska hjälpmedel ökas med 2,2 procent vilket motsvarar 25 miljoner kronor och ger en total ram på 1 151 miljoner kronor.

Asylsjukvård

Budgeten för asylsjukvård ökas med 0,2 procent vilket motsvarar 3,1 miljoner kronor och en total ram på 161,3 miljoner kronor. Orsaken är att antalet asylsökande minskar.

Asylsjukvård per verksamhetsområde	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Mkr	2008	2009	2009	2010
<i>Somatisk specialistvård</i>	72	62	62	65
<i>Primärvård</i>	37	39	39	40
<i>Psykatri</i>	26	24	24	24
<i>Tandvård</i>	11	12	12	11
<i>Övrig asylsjukvård</i>	22	21	21	21
Summa	168	158	158	161

Övrig verksamhet*Språktolkverksamhet*

Budget för språktolksverksamhet räknas upp med 5,5 procent, för att kunna möta ökade behov, och uppgår till 65 miljoner kronor. Upphandling av denna verksamhet pågår med beräknad avtalsstart den 1 april 2010.

Vårdgaranti

Budgeten för vårdgarantin är oförändrad jämfört med 2009 och uppgår till 72,8 miljoner kronor.

Föreslagen budget för vårdgarantin 2010 påverkas av hur ordinarie beställningar, för framförallt vårdgivare utanför sjukhusavtalen, faller ut. Det gäller främst beställningar inom neuropsykiatriska utredningar, ryggkirurgi och överviktsoperationer där det tidiga-
re funnits problem med långa väntetider.

Rehabilitering

Budgeten för Specialiserad rehabilitering och Ryggcentrum ökas med 1,1 procent vilket motsvarar 4 miljoner kronor och ger en total ram på 337 miljoner kronor (specialiserad rehabilitering 293 miljoner kronor och Ryggcentrum 44 miljoner kronor).

Upphandlingar, som träder i kraft den 1 januari 2010, genomförs inom akut rehabilitering, ryggcentrum och klimatvård. Vårdval införs för planerad rehabilitering. De nya

avtalen innebär att fler patienter kan behandlas samt att nya patientgrupper, inom främst vårdval för onkologi, tas om hand.

Ambulansverksamhet

Budgeten för ambulansverksamheten ökas 3,3 procent vilket motsvarar 15 miljoner kronor och ger en total ram på 484 miljoner kronor.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har reducerat anslaget inom den interna budgeten för 2010 med cirka 90 miljoner kronor. Kostnadssänkningen medför minskat antal patientenkäter, färre beställarrevisjoner, telefonmätningar, färre konsultinsatser, mer effektivt nämndsekretariat, färre läkemedelsprojekt samt färre kommunikationsinsatser.

4.4 Verksamhetstal

Nedan redovisas en sammanfattning av budgeterade verksamhetstal för 2010. Jämförelse görs mot bokslut 2008, budget 2009 och den prognos för 2009 som presenterades i delårsbokslutet. I bilaga 5 finns en mer detaljerad redovisning av verksamhetstalen.

Verksamhetstal	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag	Förändringar	Förändringar
Antal besök	2008	2009	2009	2010	Bud/Bud	Prog/Bud
			delår		%	%
Läkarbesök totalt	7 032 531	7 174 200	7 184 755	7 324 149	2,1%	1,9%
Övriga besök totalt	7 357 441	7 537 580	7 683 850	7 773 108	3,1%	1,2%
Vårdtillfällen totalt	288 315	289 350	291 867	293 023	1,3%	0,4%
Primärvård						
<i>Läkarbesök inkl ARV</i>	3 746 348	3 813 000	3 891 300	3 969 200	4,1%	2,0%
<i>Övriga besök, exkl sjukgymn</i>	3 887 776	4 006 600	4 108 600	4 129 600	3,1%	0,5%
<i>Sjukgymnastik inkl ARV</i>	1 756 035	1 760 000	1 810 000	1 846 200	4,9%	2,0%
Psykatri						
<i>Läkarbesök inkl ARV</i>	343 304	351 100	363 800	369 400	5,2%	1,5%
<i>Övriga besök</i>	1 036 806	1 055 000	1 055 000	1 055 000	0,0%	0,0%
<i>Vårdtillfällen</i>	26 921	27 300	27 300	27 300	0,0%	0,0%
Geriatrisk						
<i>Läkarbesök inkl ARV</i>	14 862	16 500	14 500	14 500	-12,1%	0,0%
<i>Övriga besök</i>	36 897	36 900	36 900	36 900	0,0%	0,0%
<i>Vårdtillfällen</i>	25 435	26 000	26 400	26 400	1,5%	0,0%
Somatisk specialistvård						
<i>Läkarbesök inkl ARV</i>	2 928 017	2 993 600	2 915 155	2 971 049	-0,8%	1,9%
<i>Övriga besök</i>	639 927	679 080	673 350	705 408	3,9%	4,8%
<i>Vårdtillfällen</i>	235 959	236 050	238 167	239 323	1,4%	0,5%
Tandvård						
<i>Nödvändiga tandvård för vuxna</i>	19 002	19 800	19 800	21 000	6,1%	6,1%
<i>Andelen barn och ungdomar som besöker tandvården</i>	94	94	94	94	0,0%	0,0%

Antalet läkarbesök inom primärvården 2010, inklusive närakuter/jourbesök och privata specialister, förväntas öka med 4,1 procent jämfört med budget 2009. I jämförelse med prognostiserat utfall 2009 beräknas ökningen till 2 procent.

De senaste åren har ökningen av läkarbesöken inom primärvården legat på cirka 4 procent totalt. De främsta orsakerna till volymökningen är befolkningsökning och ökat utbud av primärvård som har förbättrat tillgängligheten. Under 2010 beräknas antalet läkarbesök på husläkarmottagningar och på MVC öka med cirka 2 procent jämfört med prognosen för 2009.

Det totala antalet besöken vid jourer/närakuter utgår från att antalet besök vid jourmottagningar ökar och antal besök vid närakuter minskar. Totalt beräknas budget för besök vid jourer/närakuter cirka 2 procent högre än prognosen för 2009. Besöken i övriga verksamheter inom primärvården beräknas vara 1,8 procent högre än prognosen för 2009.

Det totala antal läkarbesök för somatisk specialistvård inklusive privata specialister, ARV, beräknas öka med 1,9 procent under 2010 jämfört prognos 2009. Läkarbesöken inom akutsjukhusvården förväntas öka något, 1 procent medan antalet besök hos privata specialister beräknas öka med 4 procent jämfört med prognos 2009. Antalet budgeterade vårdtillfällen 2010 är i nivå med 2009.

Enlig prognosen för 2009 ökar antalet läkarbesök inom psykiatrin med 3,6 procent jämfört med 2009. För 2010 beräknas ökningen till 1,5 procent. Ökade beställningar samt bättre registrering inom psykiatrin bidrar till ett ökat antal besök. Antalet vårdtillfällen 2010 beräknas ligga på samma nivå som 2010.

För geriatriken beräknas antalet läkarbesök och antalet vårdtillfällen 2010 ligga på samma nivå som prognos 2009.

4.5 Risker och möjligheter

Utrymmet för kostnadsökningar i hälso- och sjukvården i landstinget 2010 är cirka 2,5 procent (2,6 procent mot prognos). Kostnadsökningen 2008 var drygt 5 procent och även prognosen för 2009 pekar mot cirka 5 procents kostnadsökning. För perioden 2004 till 2007 var den årliga kostnadsökningen mellan 3 och 4 procent. Detta indikerar att budgeten för 2010 ställer högre krav på god hushållning och ekonomisk restriktivitet än på många år.

Därtill finns ett antal områden där det kan finnas risker för att kostnaderna kan bli högre än vad som nu förutsätts i denna budget.

En generell risk som inte är beaktad i detta budgetförslag är ökade kostnader till följd av den nya influensan A(H1N1). Även om merparten av kostnaderna för detta kommer att belasta 2009 års budget kan 2010 års budget också komma att påverkas. Detta är i nuläget svårbedömt.

Budgeten förutsätter att de senaste årens relativt höga besöksökningar främst inom primärvården planar ut och att de 2010 ligger i nivå med befolkningsförändringarna. Om volymökningarna fortsätter på den högre nivån som noterats under senare år inom särskilt vårdvalsområdena finns risk för kostnadsökningar utöver vad det ekonomiska utrymmet medger.

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 merkostnad om cirka 165 miljoner kronor.

De nya vårdvalsområdena inom somatisk specialistvård; knän och höfter samt katarakter, har medfört ökade kostnader under inledningen av 2009. Budgeten för 2010 förutsätter att ökningen planar ut och att kostnaderna stabiliseras under 2010.

För vissa högspecialiserade verksamheter, som ligger utanför kostnadsramen i huvudavtalen bland annat ECMO (behandling med konstgjord lunga) och hjärttransplantationer har budgeten inget utrymme för ökade kostnader. Ökade volymer till exempel på grund av influensan eller befolkningsökningar kan medföra överskridanden.

Kostnaderna för utomlänsvården har varit oväntat höga under första halvåret 2009 och om den utvecklingen håller i sig finns risk att budgeten kan vara otillräcklig inom detta område.

Den nya lagen 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 en utökad verksamhet. Någon större effekt under 2009 bedöms inte hinna uppstå men visst genomslag kommer med stor sannolikhet att ske under 2010. Teoretisk kan, på längre sikt, kostnadsökningar räknat på helår uppskattas till storleksordningen 300 miljoner kronor respektive 100 miljoner kronor för vårdgivare verksamma som läkare respektive sjukgymnaster. Därtill kommer kostnader för ökad förskrivning av läkemedel samt röntgen och laboratorieundersökningar.

Budgeten förutsätter kostnadsminskningar efter upphandlingar. Erfarenhetsmässigt finns risk för överklaganden av genomförda upphandlingar vilket kan leda till merkostnader då övertagande av den nya leverantören försenas eller att upphandlingarna måste göras om. Samtidigt kan det finnas en möjlighet att upphandlingar som genomförs kan ge större kostnadsminskningar än vad som nu budgeterats.

Läkemedelskostnaderna i öppen vård har under 2009 uppvisat en lägre kostnadsökning än tidigare år. Om denna utveckling håller i sig kan detta innebära förbättrade ekonomiska förutsättningar 2010.

Det utvecklade patientsäkerhetsarbetet för att förhindra undvikbara vårdskador kan innebära minskade kostnader eller skapa utrymme för ett mer effektivt nyttjande av vården.

Det finns en viss osäkerhet för ambulansverksamhetens budget. Främst beroende på nästa års prisuppräknningen samt hur upphandlingen av liggande transporter avlöper.

5 Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Mot bakgrund av det ekonomiska läget kommer HSN-förvaltningens arbetet, att i än högre grad, präglas av mesta möjliga vård för givna resurser. I detta sammanhang har en total genomlysning av budgeten genomförts. Ett antal av de nu pågående projekten kommer att läggas ner eller skjutas på framtiden.

HSN-förvaltningen genomförde en omfattande omorganisation 2007 som resulterade i att antalet anställda reducerades med cirka 50 personer. HSN-förvaltningen bedöms i nuläget att vara dimensionerad för verksamhetens uppgifter. Under 2010 tillämpas en restriktiv hållning vid tillsättandet av eventuella vakanser.

Utifrån de uppdrag HSN har givit HSN-förvaltningen har det interna arbetet under de senaste åren präglats av att utveckla den interna styrningen. Arbetet innebär till exempel en tydligare verksamhetsplan med mål, mått och strategier för HSN-förvaltningens uppdrag. Detta är ett pågående arbete som kommer att fortsätta.

5.1 Medarbetarna

För att HSN-förvaltning ska kunna utveckla sin verksamhet i enlighet med de politiska målen och de politiska uppdragen krävs kompetenta medarbetare och en god arbetsmiljö. HSN-förvaltningen ska vara en konkurrenskraftig arbetsgivare, som förmår rekrytera, utveckla och behålla kompetenta medarbetare. Medarbetarfrågor är därför en viktig del av HSN-förvaltningens verksamhetsstyrning.

Följande områden är strategiskt viktiga och bidrar också till att Stockholms läns landstings övergripande personalstrategiska arbete uppnås:

- Kompetensförsörjning
- Samverkan
- Jämlikhet
- Ledar- och medarbetarskap
- Arbetsmiljö och hälsa

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning innebär att säkerställa och förse HSN-förvaltningen med den kompetens som verksamheten behöver. Det är HSN-förvaltningens mål och uppdrag som styr vad verksamheten behöver för kompetens, både på kort och på lång sikt.

Kompetensplaneringen är en del av verksamhetsplaneringen och utgör det främsta verktyget för att säkerställa kompetensförsörjningen. En utvecklingsplan som beskriver och styr vilka konkreta åtgärder och olika insatser som behövs inom olika områden tas fram under året.

Samverkan

En viktig förutsättning för HSN-förvaltningens verksamhetsutveckling är medarbetarnas möjlighet till inflytande och delaktighet. Dialogen mellan medarbetare och chef samt mellan arbetsgivare och de fackliga organisationerna regleras i HSN-förvaltningens Samverkansavtal. HSN-förvaltningens Samverkansavtal anger riktlinjer och rutiner om hur samverkan ska ske i form av samverkansgrupp, arbetsplatsträffar och utvecklings-samtal.

Jämlikhet

Jämlikhet är ett gemensamt begrepp för jämställdhet och mångfald och innebär att alla medarbetare oavsett kön, ålder, sexuell läggning, etnicitet, kulturell tillhörighet, funktionshinder eller annat ska behandlas lika i en jämförbar situation.

Som arbetsgivare ska HSN-förvaltning bedriva ett målinriktat arbete för att aktivt främja lika rättigheter och möjligheter i arbetslivet. Arbetet med att upprätta en jämställdhets- och mångfaldsplan avslutas under 2010. Målsättningen är att fler chefer ska genomgå den jämställdhetsutbildning som erbjuds och att förbättra HSN-förvaltningens jämställdhetsindex.

Ledar- och medarbetarskap

Både ledare och medarbetare har ett ansvar för att HSN:s uppdrag genomförs och utvecklas mot uppsatta mål. HSN-förvaltningens arbete med att ta fram en gemensam plattform för vad chefs- och ledarskapet respektive medarbetarskapet innebär fortsätter under 2010. Utgångspunkt är HSN-förvaltningens verksamhetsmål och landstingets övergripande personalpolicy.

HSN-förvaltningen följer landstingets lönepolitik, en lönepolitik som ska bidra till ständig utveckling och förbättring av verksamheten samt ge incitament för att nå verksamhetsmålen. Inför löneöversynen 2010 fortsätter arbetet med att utveckla en önskad och tydlig arbetsvärdering inom ramen för landstingets lönekartläggning.

Arbetsmiljö och hälsa

HSN-förvaltning ska ha en god arbetsmiljö och ett aktivt systematiskt arbetsmiljöarbete ska bedrivas. Det sker genom en ständig utveckling och förbättringar inom samtliga strategiska områden samt genom förebyggande friskvårdsinsatser och särskild arbetsmiljöutbildning.

5.2 Miljö HSN-förvaltningen

HSN-förvaltningens miljöcertifikatet ska upprätthållas. Medarbetarna ska fördjupa sin kompetens i hur hälso- och sjukvården påverkar länets miljö. Detta bidrar till att miljökonsekvenser kan anges på ett tydligare sätt i tjänsteutlåtanden och andra underlag. Även riktade utbildningar erbjuds miljöombuden, chefer och de inom HSN-förvaltningen som utarbetar miljökraven i vårdavtalen.

Insatser för att minska pappersförbrukning och elanvändning ska genomföras. Det gäller till exempel att införa miljömässiga och säkra utskriftsrutiner samt rutiner för att ha da-

torer avstängda kvällstid och helger. Även insatser för förbättrad avfallshantering ska genomföras. Uppföljning via särskilda miljöronder ska genomföras. Förutom medarbetarnas kompetens ska avfallssortering, konsumtion och angivande av miljökonsekvenser i beslutsunderlag dokumenteras.

HSN-förvaltningen deltar i arbetet med att utveckla ett förslag till nytt miljöpolitiskt program. Utgångspunkten är att förslaget till miljöpolitiskt program ska vara väl anpassat till både behovet av miljöåtgärder och till framtidens vårdutbud med dess organisations- och driftformer.

6 Investeringar

Inga investeringar finns planerade för perioden inom HSN:s ansvarsområde.

RESULTATBUDGET 2008-2012						
RESULTATRÄKNING (belopp i tkr)	Bokslut 2 008	Budget 2 009	Prognos delår 2009	Förslag 2 010	Planering 2 011	Planering 2 012
Verksamhetens intäkter (Tkr)						
Landstingsbidrag	39 383 500	41 306 870	41 306 871	42 340 599	42 975 700	44 093 000
6% ersättning vid upphandling	895 265	964 509	992 144	985 538	1 001 538	1 019 538
Övriga bidrag från staten	0	0	0	0	0	0
Övriga intäkter	496 865	496 345	480 698	481 798	481 798	481 798
Summa verksamhetens intäkter	40 775 630	42 767 724	42 779 713	43 807 935	44 459 036	45 594 336
Verksamhetens kostnader (Tkr)						
Beställare, egen verksamhet	-259 215	-280 260	-280 260	-272 729	-274 441	-277 338
Beställarverk. Somatiskspecialist vård	-18 132 456	-18 947 572	-18 997 572	-19 518 203	-19 743 016	-20 215 182
Beställarverk. Psykiatrisk vård	-4 383 538	-4 535 414	-4 535 413	-4 626 907	-4 693 651	-4 811 036
Beställarverk. Primärvård	-6 739 213	-7 030 436	-7 055 436	-7 097 767	-7 200 154	-7 380 224
Beställarverk. Geriatrisk vård	-2 086 479	-2 134 137	-2 108 490	-2 142 988	-2 173 901	-2 228 269
Beställarverk. Övrig sjukvård	-1 539 000	-1 911 784	-1 839 709	-1 889 330	-1 924 693	-1 985 826
Läkemedel i öppen vård	-4 469 299	-4 763 080	-4 663 080	-4 956 294	-5 096 652	-5 266 094
Habilitering	-410 962	-427 809	-424 809	-431 917	-438 148	-449 105
Hjälpmedel	-1 075 987	-1 125 608	-1 125 608	-1 150 790	-1 167 391	-1 196 586
Tandvård	-715 428	-734 297	-734 297	-758 273	-768 451	-788 187
6% momscompensation	-895 262	-964 509	-992 143	-985 538	-1 001 538	-1 019 538
Summa verksamhetens kostnader	-40 706 839	-42 854 906	-42 756 817	-43 830 735	-44 482 036	-45 617 386
Verksamhetens rörelseresultat	68 791	-87 182	22 896	-22 800	-23 000	-23 050
Avskrivningar enligt plan						
Summa avskrivningar enligt plan	-4 938	-3 418	-3 496	-2 800	-2 600	-2 550
Finansiella intäkter						
Summa finansiella intäkter	155 916	105 000	45 000	40 000	40 000	40 000
Finansiella kostnader						
Summa finansiella kostnader	-779	0	0	0	0	0
Summa finansiella poster, netto	155 137	105 000	45 000	40 000	40 000	40 000
Resultat efter finansiella poster	218 990	14 400	64 400	14 400	14 400	14 400

BALANSRÄKNING (Tkr)

	PROGNOS 2008-12-31	BUDGET 2009-12-31	PLANERING 2010-12-31	PLANERING 2011-12-31	PLANERING 2012-12-31	PLANERING 2013-12-31
<i>TILLGÅNGAR</i>						
Anläggningstillgångar						
Ombyggn i förhyrda lokaler	4 605	3 092	1 581	68	68	68
Inventarier	8 114	5 401	2 692	0	0	0
Andra långfrist fordran	198 881	198 881	198 881	198 881	198 881	198 881
Summa Anläggning tillgångar	211 600	207 374	203 154	198 949	198 949	198 949
Omsättningstillgångar						
Kundfordringar	140 521	147 202	151 498	158 431	158 431	158 431
Fordringar hos staten	188 100	197 043	202 794	212 075	212 075	212 075
Övriga kortfristiga fordringar	643 792	674 401	694 081	725 847	725 847	725 847
Förutbetalda kostnader	99 180	103 896	106 928	111 821	111 821	111 821
Upplupna intäkter	259 668	272 013	279 951	292 764	292 764	292 764
Kassa och Bank	5 273 960	5 369 576	5 535 503	5 800 400	5 800 400	5 800 400
Summa omsättningstillgångar	6 605 222	6 764 132	6 970 754	7 301 337	7 301 337	7 301 337
SUMMA TILLGÅNGAR	6 816 822	6 971 506	7 173 908	7 500 286	7 500 286	7 500 286
<i>SKULDER OCH EGET KAPITAL</i>						
Eget kapital						
Landstingskapital	13 404	13 404	13 404	13 404	13 404	13 404
Balanserat resultat		200 000	214 000	228 000	242 000	256 000
Årets resultat	200 000	14 000	14 000	14 000	14 000	14 000
Summa eget kapital	213 404	227 404	241 404	255 404	269 404	283 404
Avsättningar	0	0	0	0	0	0
Kortfristiga skulder						
Leverantörsskuld	4 530 657	4 764 403	4 903 272	5 127 202	5 127 202	5 127 202
Övriga kortfristiga skulder	223 706	235 248	242 104	253 161	253 161	253 161
Löneskuld	294	310	319	333	333	333
Semesterskuld	15 722	16 533	17 015	17 792	17 792	17 792
Upplupna kostnader	1 811 533	1 904 994	1 960 519	2 050 055	2 050 055	2 050 055
Förutbetalda intäkter	21 506	22 615	23 275	24 338	24 338	24 338
Summa kortfristiga skulder	6 603 418	6 944 102	7 146 504	7 472 882	7 472 882	7 472 882
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	6 816 822	7 171 506	7 387 908	7 728 286	7 742 286	7 756 286

Utökad gemensam kostnadsinformation i budget 2008/2009/2010

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Kostnader (Tkr)	2008	2009	2009	2010
Somatisk specialistvård				
Intäkter exkl moms	18 169 441			
Landstingsbidrag from 2008		18 808 466	18 808 466	19 376 700
Momskomp	443 550	437 794	437 794	449 870
Övriga intäkter from 2008		139 106	139 106	141 505
Summa intäkter	18 612 991	19 385 366	19 385 366	19 968 075
Kostnader (specifikation)				
Norrhälje	-30 918	-23 113	-23 113	-23 807
Danderyd	-1 888 834	-2 008 096	-2 015 096	-2 065 980
Karolinska Universitetssjukhuset	-8 880 889	-9 301 893	-9 296 893	-9 554 340
Södersjukhuset	-2 482 546	-2 632 763	-2 626 763	-2 687 334
S:t Görän	-1 113 862	-1 189 382	-1 195 382	-1 227 057
S:t Erik	-268 092	-294 361	-289 361	-310 599
Södertälje	-491 094	-521 519	-518 519	-532 654
Ersta	-193 996	-188 631	-188 631	-188 631
Mindre enheter	-582 994	-563 626	-639 626	-577 225
Privat spec läkare	-954 841	-982 271	-957 271	-1 011 739
Medicinsk service	-543 537	-526 635	-526 635	-542 434
Riksavtal / utomlänsvård	-577 810	-554 841	-572 841	-571 486
Asylsjukvård	-71 804	-62 106	-62 106	-64 505
Ev övrigt	-91 071	-98 335	-85 335	-160 414
Delsumma somatisk specialistvård	-18 172 288	-18 947 572	-18 997 572	-19 518 205
Momskomp	-443 550	-437 794	-437 794	-449 870
Summa spec kostnader	-18 615 838	-19 385 366	-19 435 366	-19 968 075
Resultat Somatisk specialistvård	-2 847	0	-50 000	0
Psykiatri				
Intäkter exkl moms	4 408 447			
Landstingsbidrag from 2008		4 475 661	4 475 661	4 566 681
Momskomp	20 203	33 866	33 866	36 263
Övriga intäkter from 2008		59 752	59 752	60 225
Summa intäkter	4 428 650	4 569 279	4 569 279	4 663 169
Kostnader (specifikation)				
Basåtagande / allmän psyk	-2 731 230	-2 810 586	-2 810 586	-2 862 512
Beroendevård	-648 460	-687 104	-687 104	-692 300
BUP	-597 168	-636 593	-636 593	-642 688
Åtstörningsvård	-129 115	-134 564	-134 564	-148 157
Riksavtal/ utomlänsvård	-15 470	-14 500	-14 500	-21 497
Privata spec läkare	-114 253	-121 565	-121 565	-126 412
Asylsjukvård	-26 380	-23 716	-23 716	-24 189
Övrig verksamhet	-121 468	-106 785	-106 785	-109 151
Delsumma psykiatri	-4 383 544	-4 535 413	-4 535 413	-4 626 906
Momskomp	-20 203	-33 866	-33 866	-36 263
Summa spec kostnader	-4 403 747	-4 569 279	-4 569 279	-4 663 169
Resultat Psykiatri	24 903	0	0	0

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Kostnader (Tkr)	2008	2009	2009	2010
Primärvård				
Intäkter exkl moms	6 727 007			
Landstingsbidrag from 2008		6 863 136	6 863 136	6 931 675
Momskomp	180 477	201 519	201 519	212 630
Övriga intäkter from 2008		167 300	167 300	166 091
Summa intäkter	6 907 484	7 231 955	7 231 955	7 310 396
Kostnader (specifikation)				
Husläkarverksamhet	-3 400 347	-3 482 281	-3 497 281	-3 480 236
Jour/Närakut verksamhet	-241 306	-238 684	-231 684	-224 222
Hemsjukvård	-438 615	-490 780	-490 780	-474 434
MVC	-327 350	-347 496	-347 496	-355 633
BVC	-367 462	-397 766	-397 766	-404 975
Paramedicin exkl privata sjukgymn	-333 302	-356 141	-356 141	-359 992
Riksavtal/utomlänsavtal	-70 294	-67 250	-74 250	-67 250
Privata spec läkare	-226 240	-248 366	-248 366	-245 422
Privata sjukgymnaster	-542 000	-564 686	-564 686	-584 548
Asylsjukvård	-36 533	-39 525	-39 525	-40 316
Övrig verksamhet	-755 899	-797 461	-807 461	-860 738
Delsumma primärvård	-6 739 348	-7 030 436	-7 055 436	-7 097 766
Momskomp	-180 477	-201 519	-201 519	-212 630
Summa spec kostnader	-6 919 825	-7 231 955	-7 256 955	-7 310 396
Resultat Primärvård	-12 341	0	-25 000	0
Geriatrisk				
Intäkter exkl moms	2 126 039			0
Landstingsbidrag from 2008		2 118 716	2 118 716	2 130 214
Momskomp	38 410	60 508	60 508	71 025
Övriga intäkter from 2008		15 421	12 774	12 774
Summa intäkter	2 164 449	2 194 645	2 191 998	2 214 013
Kostnader (specifikation)				
Geriatrisk	-1 458 113	-1 467 900	-1 456 574	-1 471 861
Specialiserad palliativ vård	-164 881	-186 744	-182 744	-187 296
SAH/ASIH	-453 033	-466 719	-456 398	-471 057
Övrig verksamhet	-11 141	-12 774	-12 774	-12 774
Delsumma geriatrisk	-2 087 168	-2 134 137	-2 108 490	-2 142 988
Momskomp	-38 410	-60 508	-60 508	-71 025
Summa spec kostnader	-2 125 578	-2 194 645	-2 168 998	-2 214 013
Resultat Geriatrisk	38 871	0	23 000	0
Övrig köpt vård				
Intäkter exkl moms	7 452 494			0
Landstingsbidrag from 2008		8 038 534	8 038 534	8 315 617
Momskomp	168 515	187 496	187 496	171 448
Övriga intäkter from 2008		102 566	117 202	89 915
Summa intäkter	7 621 009	8 328 596	8 343 232	8 576 980
Kostnader (specifikation)				
Specialiserad rehabilitering inkl klimatvård	-271 890	-300 848	-284 848	-292 848
Ambulanssjukvård	-459 180	-474 785	-476 707	-490 666
Läkemedel i öppen vård	-4 469 299	-4 763 080	-4 663 080	-4 956 294
Tekniska hjälpmedel	-881 522	-927 619	-927 619	-950 029
Näringsprep, förband och inkontinensart	-194 465	-197 989	-197 989	-200 761
Habilitering	-410 962	-427 809	-424 809	-431 917
Asylsjukvård	-21 830	-20 553	-20 553	-20 964
Övrig verksamhet	-745 935	-1 115 599	-1 085 235	-1 084 853
Delsumma övrig vård	-7 455 083	-8 228 282	-8 080 840	-8 428 332
Momskomp	-168 515	-187 496	-187 496	-171 448
Summa spec kostnader	-7 623 598	-8 415 778	-8 268 336	-8 599 780
Resultat Övrig vård	-2 589	-87 182	74 896	-22 800

Intäkter (Tkr)	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag
Kostnader (Tkr)	2008	2009	2009	2010
Tandvård				
Intäkter exkl moms	715 325			0
Landstingsbidrag from 2008		722 097	722 097	746 985
Momskomp	44 110	43 326	43 326	44 302
Övriga intäkter from 2008		12 200	12 200	11 288
Summa intäkter	759 435	777 623	777 623	802 575
Kostnader (specifikation)				
Områdesansvar barn och ungdom	-26 077	-25 792	-25 792	-25 016
Allmäntandvård barn och ungdom	-329 745	-342 895	-342 895	-338 656
Specialisttandvård barn och ungdom	-148 334	-155 766	-155 766	-171 555
Områdesansvar vuxna	-14 030	-14 131	-14 131	-14 470
Tandvårdsreformen	-169 026	-164 448	-164 448	-181 041
Specialisttandvård vuxna	-3 589	-3 589	-3 589	-3 675
Asylsjukvård	-11 006	-12 200	-12 200	-11 288
Övrigt	-13 621	-15 476	-15 476	-12 572
Delsumma tandvård	-715 428	-734 297	-734 297	-758 273
Momskomp	-44 110	-43 326	-43 326	-44 302
Summa spec kostnader	-759 538	-777 623	-777 623	-802 575
Resultat Tandvård	-103	0	0	0
Övrig verksamhet				
Intäkter exkl moms	281 612			
Landstingsbidrag from 2008		280 260	280 260	272 728
Momskomp	0	0	0	0
Övriga intäkter from 2008				0
Summa intäkter	281 612	280 260	280 260	272 728
Kostnader (specifikation)				
Beställarens egen verksamhet	-258 715	-280 260	-280 260	-272 728
Delsumma Beställarkost	-258 715	-280 260	-280 260	-272 728
Momskomp	0	0	0	0
Summa spec kostnader	-258 715	-281 260	-281 260	-272 728
Resultat Övrigt	22 897	0	0	0
Summa verksamhetens intäkter	40 775 630	42 767 724	42 779 713	43 807 936
Summa verksamhetens kostnader	-40 706 839	-42 854 906	-42 756 817	-43 830 735
Resultat	68 791	-87 182	22 896	-22 800
Avskrivningar enligt plan				
Summa avskrivningar enligt plan	-4 938	-3 418	-3 496	-2 800
Finansiella intäkter				
Summa finansiella intäkter	155 916	105 000	45 000	40 000
Finansiella kostnader				
Summa finansiella kostnader	-779	0	0	0
Summa finansiella poster, netto	155 137	105 000	45 000	40 000
Resultat efter finansiella poster	218 990	14 400	64 400	14 400

VERKSAMHETSTAL					
PRIMÄRVÅRD	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
Sammanfattning					
Antal läkarbesök, exkl ARV	3 449 680	3 515 000	3 665 200	3 665 200	3 665 200
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	374 801	390 600	383 900	383 900	383 900
Antal övriga besök exkl ARV inkl sjukgymn	4 335 656	4 416 600	4 660 000	4 660 000	4 660 000
Antal läkarbesök privata specialister, ARV	296 668	298 000	304 000	304 000	304 000
Antal telefonkontakter privata specialister, ARV	80 142	67 100	68 400	68 400	68 400
Antal övriga besök ARV inkl sjukgymn	1 308 155	1 350 000	1 377 000	1 377 000	1 377 000
Riksavtal , besök	50 707	60 000	61 200	61 200	61 200
KÖPT PRIMÄRVÅRD inkl telefonkontakter					
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4					
Husläkarverksamhet					
Läkarbesök (exkl tel)	2 835 152	2 940 000	2 998 800	2 998 800	2 998 800
Telefonkontakter	308 035	320 600	327 000	327 000	327 000
Övriga besök, Dsk etc	912 897	1 000 000	1 020 000	1 020 000	1 020 000
Övriga besök , psykosociala insatser	72 908	79 000	80 600	80 600	80 600
Jourläkarverksamhet / Närakuter					
Läkarbesök (exkl tel)	313 957	305 700	326 400	326 400	326 400
Telefonkontakter	1 458	2 000	800	800	800
Övriga besök	6703	5 000	7 100	7 100	7 100
Hemsjukvård (Basal)					
Läkarbesök (exkl tel)	24 406	23 000	27 500	27 500	27 500
Telefonkontakter	38 759	41 000	35 700	35 700	35 700
Övriga besök	1 502 169	1 490 000	1 560 600	1 560 600	1 560 600
Mvc					
Läkarbesök (exkl tel)	48 564	51 300	52 400	52 400	52 400
Telefonkontakter	0	0	0	0	0
Övriga besök	477 589	517 700	528 100	528 100	528 100
Bvc					
Läkarbesök (exkl tel)	89 952	95 000	96 900	96 900	96 900
Telefonkontakter	0	0	0	0	0
Övriga besök	542 409	574 900	586 400	586 400	586 400
Övriga besök					
Övriga Läkarbesök (exkl tel) ex gyn,barn,säbo	137 649	100 000	163 200	163 200	163 200
Telefonkontakter	26 549	27 000	20 400	20 400	20 400
Övriga besök ex logopedier,fovtvård	167 032	140 000	204 000	204 000	204 000
PrimärvårdsRehab					
Sjukgymnast besök	507 391	470 000	530 400	530 400	530 400
Övriga besök, ex Arbetsterapeut,Diätist	146 558	140 000	142 800	142 800	142 800
Riksavtal / utomlänsvård					
Besök	50 707	60 000	61 200	61 200	61 200
Privata specialister läkare och sjukgymnaster					
Läkarbesök (nu inkl tel, förslag exkl tel)	296 668	298 000	304 000	304 000	304 000
Telefonkontakter	80 142	67 100	68 400	68 400	68 400
Sjukgymnastbesök ARV	1 248 644	1 290 000	1 315 800	1 315 800	1 315 800
Övriga besök ex kiroprakt	59511	60 000	61 200	61 200	61 200

GERIATRIK exkl SAH	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
Sammanfattning					
Antal vårdtillfällen, sluten vård	25 435	26 000	26 400	26 400	26 400
Antal vård dagar, sluten vård	316 267	330 000	330 000	330 000	330 000
Antal individer sluten vård	18 010	18 700	18 700	18 700	18 700
Medelvårdtid, dagar	12,4	14	13	13	13
Antal läkarbesök,exkl privata spec, ARV	14 862	16 500	14 500	14 500	14 500
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	11 813	9 000	9 000	9 000	9 000
Antal övriga besök exkl ARV	36 897	36 900	36 900	36 900	36 900
Antal telefonkontakter övriga besök	6 482	6 400	6 400	6 400	6 400
KÖPT GERIATRIK					
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4					
Geriatrisk exkl hospice/palliativ					
Vårdtillfällen	23 801	23 000	23 400	23 400	23 400
Läkarbesök	26 675	25 400	23 400	23 400	23 400
Övriga besök	43 379	45 000	42 400	42 400	42 400
Hospice, Spec palliativ vård					
Vårdtillfällen	1 634	3 000	3 000	3 000	3 000
Läkarbesök	0	100	100	100	100
Övriga besök	0	900	900	900	900

PSYKIATRI	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
Sammanfattning					
Antal vårdtillfällen, sluten vård	26 921	27 300	27 300	27 300	27 300
Antal vård dagar, sluten vård	282 305	288 200	288 200	288 200	288 200
Antal individer sluten vård	11 947	10 000	10 000	10 000	10 000
Medelvårdtid, dagar	10,5	11	11	11	11
Antal läkarbesök,exkl privata spec, ARV	243 063	247 300	265 600	265 600	265 600
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	67 936	68 800	68 800	68 800	68 800
Antal övriga besök exkl ARV	1 036 806	1 055 000	1 055 000	1 055 000	1 055 000
Antal telefonkontakter övriga besök	106 567	107 600	117 600	117 600	117 600
Antal läkarbesök privata specialister, ARV	100 241	103 800	103 800	103 800	103 800
Antal telefonkontakter privata specialister, ARV	8 863	8 900	9 300	9 300	9 300
Riksavtal , besök	2 750	3 000	3 000	3 000	3 000
KÖPT PSYKIATRI inkl telefonkontakter					
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4					
Basättagande / allmän psykiatri					
Vårdtillfällen	12 098	12 330	12 356	12 356	12 356
Läkarbesök	226 297	238 100	238 100	238 100	238 100
Övriga besök	693 105	651 300	705 600	705 600	705 600
Beroendevård					
Vårdtillfällen	14 334	14 400	14 400	14 400	14 400
Läkarbesök	53 600	53 900	60 000	60 000	60 000
Övriga besök	288 771	275 700	300 000	300 000	300 000
BUP					
Vårdtillfällen	478	400	400	400	400
Läkarbesök	28 975	24 200	34 200	34 200	34 200
Övriga besök	145 973	131 000	151 000	151 000	151 000
Åtstörningsvård					
Vårdtillfällen	11	144	144	144	144
Läkarbesök	343	1 500	400	400	400
Övriga besök	6 599	17 000	7 000	7 000	7 000
Riksavtal / utomlänsvård					
Besök	2 750	3 000	3 000	3 000	3 000
Privata specialist läkare					
Vårdtillfällen	0	0	0	0	0
Läkarbesök	109 104	113 000	113 100	113 100	113 100
Övriga besök	0	0	0	0	0
Övrig verksamhet					
Vårdtillfällen	0	0	0	0	0
Läkarbesök	1 785	2 000	1 700	1 700	1 700
Övriga besök	8 925	14 000	9 000	9 000	9 000

HABILITERING	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
Sammanfattning					
Övriga besök	118 625	100 000	130 000	130 000	130 000
Övriga besök	118 625	100 000	130 000	130 000	130 000

ASIH , SAH, PAH	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
Sammanfattning					
Antal vård dygn	224 093	242 300	242 300	242 300	242 300
Antal individer	0	2 040	2 040	2 040	2 040
Antal läkarbesök	12 929	14 000	14 000	14 000	14 000
Antal övriga besök	234 930	198 300	198 300	198 300	198 300

AKUTSJUKVÅRD	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
Sammanfattning					
Antal vårdtillfällen, slutenvård	235 959	236 050	239 323	242 430	245 580
Antal vård dagar, slutenvård	884 091	903 609	916 530	928 812	941 258
Antal individer slutenvård	159 555	161 113	163 417	165 606	167 825
Medelvårdtid, dagar	3,7	3,8	3,8	3,8	3,8
Antal läkarbesök, exkl privata spec, ARV	1 894 618	1 921 940	1 899 389	1 921 536	1 943 979
Antal telefonkontakter läkare exkl ARV	274 877	287 186	335 186	339 095	343 055
Antal övriga besök exkl ARV	639 927	679 080	705 408	714 011	722 731
Antal telefonkontakter övriga besök	137 155	139 089	124 484	126 002	127 541
Antal läkarbesök privata specialister, ARV	1 033 399	1 071 660	1 071 660	1 071 660	1 071 660
Antal telefonkontakter privata specialister, ARV	218 249	219 497	219 497	219 497	219 497
Riksavtal, vårdtillfällen	6 470	8 403	8 403	8 403	8 403
Riksavtal, besök	69 256	66 678	66 678	66 678	66 678
KÖPT AKUTSJUKVÅRD (inkl telefonkontakter)					
Följande verksamhetstal motsvarar redovisningen av den köpta vården enl bilaga 4					
Norrtälje					
Vårdtillfällen	645	622	631	640	648
Läkarbesök	4 054	4 941	5 012	5 079	5 147
Övriga besök	692	551	559	566	574
Danderyd					
Vårdtillfällen	37 501	38 208	38 754	39 274	39 800
Läkarbesök	235 488	216 054	219 144	222 080	225 056
Övriga besök	75 052	70 148	71 151	72 105	73 071
Karolinska Universitetssjukhuset					
Vårdtillfällen	100 070	98 620	99 832	101 170	102 526
Läkarbesök	1 013 760	1 076 246	1 091 241	1 105 863	1 120 682
Övriga besök	424 238	448 614	455 030	461 127	467 306
Södersjukhuset					
Vårdtillfällen	52 648	53 979	54 719	55 452	56 195
Läkarbesök	294 037	294 462	298 609	302 610	306 665
Övriga besök	116 388	122 109	123 855	125 515	127 196
S:t Göran					
Vårdtillfällen	24 836	25 350	25 713	26 057	26 406
Läkarbesök	113 171	117 575	119 256	120 854	122 474
Övriga besök	38 312	35 120	35 622	36 100	36 583
S:t Erik					
Vårdtillfällen	1 213	1 139	1 156	1 171	1 187
Läkarbesök	120 297	125 144	126 933	128 634	130 358
Övriga besök	44 431	40 518	41 098	41 649	42 207
Södertälje					
Vårdtillfällen	10 742	10 967	11 124	11 273	11 424
Läkarbesök	83 734	83 025	84 212	85 341	86 484
Övriga besök	24 674	27 675	28 071	28 447	28 828
Ersta					
Vårdtillfällen	1 961	1 594	1 594	1 594	1 594
Läkarbesök	45 869	32 981	29 510	29 510	29 510
Övriga besök	12 360	8 767	9 840	9 840	9 840
Mindre enheter					
Vårdtillfällen	6 343	5 570	5 800	5 800	5 800
Läkarbesök	259 083	258 698	260 658	260 658	260 658
Övriga besök	40 935	64 666	64 666	64 666	64 666
Privat spec läkare					
Vårdtillfällen	0	0	0	0	0
Läkarbesök	1 251 648	1 291 157	1 291 157	1 291 157	1 291 157
Övriga besök	0	0	0	0	0
Riksavtal / utomlänsvård					
Vårdtillfällen	6 470	8 403	8 403	8 403	8 403
Besök	69 256	66 678	66 678	66 678	66 678

Tandvård	Bokslut 2008	Budget 2009	Förslag 2010	Planering 2011	Planering 2012
VERKSAMHETSTAL 2008-2012					
Tandvård					
Andelen barn och ungdomar som besöker tandvården	93	94	94	94	94
Kötider inom specialisttandvården barn och ungdom	3	3	2	2	2
Andelen kariesfria 3-åringar	96	96	96	96	96
Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden	89	89	89	89	90
Andelen 19-åringar med karrerade sidoytor	59	56	56	56	56
2) Antalet utförda munhälsobedömningar	14 823	19 000	18 000	19 000	19 000
3) Antal vuxna som erhållit nödvändig tandvård	19 002	19 800	21 000	21 500	22 000
4) Antalet vuxna som erhållit tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling (LIS)	6 736	7 500	7 500	7 600	7 800

Förslag till ändrade patientavgifter att gälla från 1 januari 2010

Namn	Justering	Ny avgift
Besök hos husläkare/distriktsläkare inkl. jourmottagning/ närakut/lättakut	+ 10	150
Besök hos geriatriker	+ 10	150
Besök hos specialistläkare	+ 20	320
Besök på sjukhusens akutmottagningar/specialistakut (18 år -)	+ 50	350
Första besök hos specialistläkare med remiss från husläkare eller specialist i allmänmedicin	+10	170
Första besök i sjukvårdande behandling hos arbetsterapeut, kurator, dietist, logoped, psykolog och sjukgymnast	+10	150
Besök i dagvård	+10	150
Bukauortascreening		140
Expeditionsavgift	+15	30
Recept utan besök	-80	0