

## Landstingsstyrelsens förslag till beslut

---

### **Budget för Stockholms läns landsting för 2004 och plan för åren 2005-2006 samt investeringsplan 2004-2008**

Föredragande landstingsråd: Ingela Nylund Watz

#### Ärendet

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige fastställa budgeten för Stockholms läns landsting 2004 och flerårsberäkningar för åren 2005-2006 samt investeringsplan för åren 2004-2008.

#### Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

*att fastställa landstingsrådsberedningens förslag till budget för Stockholms läns landsting för år 2004 samt flerårsberäkningar för åren 2005-2006*

*att fastställa landstingskatten till 12,27 kronor per skattekrona*

*att fastställa Stockholms läns landstings driftsbudget för år 2004 i enlighet med landstingsrådsberedningens förslag till landstingsbidrag/tillskott, resultat- och avkastningskrav för respektive nämnd/styrelse och bolag*

#### **Bilagor**

- 1 Landstingsrådsberedningens förslag till budget för 2004 och flerårsberäkningar för åren 2005-2006
- 2 Minskade resursbehov i hälso- och sjukvården – sammanställning
- 3 Investeringsplan 2004-2008
- 4 Taxor och avgifter
- 5 Promemorian Akutomhändertagande i Södertälje och Norrtälje
- 6 Beslutade, föreslagna och planerade verksamhetsförändringar inom HSU:s budgetram från den 22 april
- 7 Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande 2003-10-15
- 8 Promemorian Förlossningsvården i Södertälje
- 9 MBL-protokoll 2003-10-28—30 och 2003-11-03

LS 0304-1498

*att fastställa taxor och avgifter enligt bilaga samt uppdra åt styrelsen för WÅAB att i motsvarande grad besluta om höjning av övriga taxor samt uppdra åt styrelsen för AB SL att besluta om motsvarande höjning av övriga delar av sortimentet av periodkort och kuponger utifrån en genomsnittlig höjning om maximalt 20 procent*

*att bemyndiga landstingsstyrelsen att fastställa justeringar av teknisk art avseende denna budget*

*att förvaltningar och bolag senast den 31 januari 2004 överlämnar nämnd/styrelse behandlade budgetar till landstingskontoret i enlighet med de anvisningar som koncernledningen utfärdar på landstingsstyrelsens uppdrag*

*att uppdra till landstingsstyrelsen att senast vid fullmäktigesammanträdet i mars 2004 anmäla nämnders/styrelsers och bolags budgetar för perioden 2004-2006*

*att uppdra till förvaltningar och bolag att till landstingsstyrelsen avlämna månadsbokslut, prognoser, delårsbokslut, årsbokslut, personalbokslut, miljöbokslut, årsredovisning och i övrigt erforderliga underlag för landstingets koncernbokslut och övrig uppföljning i enlighet med de anvisningar koncernledningen utfärdar på landstingsstyrelsens uppdrag*

*att fastställa investeringsplan för Stockholms läns landsting för perioden 2004-2008 enligt vad som föreslås i bilagan*

*att fastställa utlåningsvolymerna för AB Storstockholms lokaltrafik och Waxholms Ångfartygs AB avseende år 2004 enligt bilagan*

*att lägga samman Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus AB från och med den 1 januari 2004*

*att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att besluta om överlåtelseavtal mellan Stockholms läns landsting och Huddinge Universitetssjukhus AB, innebärande att verksamheten vid sjukhuset överförs till förvaltningsform*

*att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att i övrigt till fullmäktige förbereda de övriga beslut som krävs med anledning av sammanläggningen*

*att uppdra åt styrelserna för Norrtälje sjukhus AB respektive Södertälje sjukhus att utveckla närsjukvårdskonceptet i samråd med landstingsstyrelsen*

*att upphäva vårdgarantin fr o m den 1 januari 2004*

*att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att utforma förslag till vårdgaranti fr o m 1 januari 2005*

*att införa generellt anställningsstopp inom Stockholms läns landsting fr o m den 1 januari 2004 för tillsvidareanställda och tidsbegränsade anställningar över tre månader (inkl nya ST-anställningar, där uppenbar brist inte föreligger och rekrytering inte kan ske inom landstingskoncernen)*

*att uppmana samtliga landstingsägda aktiebolag att fatta motsvarande beslut om anställningsstopp*

*att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att genomföra de åtgärder som krävs med anledning av beslutet om anställningsstopp och som framgår av landstingsdirektörens tjänsteutlåtande*

*att införa remiss/hänvisningskrav fr o m den 1 januari 2004 på sätt som framgår av landstingsdirektörens tjänsteutlåtande*

*att uppdra till förvaltningar och bolag som inte har certifierat sitt miljöledningssystem att göra det före utgången av år 2004*

*att överföra ansvaret för "Kultur i vården" till Kulturnämnden inom föreslagen ekonomisk ram*

*att arbetstagare på begäran skall anmäla bisyssla och lämna de uppgifter arbetsgivaren anses behövs för bedömning av bisysslan*

*att godkänna inriktningen på redovisade förändringar i bilagan "Beslutade, föreslagna och planerade verksamhetsförändringar inom HSU: s budgetram från 22 april" och uppdra till HSU/BKV att i det fortsatta arbetet med verkställandet av budget för 2004 genomföra förändringarna inom ramen för fastställd beslutsordning*

*Landstingsstyrelsen har för egen del beslutat*

*att uppdra åt landstingsdirektören att dels utreda förutsättningarna för en samlad organisation för landstingets hälso- och sjukvård i Norrtälje samt dels förutsättningarna att samverka med den primärkommunala omsorgen och vården inom en samlad organisation*

*att uppdra åt landstingsdirektören att inom ramen för Närsjukvårdsutredningen utreda placering av en lättakut i anslutning till Karolinska sjukhuset*

*att uppdra åt landstingsdirektören att undersöka förutsättningarna för ett samlat högkostnadsskydd för kroniker, multisyjuka och funktionshindrade samt att undersöka hur vården/omsorgen för dessa grupper kan göras mer tillgänglig*

*att uppdra åt landstingsdirektören att med förtur utreda frågan om att infoga avgift för inkontinensartiklar i ett högkostnadsskydd*

*att uppdra åt landstingsdirektören att utreda den framtida katastrofmedicinska organisationen och därvid beakta landstingsrådsberedningens förslag till nya uppdrag för Norrtälje Sjukhus AB och Södertälje sjukhus*

*att uppdra åt landstingsdirektören att ytterligare analysera akutsjukhusens ekonomiska situation och återkomma till landstingsstyrelsen med därav eventuellt föranledda förslag.*

## Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 29 oktober 2003.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 11 november 2003.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till m-ledamöternas förslag, dels till fp-ledamöternas förslag, dels till kd-ledamotens förslag.

Landstingsstyrelsens beslut fattades utan omröstning.

*M-ledamöterna reserverade sig till förmån för m-förslaget till budget.*

*Fp-ledamöterna reserverade sig till förmån för fp-förslaget till budget.*

*Kd-ledamoten reserverade sig till förmån för kd-förslaget till budget.*

## Ärendet och dess beredning

**Landstingsrådsberedningen** överlämnar förslag till budget för Stockholms läns landsting 2004 och plan för åren 2005-2006 samt investeringsplan 2004-2008.



Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och  
Miljöpartiet de Gröna i Stockholms läns  
landsting presenterar

# Budget i balans för rättvisa och hållbar utveckling

## **Bilagor**

Minskade resursbehov i hälso- och sjukvården – sammanställning

Investeringsplan 2004-2008

PM Akutomhändertagande i Norrtälje och Södertälje

# Budget i balans för rättvisa och hållbar utveckling

## Mandatperioden 2002-2006

Landstingets majoritetskoalition förbinder sig att verka för att återställa en god ekonomi i landstinget. Vi kommer att sträva efter bred samverkan kring den svåra uppgiften.

En hållbar samhällsutveckling omfattar ekologiska, sociala, kulturella och ekonomiska aspekter. Vi vill se en regional utveckling präglad av hållbar ekonomisk tillväxt med minskad miljöpåverkan, minskade klassklyftor och ökad jämställdhet. En mer balanserad Stockholmsregion med olika tillväxtcentra skall eftersträvas. För bland annat dessa syften krävs ett samarbete i hela Mälardalen.

I hälso- och sjukvården påbörjas en långsiktig satsning på att bygga ut en kvalificerad närsjukvård. En period av strukturförändringar inleds, där grunden läggs för en ny och modern sjukvårdsstruktur i Stockholms län.

Under lång tid har befolkningen i regionen ökat och därmed behovet av allt fler persontransporter. Kollektivtrafikens andel av resandet måste öka för att Stockholmsregionen ska bli ekologiskt hållbar. En förstärkning av kollektivtrafiken skall genomföras.

Ett hälsofrämjande synsätt skall prägla hela landstingets verksamhet. Helhetssyn på människans livsmiljö och behov skall gälla inom landstinget och i samverkan med andra aktörer i folkhälsoarbetet. Ökningen av läkemedelskostnaderna skall hejdas.

Arbetet med mål och uppföljning i landstingets alla verksamheter skall utvecklas. Ett mer sammanhållet arbetssätt vad gäller att sätta upp hälsopolitiska mål är särskilt angeläget.

En utvecklad jämställdhetspolitik skall genomsyra landstingets alla verksamheter.

## Prioriterade mål för budget 2004 och planering 2005-2006

Vi vill ta vara på den dynamik och som kan göra Stockholmsregionen framgångsrik så att välfärden kan utvecklas ytterligare. Kollektivtrafiksystemet behöver byggas ut och driften förbättras. Sjukvården behöver moderniseras för att möta 2000-talets utveckling och samtidigt göras mer rättvis. För att detta skall vara möjligt krävs att landstinget har en ekonomi där ordning och reda återställs.

Hållbar ekonomi. Detta var och är vårt främsta vallöfte till väljarna i Stockholms län. Framtidens välfärd i form av kollektivtrafik och sjukvård är allvarligt hotad om landstingets ekonomi inte bringas i ordning.

Kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är inte samhällsekonomiskt hanterbar om den tillåts fortsätta. En fortsatt hög kostnadsutveckling hotar vården som en rättighet inom den generella välfärden, eftersom de offentliga resurserna i så fall inte kommer att räcka till.

Vi kommer att med all kraft bekämpa en sådan utveckling eftersom den innebär stora klyftor och orättvisor i samhället. Utbudsförändringar i sjukvården krävs för att bemästra den allvarliga

kostnadskrisen. Utgångspunkten är principen om att offentligt finansierad vård skall ges utifrån de medicinska behoven – inte utifrån den totala efterfrågan.

Dessutom vet vi att de stora tillskott som getts till vården inte resulterat i en ökad produktivitet i motsvarande grad. Orsaken till detta återfinns inom vårdens organisation och struktur. Resurserna kan användas på ett mycket bättre sätt än idag. Men då krävs grundläggande förändringar av struktur och arbetsmetoder.

Minska hälsoklyftorna. Vi ser idag hur skillnaderna i hälsa ökar mellan människor i vårt län. Ohälsotalen varierar kraftigt mellan olika delar av länet. I innerstaden och relativt välbärgade förorter ser bilden betydligt ljusare ut än i de mindre välbärgade ytterstadsområdena och kommundelarna i länet.

Stockholmsregionen uppvisar stora skillnader i läkartäthet mellan olika områden. I innerstaden och i många av de områden som uppvisar den friskaste befolkningen är läkartätheten betydligt större än i områden med stora ohälsotal. De nuvarande skevheterna skall jämnas ut. Det handlar om att minska utbudet av läkare i vissa områden och att göra särskilda insatser i socialt utsatta områden.

Modernisering av vårdens infrastruktur. Hälso- och sjukvården i vårt län måste ligga i framkant av den snabba medicinsk-tekniska utvecklingen. Redan under år 2004 tas initiativ för att förändra och förnya vårdens struktur. Närsjukvården stärks och universitetssjukhusen koncentreras gradvis på den forskningsnära hälso- och sjukvården. Omställningen av hälso- och sjukvårdens struktur är, för det första, en förutsättning för att garantera fortsatt spetskompetens. För det andra för att kunna nå en ökad tillgänglighet för den vård man som patient behöver ofta. För det tredje för att vården skall kunna utvecklas i takt med nya medicinska framsteg samtidigt som den är samhällsekonomiskt hållbar. Hållbarhetsanpassning måste göras vid all ny- och ombyggnation.

Kollektivtrafikens andel av resandet skall öka.

Kollektivresandets andel av stockholmarnas totala resande är internationellt sett hög, men har sjunkit något under de senaste decennierna. Vi vill vända den utvecklingen. Alla möjligheter till kapacitetsförstärkning inom det befintliga kollektivtrafiksystemet skall prövas. Vi avser behålla en enhetlig och kraftigt subventionerad taxa. Den spårbundna trafikens vagnparker skall fortsätta moderniseras. Vi vill också bygga ny infrastruktur för kollektivtrafiken och är beredda att stå för halva kostnaden om staten står för den andra halvan.

Utvecklad personalpolitik

Landstingets allvarliga ekonomiska kris kan bara klaras genom att verksamheterna utvecklas vad gäller arbetssätt och organisation. Grundbulten för att lyckas med ett sådant förändringsarbete är en personalpolitik som gör medarbetarna delaktiga och stärker deras inflytande över sin egen arbetssituation. Centrala inslag i det arbetet är arbetsmiljöfrågorna och möjligheterna till nya arbetstidslösningar. En annan del handlar om det systematiska hälsoarbetet som inletts inom ramen för landstingets hälsoplan. Målet är att 2004 minska sjukdagarna per anställd med minst en dag per år. Ett aktivt jämställdhetsarbete skall genomsyra landstingets personalpolitik.



## RESULTATRÄKNING FÖR LANDSTINGSKONTORET ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>1 201,3</b>	<b>1 094,0</b>	<b>1 088,4</b>	<b>1 092,4</b>	<b>1 093,8</b>
<i>- varav landstingsbidrag</i>	<b>995,0</b>	<b>956,9</b>	<b>956,9</b>	<b>956,9</b>	<b>956,9</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-1 401,0</b>	<b>-1 096,0</b>	<b>-1 087,4</b>	<b>-1 086,9</b>	<b>-1 086,2</b>
Avskrivningar	-8,7		-2,1	-6,6	-8,7
Finansnetto	3,5	2,0	1,1	1,1	1,1
<b>Resultat</b>	<b>-204,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ökade kostnader, handikapporg., miljöarbete, personalkostnader</b>			<b>-13</b>	<b>-13</b>	<b>-13</b>
<b>Utökad landstingsbidrag</b>			<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>Landstingsbidrag enligt detta beslut</b>			<b>969,9</b>	<b>969,9</b>	<b>969,9</b>
<b>Resultat enligt detta beslut</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## LANDSTINGSSTYRELSEN

### Stockholmregionens utveckling

Stockholmsregionen är ur ekonomisk synvinkel unik i Sverige. Stockholm har ingen motsvarighet i landet i övrigt vad gäller förutsättningarna för ekonomisk tillväxt. Dels därför att regionen har förmånen att rymma Sveriges huvudstad och dels på grund av sin i Sverige unika sammansättning av en stor folkmängd på en relativt liten yta. Detta gör regionen internationellt konkurrenskraftig i förhållande till andra storstadsregioner i vår omvärld när det gäller etablering av en stor bredd av näringar. Stockholmsregionens utveckling har av det skälet en särskild betydelse för hela landets utveckling. Det är därför oroande att tillväxten i regionen avtagit under senare tid.

Sedan januari 2002 är det möjligt för kommuner och landsting att bilda särskilda kommunala samverkansorgan. Dessa indirekt valda organ ges möjlighet att ta över stora delar av länsstyrelsernas regionala utvecklingsansvar. I en handfull län har sådana organ bildats i syfte att stärka samverkan kring frågor som rör den regionala utvecklingen. I Stockholms län har ett sådant organ inte bildats, vilket istället understryker landstingets roll som regional politisk arena.

Frågan om beslutskompetens och befogenhetsfördelning mellan samhällets olika politiska nivåer är för närvarande föremål för en statlig utredning. Vikten av att stärka den regionala samverkan kring utveckling och tillväxt bör i detta sammanhang understrykas särskilt. Viktiga utgångspunkter för att stärka den regionala utvecklingskraften är att den politiska nivån har stark demokratisk legitimitet och en egen beskattningsrätt.

I Stockholms län finns ett stort behov av att skapa ett sammanhållet politiskt beslutsfattande i centrala frågor kring infrastruktur och tillväxt. Här saknas idag en aktör med samlad beslutskompetens som kan föra regionens talan. Den direktvalda regionala politiska nivån har de bästa förutsättningarna att vara den aktören.

### **Ordning och reda i ekonomin**

Den svåra ekonomiska situationen samt bristen på styrning och ledning har föranlett landstingets revisorer att under flera års tid rikta skarp kritik mot landstingets tidigare majoritet. Viktiga orsaker till de negativa resultaten under föregående mandatperiod var en ofinansierad skattesänkning, bristfällig kostnadskontroll samt ren luftbudgetering – bland annat av intäkter av konkurrensutsättning som sedan uteblivit – vilket undergrävt förtroendet för budgeten som styrinstrument.

Vid sitt tillträde vidtog den nya majoriteten omedelbart en serie av åtgärder för att förbättra ekonomin. Intäktssidan förstärktes genom en höjning av landstingsskatten. Uppdrag om förändrade styrsystem lämnades med den tydliga färdriktningen att skapa större grad av samarbete och arbetsfördelning mellan sjukvårdens olika nivåer. Inslagen av konkurrens i Hälso- och sjukvårdens styrmodell har tonats ned och tonvikten mer förskjutits mot förmågan till samarbete. Den administrativa kompetensen i budgetarbetet har förstärkts. En realistisk budget för 2003 har upprättats och budgetdisciplinen förbättrats avsevärt.

En ny politisk och administrativ organisation infördes skyndsamt och har bidragit till att förstärka helhetssyn och kontroll av den ekonomiska utvecklingen i landstingskoncernen. Ett samlat beställaransvar har skapats för hälso- och sjukvården samt en ägarstyrning som omfattar såväl akutsjukhusen som trafikbolagen. Detta tillsammans med en starkare ställning för landstingsstyrelsen och koncernledningen bidrar till målet om ett effektivare resursanvändande i landstinget.

Det övergripande målet för budget 2004 och planering för 2005-2006 är att återskapa en god ekonomi i landstinget. Dialog och ett ömsesidigt samarbete med personalen i landstingets verksamheter är en förutsättning för att lyckas. Det viktiga i det längre perspektivet är att stimulera ett aktivt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården i syfte att främja ett modernt och effektivt arbetssätt.

I det korta perspektivet gäller det att snabbt hejda den höga takten i kostnadsökningarna. För 2004 upprättas en budget i balans. Målet i ett längre perspektiv är ett ekonomiskt, socialt, ekologiskt och hållbart landsting..

Fokus i arbetet med att nå balans i ekonomin ligger inom hälso- och sjukvården. Det är där de stora ekonomiska problemen fram för allt återfinns. Men också landstingets övriga verksamheter måste bidra i arbetet med att sanera den sönderkörda ekonomin.

På grund av landstingets svåra ekonomiska situation och kommunallagens krav om att budgeten måste upprättas så att kostnader och intäkter är i balans, så måste indragningar av hälso- och sjukvårdens utbud ske. Därtill föreslås strukturförändringar som bättre kan leva upp till framtidens medicinska krav och patientbehov samt en sjukvårdsekonomi som är långsiktigt hållbar.

Som förtroendevalda företrädare kan vi inte ta på vårt ansvar att äventyra Stockholmsregionens ekonomiska och verksamhetsmässiga framtid genom att underlåta att fatta viktiga beslut i en besvärlig ekonomisk situation. Sjukvårdens kostnader kan inte fortsätta att öka med de cirka 8 procent årligen som varit fallet de senaste fem åren. Det är inte samhällsekonomiskt hållbart.

Under de närmast kommande åren verkar vi dessutom inte kunna räkna med samma kraftiga skattekraftstillväxt som varit fallet de senaste åren, och inte heller räkna med att statsbidragen ökar i tillräcklig takt. Ju längre vi väntar med att vidta åtgärder för att på sikt återställa en ekonomi i balans – desto tuffare åtgärder kommer att krävas. På grund av den kostnadskris som resulterat i ett mycket svårt ekonomiskt läge för landstinget är kraftiga besparingar nödvändiga.

För att kunna möta framtidens krav inom vården är det ett måste att få till stånd ett förändrat arbetssätt och förändringar av grundläggande strukturer. Om strukturer och organisation inom vården inte förändras i takt med den medicinska utvecklingen – och inom ramen för vad samhällsekonomin orkar bära – hotas rätten till vård som en del av den generella välfärden. Vi får inte hamna där eftersom det leder till stora klyftor och orättvisor i samhället.

De årliga kostnadsökningarna måste hålla jämna steg med intäkterna och vi har de senaste åren varit mycket långt från den situationen i Stockholms läns landsting. Men det allvarliga är också att alla de resurser som landstinget idag avsätter till vården inte används på ett helt genomrimligt sätt.

Bristerna i effektivitet handlar inte om att personalen inte skulle göra sitt bästa. De som jobbar i vården sliter ofta hårt. Potentialen för ett bättre resursutnyttjande ligger i organisationen av arbetet. Det är för lite av samarbete och väl avpassade strukturer som svarar upp mot moderna arbetsmetoder. Vårdlogistik är idag ett underutvecklat område. Det är därtill för lite av utfasning av gamla medicinska metoder när nya effektivare metoder tillkommer.

Hälso- och sjukvården är en samhällssektor i mycket stark pågående förändring. Ökad specialisering, nya forskningsrön, nya behandlingsmetoder, nya arbetstidsregler, ökade krav på kvalitet och säkerhet gör att hälso- och sjukvården förändrats kraftigt bara de senaste 5-10 åren. Den starka omvandlingen av hälso- och sjukvårdens förutsättningar måste också följas av struktur- och verksamhetsutveckling.

En moderniseringsfas behöver gås igenom där sjukvårdens struktur byggs utifrån det faktum att allt mer kvalificerad vård kommer att kunna utföras utanför det stora sjukhusets väggar. Det handlar om att bygga ett helt nytt innehåll i den nära sjukvården.

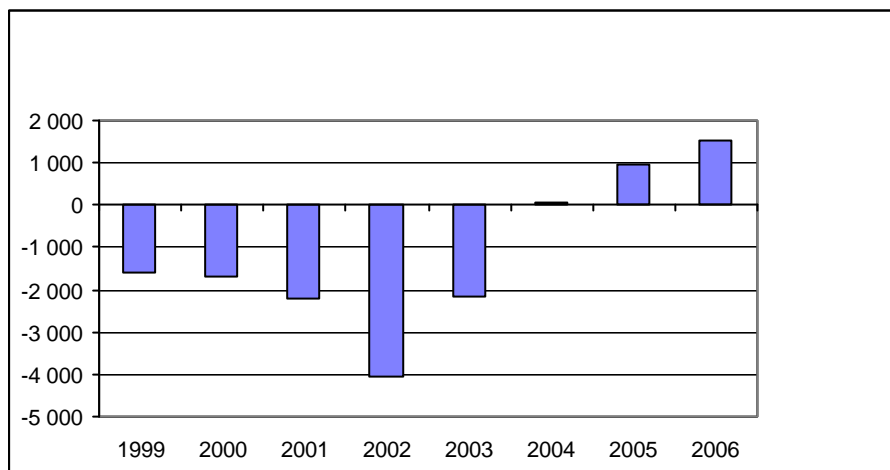
Det medför att många verksamheter måste koncentreras till färre ställen än idag för att uppnå högsta möjliga kvalitet och samtidigt en effektiv resursanvändning. Annan verksamhet kan komma att utföras på fler ställen än idag – i närsjukvården – till följd av nya medicinska rön och metoder. Vår inriktning är att prioritera en ökad närhet och förbättrad tillgänglighet till den vård man som patient behöver ofta.

Sammanfattningsvis måste sjukvårdens utbud och struktur anpassas både till den ekonomiska verkligheten och till 2000-talets medicinska förutsättningar och patientbehov. Det handlar om att få till stånd en utveckling av vården som är samhällsekonomiskt hållbar.

## Landstingets ekonomiska kris

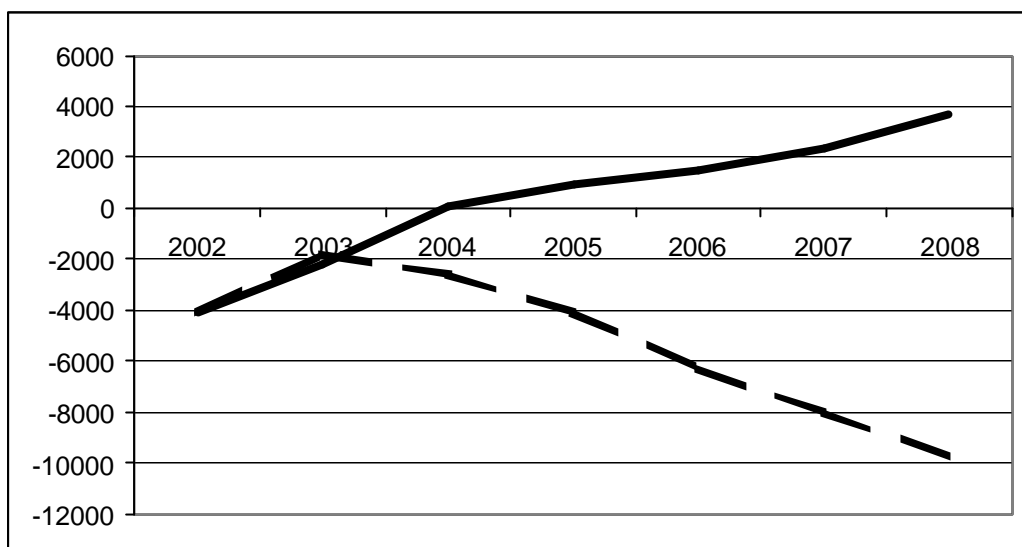
Under den senaste femårsperioden, 1998 – 2002, uppgick landstingskoncernens totala underskott till cirka 11 miljarder. År 2002 var underskottet 4 076 mkr, vilket var en försämring med 1 857 mkr jämfört med året innan.

Bild 1, Resultatutvecklingen i landstinget 1999-2003, budget 2004 med planeringsår 2005-2006



Som framgår av figuren ovan uppgår det ackumulerade underskottet mellan 1999-2002 till 9,6 miljarder kr. Det mest anmärkningsvärda är dock att underskottet under perioden 1999-2002 ökade lavinartat. Under 2003 vändes denna trend. Dock beräknas koncernen även 2003 att göra en förlust. År 2002 ökade verksamhetens nettokostnader med 8,7 % medan skatteintäkterna ökade med endast 3,6 procent. Enligt delårsboks slutet kommer nettokostnaderna att öka med 7% år 2003. I nedanstående figur framgår resultatutvecklingen om vi lyckats att få ned kostnadsökningstakten enligt budgetförslag och resultatutveckling ifall kostnaderna fortsätter att stiga med 8,7%.

Bild 2. Resultatutveckling vid utveckling enligt majoritetens budget jämfört med resultatutveckling vid oförändrad kostnadsökningstakt 2002 (streckad linje), enhet: miljoner kr.

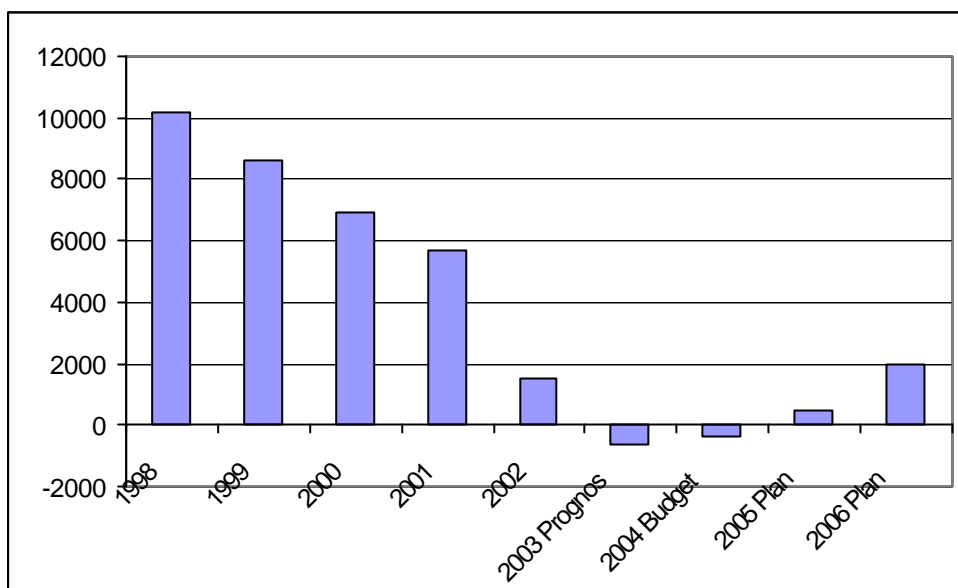


Landstingets största kostnader utgörs av personalkostnader, kostnader för köpt vård och trafik, lokal och fastighetskostnader och kostnader för läkemedel.

Ökningstakten inom samtliga dessa poster beräknas minska i år jämfört med föregående år. Personalkostnadstakten prognostiseras i delårsbokslutet att under 2003 öka 4,2% i löpande priset, vilket är 1,2% lägre än ökningstakten förra året. Kostnaden för externt köpt hälso- och sjukvård beräknas under året att öka med 16% eller 724 miljoner kronor. Denna ökning är 6 procentenheter lägre än föregående år. Inom läkemedelskostnaderna prognostiseras ökningstakten att bli 6%, vilket är 3 procentenheter lägre än förra året. SL:s kostnader för köpt trafik ökade dels till följd av indexreglerade kostnadsökningar, dels beroende på trafikrelaterade kostnadshöjningar. Kostnaderna för köpt trafikverksamhet prognostiserat öka med 4,9% 2003, vilket är 0,5 procentenheter lägre än 2002.

Landstingskoncernens finansnetto, d v s finansiella intäkter minus finansiella kostnader, försämrades med 249 mkr mellan 2001 och 2002 och uppgår i delårsbokslutet 2003 till -619 mkr. Kostnadsökningen avser ökade räntor på långfristiga lån, leasingförpliktelser och pensioner. Som en följd av de senaste årens underskott har egna kapitalet minskat från 10 miljarder 1998 till 1,5 miljard 2002. Om kostnadstakten sjunker kommer denna trend att brytas redan under 2004, för att sedan förbättras under de närmaste åren.

Bild 3, utvecklingen av eget kapital 1998-2002, prognos 2003, budget 2004 med planeringsår 2005-2006



### **Kostnadsreducerande förändringar av hälso- och sjukvårdens utbud och struktur m.m.**

1. Norrtälje sjukhus omvandlas till ett sjukhus för närsjukvård, med följande innehåll:

- Jourcentral/akutmottagning med allmänmedicinsk och/eller internmedicinsk specialistkompetens dygnet runt samt andra kompetenser företrädesvis vardagar, dagtid.
- Lokal kvalificerad sjukvårdsrådgivning.
- Öppen planerad specialistsjukvård inom 9 specialiteter som till exempel utför elektiv kirurgi som dagkirurgi.
- Endoskopi och bronkoskopi.
- Kirurgisk, ortopedisk, urologisk och gynekologisk kirurgi i öppen vår.
- Postoperativ avdelning.
- Röntgensjuksköterska stora delar av dygnet.
- Geriatrisk och viss internmedicinsk akut slutenvård (inklusive observationsplatser) och rehabilitering samt geriatrisk vårdavdelning med direktintag dygnet runt.
- Tidig eftervård efter akut kirurgisk och medicinsk vård på annat sjukhus.
- Fyslab (ekokardiografi, arbets-EKG mm).
- Barnsjukvård
- Förstärkning med jourläkarbilar som möjliggör hembesök till akut sjuka barn, andra akut sjuka personer, hjälper hemsjukvården med bedömningar av sjuka äldre etc.
- Palliativ vård inklusive slutenvårdsplatser.
- Röntgenlaboratorium
- Ambulanscentral

En gemensam organisation för all landstingets samlade sjukvård i Norrtälje utreds. Den så kallade Norrtäljemodellen prövas inom ramen för utredningen. Förutsättningarna för att på sikt överföra ytterligare vårdvolymen elektiv vård till Norrtälje prövas i samarbete med andra sjukhus. Möjligheterna att via statliga medel och genom samarbete med försäkringskassan finna finansiering för rehabiliteringsvård med lokalisering till Norrtälje undersöks. Sjuksköterskeskolan blir kvar.

Besparingen genom omdaning av Norrtälje sjukhus beräknas uppgå till 78 mnkr/helår. (Förslaget beskrivs i bilagan *Akutomhändertagande i Norrtälje och Södertälje*).

2. Södertälje sjukhus omvandlas till närsjukhus med följande innehåll:

- Förlossningsvården behålls med ökat fokus på normal-förlossningar. Se också tjänstemannapromemorian Förlossningsvården i Södertälje.
- Elektiv gynekologisk verksamhet
- Lokal kvalificerad sjukvårdsrådgivning
- Jourcentral/akutmottagning med allmänmedicinsk och/eller internmedicinsk specialistkompetens dygnet runt samt andra kompetenser företrädesvis vardagar, dagtid
- Specialistmottagning med 6 till 10 olika specialiteter som också utför dagkirurgi.
- Ambulanscentral i anslutning till närsjukhuset..
- Förstärkning med jourläkarbilar som möjliggör hembesök till akut sjuka barn, andra akut sjuka personer, hjälper hemsjukvården med bedömningar av sjuka äldre etc.
- Utökad husläkarverksamhet och rehabilitering prövas.
- Den geriatriska verksamhet som idag finns på sjukhuset skall vara kvar och ges en mer akutgeriatrisk inriktning med utökade vårdvolymen och direktintag dygnet runt.
- Den psykiatriska verksamheten blir kvar oförändrad.
- Laboratorietjänster
- Röntgen

Det ekonomiska utfallet av en omvandling av Södertälje sjukhus till ett närsjukhus och flyttning av framför allt den slutna vården ger en besparing på 112 mnkr/helår. (Förslaget beskrivs i bilagan *Akutomhändertagande i Norrtälje och Södertälje*.)

3. Sammanläggning av Karolinska sjukhuset (KS) och Huddinge Universitetssjukhus AB (HS)

Det finns starka funktionella och ekonomiska motiv för att det skall finnas endast *ett* universitetssjukhus i länet. Bl.a. talar de allt högre kostnaderna för forskningen och den högspecialiserade vården i den riktningen. I nära samverkan med Karolinska Institutet måste en resurskoncentration komma till stånd i form av en profilering mellan Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus. En gemensam ledning för de två sjukhusen är angelägen för att kunna genomföra denna process. Huddinge Universitetssjukhus AB återförs till förvaltningsform varefter en sammanslagning sker med Karolinska sjukhuset.

Samordningen till ett universitetssjukhus skall följas av snara verksamhetsförändringar:

- Thoraxkirurgin skall samlas till en enhet. Lokaliseringsfrågan prövas av universitetssjukhusets nya ledning. Fastighetsplanering och FoU-konsekvenserna behöver snabbutredas innan beslut fattas om lokalisering av verksamheten.

- Laboratedivisionerna vid KS och HS sammanslås till en gemensam enhet.

- Öronjouren koncentreras till KS vid nätter och helger samtidigt som antalet vårdplatser på HS-Sös reduceras i betydande grad enligt följande:

- Öronjouren på HS överförs till KS nattetid och helger.
- Slutenvårdsavdelningen om 20 vårdplatser på HS omvandlas till veckoavdelning (5-dygnsvård).
- De sex dagvårdsplatserna på HS läggs ned.
- De fyra övernattningsplatserna på HS enhet på Sös läggs ned.

- Verksamheten vid KS akutmottagning begränsas stegvis under 2004 och 2005. Bassjukvård skall överföras till andra sjukhus och närsjukvården. För att uppnå kostnadsreduktion vid KS krävs samtidigt en omorganisation av vårdplatsstrukturen så att frigjorda vårdplatser vid de olika klinikerna kan resultera i stängning av vårdavdelningar. Dessutom krävs en omstrukturering av verksamheten vid akutmottagningen och en reduktion av jourlinjerna.

- Inom ramen för 3S-projektet pågår ett stort antal specialitetsutredningar. Några av dem har drivits med förtur och har därför kunnat arbetas in i detta budgetförslag. Andra blir färdiga successivt under hösten 2003. Resultaten av dessa tillsammans med den potential till administrativa besparingar som sammanläggningen skapar beräknas kunna ge en kostnadssänkning 2004 på 65,5 mnkr.

4. Kostnaderna för hörselvården reduceras. All enkel hörselapparatutprovning förläggs utanför sjukhusen enligt följande:

- Enkel hörselapparatutprovning flyttas från KS/DS, HS och Sös/Rosenlunds sjukhus till privata enheter.
- Verksamheten vid de externa hörcentralerna knutna till sjukhusen läggs ned.

5. Kostnaderna för ögonsjukvården reduceras. Budgeterade besparingar S:t Eriks Ögonsjukhus och kommer att medföra en personalminskning på 25 - 55 personer under de kommande tre åren. Arbetet med strukturen inom ögonsjukvården fortsätter under inom ramen för 3S-arbetet. Möjligheterna att lokalisera stora delar av ögonsjukvården till KS utreds skyndsamt.

6. Kostnaderna för hudsjukvården reduceras. Den totala kostnadsramen för hudklinikerna på DS, HS, KS, Sös samt hudmottagningen på NTS reduceras med sammanlagt 8 mnkr 2004 och 12 mnkr 2005.

För privatpraktiker inom hudsjukvård genomförs följande åtgärder:

- Etableringar där den ordinarie innehavaren avslutar verksamheten återbesätts tills vidare ej med ny läkare



- Avtal för privatläkare som ej har en bakomliggande etablering förlängs tills vidare ej när avtalet löper ut (med eventuellt undantag för enstaka praktik lokaliserad inom ett prioriterat geografiskt område)

7. Kostnaderna för den samlade HIV-verksamheten reduceras med 7,5 miljoner kronor under 2004, med 15 miljoner kronor under 2005. Ansvaret för den samlade HIV-verksamheten organiseras under den gemensama KS/HS-ledningen. Det preventiva arbetet särskiljs redovisningsmässigt.

8. Förhandlingar med landstinget i Uppsala förs med inriktning att koncentrera brännskadevården till Uppsala och den högspecialiserade handkirurgin till Stockholm. De ekonomiska effekterna av förslaget preciseras efter genomförda förhandlingar.

9. Kostnaderna för sjukgymnastik reduceras. Förändrade uppdrag till vårdgivarna skall minska utnyttjandet av sjukgymnastiska behandlingar med 47 mnkr/år varav 19 mnkr 2004.

10. Företagshälsovården skall teckna avtal om medicinsk service. Landstinget betalar f.n. de röntgen- och laboratorieundersökningar som företagshälsovårdscentraler beställer när det inte rör sig om hälsokontroller. En förändring införs där ersättningen för den medicinska servicen villkoras med att ett avtal träffas som förbättrar möjligheterna till uppföljning och kontroll av kostnaderna. De budgeterade effekterna antas till 2 mnkr 2004 och 4 mnkr from 2005.

11. Uppsägning av vårdavtal med vissa privata vårdgivare. Avtalstiden går under 2004 ut med privata vårdgivare inom somatisk akutsjukvård med en sammantagen omslutning på cirka 500 mnkr. Vissa vårdavtal kommer att sägas upp, andra kommer att omförhandlas med en kraftig volymreduktion. Den totala volymen minskas på detta sätt till ett värde motsvarande 120 mnkr. Vård motsvarande 40 mnkr ersätts med vård i andra former. Av försiktighets skäl kalkyleras med en risk för överflöde till externa leverantörer och därför budgeteras en nettoeffekt på 80 mnkr fr o m 2005.

12. Förändring av husläkarens roll, förändringar av vårdgarantin samt tillämpning av tydliga prioriteringsprinciper beräknas kunna medföra besparingar om 150 mnkr 2004 och 200 mnkr fr o m 2005.

Husläkarens roll som samordnare bör förstärkas och regler införs som innebär att övriga specialistläkare och andra vårdgivare i princip endast tar emot patienter som först bedömts av sin husläkare eller annan vårdinstans som kan bedöma patientens tillstånd och behov. Remiss-/hänvisningskrav från husläkare skall i princip vara en förutsättning för vård av specialistläkare och sjukgymnast med de undantag som lagen anger och med de principer och regler som landstingsstyrelsen fastställer. Vid utarbetandet av de nya reglerna skall även en annan läkare än en specialist i allmänmedicin under vissa förutsättningar kunna överta husläkarens samordnarroll.

Vårdgarantin upphör att gälla fr o m 1 januari 2004. Landstingsstyrelsen ges i uppdrag att ta fram regler för hur en förbättrad vårdgaranti skall tillämpas fr o m 1 januari 2005. Dessa nya regler kan då anpassas till den roll som samordnare som husläkaren ska ha. De särskilda medel - 50 mkr - som funnits på centralt anslag för att finansiera vårdgarantiåtgärder dras in och vårdgivarna förutsätts göra motsvarande anpassningar av sina kostnader. Syftet med vårdgarantin har bland annat varit att likställa prioriteringen mellan olika specialiteter och se till att resurser finns tillgängliga för att denna

prioritering skall kunna förverkligas. Tillämpningen av vårdgarantin har dock fått andra effekter. Genom att vårdgarantin utvidgats till områden där underlag för tydliga indikationer och prioriteringar ännu inte finns, har en situation uppkommit där utbudet av vård tillåts vara mera styrande för konsumtionen av vård än de faktiska vårdbehoven. Det finns nu anledning att återupprätta vårdgarantins ursprungliga intentioner. Detta kräver att det utformas tydliga behandlingsindikationer för vad vårdgarantin ska omfatta. Det budgetförslag som nu föreligger innebär en minskning av vårdutbudet. Det är ytterligare ett skäl till varför vårdgarantin behöver ses över.

Tydliga prioriteringsprinciper bör få genomslag i all vård. Den medicinska revisionen skall utökas. Inom det medicinska programarbetet utarbetas vårdprogram och principer för prioritering mellan patienter inom en sjukdomsgrupp. Åtgärder behöver vidtas för att möjliggöra att dessa principer följs av samtliga vårdgivare med finansiering från landstinget.

Landstinget har antagit en policy för samverkan med privatläkarkåren. Den reglerar bl.a. hur samråd ska ske när en läkare av åldersskäl eller annan anledning önskar upphöra med sin mottagning. Den ekonomiska situationen och pågående utredningar om närsjukvården och husläkarens förstärkta samordnarroll gör det nödvändigt att se över policyn. Ersättningsetableringar kommer i fortsättningen endast vara möjliga om de kan förenas med kraven på ekonomisk balans och landstingets ansvar för att bereda sjukhusläkare anställning i den utbyggda närsjukvården. En ytterligare förutsättning måste vara att etableringen förläggs till en gruppomtagning som har en definierad uppgift inom närsjukvården och förläggs till ett område som idag är underförsörjt med specialistläkare. Motsvarande principer bör bli gällande när det gäller privata sjukgymnaster.

Den samordnande roll som husläkaren skall ha kommer i enlighet med riksavtalets regler också att gälla när en patient söker planerad öppen vård hos specialist inom annat landsting. Landstingsstyrelsen ges i uppdrag att fastställa de närmare reglerna för hur remiss skall utfärdas.

## **IVF**

Assisterad befruktning – IVF – behålls inom ramen för landstingets vårderbjudande. Verksamheten skall dock vara lokaliserad till ett sjukhus i länet. Lokaliseringsfrågan utreds.

## **Inomkommunal skatteutjämning**

Landstingets ekonomiska kris har huvudsakligen andra orsaker än det inomkommunala skatteutjämningsystemet. Främst är den ekonomiska krisen i landstinget att betrakta som en kostnadskris. Orsaken återfinns i en lång rad av år med samhällsekonomiskt ohållbara årliga kostnadsökningar på nivåer kring cirka 8-10 procent inom hälso- och sjukvården. Vi menar dock att det finns flera inslag i dagens skattutjämningsystem vars sammantagna effekt blir orimligt betungande för Stockholms läns landsting.

För att ekonomin skall klaras på längre sikt riskerar nuvarande utjämningsystem leda till ett betydligt högre skatteuttag för Stockholms läns landsting. För landstingets majoritetspartier står det klart att systemet i en rad avseenden kan ifrågasättas.

Systemet utjämnar i praktiken alla inkomster, samtidigt som de kostnader som utjämnas enbart är de som i lag är fastslaget att en kommun eller ett landsting är ålagda att ansvara för. Därmed tar systemet inte hänsyn till regionala behov som inte är lagbundna. Sådana kostnader rör för landstingets del bland annat viss tandvård, kultur och viss utbildning.

Utjämningsystemet tar inte hänsyn till att kommuner och landsting verkar i regioner med olika högt kostnadsläge. D v s en kommun eller ett landsting i en region med ett högt kostnadsläge får inte kompensation för att det där är dyrare att producera välfärd.

Nuvarande system kompenserar bara tre fjärdedelar av kostnaderna för kollektivtrafik. Dessutom delas betalas kompensation för kollektivtrafiken ut till både kommunerna och landstinget, trots att det enligt lag enbart är landstinget som i Stockholm ska ansvara för kollektivtrafiken. I utjämningsystemet tas heller inte hänsyn till att färdtjänsten i Stockholms län bedrivs av landstinget istället för kommunerna.

Trots att det i utjämnningen finns med kompensation för landsting där befolkningen minskar så finns inget motsvarande för landsting där befolkningen ökar. Men även ökande befolkning leder till kostnader, bland annat i form av investeringar i sjukvård och infrastruktur.

Ett för Stockholms läns landsting problem är det stora antalet privatpraktiserande läkare som har rätt till ersättning från landstinget enligt den så kallade nationella taxan. Vare sig kostnaden för dessa eller den medicinska service de förbrukar är något som Stockholms läns landsting kan kontrollera, men som utjämningsystemet inte kompenserar för.

Den modell som används för att beräkna kostnader i sjukvården tar inte hänsyn till vissa faktorer som är typiska i en storstadsregion. Exempelvis kompenseras inte för större förekomst av missbruk eller psykisk ohälsa.

### **Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem**

En utvecklingsstrategi för att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningssystem har lagts fast av landstingsstyrelsen och utgår från ett förändringsarbete i nära dialog med berörda vårdproducenter. En prioriterad uppgift är att stärka beskrivningssystemen, särskilt för dagsjukvård och all öppenvård. Primärvårdens ersättningsmodell bör på lite sikt innehålla en viss andel prestationsrelaterad ersättning. Den nya principmodellen för ersättningssystemet innebär också att det bör finnas en komponent av ersättningen som är målrelaterad.

I dagsläget ger inte ersättningssystemen tillräckliga incitament för att utveckla öppna vårdformer och ett omhändertagande på rätt vårdnivå. Vikten av att incitament skapas så att vårdinsatser i största möjliga utsträckning kan styras till rätt vårdnivå bör särskilt understrykas i det fortsatta arbetet.

### **Utveckling av styrmodellen**

Sedan lång tid tillbaka tillämpar landstinget beställar/utförar-modellen. Genom valet av denna styrmodell har politikerrollen kunnat utvecklas. Beställarpolitikerna har visat sig bättre kunna värna

medborgarperspektivet genom det tydliga frigörandet från producentansvaret. Under en lång följd av år har dock en lång rad brister i styrsystemen uppenbarats; koncernstyrning har saknats, ägarstyrningen har varit svagt utvecklad och beställaransvaret har varit för splittrat. En betydande del av landstingets ekonomiska problem har sin orsak i den bristande styrningen.

Sedan 1 januari 2003 har landstinget en ny politisk organisation. Genom införandet av den nya organisationen har landstinget anträtt en väg där beställar/utförar-modellen utvecklas ytterligare genom en effektiv koncernstyrning. Koncernstyrningen och det övergripande ansvaret på såväl politisk nivå som tjänstemannanivå har förstärkts radikalt. Den nya organisationen bygger dels på en starkare ägarstyrning i syfte att kunna säkra producenternas följsamhet mot beställarstyrningen. Dels på ett samlat beställaransvar, vilket skall utveckla förmågan till ekonomisk och verksamhetsmässig uppföljning.

En utvecklad koncernstyrning kräver i princip obegränsade möjligheter att följa och påverka centrala ekonomiprocesser – framför allt i budgetarbetet. Därför krävs ytterligare förändringar i enlighet med intentionerna med den nya organisationen. Ekonomistyrningen i landstingskoncernen bör kunna samordnas bättre, liksom förmågan att på central nivå kunna genomföra ett analys- och utvecklingsarbete rörande koncernövergripande personalfrågor.

Budgetförslaget för 2004 och plan för 2005-2006 innehåller en rad åtgärder som kräver kontinuerlig bevakning så att de genomförs på avsett sätt och ger åsyftade ekonomiska resultat. Den centrala administrationen måste därför ta ytterligare steg för att i budgetarbetet stärka förmågan till verksamhetsanalys, omprövningar och en resolut hushållning av befintliga resurser. En anpassning av tjänstemannaorganisationen bör ske. Exakt vilka åtgärder som kan bli aktuella återstår att belysa. Men det handlar om såväl organisatoriska förändringar som nya interna arbetsgångar och rutiner.

### **Klausul mot diskriminering vid upphandlingar**

Regeringen och dess samarbetspartier har överenskommit att från och med 2005 ändra Lagen om Offentlig Upphandling genom att tillföra en anti-diskrimineringsklausul. Det innebär att diskriminering vid upphandling på grund av kön, etnicitet, funktionshinder eller sexuell läggning blir grund för laglighetsprövning. Landstinget skall under år 2004 förbereda en ändring av regelverket för koncernens upphandlingar så att en antidiskrimineringsklausul tillfogas.

### **Samverkan med handikapporganisationerna**

Vi är mycket stolta att under det europeiska handikappåret kunna rusta landstinget för ett mer offensivt arbetssätt när det gäller utvecklingen av handikappolitiken. En ny samverkansmodell med handikappföreningarna (HSO, SRF och DHR) skall träda ikraft. Samverkan avser alla de verksamhetsområden där intresse finns för HSO och övriga handikapporganisationer att medverka. Avsikten är att förstärka landstingets dialog med handikapporganisationerna. Bidragen till handikapporganisationerna kvarstår på nuvarande nivå och samverkansorganisationen tillförs medel.

## **Barnperspektivet**

Det är angeläget att ett aktivt barnperspektiv genomsyrar beslutsfattande och verksamhet inom landstinget. Barnkonventionens stadgande om "Barnets bästa" är utgångspunkten för detta perspektiv. Det handlar bland annat om konsekvensanalyser inför olika beslut, säkerställande av barnkompetens inom särskilt viktiga personalgrupper samt inte minst barn och ungdomars möjlighet till inflytande och delaktighet.

## **Forskning och utveckling**

Som huvudman för en stor del av den svenska universitetssjukvården har landstinget en viktig roll för att stödja utbildning, forskning och utveckling med anknytning till hälso- och sjukvården. Landstingets anslag till dessa ändamål skall utgå från syftet att förbättra vården genom fortlöpande kunskaps- och kompetensutveckling.

De sjukvårdshuvudmän som ansvarar för driften av landets universitetssjukhus, har ingått ett nytt samarbetsavtal med staten avseende de så kallade ALF-medlen. Avtalet förutsätter att sjukvårdshuvudmännen tecknar regionala avtal med berörda universitet. Stockholms läns landsting har därför tillsammans med Karolinska Institutet påbörjat planeringen för ett sådant samarbete, vilket skall slutföras under 2004. Det är viktigt att parternas samarbete om användningen av de gemensamma resurserna präglas av en ömsesidig öppenhet och insyn.

Samarbetet skall bedrivas i enlighet med avtalets avsiktsförklaring och landstinget skall därutöver framhålla vikten av att tillföra arbetet med forskning, utbildning och utveckling ett tydligt genusperspektiv, framhålla värdet av forskning och utbildning som anknyter till ett hållbarhetsperspektiv samt värna den patientnära forskningen.

Landstinget har sedan lång tid medverkat till finansieringen av Novum Forsknings Park på Södertörn, som arbetar med forskning inom biomedicin och näraliggande områden. Verksamheten startades med stark hjälp av landstinget och de berörda kommunerna i mitten av 1980-talet. Landstingets bidragsgivning till de fyra forskningsstiftelserna bakom projektet skall fortsätta. För 2004 reduceras bidraget med 4,5 mnkr.

## **IT-strategi**

En helt ny och för hela den landstingsfinansierade vården i Stockholms län, gemensam IT-strategi skall sjösättas. Syftet är att genom ett helhetsgrepp kunna stödja utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet. Alla aktörer inom den landstingsfinansierade vården inom Stockholms län skall kunna använda en gemensam infrastruktur för lagring av vårdinformation. Det gemensamma vårdinformationsarkivet skall kunna användas som säker källa för alla vårdstödande applikationer.

Det nya IT-stödet skall:

- säkra hälso- och sjukvårdens tillgång till relevant patient- och kunskapsinformation
- stödja hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling
- stödja vårdens processer och flöden så att väntetider och ledtider minimeras och resursutnyttjandet optimeras

- underlätta för patienter och allmänhet att få kontakt med hälso- och sjukvården
- underlätta kommunikationen mellan olika vårdgivare
- vara så utformat att användningen är konkurrensneutral för vårdens producenter
- vara så utformat att det är målgruppsanpassat och lätt tillgängligt för alla på lika villkor
- i avidentifierad form kunna ligga till grund för klinisk och medicinsk uppföljning och forskning.

Upphandling av det grundläggande teknikstödet påbörjas under hösten 2003 och det IT-tekniska ramverket kommer att sättas på plats successivt under det första halvåret 2004. Under 2004 skall de första gemensamma applikationerna och tjänsterna som baseras på det nya ramverket introduceras, samtidigt som de viktigare lokala tillämpningssystemen anpassas för att fungera i den nya vårddokumentationsmiljön.

Från och med 2005 skall det vara obligatoriskt att den vårdinformation, som är fundamental för gränsöverskridande samarbete i vårdkedjorna, lagras i den gemensamma vårddokumentationsmiljön. Villkoren för detta skall regleras i vårdavtal och andra överenskommelser.

### **Fastigheter**

Locum AB fortsätter sitt arbete med att anpassa fastighetsbeståndet till efterfrågan. Bolaget ges en mer aktiv roll i arbetet med arbetsmiljöfrågorna. Locum skall bland annat prioritera inomhusklimatet för att skapa mer hälsofrämjande miljöer för patienter och anställda.

När det gäller de stora utredningarna om Närsjukvården och Stockholms Sjukvårds Struktur (3S) har Locum en nyckelposition. Framtidens stora uppgifter understryker klart och tydligt behovet av ett eget förvaltningsbolag för landstingets fastigheter.

För att ytterligare minska förbrukningen av energi samt minimera den negativa miljöpåverkan skall hyresgäster som medverkar till besparingar också kunna få del av det ekonomiska resultatet. Det är viktigt att Locum tar ett samlat grepp och att alla berörda deltar i arbetet att minska energianvändningen, minimera miljöstörningen och spara pengar.

### **Skärgårdsstiftelsen**

Under 2004 kommer fullmäktige att ta ställning till ett nytt skärgårdspolitisktprogram. Skärgårdsstiftelsens skall ges en något utökad ekonomisk volym för att klara landstingets åtagande när det gäller sophantering i skärgården.

Landstinget skall utveckla sin roll som aktör för skärgårdens framtid. De verktyg vi förfogar över – den kollektiva sjötrafiken, Skärgårdsstiftelsen och regionplaneringen – är grundläggande för en positiv utveckling i den särskilda storstadsnära glesbygd som skärgården i Stockholm utgör. Några områden som behöver utvecklas är transporter, elektronisk kommunikation och möjligheten att bo och arbeta i skärgården. Genomförandet skall utgå från den regionala utvecklingsplanen (RUF5).

### **Miljö och hållbar utveckling**

Miljö- och hållbarhetsfrågorna är av strategisk betydelse för utvecklingen av Stockholms läns landsting. Inför stora beslut om förändringar av landstingets verksamheter skall det göras

bedömningar av miljöpåverkan och i vilken utsträckning beslutet leder i riktning mot en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling.

Miljöarbetet i landstinget skall stärkas och genomsyra alla verksamheter. Den administrativa organisationen har förstärks för detta syfte. Miljökrav skall ställas vid all upphandling och ställda miljökrav skall följas upp så att de förverkligas.

Landstinget skall vara ett föredöme när det gäller miljö- och hållbarhetsfrågor. De höga ambitionerna i landstingets miljöpolitiska program skall löpande följas upp. I alla avtal skall det skrivas in att landstingets entreprenörer alltid skall efterleva landstingets miljökrav.

Landstingets miljöpolitiska program 2002-2006 utgör grunden för miljöarbetet i Stockholms läns landsting. Landstinget arbetar aktivt för att minska sin påverkan på miljön inom följande områden:

1. Luftföroreningar och buller från väg-, spår- och sjötrafik.
2. Luftföroreningar från värme- och elproduktion.
3. Äldre föroreningar i mark och byggnader
4. Läkemedelsrester i miljön.
5. Lustgasutsläpp från vården.
6. Övriga verksamhetsanknutna miljöfrågor.

År 2006 skall minst en fjärdedel av landstingets person- och varutransporter utföras med förnybara drivmedel. Det måste ställas fortsatta krav på entreprenörerna om utbyte till bussar med förnybara drivmedel. Waxholmsbolaget skall i hela sitt trafikutbud övergå till att använda drivmedel av Miljöklass 1. Landstinget skall verka för att personalen i större utsträckning reser kollektivt eller på annat miljövänligt sätt. Detta gäller framför allt arbetsresorna.

Effektivare energianvändning och minskad användning av fossila bränslen skall eftersträvas.

År 2006 ska minst 75 procent av värme och elektricitet komma från miljöanpassade energikällor. Den totala energikonsumtionen ska inte ha ökat jämfört med år 2000. Förutsatt att kraftiga kostnadsökningar kan undvikas, så skall landstinget och dess bolag övergå till miljömärkt el.

Ett aktivt arbete med miljöklassificering av läkemedel bedrivs i landstinget. Landstinget arbetar också för att informera om läkemedels miljöpåverkan till andra samhällsaktörer i Sverige och Europa.

Under år 2004 skall ett handlingsprogram för att minska läkemedelsrester i naturen antas och användas i landstingets alla vårdsektorer.

Landstinget ska följa utvecklingen av miljöförbättrande teknik och vara beredd att testa och införa sådan teknik. Ett exempel är att landstingets hälso- och sjukvård samt tandvård varje år förbrukar omkring 40 ton lustgas. Gasen bryts ner långsamt i naturen och har en 300 gånger starkare växthuseffekt än koldioxid. Idag finns apparatur som kan reducera lustgasutsläppen från vården och den skall anskaffas med målet att lustgasutsläppen från landstinget skall minskas till hälften under mandatperioden.

Hållbarhetsanpassning måste göras vid all ny- och ombyggnad. Hållbarhetsanpassningen av befintliga sjukhus skall intensifieras. Det är av mycket stor vikt att ett eventuellt nytt universitetssjukhus hållbarhetsanpassas redan från början av projekteringen.

En stor del av alla landstingets verksamheter har miljöcertifierats år 2003 eller tidigare och de återstående ska klara detta till 2005. Enskilda verksamheter skall ha ett miljöprogram som behandlar hantering av myndighetskrav, verksamhetens bidrag till landstingets övergripande miljömål och verksamhetens egna lokala miljömål.

Höga miljökrav och etiska krav skall ställas på användningen av olika produkter i landstinget – inte minst vid upphandlingar. Andelen kravmärkt mat vid restauranger och storkök vid landstingets verksamheter skall successivt utökas.

Den nuvarande miljöredovisningen/miljöbokslutet kommer under mandatperioden att ersättas med en hållbarhetsredovisning som visar verksamhetsresultaten i relation till verksamheternas grad av ekologisk, ekonomisk och social hållbarhet.

### **Jämställdhet**

Jämställdhet innebär att kvinnor och män ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter under livets olika skeden. Feminismen är den teoretiska bakgrunden, jämställdhet målet.

Landstinget har ett övergripande ansvar för att ett jämställdhetsperspektiv skall genomsyra landstingets samtliga verksamheter. Målet är att integrera ett jämställdhetsperspektiv i alla beslut som fattas så att den vård och service landstinget ger länets invånare kommer kvinnor och män, flickor och pojkar tillgodo på ett rättvist och jämställt sätt. Det kan gälla allt från att förmedla kunskap om jämställdhetsfrågor och vara pådrivande i jämställdhetsarbetet till att se till att könsuppdelad statistik redovisas i rapporter och verksamhetsberättelser.

En viktig uppgift är att årligen, i samband med budget och bokslut, följa upp och utvärdera landstingskoncernens jämställdhetsarbete samt att vidta adekvata åtgärder.

En årlig jämställdhetsdag skall införas i landstinget med kunskaps- och erfarenhetsseminarier. Ledande chefer och politiker har vidareutbildats i jämställdhetsfrågor. Detta bör spridas och därför bör vidareutbildning för alla chefer inom landstinget/ alla landstingsanställda innehålla ett jämställdhetsperspektiv.

Ett aktivt jämställdhetsarbete skall genomsyra landstingets personalpolitik. Löneskillnader orsakade av kön och skall inte förekomma. Andelen kvinnliga chefer skall öka och de skall erbjudas fortbildning och annat stöd i ledarskap. Vid tillsättning av arbetsledar- och chefstjänster skall alltid minst en manlig och en kvinnlig kandidat kallas och intervjuas. Kunskap om kön och organisation skall vara ett kunskapsområde likvärdigt andra chefsmeriter. Det är också angeläget att genom aktiv personalpolitik få fler män att söka sig till vården.

### **Ägarutskottet**

Samtliga landstingsägda verksamheter skall sträva efter en ökad grad av samarbete utifrån hela landstingskoncernens gemensamma bästa. Därtill åligger det alla landstingsägda verksamheter att följa samtliga landstingets policies och den gemensamma investeringsprocessen.



Landstinget väljer, när så bedöms ändamålsenligt, att driva verksamheter i bolagsform eller i bolagsliknande former. Skälen för att välja dessa driftformer kan variera, men handlar framför allt om att få väl avgränsade enheter som lättare kan styras och som ger personalen ett tydligare inflytande och ansvarstagande. Genom bolagens styrelser kan andra kunskaper och erfarenheter än de som vanligtvis finns inom landstinget tillföras verksamheterna.

Akutsjukhusens styrelser har ansvar för att verksamheterna sköts på effektivast möjliga sätt och att den interna verksamhetsstyrningen är ändamålsenligt utformad. De har ansvar för att förändrings- och förbättringsarbetet upprätthålls och för att resurser och organisation förvaltas och utvecklas. Jämförelser skall göras med andra verksamheter och en återkommande dialog med ägaren skall föras. Styrelsernas arbete skall utvärderas årligen av ägarutskottet utifrån deras förmåga att leva upp till de generella ägardirektiven, budgetbesluten och andra av fullmäktige beslutade krav på verksamheten.

Det är särskilt viktigt att styrelserna ansvarar för att akutsjukhusen ökar produktiviteten och att vården sköts på ett effektivt sätt. Ägarutskottet skall särskilt granska akutsjukhusens förmåga att anpassa produktionen av sjukvård till den nya mest effektiva tekniken och att äldre ersättningsbara metoder tas ur drift.

Förutsättningar för en effektiv resursanvändning av skattebetalarnas medel är att de producerade enheternas budgetar och tolkningar av avtal överensstämmer med beställarens. För att säkerställa att utfallet av vård överensstämmer med den budget som fullmäktige beslutar, bör rörliga avtal mellan beställaren och akutsjukhusen minimeras vid avtalstecknande. En högre grad av förutsägbarhet i ersättningssystemen gynnar även styrningen av verksamheten.

Under 2004 skall arbetet med att utveckla självständiga enheter, så kallade intraprenader, fortgå. En viktig förutsättning för processen är att de ekonomiska villkoren för intraprenaderna är långsiktiga och uthålliga. De intreprenader som lyckats att åstadkomma ett överskott under 2004 skall få behålla delar av överskottet för att utveckla sin verksamhet.

### **Investeringar**

Under flera år har det saknats en tydlig styrning av investeringsvolymen och det politiska ansvaret att prioritera inom ramen för begränsade resurser har inte tagits. Under första året av mandatperioden har den nya majoriteten därför tagit ett fastare grepp genom att införa en tydlig investeringsprocess där alla delar av verksamheten finns redovisad. Riktlinjer har utarbetats som innebär att prioriteringar av kollektivtrafik- och vårdinvesteringar sker inom ramen för en och samma process.

Under 2004 kommer två utredningar att redovisa sina resultat, 3S (Utredningen om Stockholms Sjukvårds Struktur) och Närsjukvården. Resultatet av dessa två arbeten kommer att föra med sig förändringar som kommer att påverka investeringarnas inriktning under lång tid.

Investeringsberedningen har därför till uppgift att under budgetåret tillse att för att de investeringsmedel som står till buds används så effektivt som möjligt och enligt de politiskt beslutade prioriteringarna.

Det läge som landstingets ekonomi befinner sig i innebär att investeringar som säkerställer driften kommer att prioriteras under budgetåret. Ytterligare investeringar prövas under stor restriktivitet.

I det ekonomiska läge som Stockholms läns landsting befinner sig i finns det all anledning att vara återhållsam när det gäller investeringar. Investeringsberedningens arbete bygger på att prioritera investeringarna utifrån ett koncernperspektiv. Detta tillsammans med den nya investeringsprocessen innebär att vi nu kan se vad som är realistiska volymer när det gäller investeringarnas genomförande.

Den realistiska investeringsvolymen som föreslås innebär att beredningen kommer att jobba efter principen att inga resenärer eller patienter ska drabbas. Detta innebär i sin tur att medborgarnas tillgänglighet och hälsa kommer i första hand.

Flera av våra sjukhus har stora investeringsbehov inom en nära framtid. Karolinska sjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus har i sina fastighetsutvecklingsplaner visat att det behövs stora investeringar för att upprätthålla en modern sjukvård. Till detta skall läggas diskussionerna om ett nytt universitetssjukhus vid Karolinska. Investeringsbehovet kan verka gigantiskt, men erfarenheten visar att man sällan eller aldrig förbrukar budgeten. En förklaring är att det inte finns fysisk kapacitet för så stora volymer.

När det gäller och Waxholmsbolagets behov har investeringsberedningen ställt sig positiv till inköp av två nya båtar. SL hade i sin investeringsplan tagit upp mark- och stationsinköp. Detta anser investeringsberedningen inte faller inom ramen utan förordar att man tar enskilda beslut när behovet finns.

Storleken på ospecificerade objekt inom SL har varit 100 miljoner. Detta kommer investeringsberedningen att ompröva under året och föreslå en ny storlek. Det ekonomiska läget gör att det krävs tydliga prioriteringar inom SL:s verksamheter. Beredningen anser att handikappsanpassningen av stationer och rullande material är ett sådant område. Vidare förutsätter utbyggnaden av nya spår att den statliga medfinansieringen uppfylls och att landstinget har en ekonomisk beredskap för sina projekteringskostnader. Under 2005 kommer ett försök med miljöavgifter att genomföras i Stockholms stad. Detta medför sannolikt ett ökat resande med SL, vilket måste tas hänsyn till vad gäller kollektivtrafikens kapacitet.

Den framtida utvecklingen inom landstinget med förändrad sjukvårdsstruktur och ett förändrat befolkningsunderlag, kommer att ställa stora krav på vården och resandet. Detta för i sin tur med sig att den ekonomiska utvecklingen är helt avgörande för hur landstinget skall klara av sina åtaganden framtiden.

Hela investeringsarbetet måste under lång tid präglas av återhållsamhet. En sund ekonomisk situation för alla verksamheter i landstinget är den bästa grunden för att möta framtidens behov av investeringar.

## **Personal**

Medarbetarnas kunskap, engagemang och kreativitet är en av landstingets viktigaste resurser och måste på bästa sätt tas tillvara. Om det ska vara möjligt att klara av det dubbla uppdraget att både

utveckla verksamheterna och klara ekonomin kräver det en personalpolitik som gör medarbetarna delaktiga i det arbetet och stärker deras inflytande över sin egen arbetssituation. Arbetet med en aktiv personalpolitik ska ses som ett naturligt verktyg för att förbättra landstingets verksamhet till gagn för patienter och medborgare.

Personalpolitiken måste utformas så att den långsiktiga rekryteringen av personal till landstingets verksamheter säkerställs. Det ställer hårda krav på hur vi utvecklar våra arbetsplatser och på det ledarskap som utövas både från politiker och från verksamhetsledning. De människor som väljer att arbeta i landstingets regi ska känna att de jobbar på moderna arbetsplatser där de får utrymme för professionell och personlig utveckling.

Varje arbetsplats inom landstinget ska ha en god arbetsmiljö. Varje medarbetare i landstinget har rätt till en god hälsa och ett arbete utformat så att man kan arbeta och fungera hela livet. I landstinget har vi många sådana arbetsplatser med god arbetsorganisation, deras exempel ska lyftas fram och spridas. Den arbetsmiljökartläggning som påbörjades under 2003 ska fortsätta och bland annat ligga till grund för revideringar av landstingets hälsoplan.

Försök med olika arbetstidslösningar påbörjas under året. Försöken ska genomföras i samverkan med personalorganisationerna och de lokala arbetsplatsledningarna. Flexibel och/eller förkortad arbetstid ska i första hand prövas på arbetsplatser med hög sjukfrånvaro eller särskilt tunga arbetsmiljöer. Arbetsituationen för de som är 50 år eller äldre i yrkesgrupper med låg faktisk pensionsålder ses över i syfte att ge möjlighet till ett aktivt arbetsliv till 67 års ålder. En utbildningsåtgärd i syfte att förbättra den egna hälsan, inleds för personal över 55 år.

Ett systematiskt hälsoarbete har inletts med landstingets hälsoplan. Målen för hälsoplanen är att skapa hälsofrämjande arbetsplatser och att minska sjukdagarna per anställd med minst en dag per år. Det långsiktiga målet är att komma ner till i genomsnitt högst 18 dagars sjukfrånvaro per anställd. Landstinget ska aktivt delta i arbetet med rehabiliteringsgaranti i syfte att korta rehabiliteringstiden.

Efterfrågan på god hälso- och sjukvård är alltid stor. Inom den medicinska världen sker också en snabb och spännande utveckling av både metoder, hjälpmedel och läkemedel. Det gör hälso- och sjukvården till en av landets viktigaste framtidsbranscher. Som den i regionen i särklass största aktören inom denna bransch har landstinget ett särskilt ansvar för marknadsföring och presentation av vården som arbetsplats. Detta kan och ska ske i samarbete med andra aktörer i länet.

En modell för långsiktig personal- och kompetensförsörjning är framtagen. I och med den snabba tekniska utvecklingen av vården är det viktigt att vi klarar av kompetensförsörjningsfrågorna, på såväl kort som lång sikt, inom vår egen organisation. En särskild satsning på kompetensutveckling sker inom ramen för Landstingskontorets personalavdelning. Ledarskapsutveckling ska ske på alla nivåer i landstinget. Det inkluderar möjlighet till vidareutbildning och utveckling av den egna karriären. Landstingskontorets personalavdelning utgör ett särskilt stödcentrum för denna verksamhet. Ett särskilt chefsutvecklingsprogram tas fram och påbörjas.

För att säkra kontinuiteten i vår egen verksamhet och skapa förutsättningar för en organisation med lägre personalomsättning ska andelen inhyrd personal minska. Målsättningen är att kostnaden för inhyrd personal maximalt ska uppgå till 2 % av den totala personalkostnaden med sikte på att

fortsätta minska beroendet av bemanningsföretag. Former för att hitta ersättare vid korttidsfrånvaro ska utvecklas inom landstingets verksamheter.

Rekryteringsarbetet ska alltså vara långsiktigt. Det ska också klara av högt ställda krav på jämställdhet och mångfald. Vården skulle gynnas av att fler män rekryterades till alla nivåer och rekryteringsarbetet ska inriktas på att utjämna fördelningen mellan könen. Ingen ska behöva arbeta ofrivillig deltid. Utgångspunkten för landstinget som arbetsgivare skall vara en könsneutral lönesättning och att osakliga löneskillnader mellan kvinnor och män inte förekommer.

Det mångkulturella samhället kräver att flerspråkighet och kulturkännedom premieras. Genom att möta människor på deras egna villkor skapas inte bara en bättre förutsättning för hälsa utan också trivsel på arbetsplatsen. I den nya personalpolicyn fastslås vikten av ett mångfaldsperspektiv på våra arbetsplatser. Personalen ska ha god kompetens i såväl HBT-frågor (Homo- Bi- och Transsexuella) som kulturell diskrimineringsproblematik. I rekryteringen av läkare och sjuksköterskor ska vi sträva efter att öka den etniska mångfalden.

Personalpolitikens detaljutformande ska ske i nära samarbete med de fackliga organisationerna och verksamhetscheferna på alla nivåer av organisationen.

RESULTATRÄKNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUTSKOTTET ÅREN 2002-2006

(mkr)	#) Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>31 835,1</b>	<b>35 812,7</b>	<b>37 250,9</b>	<b>38 861,9</b>	<b>38 861,9</b>
<i>- varav landstingsbidrag</i>	<b>30 790,0</b>	<b>34 729,7</b>	<b>36 452,7</b>	<b>38 063,7</b>	<b>38 063,7</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-32 577,3</b>	<b>-35 828,3</b>	<b>-37 266,5</b>	<b>-38 877,5</b>	<b>-38 877,5</b>
Avskrivningar	-8,0	-4,6	-6,9	-6,9	-6,9
Finansnetto	56,2	20,2	22,5	22,5	22,5
<b>Resultat</b>	<b>-694,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Effekter 2004 av 2003 års åtgärds paket</b>			<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>
<b>Effekt 2004 av övriga besparingar</b>			<b>246,9</b>	<b>246,9</b>	<b>246,9</b>
<b>Tekniska justeringar</b>			<b>-9,9</b>	<b>-10,0</b>	<b>-10,0</b>
<b>Strukturåtgärder</b>			<b>624,7</b>	<b>1 315,2</b>	<b>1 428,2</b>
<b>Landstingsbidrag enligt detta beslut</b>			<b>35 435,0</b>	<b>36 355,6</b>	<b>36 242,6</b>

#) Bokslut 2002 konsoliderat utfall HSN och TvN

## Hälsa- och sjukvårdsutskottet

### Ramjusteringar samt effekter av tidigare fattade beslut

HSU/BKVs ram för 2004 föreslås reduceras för tekniska justeringar mot landstingskontoret och effekter av vidtagna åtgärder under 2003 med 393,4 Mkr.

Tekniska justeringar avser överföring av Vårdguiden till Beställarkontor vård med 25 mnkr, samt från Beställarkontor vård till landstingskontoret politikerarvoden i de gamla sjukvårdstyrelserna med 10 mnkr och infocenter för unga för med 5,5 mnkr. Netto överförs 9,5 mnkr till BKV,

Effekter 2004 av åtstramningsbeslut som HSU fattade i samband med budget för 2003 beräknas medge en ramreducering med 246,9 mnkr. Beloppet avser land annat effekter av administrativa besparingar i samband med omorganisationen, återhållsamhet med medel som avsatts för ny verksamhet och lägre omkostnader för de politiska beredningarna.

Fullmäktiges beslut 10 juni 2003 om kostnadsbegränsande åtgärder för 2003 bedöms ge effekt för 2004 med 156 mnkr och avser höjda patientavgifter 70 mnkr, besparingar inom kunskapscentra 60 mnkr, hjälpmedel 18 mnkr och IVF-behandlingar med 8 mnkr

Rimliga ekonomiska förutsättningar för de geografiska och medicinska beredningarnas arbete skall rymmas inom Hälso- och sjukvårdsutskottets totala budgetram.

### **Höjning av taxor och avgifter i hälso- och sjukvården**

1. Högkostnadsskyddet för sjukresor höjs från 1200 kr per år till 1400 kr, vilket per år ger en inkomstförstärkning på ca 1,3 mnkr.

2. En patientavgift på 100 kronor införs för vissa delar inom medicinsk service. Patientavgiften föreslås ligga inom högkostnadsskyddet. Avgiften beräknas ge intäkter om 25 mnkr 2004 och 57,5 mnkr fr o m 2005.

3. Patientavgiften vid telefonrecept höjs från 60 till 80 kr per recept fr o m 1 januari 2004. Intäkterna beräknas öka med 4 mnkr/år.

4. Patientavgifterna inom hjälpmedelsområdet höjs enligt följande:

- Avgift för besök vid Syncentral införs motsvarande lägsta avgift för sjukvårdande behandling, 70 kronor. Detta ger en intäkt på 0,3 mnkr kronor per år.
- Egenavgiften för ortopediska skor (ej behandlingsskor) som f n är 800 kronor för vuxna och 400 kronor för barn höjs med 200 kronor. Detta innebär en ökad intäkt på 1,5 mnkr.
- Det förekommer idag inga avgifter för inkontinensartiklar och leveransen av dessa. Antalet leveranser till brukare är ca 150 000 per år. Uppdrag lämnas om att snabbt utreda infogandet av inkontinensartiklar i ett högkostnadsskydd. Med införande av en avgift på 200 kronor per uttag beräknas en intäkt på 26,1 mnkr/helår.
- Avgiften för förband, nutrition och kosttillägg har varit oförändrad sedan 1993. Avgiften för förband är 170 kronor/tre månader och för nutrition och kosttillägg 170 kronor/månad. Dessa höjs med 30 kronor till 200 kronor. Därmed skulle avgiften vara enhetlig för både inkontinensartiklar, förbandsartiklar, nutrition och kosttillägg. Avgifterna inkluderar transportavgiften. Detta innebär en ökad intäkt på 1,1mnkr.

### **Bidragsgivning m.m.**

1. Glasögonbidraget på 300 kronor tas bort i sin helhet. Bidragets värde har p.g.a. inflationen successivt urholkats och kostnaderna för administration m.m. står idag inte i rimlig proportion till bidragets storlek. Borttagandet beräknas ge 1,9 mnkr/år.

2. Sänkta bidrag till vårdorganisationer. Ramen för bidrag till dessa organisationer sänks med 1,5 mnkr/år.

3. Sänkta anslag till vissa verksamheter inom hälso- och sjukvårdens beställarbudget. Ett stort antal mindre anslag i beställarbudgeten har inte hunnit genomlysas fullständigt i budgetberedningen. Anslagen summerar till drygt 200 mnkr. En fortsatt genomgång föreslås med uppdraget att reducera kostnaderna med 10 mnkr.

4. Tidningen Vårdguiden ges ett sparbetning om 2,3 mnkr/år.

5. Ansvaret för bidragsgivningen till Circonova om 3,1 mnkr överförs till Kulturnämnden.

### **Genomförandet av läkemedelsstrategin**

En lång rad aktiva åtgärder skall förstärkas i genomförandet av den beslutade läkemedelsstrategin:

1. Kvalitetutvecklingsavtal tecknas med samtliga producenter av öppen vård.
2. Specialistläkemedlens kostnadsutveckling svarar för en betydande andel av kostnadsökningen och skall därför behandlas i avtalen med berörda producenter.
3. Fullfölj inrättandet av läkemedelsförråd i särskilt boende för äldre.
4. Prioritera användning av apodos för äldre i eget boende.
5. Förbättrad förskrivning utvecklas inom kommunens särskilda boenden.
6. Fortsätt utveckling av läkemedelsjournal (läkemedelslista).
7. Upphandla hjälpmedel för intag av läkemedel och behandlingskontroll
8. Marknadsför läkemedelsstrategin till befolkningen och vårdorganisationen
9. Förmå Apoteket AB till ökat utnyttjande av parallellimport
10. Verka för förändringar på statlig nivå i syfte avseende reglerverket

Ett framgångsrikt genomförande av dessa åtgärder beräknas kunna minska läkemedelskostnaderna med ca 142 mkr.

### **Hälso- och sjukvårdens uppdrag**

Alla har rätt till en bra hälso- och sjukvård fördelad efter behov. Vården i Stockholms läns landsting skall finansieras solidariskt, vara tillgänglig för alla på lika villkor, fördelas efter behov och styras demokratiskt.

Utveckling av vårdens innehåll och kvalitet skall vara vägledande vid alla politiska beslut. Vården i Stockholms län skall utnyttja den drivkraft som finns i en mångfald av verksamhetsformer, men denna mångfald skall inte få äventyra rätten till vård på lika villkor. Därför ska den offentligt finansierade hälso- och sjukvården värnas så att inte försäkringslösningar och orättvisa prioriteringar får fäste.

Den årliga ökningstakten av landstingsbidraget till vården har under åren 1999-2003 varit i genomsnitt cirka 9 procent. Akutsjukhusens årliga kostnadsökningstakt har legat ytterligare ett par procentenheter över den för övrig vård. Kostnaderna har under flera år ökat snabbare än landstingets intäkter. Situationen är både kortsiktigt och långsiktigt ohållbar. Kostnadsökningstakten måste sänkas.

Utbyggnaden och utvecklingen av närsjukvården är beroende av att resurser kan föras över från akutsjukvården. Under det kommande året skall en definition preciseras om vad som kan anses som kärnverksamhet inom hälso- och sjukvården. En sådan precisering kan ligga till grund för fortsatta prioriteringar. Vårt landsting har, trots en ung befolkning med relativt låga ohälsotal, i jämförelse med andra landsting ett utbud som är större än genomsnittet. Utbud, struktur och konsumtion av vård måste nu ställas i proportion till de resurser som finns till förfogande.

## **Folkhälsan - bättre för de flesta, sämre för några**

En tydlig trend i hälsoutvecklingen det senaste decenniet är att den hälsa som är relaterad till medicinskt omhändertagande förbättrats, medan den hälsa som bestäms av livsstils- och omvärldsfaktorer försämrats. Vi har lärt oss att bota och lindra många sjukdomstillstånd, men vi behöver bli bättre på att vårda vår egen hälsa.

Tydliga tecken på god hälsoutveckling är: ökad medellivslängd, minskad spädbarnsdödlighet, minskad dödlighet bland barn och ungdomar, samt minskad dödlighet i hjärtinfarkt, vilken är den stora dödsorsaken bland medelålders och äldre. Det förbättrade hälsoläget har möjliggjorts genom en god sjukvård i samspel med ett bra förebyggande hälsoarbete. Det är en utveckling för patienter och medborgare att glädjas över, och en prestation för hälso- och sjukvården att vara stolta över.

Ändå saknas inte orosmoln i hälsoutvecklingen. Tydliga tecken på negativ hälsoutveckling finns parallellt med framstegen. Hit hör den ökade andelen överviktiga, ökande psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, i synnerhet bland unga kvinnor, och en ökande konsumtion av alkohol och narkotika. Samtidigt ökar skillnader i hälsa och ohälsa mellan olika befolkningsgrupper. Särskilt stora skillnader finns mellan olika socioekonomiska grupper. På så vis är segregationen i Stockholms län också en fråga om hälsoklyftor.

Hälsoutvecklingen är i hög grad beroende av samhällsutvecklingen i stort. För att förbättra folkhälsan krävs påverkan på såväl risk- som friskfaktorer. Landstinget har en viktig roll i att bidra med kunskap om hälsans och sjukdomars bestämningsfaktorer. Detta kräver att landstinget utvecklar metoder för hur ett hälsofrämjande arbete skall bedrivas. Folkhälsoarbetet skall bidra till att alla människor får en bättre hälsa samt att kroniskt sjuka och människor med funktionshinder kan få en högre livskvalitet.

Ett hälsofrämjande folkhälsoarbete förutsätter samverkan mellan landstinget och länets kommuner samt med andra aktörer. För friskvård, hälsofrämjande och förebyggande arbete är också samarbete med utövare av komplementära-/alternativmedicinska metoder lämpligt. Medborgarna behöver ökad kunskap så att de själva tar ett större ansvar för sin egen hälsa. Egenvårdsråd bör utvecklas för att värna hälsan och för behandling av lindrigare åkommor.

Det krävs särskilda folkhälsosatsningar i bostadsområden med sämre hälsotal. Prioriterat är att förebygga psykisk ohälsa i första hand bland barn och ungdomar, förbättra kvinnors hälsa, äldres hälsa samt motverka övervikt och rökning. Det är viktigt att särskilt satsa på målinriktad och anpassad information till de grupper som av olika skäl har svårt att tillgodogöra sig ett hälsobudskap.

Folkhälsoarbetet skall vara av hög kvalitet. Landstinget bör kontinuerligt rapportera om hälsoutvecklingen i länet. Särskilt fokus bör läggas på vård som folkhälsoinsatser för socialt utsatta grupper.

Kvinnors hälsa och sjuklighet skiljer sig från mäns. I många fall bidrar ojämlikhet mellan könen och deras olika beteenden till ohälsa, både för kvinnor och män. En inventering skall ske av befintlig kunskap om hälsofrämjande och förebyggande arbete för kvinnors respektive mäns hälsa. Dessutom



skall förslag tas fram på insatser för hur detta arbete skall kunna utvecklas.

Mäns våld mot kvinnor är ett ofta dolt men allvarligt folkhälsoproblem som får konsekvenser för den enskilda kvinnan, för barnen, anhöriga och för sjukvården. All vårdpersonal inom hälso- och sjukvården skall kunna känna igen tecken på misshandel. Berörd personal skall ges handledning i bemötande och behandling av kvinnor som utsatts för våld. Det finns behov av att ta fram ett vårdprogram i samverkan med kommunerna och andra aktörer.

Riksdagen har antagit nationella mål för folkhälsan. Dessa kommer att vara vägledande för landstingets folkhälsoarbete såväl inom den egna verksamheten som i samverkan med kommunerna och andra aktörer.

### **Vårdens utveckling**

I Stockholms län finns mycket av Sveriges medicinska spetskompetens och en intensiv forsknings- och utvecklingsverksamhet. En del av de behandlingsmetoder och den medicinska teknik som ryms här hör till världens mest framstående inom sitt område.

Samtidigt finns ett eftersatt behov av anpassning av sjukvårdens gammalmodiga strukturer efter dagens och framtidens behov. För att kunna möta behoven hos en åldrande befolkning, för att jämna ut orättvisa hälsoklyftor, för att kunna kraftsamla kring dem med stora och långvariga behov av vård, och för att hålla en hög tillgänglighet behöver landstinget bygga ut en kvalificerad närsjukvård.

I denna närsjukvård skall primärvården vara centrum i ett nätverksbaserat samarbete med de medicinska specialiteter som behövs för att möta befolkningens behov av basal hälso- och sjukvård. Akutsjukhusens uppdrag bör successivt koncentreras till att omhänderta dem med behov av akut och högspecialiserad vård. En ny sjukvårdsstruktur kräver således en omfördelning av resurser från sjukhusbunden vård till närsjukvård, men också prioriteringar och omprövningar inom närsjukvården. Årets budget är ett steg i den riktningen.

Närsjukvårdsutredningen vävs nu samman med projektplanerna för ett nytt universitetssjukhus i ett långsiktigt utvecklingsarbete för att möta framtidens behov av vård. Samtidigt reformeras ersättningssystemen så att incitament ges för att styra mot de hälsopolitiska målen. Omprioriteringar har gjorts i årets budget för att stärka närsjukvården. Förutsättningen för detta nu och i framtiden är att resurser kan överföras från andra delar av vården, främst den sjukhusbundna.

För att förfina de folkvaldas möjligheter till styrning och uppföljning av vårdens utveckling behöver målstyrningen i landstinget förbättras och utvidgas. I högre utsträckning än idag skall en målstyrning mot tydliga, mätbara och landstingsövergripande effektmål användas. I ett första skede är några områden särskilt angelägna för en utvecklad målstyrning: tillgänglighet per telefon och för besök i närsjukvården, fysisk tillgänglighet för människor med funktionshinder, patientupplevd kvalitet och minskade hälsoklyftor. I uppföljningsarbetet är det angeläget att utveckla måtten på produktivitet och effektivitet.

För att understödja målstyrningen skall landstingets beställarorganisation fortsätta att utvecklas vad gäller uppföljning, utvärdering, kvalitetsredovisning och redovisningen av könsuppdelad statistik. Här

fyller de geografiska och medicinska beredningarna en viktig funktion, liksom det pågående arbetet med att förbättra avtalsdatabasen ADA.

Samarbete kring det förebyggande och friskvårdande arbetet skall fortsätta att utvecklas med fler aktörer. Det är särskilt angeläget att skol- och komplementär-/alternativmedicinen inleder en bättre samverkan.

Resurserna skall i större utsträckning än tidigare styras mot områden där behoven är störst. Den förnyade analys av befolkningsbehoven som ligger till grund för årets resursfördelningsindex kan vara ett steg i den riktningen.

### **Närsjukvården - en nära och nåbar hälso- och sjukvård**

Hälso- och sjukvården skall utformas utifrån befolkningens behov av vård och därmed bidra till att skapa trygghet och tillit hos människor. Vi som bor i Stockholms län behöver en vård som finns nära och är nåbar, som erbjuder långsiktighet i omhändertagande och kontinuitet i kontakter, som kan förebygga genom tidiga upptäckter, och som erbjuder ett väl utvecklat samarbete mellan vårdgivare och huvudman. En lokalt baserad närsjukvård kan öka tillgängligheten och tryggheten, ge ett mer sammanhållet omhändertagande och samtidigt överbrygga hälsoklyftorna inom regionen.

Närsjukvårdens uppdrag skall på sikt omfatta all akut och planerad vård av vanligt förekommande sjukdomar. För att klara detta bör kärnan i närsjukvården utgöras av allmänmedicinska specialister i nära samarbete med de vanligaste medicinska specialiteterna samt den kommunala hälso- och sjukvården. Närsjukvårdens sammansättning skall avgöras av de lokala behoven. Geriatrik och psykosocial kompetens, barn- och mödrahälsovård samt labb och röntgen torde dock alltid vara motiverade.

Primärvårdsteamet skall vara navet i närsjukvården. Vanligt förekommande sjukdomar skall i största möjliga utsträckning kunna tas omhand i närsjukvården. Äldre multisjuka, patienter med psykiska problem och missbruksproblem samt barn och ungdomar med behov av särskilt stöd är exempel på patientgrupper med prioriterade vårdbehov. Närsjukvården skall svara för förebyggande insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering samt medverka i det hälsofrämjande arbetet. Vårdinsatserna skall sättas in tidigt i sjukdomsförloppet och vara samordnade mellan olika vårdgivare. Det skall också vara lätt att få kontakt med vården.

Den närsjukvårdsutredning som tillsatts skall utarbeta en beskrivning av ett utvecklat närsjukvårdskoncept och definiera sådant som:

- vilka vårdbehov som kan tillgodoses inom närsjukvården
- vilka mål och uppdrag denna vårdnivå skall ges
- former för närsjukvårdens samverkan med andra utförare och huvudmän
- kompetensutveckling och FoU inom närsjukvården
- vilka krav en utveckling av närsjukvården ställer på den sjukhusbundna vården.

Utredningsarbetet skall bedrivas i dialog med såväl de geografiska beredningarna som den gemensamma beredningen för närsjukvård. En slutrapport ska presenteras under februari 2004.

Den största utmaningen idag består i att göra det möjligt att alltid snabbt kunna komma i en första kontakt med vården. Därför måste framför allt telefontillgängligheten i närsjukvården förbättras. Sjukvårdsrådgivningen och sjukvårdsupplysningen per telefon skall komplettera den lokala hälso- och sjukvården dygnet runt. Alla skall snabbt kunna få rådgivning av medicinskt utbildad personal och information.

Även tillgängligheten för besök och behandling skall förbättras i närsjukvården. Den lokala sjukvårdens öppettider behöver utökas och i större utsträckning än idag omfatta senare kvällar, tidigare morgnar och helger. Antalet jouröppna enheter i närsjukvården skall fortsätta öka.

Tillgänglighet och möjlighet att välja vårdgivare är särskilt nära förknippade med varandra inom närsjukvården. Flera erfarenheter visar att valfriheten sedan ett antal år inte fungerar tillfredsställande inom primärvården, där den är särskilt viktig. Granskningar har visat att detta är en stor källa till missnöje hos befolkningen. Flera rapporter pekar också på att bättre utformade ersättningsystem, med rätt incitament för primärvården, är grundläggande för att förbättra situationen. Den påbörjade reformeringen av ersättningsystemen skall i sitt fortsatta arbete ha detta som en av sina utgångspunkter.

Den sjukvård som bedrivs i hemmet är viktig. Möjligheterna till hemsjukvård har ökat i takt med ny teknik och nya behandlingsmetoder. Vården i hemmet skall fortsätta att utvecklas, både i sin förebyggande och sin sjukvårdande roll.

Under mandatperioden vill vi vara öppna för att åter pröva verksamhet med jourläkarbilar och mobila team, som vid behov kan göra hembesök. Det kan vara ett sätt att stärka trygghet och tillgänglighet i vården för exempelvis barnfamiljer och äldre.

### **Vårdsamverkan med patienten i centrum**

Vårdens och omsorgens aktörer måste kunna samarbeta för att bättre tillgodose grupper med särskilt stora behov. För barn, äldre, kroniskt sjuka och andra grupper med stort vårdbehov är det extra viktigt med en fungerande och effektiv vårdkedja.

För att lokal samverkan med kommunerna skall fungera bra, krävs ett mer långsiktigt och utvecklat samarbete än idag. Kontinuitet behövs för att skapa en fast och väl invand arena att lyfta samverkansfrågor på. De geografiska beredningarna är den viktigaste arenan för frågor kring lokal samverkan.

Vården måste vara lyhörd för patienternas önskemål om komplementära och alternativa medicinska behandlingar. Personalen skall i större utsträckning än idag erbjudas kunskap om sådana behandlingsmetoder. Ett projekt kommer att starta i syfte att öka informationsutbytet och samverkan mellan skolmedicinska och komplementär-/alternativmedicinska företrädare. En ökad samverkan med komplementär-/alternativmedicinare skall lokalt kunna utveckla vården till att bättre tillgodose patienternas behov och vårdutbudets kvalitet.

Fler så kallade familjecentraler skall utvecklas. I familjecentralerna kan landstinget och kommunerna samla funktioner som exempelvis förskola, barn- och mödravårdcentral, barn- och ungdomspsykiatri samt socialtjänst.

Det är viktigt att mödra- och barnvården och ungdomsmottagningarna kan fortsätta utvecklas i nära samverkan med ungdomspsykiatri för att tidigt kunna upptäcka och ge stöd till barn med olika behov och psykiska problem. Behovet av en ungdomsjour i centralt läge utreds. En länsövergripande samordning av ungdomsmottagningarnas uppdrag och avtal bör göras i samverkan med kommunerna.

Vi kan också tänka oss att samla fler kompetenser i anslutning till dagens vårdcentraler så att dessa utvecklas med kompetens om hela människan. Till det förebyggande arbetet kan olika egenvårdsgrupper knytas och information ges som gör att var och en kan ta ett större ansvar för sin egen hälsa. Om förutsättningar finns för samlokalisering med friskvårdsanläggning kan detta med fördel prövas.

Samarbetet mellan primärvården och förskolan/skolan i frågor om barns och ungdomars hälsa behöver utvecklas. En utvecklingsmöjlighet som diskuterats i samband med främjandet av psykisk hälsa är så kallad hälsocertifiering av skolor. Hälsocertifiering enligt tydliga kriterier kan vara en väg att pröva för att sporra utvecklingen även för andra verksamhetsområden.

### **Fokus på äldre**

Antalet äldre kommer att öka, både på kort och längre sikt. Den ökande medellivslängden är framför allt en framgång för välfärdssamhället, men också en utmaning för hälso- och sjukvården.

Glädjande nog talar mycket för att morgondagens äldre kommer vara friskare än gårdagens och dagens. Trots detta kommer ökningen av antalet gamla, och framför allt gruppen äldre-äldre, att innebära att behoven av vård och omsorg ökar. De flesta förändringar i sjukdomspanoramata som föranleder ökade vårdbehov kan härledas till den demografiska förändringen. Om utmaningen ska kunna mötas behövs förändringar i äldrevårdens struktur och förbättrad samverkan.

Öppnare vårdformer innebär bättre förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande genom tidig upptäckt och större kontinuitet. En förskjutning från slutna institutionsvård till öppnare vårdformer och vård i hemmet har skett och denna utveckling skall fortsätta. En målsättning för framtiden är att – när de ekonomiska resurserna så tillåter – erbjuda ålderspensionärer regelbundna hälsokontroller som ett naturligt led i annat förebyggande arbete.

Förbättrad samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och mellan olika delar av landstinget är nödvändig för att kvaliteten i omhändertagandet skall förbättras och tryggheten för de äldre öka. Den kommunala äldreomsorgen och landstingets äldrevård skall etablera närmare samarbete, bland annat i syfte att öka kontinuiteten i omhändertagandet och säkerställa en högkvalitativ vård i hemmet. Dessutom kan äldrevårdscentraler eller äldrevårdsteam prövas där de lokala förutsättningarna är goda.

De geografiska beredningarnas roll för denna samverkan är grundläggande. De geografiska och medicinska beredningarna har också ett särskilt ansvar för att följa upp samverkan mellan olika vårdnivåer och olika delar av landstingets organisation.

### **Rehabilitering för snabb återgång i arbete**

Rehabilitering är ett område som behöver ökad uppmärksamhet, både den rehabilitering som omfattar kroniker och olika sjukdomsgrupper på specialistnivå och den rehabilitering som kan ske i primärvården. I takt med de ökande sjukskrivningarna måste rehabiliteringsarbetet stärkas. Ett systematiskt arbete för kvalitetskontroll, uppföljning och utvärdering av rehabiliteringsinsatserna skall påbörjas. Inom området medicinsk rehabilitering tas nu en rapport fram som underlag för kommande insatser. Där kommer bland annat nya sjukdomsgrupper som till exempel utmattningsdepressioner och stressrelaterade sjukdomar beaktas, vilka kräver utveckling av nya behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Landstinget och försäkringskassan har infört en gemensam garanti avseende arbetslivsinriktad rehabilitering. Ambitionen är att successivt bygga ut garantin till allt fler sjukdomsgrupper. Genom garantin ges den enskilde ges rätt till utredning och rehabilitering i ett så tidigt skede att förutsättningarna för en snabb återgång till arbetslivet blir möjlig.

### **Säker och effektiv läkemedelshantering**

Läkemedelsterapin blir alltmer komplex i takt med att antalet läkemedel ökar och nya medicinska och farmakologiska framsteg görs. Landstingets läkemedelsstrategi syftar till att förbättra kvaliteten i läkemedelsanvändningen och samtidigt uppnå en säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.

Både förskrivare och patienter skall stimuleras till en klok läkemedelsanvändning. Olika former av ekonomiska styrinstrument med bland annat ökat ekonomiskt ansvar för den förskrivande organisationen prövas därför. Arbetet med Kloka listan följs upp. Läkemedelgenomgångar hos äldre i såväl eget som särskilda boenden utvecklas. Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd skall genomföras. Barn och kvinnors reaktioner på olika läkemedelsterapier skall i större utsträckning än tidigare beaktas.

### **Akutsjukvården**

Genom den medicinsk-tekniska utvecklingen kan fler behandlingar som förr krävde det stora sjukhusets resurser nu – och än mer framöver – utföras vid mindre enheter. Verksamheten vid universitetssjukhusen bör på sikt koncentreras allt mer på den forskningsnära hälso- och sjukvården och uppgifter överförs till en utvecklad närvård. Akutsjukhusens åtagande skall successivt begränsas till att erbjuda ett professionellt specialiserat och högspecialiserat omhändertagande. Bassjukvården överförs gradvis från akutsjukhusen till närsjukvården.

Den medicinska och medicintekniska utvecklingen leder till ökade kompetens- och resurskrav inom akutsjukvården. En tydligare distinktion mellan högspecialiserad och specialiserad vård ställer större krav på samverkan mellan vårdnivåerna. Akutmottagningarna på universitetssjukhusen skall på sikt omhänderta endast ambulanspatienter och patienter som är remitterade eller hänvisade via

sjukvårdsrådgivningen. Koncentration av vissa verksamheter som idag finns utspridda kan resultera i att såväl vårdkvaliteten som behandlingsresultaten förbättras.

Viktiga uppgifter för akutsjukvården kommer även framledes att utgöras av strokebehandling, hjärt/kärlsjukdomar samt cancer. För att kunna svara upp mot de ökande behoven av cancervård bör en cancerplan utarbetas inom landstinget. Formerna för diagnossättning, behandling och omvårdnad särskilt med inriktning mot vård i livets slutskede utvecklas ytterligare.

Barnsjukvården har ett ökande patientunderlag bland annat på grund av ökande antal för tidigt födda barn, ökat insjuknande i diabetes, allergier, inflammatorisk tarmsjukdom och cancer. I dessa avseenden behöver barnsjukvården stärkas. Aktiva insatser måste till för att förbättra tillgången på utbildad personal. I de pågående strukturutredningarna om den framtida hälso- och sjukvården skall barnsjukvårdens utformning och organisation särskilt belysas.

En omställning av akutsjukvårdens struktur är en förutsättning för att Stockholms län skall ligga i framkant av den medicinsk-tekniska utvecklingen. Utvecklingen mot en allt mer högspecialiserad vård kommer att kräva samarbete genom arbetsfördelning inte bara mellan olika vårdgrenar utan också mellan akutsjukhusen. Ny teknik som införs skall vara prövad och kvalitetssäkrad. Införandet skall ske på ett systematiskt sätt parallellt med utmönstring av gammal.

Akutsjukhusen har en viktig roll i hälsoarbetet. För patienter som vistas på våra sjukhus skall såväl omvårdnaden som miljön utformas på ett sådant sätt att hälsan främjas.

Dagens medicinsk-tekniska utveckling gör det möjligt att oftare än tidigare vårda svårt sjuka personer i hemmet. Barn och svårt sjuka i livets slutskede får möjlighet att vara tillsammans med sina anhöriga. Det är angeläget i görligaste mån försöka tillgodose patienters efterfrågan på akut- och avancerad vård i hemmet.

Effektivare patientflöden krävs för att sjukhusen skall kunna utveckla sin kompetens och öka sin kapacitet inom ramen för tillgängliga resurser. Arbetet fortsätter med ett mer flödesorienterat synsätt som kan korta sjukvårdsprocesserna och därmed bidra till minska patientens väntetider.

Nyckeltal skall tas fram som syftar till att mäta både effektivitet och produktivitet ur både patient- och resursperspektiv. Som ett led i att förbättra närsjukvården skall specialisterna på sjukhusen samverka i större utsträckning med närsjukvården. Uppdrag ges för att undersöka hur akutmottagandet kan utvecklas på ett mer kostnadseffektivt sätt.

Arbetet med att utveckla vårdkedjan MVC-förlossning-eftervård-BCV är redan igång och skall fullföljas. Ersättningssystemet kommer samtidigt att ses över. Arbetet med att förstärka en god förlossnings- och neonatalvård såväl som eftervårdskapacitet skall fortsätta. Formerna för ersättning för volymer utöver avtal vad avser neonatalvården bör ses över.

### **Psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är ett växande problem i Stockholm. Den största ökningen finns bland barn och ungdomar, i synnerhet flickor. Därför måste tillgängligheten och kvaliteten inom barn och

ungdomspsykiatri prioriteras, bland annat krävs insatser för flickor med ätstörningsproblem och självdestruktivt beteende.

Övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri fungerar inte alltid tillfredställande. De tre samarbetsprojekt som riktas mot unga vuxna (16-24 år) skall utvärderas under 2004 och positiva erfarenheter integreras i ett utökat samarbete mellan BUP och vuxenpsykiatri. Samverkan med kommunerna i de så kallade BUS-grupperna skall fördjupas liksom arbetet med att utveckla organisationen vidare.

Psykiska problem drabbar i hög utsträckning personer i arbetsför ålder. En dominerande del av de som blir långtidssjukskrivna och förtidspensionerade lider av psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Under senare år har nya sjukdomsgrupper tillkommit som exempelvis utmattningsdepressioner och stressrelaterade sjukdomar, vilket kräver utveckling av nya behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Arbetsmiljön inom den psykiatriska verksamheten är hårt belastad. Riktade insatser till psykiatri för att åstadkomma en bättre arbetsmiljö bör utredas.

Det är viktigt att samarbetet mellan primärvården och psykiatri utvecklas. Samarbetet skulle kunna förbättras genom utveckling av konsultverksamhet och ökade utbildningsinsatser. Användandet av nya behandlingsformer kräver kompetensutveckling inom både psykiatri och primärvården. I samband med att nya vårdprogram genomförs krävs det en plan för utbildningsinsatser. Ett uppdrag ges att komma med förslag på hur utbildningsbehoven kan tillmötesgå.

I bred politisk enighet har psykiatri omvandlats mot mer öppenvård och mindre slutenvård. Behoven växer av mellanvårdsformer som kan överbrygga öppen- och slutenvården. Utvecklad samverkan med kommunerna är därför helt nödvändig. Psykiatri och socialtjänst/handikappomsorg bör tillsammans med respektive kommun/stadsdel utveckla mellanvårdsformer som till exempel mobila team, dagverksamhet och stödboende i närområdet. Verksamheten bör samfinansieras med kommunerna.

Patientens ställning inom psykiatri skall stärkas. Differentierat vårdutbud är viktigt och målet skall vara att invånarna har tillgång till likvärdig psykiatrisk vård i hela länet. Samverkan med brukarorganisationer, patientorganisationer och anhörigföreningar skall utvecklas. Landstinget skall kontinuerligt ha kontakt med dessa organisationer och framförallt skall samråd ske när förändringar skall göras inom den psykiatriska verksamheten.

Privatpraktiserande psykiatriker bedriver omfattande behandlingsverksamhet. Samverkan med den landstingsdrivna verksamheten måste utökas och fördjupas. Därför eftersträvas i ökad utsträckning vårdavtal med de privatpraktiserande psykiatrikerna.

### **Missbruksvård**

Grunden för landstingets arbete med att förebygga missbruk bör vara policydokumentet om specialiserad beroendevård och missbrukarvård ”*Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län*”. Dokumentet framhåller vikten av att lokala avtal upprättas samt nödvändigheten av gemensam vårdplanering mellan primärvård, psykiatri, specialiserad

beroendevård samt socialtjänst. Det är viktigt att den lokala, preventiva nätverksuppbyggnaden i människors närmiljö byggs upp och stärks. Beroendevården bör utvecklas mot mer öppenvård. Det gäller att hitta former för en lokal, nära samverkan mellan den kommunala socialtjänsten respektive landstingets psykiatri och specialiserade beroendevård.

Det är viktigt att uppmärksamheten på genusperspektivet ökar inom missbruksområdet. En ökad satsning skall ske på den familjesociala enheten som också bör arbeta med missbrukande gravida kvinnor även efter graviditeten och de första småbarnsåren. Ett projekt för misshandlade, missbrukande kvinnor startas, om möjligt tillsammans med enskilda kommuner. Det är viktigt att behoven hos barn till missbrukande föräldrar uppmärksammas.

För den neuropsykiatriska patientgruppen finns behov av ytterligare ett neuropsykiatriskt team.

Ytterligare insatser behövs för patienter med svåra personlighetsproblem/dubbeldiagnoser. Ett utvecklat samarbete bör också ske mellan landstingets psykiatri och missbruksvård samt kriminalvården och kommunerna när det gäller patienter med dubbeldiagnos och kriminalitet.

### **Handikapp, hjälpmedel och habilitering**

Landstingets handikappolitik skall utvecklas. Människor med funktionshinder skall i största möjliga utsträckning kunna leva som andra icke funktionshindrade personer i samma ålder. Alla funktionshindrade har rätt till anpassad habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och annat personligt stöd. Ett nytt handikappolitiskt program antas under år 2004. Målsättningen är att insatserna skall öka människors självständighet och präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande, vara lättillgängliga och ges kontinuerligt utifrån människors individuella förutsättningar och behov.

En hjälpmedelspolicy har antagits och en projektgrupp tillsatts med uppgift att förbättra hjälpmedelshanteringen genom framtagande av en hjälpmedelsguide. Ett fortsatt arbete skall ske i syfte att samla stödet till funktionshindrade när det gäller hjälpmedel, syncentral, hörcentral, tolkverksamhet samt habilitering. Arbetet skall bedrivas i samarbete med närsjukvårdsutredningen. Arbetet med att bygga upp en kunskapsbas kring olika diagnos- och funktionshindergrupper i samverkan med det medicinska programarbetet kommer att pågå under hela mandatperioden inom de medicinska programberedningarna. Samarbetet skall utvecklas när det gäller rehabilitering, rörelseorganens sjukdomar samt andra lämpliga programområden.

Två kompetenscentra för barn med ADHD är under uppbyggande och ett medicinskt programarbete för barn med koncentrationssvårigheter har startat. I detta arbete kommer basteamens funktion att analyseras. Basteamen skall bland annat ge konsultation och stöd för att tidigt kunna utreda barn med exempelvis epilepsi, ADHD/DAMP och andra neuropsykiatriska funktionshinder. Det är viktigt att de akuta insatserna för barn med svårbehandlade diagnoser utformas så att de möts direkt med hög kompetens. Introduktionsstödet till familjer med barn och ungdomar som fått diagnos fortsätter likaså stödet till barn och ungdomar med svårbehandlad epilepsi eller allvarlig språkstörning. Den som har ett funktionshinder behöver stöd av kunnig personal och möjlighet att träffa andra i liknande situation. I samverkan med handikapporganisationerna bör föräldrautbildningen utvecklas till att omfatta allt fler funktionshindergrupper.



Inför 2004 utvecklas vården kring barn och ungdomar med autism och Aspergers syndrom. Behov finns av ett nytt autismcenter, utökade platser för intensivträning samt extra stöd till barn med Aspergers syndrom. Ett utökat uppdrag ges för att diagnostisera vuxna med neuropsykiatrisk problematik och vilka behandlingsinsatser som är lämpliga för denna målgrupp.

## **Tandvård**

Det övergripande målet för tandvården är att förbättra munhälsan samt identifiera och utjämna olikheter i befolkningens munhälsa. Detta skall ske genom effektiva hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser av god kvalitet. Åtgärder som främjar god mun- och tandhälsa skall prioriteras. Samverkan med det medicinska programarbetet och näraliggande program- och forskningsområden skall främjas. Ur hälso- och sjukvårdspolitisk synpunkt är vår inställning att tänderna skall ses som en del av den övriga kroppen. En vision, om än på mycket lång sikt, är att tandvården skall vara tillgänglig under samma förutsättningar som övrig hälso- och sjukvård.

Påverkan på folkhälsan kräver en bättre samordning mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården. Därför är tandhälsofrågorna ett viktigt område att följa och utveckla i de lokala sjukvårdsberedningarna. Tandvården skall i samverkan med andra nyckelgrupper utveckla nätverk lokalt för att stärka tandhälsan.

Patienter med besvär från dentala material skall erbjudas alternativ och ett gott omhändertagande. En kartläggning genomförs av behovsläget, inklusive patienternas synpunkter när det gäller besvär som misstänks ha koppling till dentala material. Denna utgör ett underlag för kommande insatser. Tandvårdspersonalen skall i högre utsträckning få kunskap om hur man omhändertar patienter med sjukdomar orsakade av olika tandfyllnadsmaterial. Även tandvårdspersonalens arbetsmiljöproblem vid användningen av nya tandvårdsmaterial måste tas på stort allvar.

Det riktade arbetet för vissa grupper med dålig tandhälsa kommer att fortsätta. För de grupper som omfattas av det reformerade tandvårdsstödet kommer åtgärder att vidtagas för att öka andelen som får uppsökande verksamhet. Utbildningsinsatser kommer att genomföras i samverkan med kommunerna

Tandvård för barn och ungdomar skall prioriteras. Under flera år har Stockholms län haft en positiv trend i utvecklingen av barn och ungdomars tandhälsa. Nu syns emellertid oroande tecken på en försämrad tandhälsa hos vissa grupper. En större andel av barnen i socialt utsatta områden har karies, samtidigt som de generellt sett även har fler hål som behöver lagas. Ersättningssystemet har därför reformerats med ett behovstillägg så att det lever upp till målsättningen att styra resurserna dit behoven är störst. Förebyggande tandvård till 2-åringar i utsatta områden fortsätter som planerat.

Inom tandregleringen fortsätter satsningen på fler utbildningsplatser inom specialisttandvården.

RESULTATRÄKNING FÖR PATIENTNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>11,5</b>	<b>12,4</b>	<b>12,4</b>	<b>13,4</b>	<b>13,4</b>
<i>- varav landstingsbidrag</i>	<b>10,2</b>	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>	<b>12,2</b>	<b>12,2</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-11,5</b>	<b>-12,4</b>	<b>-12,4</b>	<b>-13,4</b>	<b>-13,4</b>
Avskrivningar	-0	-0	-0	-0	-0
Finansnetto	-0	-0	-0	-0	-0
<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## PATIENTNÄMNDEN

I varje landsting finns det enligt lag en oberoende och opartisk instans, Patientnämnden, med uppgift att stödja och hjälpa enskilda patienter, anhöriga och personal inom den offentligt finansierade sjukvården. Patientnämnden har en viktig funktion att fylla för att värna respekten för den enskilde patientens behov. Det handlar först och främst om att garantera enskilda en möjlighet att få sina synpunkter och klagomål prövade, men också om att nämnden genom de framställningar som görs kan bidra till kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Patientnämndens årsrapporter bör i ökad utsträckning innehålla könsuppdelad statistik.

RESULTATRÄKNING FÖR REGIONPLANE- OCH TRAFIKNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>78,0</b>	<b>75,7</b>	<b>75,7</b>	<b>75,7</b>	<b>75,7</b>
- varav landstingsbidrag	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-71,2</b>	<b>-75,6</b>	<b>-76,0</b>	<b>-75,9</b>	<b>-75,9</b>
Avskrivningar	-0,2	-0,6	-0,2	-0,2	-0,2
Finansnetto	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4
<b>Resultat</b>	<b>7,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Minskat landstingsbidrag			-3,5	-3,5	-3,5
<b>Landstingsbidrag enligt detta beslut</b>			<b>71,3</b>	<b>71,3</b>	<b>71,3</b>
<b>Resultat enligt detta beslut</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## REGIONPLANE- OCH TRAFIKNÄMNDEN

Regionplane- och trafiknämnden åläggs ett sparbetning om 3,5 mnkr.

### Regionalt samarbete för hållbar utveckling

Samtidigt som regionen vuxit har klyftorna ökat mellan fattiga och rika, mellan kvinnor och män, mellan svenskar med utländsk bakgrund och infödda svenskar. Denna utveckling måste brytas om regionens hela potential till ekonomisk utveckling skall kunna nyttjas.

Stockholmsregionen har goda förutsättningar för en ekonomisk utveckling som också är långsiktigt hållbar. Denna utveckling bygger på nödvändig miljöomställning, rättvis fördelning, minskade klyftor och en fungerande vardag för alla och en god offentlig service. Detta skapar sammantaget en hållbar tillväxt. Dagens och morgondagens rekryteringsbehov i den offentliga sektorn i länet skall utredas.

Andra viktiga faktorer är en hög förvärvsfrekvens, god tillgång på utbildningsplatser och forskning samt goda och trygga sociala förhållanden. Sammantaget gör detta regionen till en attraktiv lokalisering- och bostadsort. För detta krävs en aktiv regionplanering med ett strategiskt arbetssätt.

Landstinget skall medverka till att administrativa gränser blir så osynliga som möjligt.—Arbetet med den regionala utvecklingsplanens (RUFs) aktualisering och genomförande skall fullföljas i nära samarbete med kommunerna och andra aktörer i regionen. Landstingets roll som

regionplanmyndighet och aktör för den regionala utvecklingen bör stärkas genom ett utvecklat samarbete med kommunerna. Detta är särskilt angeläget mot bakgrund av att vårt län inte har bildat något regionförbund.

En hållbar utveckling förutsätter att Stockholmsregionens framtid planeras i samarbete med de omgivande länen. Detta blir allt viktigare inom till exempel trafikplanering, högspecialiserad sjukvård och kompetensförsörjning. Inom bland annat dessa områden krävs samarbete i hela Mälardalen. Redan gjorda samhällsinvesteringar kan då utnyttjas effektivare. Större krav behöver särskilt ställas på kollektivresandets möjligheter i en större region för arbete och boende. Samarbetet i Mälardalsregionen skall stärkas.

Ett långsiktigt och framgångsrikt miljöarbete i Stockholms län förutsätter samverkan mellan de olika samhällsnivåer och aktörer som påverkar miljöförhållandena i regionen. För att en socialt, ekonomiskt och ekologiskt hållbar utveckling skall uppnås måste den långsiktiga bebyggelse- och trafikplaneringen liksom utvecklingen av energisystem utgå från vad miljön tillåter. I detta arbete är det av stor vikt att aktuella befolkningsprognoser vägs in. Effekterna av Stockholmsförsöket med trängselavgifter ska löpande följas upp. Likaså skall möjligheterna till utbyggnad av energieffektiv fjärrvärme och kraftförsörjning utredas.

### **Bostadsförsörjning**

Dagens stora befolkningstillväxt ställer krav på framtidens bostadsförsörjning och kommunikationer. En viktig del av en ekologiskt hållbar regional planering är att kollektivtrafiken ska in tidigt i planprocessen. När bebyggelse planeras krävs dels ett tillräckligt befolkningsunderlag för god kollektivtrafikförsörjning och dels att linjer och hållplatser inte bestäms i efterhand utan är en del av den tidiga planeringen. Kommuner som planerar ny bebyggelse på detta sätt skall kunna lita på en fullgod kollektivtrafikförsörjning.

### **Skärgården**

Landstingets skärgårdspolitik skall utgå från strävan att bevara den unika miljön i skärgården, motstå marknadskrafternas exploatering på bekostnad av de fastboende och samtidigt göra skärgården tillgänglig för många fler genom en växande turist- och besöksnäring. Det är särskilt angeläget att skärgården och andra områden med högt rekreativvärde blir tillgängliga även för dem som bor i områden som av tradition har haft få kontakter med skärgården. Detta är en del av den dynamiska samverkan som finns mellan glesbygd och storstad i Stockholms län i dag som måste utvecklas. Den andra delen är att de som bor i skärgården även i framtiden ska kunna erbjudas goda möjligheter att ta del av storstadens fördelar.

Båda dessa delar måste utvecklas eftersom både tätort och glesbygd har mycket att vinna på ett fördjupat utbyte. Ett nytt skärgårdspolitiskt program skall tas fram som skall ha sin utgångspunkt i det nuvarande. Frakttrafiken och fraktstödet konstruktion skall utredas, särskild vikt läggs vid båttyper, tvärförbindelser, och definition av skärgårdsföretag. Fraktstöd och övriga fraktvillkor skall ges på lika villkor till alla företag med säte och huvudsaklig verksamhet i skärgården.

RESULTATRÄKNING FÖR AB STORSTOCKHOLMS LOKALTRAFIK ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>5 240,6</b>	<b>5 014,8</b>	<b>5 216,0</b>	<b>5 636,3</b>	<b>5 504,8</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-8 143,6</b>	<b>-8 057,0</b>	<b>-8 201,5</b>	<b>-8 652,0</b>	<b>-8 758,1</b>
Avskrivningar	-313,0	-546,7	-770,5	-865,6	-989,0
Finansnetto	35,0	-272,0	-399,9	-498,6	-609,6
Resultat före bokslutsdisp.	-3 181,0	-3 860,9	-4 155,9	-4 379,9	-4 851,9
<i>Tillskott från SLL</i>	<i>3 595,7</i>	<i>3 860,9</i>	<i>4 155,9</i>	<i>4 379,9</i>	<i>4 379,9</i>
<b>Resultat</b>	<b>414,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-472,0</b>
<b>Utökade intäkter enligt detta beslut, taxehöjning</b>			<b>416,0</b>	<b>500,0</b>	<b>500,0</b>
<b>Avgår taxehöjning i SL:s budget</b>				<b>-260,0</b>	<b>-260,0</b>
<b>Minskat tillskott från SLL</b>			<b>-416,0</b>	<b>-240,0</b>	<b>-240,0</b>
<b>Ökat tillskott från SLL enligt detta beslut</b>			<b>146,0</b>	<b>146,0</b>	<b>146,0</b>
<b>Ökade kostnader, trafik</b>			<b>-146,0</b>	<b>-146,0</b>	<b>-146,0</b>
<b>Minskade kapitalkostnader efter reducering av investeringsvolym</b>			<b>66,0</b>	<b>15,0</b>	<b>55,0</b>
<b>Minskat tillskott från SLL</b>			<b>-66,0</b>	<b>-15,0</b>	<b>-55,0</b>
<b>Ökat tillskott för täckande av underskott i SL:s budget</b>					<b>472,0</b>
<b>Tillskott från SLL enligt detta beslut</b>			<b>3 819,9</b>	<b>4 270,9</b>	<b>4 702,9</b>
<b>Resultat enligt detta beslut</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## AB STORSTOCKHOLMS LOKALTRAFIK

Kollektivtrafiken i Stockholms län har i dag en stark ställning. En ställning som vi måste slå vakt om och utveckla. Resenärsperspektivet är utgångspunkten i detta utvecklingsarbete. Resenärernas behov

och krav på kollektivtrafiksystemet skall vara styrande för utvecklingen av kollektivtrafiken i Stockholms län.

Politiken för att öka pålitligheten, tillförlitligheten, kapaciteten, tryggheten och tillgängligheten samt för att förbättra informationen till resenärerna ligger fast. Denna politik bygger på de starka önskemål som länsinvånarna uttrycker i de regelbundna attityd- och kvalitetsundersökningar som görs om SL:s trafik.

### **Öka det kollektiva resandet**

Under lång tid har befolkningen i regionen vuxit och därmed behovet av fler persontransporter. Samtidigt har kollektivtrafikresandets andel av det totala resandet minskat under de senaste decennierna. Denna utveckling måste brytas och kollektivtrafikens andel av resandet öka. En väl utvecklad kollektivtrafik behövs för att länet ska gå mot socialt och ekonomiskt hållbar utveckling.

Kollektivtrafiksatsningar skall binda ihop regionen. Både geografiskt och för att minska klassklyftorna och öka jämställdheten. Därför måste kollektivtrafiken stärkas. En översyn skall göras om var i kollektivtrafiksystemet som behoven av förstärkning är störst. Alla möjligheter att öka kapaciteten skall undersökas. SL:s nuvarande investeringsprogram skall om möjligt påskyndas och utökas, vagnbehovet i pendeltågssystemet och tunnelbanan inventeras och planeras bättre i syfte att undvika vagnbrist, modernisering av vagnparken på spårsidan kommer att genomföras successivt de kommande åren och möjligheterna att öka kapaciteten genom att förlänga befintliga pendeltågsperronger skall utredas.

Kollektivtrafiken bör ha en mer framskjuten roll i samhället. SL skall därför stärka sin roll som aktiv opinionsbildare för kollektivtrafikens nytta och behov. Från och med 2004 skall en årlig kollektivtrafikvecka arrangeras.

### **Resenärernas behov och krav skall vara styrande**

En förutsättning för kollektivtrafikens andel av det totala resandet ska kunna öka är att medborgarna känner förtroende för kollektivtrafiken. Förtroende skapas i kollektivtrafiken genom tillförlitlighet. Ett omfattande arbete har inletts för att öka tillförlitligheten. Medel för investeringar som ökar pålitligheten, exempelvis snöröjningsmaskiner och utbyggnad av växel- och strömskenevärme, skall avsättas under mandatperioden.

För att undvika upprepningar av pendeltågseländet och problemen som drabbade bussresenärerna i Nacka/Värmdö och Huddinge/Botkyrka, som har sin grund i att upphandlade entreprenörer missköter sina uppdrag, skall SL stärka sin förmåga att under en övergångsperiod ta över verksamhet i egen regi. En utvärdering skall göras av de senaste årens konkurrensutsättningar och privatiseringar inom kollektivtrafiken.

Tillförlitlighetsproblemen beror till viss del på personalproblem, därför kommer åtgärder vidtas för att förbättra arbetsmiljön och stärka ny- och vidareutbildningen för kollektivtrafikens personal. SL skall dessutom samråda med Stockholms stad och andra berörda kommuner om åtgärder som kan vidtas för att förbättra framkomligheten och därmed tillförlitligheten för stombussarna. Pålitligheten skall även ökas genom förbättringar i informationen till resenärerna.

För att kollektivtrafiken skall vara attraktiv måste informationen om linjesträckning, hållplatser, avgångstider, stopp och förseningar m.m. hålla hög kvalitet. Informationen måste bli mer tillgänglig, begriplig och användarvänlig för alla resenärer. Om de praktiska omständigheterna medger detta finns det anledning att påskynda investeringar som förbättrar informationen till resenärerna.

De som reser med och arbetar i kollektivtrafiken skall känna sig trygga. Tryggheten skall stärkas genom en fortsatt satsning på personal nära resenärerna och samarbete med frivilligorganisationer. Som en del i arbetet mot hot och våld skall kunskaper och erfarenheter från andra länders projekt på området samlas in och analyseras för att kunna utgöra grund för ytterligare åtgärder.

Trivsel och komfort på stationer och hållplatser samt i tågen och bussarna är viktigt för att kollektivtrafiken skall vara attraktiv. Ett särskilt program för att utveckla och stärka komforten skall därför tas fram. Stor uppmärksamhet måste riktas mot de stora bytespunkterna. Trängsel och annan otrivsel skall successivt byggas bort.

För att öka trivseln och tryggheten skall arbetet med att hålla fordonen hela och rena utvecklas. För att öka tryggheten är det också viktigt att det finns trafikpersonal ute bland resenärerna som cirkulerar på stationer och hållplatser. Personalen i de bevakningsföretag som SL anlitar bör genomgå en fördjupad serviceutbildning. Även bekvämligheten i bussar, tunnelbanor och tåg är avgörande kollektivtrafikens attraktivitet. Det är därför viktigt att beakta resenärsperspektivet vid utformning och upphandling av fordon.

Detta betyder bland annat att erfarenheter som vunnits när det gäller komfort, tillgänglighet, arbetsmiljö och miljöprestanda skall utnyttjas i samband med att krav ställs i upphandlingar. Bekvämligheten påverkas i hög grad av trängseln inne i fordonen, om resenärerna tvingas stå, möjligheten att hålla sig fast under färd samt av värme och kyla. Trängseln skall minskas genom ökad kapacitet. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot arbetet med att sätta in stänger, öglor och stroppar för tunnelbaneresenärerna att hålla sig i. Även i bussar och pendeltåg skall det finnas ordentliga möjligheter för resenärerna att hålla sig fast under färd. Utrustningen för att hålla sig fast under färd ska vara anpassad till resenärernas förutsättningar, bland annat vad gäller kroppslängd. Särskild uppmärksamhet skall också riktas mot arbetet med att installera väl fungerande klimatanläggningar och luftkonditionering.

En enhetlig och låg taxa är en av faktorerna bakom kollektivtrafikens starka ställning i vårt län. Enhetstaxan skall därför behållas. Priset på SL-kortet höjs med 100 kr/månad från och med 1 mars 2004. Taxan hålls därefter oförändrad resten av mandatperioden.

Den snabba tekniska utvecklingen gör det möjligt att modernisera biljetthanteringssystemet. Ett nytt biljettsystem skall införas i slutet av 2005, vilket ger goda möjligheter att förbättra servicen till resenärerna. För att underlätta för resenärerna och få trafiken att flyta smidigare skall kontrollen av färdbevis utvecklas i samband med införandet av det nya biljettsystemet. Dessutom skall en platt taxa – dvs en tids- och avståndsberoende taxa med högkostnadsskydd – utredas och zonsystemet ses över.



Dialogen med resenärerna skall förbättras genom att de synpunkter som kommer till SL Kundtjänst eller andra delar av SL samt entreprenörerna, systematiskt skall samlas in och analyseras. Detta material skall utgöra ett viktigt underlag i den fortsatta beslutsprocessen inom SL.

En viktig del i arbetet för att stärka resenärernas inflytande är det arbete som inletts för att utveckla de årliga kommunsamråden. Ytterligare en annan är att utveckla regionstyrelsernas roll bl.a. genom att utvärdera entreprenörernas arbete inom sitt geografiska område. För att öka lyhördheten skall erfarenheter och kunskaper från andra delar av Sverige och världen tas tillvara. Utifrån resenärsperspektivet skall SL även utveckla kunskaps- och erfarenhetsutbytet inom ramen för sitt medlemskap i den internationella kollektivtrafikorganisationen (UITP).

Resenärernas inflytande över kollektivtrafiken skall också stärkas genom ett tydligare politiskt ansvarstagande för kollektivtrafiken. Erfarenheter från de senaste åren visar att kollektivtrafikmarknaden har brister och är begränsad. Upphandlade entreprenörer inom kollektivtrafiken har levererat tjänster och produkter som inte hållit måttet. Det politiska ansvaret för kollektivtrafiken skall därför göras tydligare och det får inte råda några oklarheter om att SL:s styrelse har det yttersta ansvaret för hur trafiken fungerar. Styrelsen måste utveckla sitt ansvar som beställare och för att strategiska krav ställs i anbudsunderlagen.

Ungdomar och barn tillhör kollektivtrafikens viktigaste resenärgrupper. Deras åsikter bör tas mer på allvar. Om de får bra service och är nöjda ökar chansen att de även som vuxna fortsätter att åka kollektivt. En särskild strategi skall tas fram. SL skall även utveckla detta arbete genom att närvara där ungdomar finns. En del i denna skall vara en kampanj riktad till länets förskoleelever. Det är särskilt viktigt att uppmuntra föräldrar att, av miljö- och hälsomässiga skäl, låta sina barn gå, cykla eller åka kollektivt istället för att skjutsa barnen med bil till skola och fritidsaktiviteter.

Även avtalen skall användas för att höja trafikens kvalitet. Trafikavtalen skall därför betona kvalitetsfrågor och kunna innehålla inslag av stimulans- och bonussystem. Uppföljningen av avtalen skall skärpas. Dessutom måste nödvändig och långsiktig kompetens när det gäller upphandlingar säkras inom bolaget.

### **Kollektivtrafikens infrastruktur måste byggas ut**

En viktig del i arbetet för att öka resandet är utbyggnaden av kollektivtrafikens infrastruktur. Stockholmsberedningens prioriteringar av järnvägs- och kollektivtrafikobjekt är vår grund för planerings- och investeringsbeslut. Det är viktigt att förmå staten att påskynda och utöka investeringarna i kollektivtrafiken. Det är särskilt viktigt att järnvägsinfrastrukturen genom Stockholm utökas så snart som möjligt. För att denna investering ska få maximal effekt måste satsningar även göras på omgivande banor.

Landstingets och SL:s mycket hårt ansträngda ekonomi medför att bara de allra mest nödvändiga reinvesteringarna kan komma till stånd. Angelägna nyinvesteringar i infrastruktur, som exempelvis utbyggnaden av Tvärbanan, är helt beroende av statliga investeringsbidrag om de överhuvudtaget skall kunna genomföras. Det betyder att inga nya infrastrukturinvesteringar kan genomföras utan minst 50 procent i statsbidrag till investeringarna, vilket skulle vara en betydande höjning av statsbidragen jämfört med nuvarande nivå.

Kollektivtrafikens kapacitet och pålitlighet är helt avgörande för försöket med trängselavgifter. Ett underskrivet avtal om att intäkterna från de eventuella försöken med trängselavgifter skall tillkomma kollektivtrafiken i Stockholms län måste därför träffas i god tid för att SL skall planera för hur extra trafikresurser och andra kapacitetshöjande åtgärder skall kunna sättas in.

### **Höjd kvalitet genom åtgärder för personalen**

Personalen är grunden för en väl fungerande kollektivtrafik. Goda arbetsvillkor ska därför vara en utgångspunkt i det fortsatta utvecklingsarbetet. Många av de kvalitetsproblem som SL-trafiken lidit av under de senaste åren har haft sin grund i att missnöjd personal har sökt sig bort från arbetsgivare som de upplevt som dåliga. Ett viktigt och omfattande arbete har därför inletts för att komma tillrätta med de problem som personalen upplever.

SL skall ta initiativ till ett samarbete med entreprenadföretagen i syfte att inrätta en "SL-akademi" för ny- och vidareutbildning av kollektivtrafikens personal. Vidare skall en strategi utarbetas för att utforma avtalen så att byte av entreprenör inte leder till övertagandeproblem för personal och resenärer. Dessutom skall strategiska arbetsmiljökrav kunna ställas vid upphandlingar. Det gäller bland annat krav på vidareutbildning, strategier för att motverka långtidssjukskrivningar, diskriminering och hög personalomsättning. Risken för hot och våld är en viktig arbetsmiljöfråga som skall prioriteras.

### **Mer tillgänglig kollektivtrafik**

För att öka friheten för de resenärer som i dag behöver färdtjänst och öka de funktionshindrades möjligheter att på olika områden aktivt delta i samhället skall den allmänna kollektivtrafiken bli mer tillgänglig. Handikappanpassningen av fordon, hållplatser och terminaler skall förbättras.

Det skall vara enkelt att få trafikinformation för alla. Ett nytt handlingsprogram för ökad tillgänglighet för funktionshindrade har tagits fram och skall genomföras. Målet med det nya programmet är att kvalitetssäkra kollektivtrafikens olika system steg för steg utifrån funktionshindrades behov. SL och Färdtjänsten skall samarbeta. Utgångspunkten ska även här vara resenärersperspektivet:

- SL och Färdtjänsten skall under första hälften av år 2004 gemensamt lämna förslag till hur samarbetet ska förstärkas och utvecklas för att öka tillgängligheten för funktionshindrade till kollektivtrafiken. Bland annat ska samarbetet mellan styrelserna utvecklas. Det politiska ansvaret ska bli tydligare.
- En utökad samordning skall utredas inom ramen för den övergripande trafikstrategi för landstinget som håller på att utarbetas.
- SL och Färdtjänsten skall tillsammans utveckla en gemensam reseplanerare. Den gemensamma reseplaneraren skall göras tillgänglig för resenärer med olika typer av funktionshinder under år 2004.
- Färdtjänsten och SL skall gemensamt utreda hur resurserna till färdtjänst kan utökas för den grupp funktionshindrade som inte heller i framtiden kan använda den allmänna

kollektivtrafiken. Färdtjänstresandet skall överhuvudtaget underlättas för dem som gör resor som är kombinationer av allmän och särskild kollektivtrafik.

### **Övergripande trafikstrategi**

En gemensam trafikstrategi för hela landstinget håller på att utarbetas. Trafikstrategin syftar till att klargöra långsiktiga mål för landstingets samtliga trafikverksamheter, formulera övergripande strategier för att nå uppsatta mål och att förbättra samordningen. Som ett komplement till kollektivtrafik på land skall möjligheterna prövas med miljöanpassade båtar på Stockholms inre vatten, inklusive Mälaren. SL, WÅAB och RTN ges jämlika förutsättningar i detta utvecklingsarbete. Inom ramen för arbetet med trafikstrategin skall också utredas:

- möjligheterna att bättre försörja glesbygden med kollektivtrafik
- SL: s samverkan med kommunerna vid etableringen av infartsparkeringar samt hållplats- och stationslägen
- utökad samordning mellan den allmänna kollektivtrafiken och färdtjänsttrafiken
- möjligheterna att knyta samman länets kollektivtrafik med trafik från näraliggande län så att regional- och pendeltrafiken på sikt integreras över länsgränserna. Samarbetet inom Mälardalstrafik AB är viktigt.

### **Budget i balans nödvändig för kollektivtrafikens kvalitet och kapacitet**

För att kollektivtrafikens skall kunna behålla sin starka ställning är det viktigt att SL även i fortsättningen får intäkter och kostnader att gå ihop. Detta är helt nödvändigt för att SL i framtiden skall kunna bibehålla och utveckla kollektivtrafikens kvalitet och kapacitet. SL måste alltså klara den svåra balansen att hålla nere kostnaderna och klara intäktsmålen för att kunna göra nödvändiga investeringar.

SL förlorar årligen mer än 200 miljoner kronor av beräknade intäkter. Detta kan bland annat bero på fusk och bristande förmåga att ta betalt. En annan orsak kan vara att resenärerna har svårt att veta hur de ska betala.

Att ta betalt är en grundläggande förutsättning för kollektivtrafikens utveckling. Detta måste vara självklart för alla entreprenörer, annars lämnas de som ska utföra trafiken – de anställda – ensamma i en svår situation. Det är en viktig uppgift för alla med ledningsansvar inom kollektivtrafiken att gemensamt utveckla arbetet så att det blir tydligt för alla att intäkterna från taxorna är nödvändiga för kollektivtrafiken.

Kollektivtrafiken bygger på att alla betalar solidariskt för den. Det skall vara en självklarhet att betala för sin resa. Betalningsmoralen hos resenärerna ska ökas genom bättre service, bättre kollektivtrafik och fler kontroller av SL-personal. Det målmedvetna arbetet med pålitlighet och kvalitet – med resenären i centrum – är en viktig pusselbit för att säkra intäkterna. En rad åtgärder kommer att vidtas för att komma tillrätta med de brister som finns i dag. Bland annat kommer det att ske en fortsatt utbyggnad av tät spärrlinje, uppföljning och skärpning av entreprenadavtalen, fortsatt

installation av glasdörrsspärrar och fasta vändkors. Dessutom skallet nytt biljettsystem att införas som kommer att underlätta personalens biljettkontroller. På de stationer där det finns spärrar är det också viktigt att dessa fungerar ändamålsenligt. Dessutom skall kontrollen av färdbevis utvecklas så att fler personalgrupper kan genomföra kontrollen.

### **Öppen spärrlinje**

En utvärdering av öppna spärrlinjer skall genomföras under mandatperioden, där erfarenheter även inhämtas från de europeiska städer där ett öppet spärrsystem tillämpas. På stombussarna i innerstaden skall resenärer med giltiga kort, om säkerheten inte äventyras, kunna använda alla bussarnas dörrar, utom de bakersta för på- och avstigning i rusningstrafik. Tätare kontroller av färdbevis görs av personal ombord i stället för av föraren.

### **Fri resa inom kollektivtrafiken istället för sjukresa**

I andra landsting har sjukresor i vissa fall ersatts med fria resor inom kollektivtrafiken och vid bokning av besök på vårdcentraler och sjukhus tar vårdpersonalen hjälp av kollektivtrafikens reseplanerare. Erfarenheterna från dessa förändringar är goda. Möjligheterna att i vissa fall ersätta sjukresor med fri resa inom kollektivtrafiken skall utredas. Reglerna för sjukresor skall ses över. I framtiden skall en resa med kollektivtrafik vara det naturliga, så långt det är praktiskt möjligt med hänsyn till patienten. Det betyder också att när nya vårdinrättningar skall byggas skall kollektivtrafikförsörjningen redan tidigt ingå i planeringen. För befintliga vårdinrättningar skall linjesträckningen anpassas i möjligaste mån.

### **Undvik tekniska särlösningar**

I arbetet med att utveckla kollektivtrafiken är det viktigt att undvika olika former av tekniska särlösningar inom SL, mellan SL och andra delar av kollektivtrafiken samt mellan SL och omvärlden.

### **Kollektivtrafiken avgörande för det hållbara samhället**

Kollektivtrafiken är avgörande i arbetet för att skapa ett ekologiskt hållbart samhälle. SL ska bedriva sitt miljöarbete på två fronter, dels genom att locka till sig fler resenärer och dels genom att arbeta för att göra kollektivtrafiken mer hållbar. Detta betyder bland annat att SL skall miljöcertifiera sin verksamhet och ställa strategiska miljökrav vid upphandlingar.

### **Kollektivtrafikens samhällsnytta**

I SL:s årsredovisning för år 2004 skall kollektivtrafikens samhällsnytta belysas. Det betyder den nytta som kollektivtrafiken genererar inom olika samhällssektorer skall redovisas. Det kan till exempel handla om att redovisa nyckeltal för miljöeffekter, hälsoeffekter, trafiksäkerhet och social jämställdhet. Svenska lokaltrafikföreningen (SLTF) har tillsammans med bland annat SL utvecklat en modell för att redovisa kollektivtrafikens samhällsnytta.

## RESULTATRÄKNING FÖR FÄRDTJÄNSTNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>964,4</b>	<b>1 013,2</b>	<b>1 045,4</b>	<b>1 048,2</b>	<b>1 052,1</b>
<i>- varav landstingsbidrag</i>	<b>712,8</b>	<b>753,6</b>	<b>753,6</b>	<b>753,6</b>	<b>753,6</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-975,5</b>	<b>-1 012,1</b>	<b>-1 041,7</b>	<b>-1 044,0</b>	<b>-1 048,0</b>
Avskrivningar	-0,9	-1,1	-3,7	-4,2	-4,1
Finansnetto	0	0	0	0	0
<b>Resultat</b>	<b>-12,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ökade intäkter</b>			<b>8,3</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Landstingsbidrag enligt detta beslut</b>			<b>745,3</b>	<b>743,6</b>	<b>743,6</b>

## FÄRDTJÄNSTNÄMNDEN

Ett övergripande mål för landstingets handikappolitik är att människor med funktionshinder i alla åldrar skall kunna delta i samhället på villkor likvärdiga andras. Färdtjänsten är ett viktigt medel för att nå detta mål. Det är därför nödvändigt att fortsätta arbetet med att utveckla färdtjänstens tillgänglighet så att färdtjänsten upplevs som användarvänlig av brukarna.

### Färdtjänstens ekonomi måste säkras

Färdtjänstnämnden har under år 2003 vidtagit en rad åtgärder för att säkra färdtjänstens ekonomi. Om inte dessa åtgärder visar sig tillräckliga kommer ytterligare åtgärder att sättas in för att undvika det ekonomiska haveri som annars kommer att drabba länets färdtjänstresenärer. Som en del i åtgärdspaketet fick färdtjänstförvaltningen i uppdrag att tillsammans med brukarorganisationerna inleda ett förutsättningslöst rådslag om hur färdtjänstens ekonomi på kort och lång sikt skall kunna säkras. Färdtjänstens strategiska inriktning för att säkra ekonomi och kvalitet är att fler resor skall ske i en tillgänglig SL-trafik och närtrafik.

### Färdtjänsten mål

Målen med färdtjänstens verksamhet är att främst rikta resurserna till dem som har störst behov av färdtjänst, att öka samverkan med SL och kommunerna för att öka tillgängligheten inom ordinarie kollektivtrafik så att fler använder SL-trafiken, att utveckla mer kostnadseffektiva resor och att höja kvaliteten inom färdtjänstresandet genom bättre tidspassning, bemötande, säkerhet och komfort.

### **Ökad tillgänglighet för funktionshindrade**

Arbetet för kvalitetshöjningar i färdtjänstresans alla led skall utvecklas. Ett gott bemötande är oerhört viktigt, liksom tidspassningen och säkra besked om när fordonet anländer.

Friheten att kunna förflytta sig dit man vill är begränsad för människor som är i behov av färdtjänst. Färdtjänsten skall sträva efter ett utökat samarbete med länets kommuner och i samverkan med dessa åstadkomma ett enklare och mer funktionellt resande.

Dialogen med färdtjänstresenärerna skall utvecklas och lyhördheten öka. De funktionshindrades intresseorganisationer spelar en viktig roll. Nya metoder för att fånga upp synpunkter och åsikter från den enskilde resenären utreds. Samarbetet med rehabiliteringen skall utvecklas.

Samarbetet med SL, för att hitta alternativt resande för färdtjänstens kunder, skall fortsätta. En mer tillgänglig kollektivtrafik kan på sikt avlasta färdtjänsten betydligt samtidigt som friheten för färdtjänstresenärerna ökar. Insatserna till färdtjänst kan då omfördelas till den grupp funktionshindrade som inte kan nyttja den allmänna kollektivtrafiken.

Arbetet med övertagandet av SL: s servicelinjer skall fortsätta för att framöver kunna ge en bättre trafik för färdtjänstens kunder och personer som har svårt att röra sig. Detta skall ge resenärerna större vardagsfrihet och minska deras beroende av färdtjänsten.

Nya resor skall utvecklas. Färdtjänstresandet skall överhuvudtaget underlättas för dem som gör resor som är kombinationer av allmän och särskild kollektivtrafik.

Bättre samordning mellan färdtjänst och SL i länets glesbyggsområden bör på sikt bli mer kostnadseffektivt för både SL och färdtjänsten. Resandet från och till Norrtälje är ett bra exempel på detta och konceptet skall, där det är möjligt, utvidgas till andra delar av länet.

## RESULTATRÄKNING FÖR WAXHOLMS ÅNGFARTYGS AB ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>98,1</b>	<b>84,9</b>	<b>93,3</b>	<b>94,1</b>	<b>95,2</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-195,1</b>	<b>-190,6</b>	<b>-204,6</b>	<b>-205,1</b>	<b>-205,1</b>
Avskrivningar	-17,4	-19,0	-23,4	-27,4	-27,4
Finansnetto	-6,8	-7,6	-11,8	-14,0	-13,4
Resultat före bokslutsdisp.	-121,2	-132,3	-146,5	-152,4	-150,6
<i>Tillskott från SLL</i>	<i>121,2</i>	<i>132,3</i>	<i>-132,3</i>	<i>-132,3</i>	<i>-132,3</i>
<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-14,2</b>	<b>-20,1</b>	<b>-18,3</b>
<b>Utökade intäkter</b>			<b>2,1</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>
<b>Ökat resurstillskott</b>			<b>12,1</b>	<b>17,6</b>	<b>15,8</b>
<b>Tillskott enligt detta beslut</b>			<b>144,4</b>	<b>149,9</b>	<b>148,1</b>
<b>Resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## WAXHOLMS ÅNGFARTYG AB

WÅAB:s trafik är en viktig del i länets kollektivtrafiksystem. Syftet med kollektiv-trafiken till sjöss är dels att skapa goda förutsättningar för den bofasta befolkningen och dels att erbjuda alla invånare i Stockholms län tillgång till skärgården. WÅAB:s planering skall därför beakta den utveckling som anges i den regionala utvecklingsplanen (RUFS).

Stockholms skärgård rymmer en unik och känslig naturmiljö. WÅAB:s skall därför utvecklas till att bli ledande i branschen vad det gäller miljöanpassning. Miljökraven skall skärpas vid inköp av nya båtar, drift och underhåll skall miljöanpassas i högre grad än idag och miljökrav skall ställas på bolagets entreprenörer. Miljökraven på bolagets entreprenörer skall systematiskt följas upp.

WÅAB:s fartygsflotta är i dag kraftigt föråldrad och måste förnyas. Ett nytt fartyg är beställt och håller på att byggas. Ytterligare två skall beställas. WÅAB:s driftsbudget skall därför utökas. Köp av dessa fartyg nu – då extra förmånliga villkor erbjuds från tillverkarna – innebär att nödvändiga investeringar i nya fartyg kan göras till en lägre kostnad. Fartygen innebär en nödvändig förstärkning av det isgående tonnaget då de successivt kommer att ersätta över 40 år gamla fartyg.

Vid köp av de två nya fartygen skall modern, miljöanpassad dieselelektrisk eller likvärdig drift väljas. De nya åretruntgående fartygen kommer snabbt att öka kapaciteten, handikappanpassningen, komforten, möjligheterna till godstransporter samt förbättra arbetsmiljö och minska miljöeffekterna i enlighet med den regionala utvecklingsplanen (RUFS).

*RESULTATRÄKNING FÖR KULTURNÄMNDEN ÅREN 2002-2006*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>193,8</b>	<b>278,3</b>	<b>277,9</b>	<b>277,9</b>	<b>277,9</b>
<i>- varav landstingsbidrag</i>	<b>180,5</b>	<b>266,5</b>	<b>266,5</b>	<b>266,5</b>	<b>266,5</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-191,9</b>	<b>-277,5</b>	<b>-277,1</b>	<b>-277,1</b>	<b>-277,1</b>
Avskrivningar	-0,8	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9
Finansnetto	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Resultat</b>	<b>1,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Besparingskrav enligt detta beslut</b>			<b>-14,9</b>	<b>-14,9</b>	<b>-14,9</b>
<b>Landstingsbidrag enligt detta beslut</b>			<b>251,6</b>	<b>251,6</b>	<b>251,6</b>
<b>Resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## KULTURNÄMNDEN

Kulturnämndens bidragsgivning uppgick sammantaget till 228 mnkr under år 2003. För 2004 åläggs nämnden ett spararbete om 14,9 mnkr. Därtill övertar nämnden ansvaret för det bidrag till Circonova som hittills lämnats inom ramen för hälso- och sjukvårdens anslag.

Kulturen är ett verktyg för att överbrygga olika uppfattningar i ett mångfacetterat samhälle. Målet är att alla länets invånare skall kunna ta del av ett rikt kulturliv i sitt närområde. Betoningen skall ligga på verksamhet som kommer hela länet till del.

Kulturnämnden har flera länsuppdrag tillsammans med statens kulturråd och även fasta bidrag inom sitt ansvarsområde. Dessa är långsiktiga åtaganden. Vårt regionala kulturstöd går till all den kultur som inte ryms i de fasta anslagen. Både stöden till kulturinstitutionerna och stödet till de fria grupperna är viktiga för att utveckla kulturell kvalitet och bredd. Via föreningslivet vill vi att amatörism och professionalism ges möjligheter att mötas.

Minst hälften av kulturnämndens budget skall gå till barn och ungdomar. Nämnden skall arbeta för barn och ungdomars aktiva deltagande i kulturskapande. Exempel på detta finns i Film Stockholms uppsökande verksamhet där unga människor själva får skapa film, Läns museets kulturarvsskola och Länshemslöjds konsulenternas slöjdverkstad. Kulturnämnden skall vidare följa och utvärdera om pojkar och flickor får del av kulturnämndens bidrag på samma villkor.

Kultur i vården är en viktig friskvårdande verksamhet där musiker och skådespelare höjer patienters livskvalitet ute på vårdavdelningarna. Inriktningen är mot geriatrik och barn. Ett varierat utbud av musik, uppläsning och teater med god kvalitet skall erbjudas hela länet.



Länsmuseet skall ges ändamålsenliga lokaler, vilket utreds under året.

Konserthuset ska även fortsatt ha en bred och kvalitativ hög verksamhet. Det påbörjade samarbetet med Länsmusiken för att öppna Konserthuset för fler genom att spela ute i kommunerna och dess kulturskolor skall fortsätta och utvecklas.

## ÖVRIGA VERKSAMHETER

### KONSOLIDERAD RESULTATRÄKNING FÖR AKUTSJUKHUSEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003 1)	Budget 2004	Plan 2005 2)	Plan 2006 2)
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>14 072</b>	<b>15 058</b>	<b>15 651</b>	<b>16 264</b>	<b>16 655</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-13 969</b>	<b>-14 757</b>	<b>-15 096</b>	<b>-15 731</b>	<b>-16 184</b>
- varav personalkostnader	-9 265	-10 041	-10 286	-10 722	-11 101
Avskrivningar	-311	-412	-400	-410	-426
Finansnetto	14	12	-13	-24	-38
<b>Resultat</b>	<b>-194</b>	<b>-99</b>	<b>142</b>	<b>99</b>	<b>7</b>
<b>Justering enligt detta beslut</b>			<b>-142</b>	<b>-99</b>	<b>-7</b>
<b>Resultatkrav enligt detta beslut för akutsjukhusen samlat</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

1) Budget 2003 utgörs av i september omrapporterad budget. Fullmäktiges beslutade resultatkrav för 2003 var ett resultat på 4 mkr (hänförligt till STE). HS omrapporterade budget för 2003 lyder på -105 mkr, STEs budget på 2 mkr samt NTS budget på 4 mkr.

2) De konsoliderade värdena för summa verksamhetens intäkter samt summa verksamhetens kostnader för åren 2005 och 2006 är ungefärliga eftersom motpartsredovisning ej krävs vid inrapportering, vilket betyder att interna transaktioner uppskattats i sammanställningen ovan.

### KONSOLIDERAD RESULTATRÄKNING FÖR PRODUKTIONSOMRÅDEN FÖR ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget * 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>8 402</b>	<b>8 349</b>	<b>8 476</b>	<b>8 757</b>	<b>9 049</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-8 506</b>	<b>-8 297</b>	<b>-8 425</b>	<b>-8 707</b>	<b>-9 000</b>
- varav personalkostnader	-5 154	-5 539	-5 734	-5 956	-6 187
Avskrivningar	-49	-48	-56	-55	-55
Finansnetto	7	9	5	5	5
<b>Resultat</b>	<b>-146</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

I tidigare budgetbeslut har LF fastställt resultat (i överensstämmelse med ekonomiska styrregler för budget och resultatdispositioner) för RE inom producentorganisationen. Föreslås att LF beslutar (binder) fetmarkerade rader (3 st) i tabellen ovan.

\* BU-2003 = den i September 2003 omrapporterade budgeten

RESULTATRÄKNING FÖR FOLKTANDVÅRDEN STOCKHOLMS LÄN AB ÅREN  
2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>1 045,5</b>	<b>1 149,1</b>	<b>1 095,2</b>	<b>1 139,0</b>	<b>1 184,6</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 1 024,5</b>	<b>- 1 104,6</b>	<b>- 1 056,2</b>	<b>- 1 094,0</b>	<b>- 1 137,1</b>
<i>- varav personalkostnader</i>	- 705,5	- 780,2	- 755,5	- 793,3	- 832,9
Avskrivningar	- 39,4	- 41,5	- 40	- 40,0	- 40,0
Finansnetto	- 0,7	- 3,0	1,0	1,0	1,0
<b>Resultat inrapporterat av Folktandvården</b>	<b>- 19,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6,0</b>	<b>8,5</b>
<b>Justering i enlighet med- budgetdirektiven</b>				<b>-6,0</b>	<b>-8,5</b>
<b>Resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

RESULTATRÄKNING FÖR LOCUM AB

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>167</b>	<b>165</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>178</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-157</b>	<b>-170</b>	<b>-170</b>	<b>-176</b>	<b>-182</b>
<i>- varav personalkostnader</i>	-112	-116	-124	-129	-134
Avskrivningar	-3	-3	-3	-3	-3
Finansnetto	11	10	7	6	6
<b>Resultat</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>
<b>Justering enligt detta beslut</b>			<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

*RESULTATRÄKNING FÖR LANDSTINGSFASTIGHETER STOCKHOLM*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>2 191</b>	<b>2 062</b>	<b>2 151</b>	<b>2 298</b>	<b>2 195</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-956</b>	<b>-923</b>	<b>-950,4</b>	<b>-956,9</b>	<b>-970,5</b>
Avskrivningar	-394	-449	-464	-491	-494
Finansnetto	-271	-392	-338	-369	-386
<b>Resultat</b>	<b>570</b>	<b>298</b>	<b>398,6</b>	<b>481,1</b>	<b>344,5</b>
<b>Ökat resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>60</b>	<b>60</b>	<b>60</b>
<b>Resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>458,6</b>	<b>541,1</b>	<b>404,5</b>

*RESULTATRÄKNING FÖR AMBULANSSJUKVÅRDEN I STORSTOCKHOLM AB (AISAB)  
ÅREN 2004-2006*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>97,4</b>	<b>103,8</b>	<b>109,2</b>	<b>121,2</b>	<b>125,5</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 99,7</b>	<b>-106,5</b>	<b>- 111,5</b>	<b>- 115,4</b>	<b>- 119,5</b>
<i>- varav personalkostnader</i>	- 79,9	- 87,9	- 91,7	- 94,9	- 98,3
Avskrivningar	- 5,3	- 5,0	- 5,2	- 5,1	- 5,3
Finansnetto	- 0,1	- 0,6	- 0,2	- 0,1	0
<b>Resultat</b>	<b>- 7,7</b>	<b>- 8,3</b>	<b>- 7,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>

RESULTATRÄKNING FÖR STOCKHOLM CARE AB ÅREN 2004-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>69,0</b>	<b>77,3</b>	<b>69,9</b>	<b>72,0</b>	<b>74,1</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 66,5</b>	<b>- 74,7</b>	<b>- 67,3</b>	<b>- 69,3</b>	<b>- 71,3</b>
- varav personalkostnader	- 10,8	- 12,0	- 9,6	- 9,8	- 10,1
Avskrivningar	- 0,2	- 0,3	- 0,1	- 0,1	- 0,1
Finansnetto	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
<b>Resultat</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>
<b>Minskade intäkter enligt detta beslut</b>			-1,2	-1,2	-1,2
<b>Besparingskrav enligt detta beslut</b>			1,2	1,2	1,2
<b>Resultatkrav enligt detta beslut</b>			<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>

RESULTATRÄKNING FÖR MEDICARRIER AB ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>294,6</b>	<b>302,9</b>	<b>305,8</b>	<b>336,2</b>	<b>369,7</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 296,4</b>	<b>- 301,1</b>	<b>- 304,3</b>	<b>- 334,3</b>	<b>- 368,0</b>
- varav personalkostnader	- 33,8	- 32,6	- 30,1	- 29,8	- 30,9
Avskrivningar	- 2,3	- 1,6	- 1,4	- 1,6	- 1,5
Finansnetto	- 0,4	- 0,2	- 0,1	- 0,3	- 0,2
<b>Resultat</b>	<b>- 4,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

RESULTATRÄKNING FÖR REVISIONSKONTORET ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>27,0</b>	<b>27,7</b>	<b>31,4</b>	<b>31,4</b>	<b>31,4</b>
- varav landstingsbidrag	<b>25,6</b>	<b>25,6</b>	<b>29,1</b>	<b>29,1</b>	<b>29,1</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-27,0</b>	<b>-27,7</b>	<b>-31,4</b>	<b>-31,4</b>	<b>-31,4</b>
Avskrivningar	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Finansnetto	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------

*RESULTATRÄKNING FÖR AB SLL Internfinans ÅREN 2002-2006*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>7,4</b>	<b>6,5</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-4,8</b>	<b>-6,6</b>	<b>-7,0</b>	<b>-7,3</b>	<b>-7,7</b>
<i>- varav personalkostnader</i>	-3,7	-5,0	-5,2	-5,5	-5,9
Avskrivningar	0	0	0	0	0
Finansnetto	3,0	2,1	2,2	2,5	2,8
<b>Resultat</b>	<b>5,6</b>	<b>2,0</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>

*RESULTATRÄKNING FÖR LANDSTINGSHUSET I STOCKHOLM AB ÅREN 2002-2006*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 2,7</b>	<b>- 1,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>- varav personalkostnader</i>	- 1,3	- 1,3	0	0	0
Avskrivningar	0	0	0	0	0
Finansnetto	- 249,7	-49,7	- 51,0	- 51,0	- 51,0
<b>Resultat</b>	<b>- 252,4</b>	<b>- 51,0</b>	<b>- 51,0</b>	<b>- 51,0</b>	<b>- 51,0</b>

## SLL-TABELLER ÅREN 2003-2006

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
<b>Finansiering</b>				
Skatteintäkter, generella statsbidrag, utjämning och momsavgift	35 422,0	38 072,0	39 970,0	41 936,0
Koncernfinansiering	3 534,0	3 030,9	3 336,7	2 366,1
<b>SUMMA FINANSIERING</b>	<b>38 956,0</b>	<b>41 102,9</b>	<b>43 306,7</b>	<b>44 302,1</b>
<b>Beställarfunktioner</b>				
Landstingsstyrelsen	35 686,6	36 404,9	37 325,5	37 212,5
-varav hälso- och sjukvårdsutskottet	34 729,7	35 435,0	36 355,6	36 242,6
Kulturnämnden	266,5	251,6	251,6	251,6
Färdtjänstnämnden	753,6	745,3	743,6	743,6
Regionplane- och trafiknämnden	74,8	71,3	71,3	71,3
Patientnämnden	11,2	11,2	12,2	12,2
Revisorerna	25,6	29,1	29,1	29,1
<b>SUMMA LANDSTINGSBIDRAG</b>	<b>36 818,3</b>	<b>37 513,4</b>	<b>38 433,3</b>	<b>38 320,3</b>
AB Stockholms Lokaltrafik	3 860,9	3 819,9	4 270,9	4 702,9
Waxholms Ångfartyg AB	132,3	144,4	149,9	148,1
<b>SUMMA AKTIEÄGARTILLSKOTT</b>	<b>3 993,2</b>	<b>3 964,3</b>	<b>4 420,8</b>	<b>4 851,0</b>
<b>Producentfunktioner</b>				
Landstingsfastigheter Stockholm	298,0	458,6	541,1	404,5
Övriga producenter inom SLL-koncernen	-40,0	-22,8	-15,4	-16,3
<b>SUMMA PRODUCENTFUNKTIONER</b>	<b>258,0</b>	<b>435,8</b>	<b>525,7</b>	<b>388,2</b>
<b>RESULTAT SLL-KONCERNEN</b>	<b>-1 597,5</b>	<b>61,0</b>	<b>978,3</b>	<b>1 519,0</b>

**SLL-koncernens resultaträkning 2003-2006**

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
Verksamhetens intäkter	14 737,0	15 085,2	15 529,3	16 216,2
Verksamhetens kostnader	-49 407,0	-50 111,3	-51 216,4	-52 947,0
Avskrivningar	-1 418,0	-1 781,0	-1 921,2	-2 065,1
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-36 088,0</b>	<b>-36 807,1</b>	<b>-37 608,3</b>	<b>-38 795,9</b>
Skatteintäkter	38 805,0	41 582,0	43 555,0	45 659,0
Generella statsbidrag	1 875,0	1 920,0	2 105,0	2 120,0
Inkomst- och kostnadsutjämning	-5 258,0	-5 430,0	-5 689,9	-5 843,0
<b>Summa skatteintäkter, generellt statsbidrag och utjämning</b>	<b>35 422,0</b>	<b>38 072,0</b>	<b>39 970,1</b>	<b>41 936,0</b>
Finansiella intäkter	77,0	95,8	166,2	158,6
Finansiella kostnader	-1 009,0	-1 299,7	-1 549,7	-1 779,7
<b>Resultat</b>	<b>-1 598,0</b>	<b>61,0</b>	<b>978,3</b>	<b>1 519,0</b>



(resultat före bokslutsdispositioner och skatt )

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
<b>FÖRTROENDEMANNORGANISATIONEN</b>				
<b><i>Koncernledningsmannorganisationer</i></b>				
Koncernfinansiering	2 137,7	3 589,5	4 873,4	5 981,8
Landstingsstyrelsen	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Sjukvård</i></b>				
Hälsa- och sjukvårdsutskottet	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Trafik</i></b>				
AB Stockholms Lokaltrafik	-3 860,9	-3 819,9	-4 270,9	-4 702,9
Waxholms Ångfartygs AB	-132,3	-144,4	-149,9	-148,1
Färdtjänsten	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Övriga</i></b>				
Kulturnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Tandvårdsnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Patientnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Regionplane- och trafiknämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Revisorerna	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Summa förtroendemannaorganisationen</i></b>	<b>-1 855,5</b>	<b>-374,8</b>	<b>452,6</b>	<b>1 130,8</b>
<b>PRODUCENTORGANISATIONEN</b>				
<b><i>Sjukvården</i></b>				
Produktionsområdena	0,0	0,0	0,0	0,0
Södertälje sjukhus	0,0	0,0	0,0	0,0
Karolinska sjukhuset	0,0	0,0	0,0	0,0
Folk tandvården i Stockholms län AB	0,0	25,0	25,0	25,0
Danderyds Sjukhus AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Huddinge Universitetssjukhus AB	0,0	0,0	0,0	0,0
S:t Eriks ögonsjukhus AB	4,0	0,0	0,0	0,0
Södersjukhuset AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Norrtälje sjukhus AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulanssjukvården i Stockholm AB	0,0	-7,7	0,6	0,7
Stockholm Care AB	3,0	3,3	3,4	3,5
<b><i>Fastigheter</i></b>				
Locum-koncernen	2,0	5,0	4,0	3,0
Landstingsfastigheter Stockholm	298,0	458,6	541,1	404,5
<b><i>Övriga</i></b>				
Medicarrier AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Landstingshuset Stockholm AB	-51,0	-51,0	-51,0	-51,0
<b><i>Finansiering</i></b>				
Skadekontot	0,0	0,0	0,0	0,0
AB Stockholms läns landsting Internfinans	2,0	2,6	2,6	2,5

Summa producentorganisationen	258,0	435,8	525,7	388,2
Summa resultat SLL-koncernen	-1 597,5	61,0	978,3	1 519,0

### Balansräkning 2003-2006

	PROGNOS 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
Anläggningstillgångar	33 981	35 515	36 934	38 329
Omsättningstillgångar	7 173	7 532	7 914	8 314
<b>Summa tillgångar</b>	<b>41 154</b>	<b>43 047</b>	<b>44 848</b>	<b>46 643</b>
Eget kapital	629	568	410	1 929
varav årets resultat	2 149	61	978	1 519
Avsättningar	6 907	7 705	8 582	9 432
Långa skulder	22 277	22 505	21 708	19 464
Korta skulder	12 599	13 405	14 148	15 818
<b>Summa eget kapital och skulder</b>	<b>41 154</b>	<b>43 047</b>	<b>44 848</b>	<b>46 643</b>

## Finansieringsanalys 2003-2006

	Prognos 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
Årets resultat	- 2 149	61	978	1 519
Reavinster	-	- 60	- 150	- 45
Avskrivningar	1 562	1 781	1 921	2 065
<b>Kassaflöde från verksamheten</b>	<b>- 587</b>	<b>1 782</b>	<b>2 749</b>	<b>3 539</b>
Förändring av rörelsekapital	830	-	-	-
<b>Kassaflöde före investeringar</b>	<b>243</b>	<b>1 782</b>	<b>2 749</b>	<b>3 539</b>
Leasinginvesteringar	- 1 368	- 196	- 606	- 1 465
Övriga investeringar	- 2 788	- 3 120	- 2 734	- 1 995
Summa investeringar	- 4 156	- 3 316	- 3 340	- 3 460
<b>Kassaflöde efter investeringar</b>	<b>- 3 913</b>	<b>- 1 534</b>	<b>- 591</b>	<b>79</b>
Avsättningar, periodisering av skatteintäkter o övrigt	1 113	982	950	1 747
Försäljningar	-	70	194	45
Statsbidrag för investeringar	202	254	249	378
<b>Kassaflöde före lånefinansiering</b>	<b>- 2 598</b>	<b>- 228</b>	<b>802</b>	<b>2 249</b>
Lånebehov (+upplåning, - amortering)	1 882	365	- 1 027	- 3 286
Leasingfinansiering	981	- 137	225	1 037
<b>Finansiering, lån o leasing</b>	<b>2 863</b>	<b>228</b>	<b>- 802</b>	<b>- 2 249</b>
<b>Förändring av likvida medel</b>	<b>265</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Summa finansiering</b>	<b>2 598</b>	<b>228</b>	<b>- 802</b>	<b>- 2 249</b>
<b>Utgående likvida medel</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>
Utgående låneskuld	12 440	12 805	11 778	8 492
Utgående leasingskuld	8 737	8 600	8 825	9 862
<b>Total skuld</b>	<b>21 177</b>	<b>21 405</b>	<b>20 603</b>	<b>18 354</b>

*RESULTATRÄKNING FÖR KONCERNFINANSIERING ÅREN 2002-2006*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<i>S:a verksamhetens intäkter</i>	<b>7 731,9</b>	<b>8 234,0</b>	<b>8 362,1</b>	<b>8 801,6</b>	<b>9 113,9</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-5 120,0</b>	<b>-4 700,0</b>	<b>-5 331,2</b>	<b>-5 464,9</b>	<b>-6 747,8</b>
Skatteintäkter netto	29 586,4	35 422,0	38 072,0	39 970,0	41 936,0
Lämnade Landstingsbidrag	-32 788,9	-36 818,3	-37 513,4	-38 433,3	-38 320,3
Aktieägartillskott	-3 595,7	-3 993,2	-3 964,3	-4 420,8	-4 851,0
<b>Resultat</b>	<b>-4 186,3</b>	<b>-1 855,5</b>	<b>-374,8</b>	<b>452,6</b>	<b>1 130,8</b>

## Bilaga

### Minskade resursbehov i hälso- och sjukvården – sammanställning

#### Norrtälje sjukhus omstruktureras enligt ett närsjukvårdskoncept

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-43	-78	-78

#### Södertälje sjukhus omstruktureras i enlighet med ett närsjukvårdskoncept.

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-62	-112	-112

#### Sammanläggning av Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus AB

##### *Samordning thorax*

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-12,5	-50	-50

##### *Samordning, laboratoriemedicin*

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-15	-30	-30

##### *Samordning Öron, näsa, hals (ÖNH)*

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-7	-10	-10

##### *Uppdraget för akutmottagning, KS / minskad bassjukvård*

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	0	0	0

##### *Övrig samordning*

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-65,5	-400	-500

#### **Audiologi**

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-5	-7	-7

nya förutsättningar som uppstår när KS och HS slås ihop och SÖS resp. DS profileras mot mer renodlade akutsjukhus.

### Ögonsjukvård

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-7	-15	-25

### Hudsjukvård

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-11	-20	-20

### HIV

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-8	-15	-15

### Högekostnadsskyddet för sjukresor höjs

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-1,3	-1,3	-1,3

### Införande av patientavgift för viss medicinsk service

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-25,0	-57,5	-57,5

### Höjd patientavgift vid telefonrecept

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-4,0	-4,0	-4,0

### Hjälpmedel, höjda patientavgifter

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-29,7	-29,7	-29,7

### Borttagande av glasögonbidrag

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-1,4	-1,4	-1,4

### Sänkta bidrag till organisationer

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-1,5	-1,5	-1,5

### Sänkta anslag till vissa verksamheter

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-10,0	-10,0	-10,0

### Genomförandet av läkemedelsstrategin

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-142,0	-142,0	-142,0

### Reduktion av sjukgymnastik

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-19,0	-44,0	-47,0

### Företagshälsovården tecknar avtal om medicinsk service

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-2,0	-4,0	-4,0

### Tidningen Vårdguiden, sparbetning

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-2,3	-2,3	-2,3

### Uppsägning av vårdavtal med vissa privata vårdgivare

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	0,0	-80,0	-80,0

### Förändring av husläkarens roll, vårdgarantin samt tillämpning av tydliga prioriteringsprinciper

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-150,0	-200,0	-200,0

### Övrig ramreducering

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-393,4	-393,4	-393,4

## Investeringar 2004-2008 för Stockholms läns landsting

	<b>Investeringsutgifter (mkr)</b>				
	Budget	<b>Planering</b>			
	2004	2005	2006	2007	2008
Trafikanläggningar	1 794	2 086	2 425	1 019	814
Byggnader	924	649	421	358	291
Utrustning	585	598	601	344	345
Ombyggn i ext förhyrda lokaler	13	7	13	5	5
<b>Totalt</b>	<b>3 316</b>	<b>3 340</b>	<b>3 460</b>	<b>1 726</b>	<b>1 455</b>



	Total kostnad (mkr)			Investeringsutgifter (mkr)					
	Fastställd enl flerårsbudget 2003- 2008	Beräknad Totalkostnad enl ny plan	Akkumulerad förbrukning tom 2002-12-31	Prognos 2003	Budget 2004	Planering 2005	Planering 2006	Planering 2007	Planering 2008
	<b>Tunnelbana</b>								
Modernisering och upprustning	*	*	528,6	103,6	121,0	116,6	100,0	102,0	156,5
Upprustning av kanalisation tb 1-3	184,0	194,5	0,5	12,0	12,0	10,0	12,0	18,0	25,0
Utbyte av likriktarstationer	448,6	462,6	47,6	20,5	21,5	21,5	19,5	15,0	15,0
Frånskiljarskåp dim för vagn 2000	69,0	171,6	12,1	5,0	28,4	28,4	28,5	29,4	22,4
Nya tunnelbanevagnar, vagn 2000 till tb 2, 120st.	3 110,8	2 800,3	1 785,9	760,4	121,3	-	-	-	-
Nytt signalsystem för tb 2 -	750,0	750,0	-	1,0	-	162,0	96,0	90,0	7,0
Modernisering av stationer	*	*	88,8	82,6	75,4	33,5	63,0	52,6	51,5
Ombyggnad av elmatning depåer	145,0	150,2	5,2	45,0	26,5	11,0	47,5	15,0	-
Utbyte rulltrappor o hissar	*	*	169,8	44,0	44,0	40,0	40,0	48,0	48,0
<b>Pendeltåg</b>									
Nya pendeltågsvagnar 55 st fordon	4 114,2	4 113,9	1 359,7	72,5	70,9	849,8	1 396,6	359,7	2,9
Modernisering av pendeltågstationer	*	*	30,3	7,0	24,4	11,3	21,4	16,0	5,0
Ny pendeltågsdepå Upplands-Bro	790,6	790,0	8,8	190,0	400,0	160,0	31,2	-	-
Ny pendeltågsdepå Odensala	-	360,0	-	-	20,0	40,0	200,0	100,0	-
<b>Tvärbanan</b>									
Tvärbana Norr: Solna + Kista	2 303,8	2 686,0	17,7	4,6	-	-	-	-	-
Tvärbana Ost	1 801,2	1 795,0	0,0	4,0	-	-	-	-	-
<b>Lokalbanor</b>									
Spårbyte inkl växlar 2003-13 Roslagsbanan	*	*	11,5	-	5,1	18,0	-	44,7	-
Allmän upprustning av Roslagsbanan	*	*	67,0	10,0	45,0	3,0	50,0	17,0	13,0
Nya vagnar Lidingöbanan	216,0	216,0	-	-	-	-	-	-	216,0
Nya vagnar Nockebybanan	136,0	136,0	-	-	-	-	136,0	-	-
<b>Övriga</b>									
Anpassning AGAdepån	150,0	150,0	-	-	-	-	-	75,0	75,0
Lösen av spårdepåer, tomträtter	200,0	200,0	-	50,0	-	-	-	-	-
Omstrukturering av bussdepåer	810,1	736,5	2,3	3,0	2,3	70,0	100,0	138,9	150,0
Modernisering bytespunkter/busstterminaler	*	*	-	-	70,0	111,0	87,0	98,0	100,0
REKO - Nytt biljettsystem	264,0	307,6	19,5	16,5	119,7	117,5	17,2	17,2	-
Realtid - IT-stöd för kundkommunikation	146,0	157,0	7,0	67,0	70,0	49,0	13,4	-	-
Realtidssatsningen - fas 2	308,0	397,0	-	-	-	-	50,0	-	82,3
<b>Summa Specificerade Objekt</b>				<b>1 498,7</b>	<b>1 277,5</b>	<b>1 852,6</b>	<b>2 509,3</b>	<b>1 236,5</b>	<b>969,6</b>

bu 2004 bilaga 3 b/SL objekt/Irina Rehn/021028

	Total kostnad (mkr)			Investeringsutgifter (mkr)					
	Fastställd enl flerårsbudget 2003- 2008	Beräknad Totalkostnad enl ny plan	Ackumulerad förbrukning tom 2002-12-31	Prognos 2003	Budget 2004	Planering 2005	Planering 2006	Planering 2007	Planering 2008
	<b>Ospecificerade Objekt</b>								
Banor				306,0	194,4	162,6	110,6	104,2	160,2
Fordon				323,4	118,8	75,6	68,3	58,3	18,2
Trafikantläggningar				404,7	360,1	200,0	95,8	88,8	103,1
Fastigheter inkl. depåer				257,4	178,6	120,6	98,2	48,5	66,4
Övrigt				17,5	19,6	13,6	13,8	13,5	15,5
Reducering ospecificerade objekt				-	-150,0	-	-	-	-
<b>Summa Ospecificerade Objekt</b>				<b>1 309,1</b>	<b>721,5</b>	<b>572,4</b>	<b>386,7</b>	<b>313,2</b>	<b>363,3</b>
<b>S:a investeringsutgifter totalt</b>				<b>2 807,8</b>	<b>1 999,0</b>	<b>2 425,0</b>	<b>2 896,0</b>	<b>1 549,7</b>	<b>1 332,9</b>
<b>Finansiering</b>									
Statsbidrag				288,7	342,8	350,0	486,8	564,8	564,8
Extern Finansiering				1 422,2	317,0	730,0	1 560,0	809,0	70,0
Utlåning från SLL / Egna medel				1 096,9	1 339,2	1 345,0	849,2	175,9	698,1
<b>Summa finansiering</b>				<b>2 807,8</b>	<b>1 999,0</b>	<b>2 425,0</b>	<b>2 896,0</b>	<b>1 549,7</b>	<b>1 332,9</b>

## Investeringar 2004-2008 för Waxholms Ångfartygs AB

	Investeringsutgifter (mkr)						Kommentar
	Budget	Budget	Planering				
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
<b>1. Tidigare beslutade objekt</b>							
Fartyg under byggnad	30,0	24,9					
<b>2. Nya objekt</b>							
Fartygsoption I	18,0	48,1					
Fartygsoption II		48,1					
Isgående färja	15,0						
Fartyg III					18,0	30,0	
<b>Ospecificerade objekt</b>							
Byggnader							
Fartyg	15,3	12,9	10,3	12,0	12,0	12,0	
Mark- och kajanläggning							
Övrig utrustning	3,6	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0	
<b>S:a investeringsutgifter</b>	<b>81,9</b>	<b>137,7</b>	<b>10,7</b>	<b>16,0</b>	<b>34,0</b>	<b>46,0</b>	
<b>Finansiering</b>							
Avskrivningar	19,1	23,4	27,4	27,4	28,6	29,4	
Amorteringar	8,5	10,4	16,7	16,7	16,9	18,1	
<b>Utlåning till trafikbolag</b>	<b>71,3</b>	<b>124,8</b>	<b>0</b>	<b>5,3</b>	<b>22,3</b>	<b>34,6</b>	

## Byggnadsinvesteringar 2004-2008

	Total kostnad (mkr)			Investeringsutgifter (mkr)					Kommentar	
	Tidigare fastställd	Förslag till ny	Akkumulerad	Budget	Budget	Planering				
	produktions-	produktions-	förbrukning	2003	2004	2005	2006	2007		2008
	kostnad	kostnad	o m 2002-12-31							
<b>1. Pågående objekt</b>										
KS, F4 interimbyggnad akuten	121,7	121,7	6,4	74,0	41,0					Ev ändr användn utreds
KS, F1:00 ombyggnad av akuten	46,5	46,5	0,2	4,0	30,0	10,0				
KS, F1:01/02 ombyggn centralop	36,7	51,0	14,3	20,5	16,0					
KS, P8 Påbyggnad kunskapscentr		72,0	2,0	8,2		47,8	13,8			Senareläggs m a a 3S
KS Donation kunskapscentrum		-18,0		-4,0		-10,0	-4,0			"
KS, L1 ombyggnad	80,0	86,0	4,4	2,4	57,0	23,0				
HS, Ombyggnad A-IVA	27,5	27,5	3,5	18,0	6,0					
HS, Ombyggnad B76-B78	19,1	22,0	0,9	17,8	3,3					
SÖS, Barn o ungdomspsykiatri	139,0	139,0	3,1	23,1	81,2	30,6	1,0			
SÖS, Södra BB	32,1	32,1	0,3	20,0	12,0					
SÖS, Ombyggn för IVA/UVA	40,0	35,0	7,8	27,2						
SÖS, Ombyggn för Onkologi	93,8	118,0	90,3	27,7						
Bromma sjukhus by 47	324,9	262,0	155,0	103,0	4,0					Objektet reduceras
Bromma sjukhus by 20	87,9	84,1	73,1	11,0						
SÖS, Ombyggn för apoteket	21,4	21,4	0,6	1,6	15,8	4,0				
KS, K8 temporär reservkraft	24,5	20,0	6,4	3,6	10,0					
HS, Påbyggnad C2	153,2	146,4	91,8	54,6						
SÖS, Reservkraft	29,6	29,6	22,1	7,5						
Jakobsbergs sjh, brandåtgärder				3,0	19,0					
KS, Reservkraft inkl spänningoml	294,6	311,6	0,6	61,0	167,0	50,0	33,0			
Ospec objekt < 20 mkr				398,2	161,9	7,6	0,0	0,0		Reduc 7 mkr avs St Erik
<b>S: pågående objekt</b>				<b>882,4</b>	<b>624,2</b>	<b>163,0</b>	<b>43,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	

## Byggnadsinvesteringar 2004-2008

	Total kostnad (mkr)			Investeringsutgifter (mkr)					Kommentar	
	Tidigare fastställd produktionskostnad	Förslag till ny produktionskostnad	Akkumulerad förbrukning o m 2002-12-31	Budget 2003	Budget 2004	Planering 2005	2006	2007		2008
<b>2. Nya objekt</b>										
<b>Landstingsfastigheter Stockholm</b>										
HS, kraftförsörjning lågspänning				0,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	
Sollentuna Brandskyddsåtgärder				1,5	18,5					
Dalenssjukhus, brandskydd sprinkling					11,5	11,5				
Ospec objekt <20 mkr				6,0	115,0	212,5	250,5	284,5	284,5	Reduc 15 mkr avs 2004
<b>S:a nya objekt LFS</b>				<b>8,0</b>	<b>150,5</b>	<b>229,5</b>	<b>256,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	
<b>Norrtälje sjukhus</b>										
Ospec objekt < 20 mkr					2,0	1,5				
<b>S:a nya objekt Norrtälje sjukhus</b>				<b>0,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Danderyds sjukhus</b>										
Ospec objekt < 20 mkr					16,8	44,0	32,0	24,0		
<b>S:a nya objekt Danderyds sjukhus</b>				<b>0,0</b>	<b>16,8</b>	<b>44,0</b>	<b>32,0</b>	<b>24,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Karolinska sjukhuset</b>										
Ospec objekt < 20 mkr					33,3	31,8	13,0	0,0	0,0	Endast prio 1 för 2004
<b>S:a nya objekt Karolinska sjukhuset</b>				<b>0,0</b>	<b>33,3</b>	<b>31,8</b>	<b>13,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	

## Byggnadsinvesteringar 2004-2008

	Total kostnad (mkr)			Investeringsutgifter (mkr)				Kommentar		
	Tidigare fastställd	Förslag till ny	Akkumulerad	Budget	Budget	Planering				
	produktions- kostnad	produktions- kostnad	förbrukning o m 2002-12-31	2003	2004	2005	2006		2007	2008
<b>Södersjukhuset</b>										
Ospec objekt < 20 mkr					57,8	77,5	40,0	31,2		IT/MTA o ASA sen lägn
<b>S:a nya objekt Södersjukhuset</b>				<b>0,0</b>	<b>57,8</b>	<b>77,5</b>	<b>40,0</b>	<b>31,2</b>	<b>0,0</b>	
<b>Huddinge sjukhus</b>										
Gastro K71-73		18,0	0,0			18,0				
C2, plan 9, kontor		25,0	0,0			25,0				
Plan 7 (alt8) BKO		35,0	0,0				35,0			
Njurmedicin dialys K87-89		16,0	0,0			16,0				
Ospec objekt < 20 mkr					12,6	39,5	0,0	12,0	0,0	
<b>S:a nya objekt Huddinge sjukhus</b>				<b>0,0</b>	<b>12,6</b>	<b>98,5</b>	<b>35,0</b>	<b>12,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Södertälje sjukhus</b>										
Ospec objekt < 20 mkr				4,0	10,0					
<b>S:a nya objekt Södertälje sjukhus</b>				<b>4,0</b>	<b>10,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Beställarkontoret vård</b>										
Ospec objekt < 20 mkr					5,0					Ombyggn Sollentuna sjh
<b>S:a nya objekt BKV</b>				<b>0,0</b>	<b>5,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	

## Byggnadsinvesteringar 2004-2008

	Total kostnad (mkr)			Investeringsutgifter (mkr)						Kommentar
	Tidigare fastställd produktionskostnad	Förslag till ny produktionskostnad	Akkumulerad förbrukning o m 2002-12-31	Budget 2003	Budget 2004	Planering 2005	2006	2007	2008	
<b>Stockholms produktionsområde</b>										
Ospeg objekt < 20 mkr					4,2	1,2	1,2	0,8	0,8	1 mkr 2004 utredn Ros-d
<b>S:a nya objekt SPO</b>				<b>0,0</b>	<b>4,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	
<b>Södra länets produktionsområde</b>										
Ospeg objekt < 20 mkr					8,0	2,0				
<b>S:a nya objekt SLPO</b>				<b>0,0</b>	<b>8,0</b>	<b>2,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>S:a investeringsutgifter totalt</b>	1572,5	1701,9	482,8	894,4	924,4	649,0	421,0	358,0	290,8	

### Ytterligare objekt som kan bli aktuella under planeringsperioden. Utredningar pågår.

Ny sjukhusbyggnad DS - 450 mkr

Ny rättspsykiatriskt anstalt vid HS - 110 mkr

ADR logistik KS - 180 mkr

Operationscentralen HS - 244 mkr

Allaktivitetshus Raketen HS - 80 mkr

Ombyggnad Rosenlund - 55 mkr

Akutmottagningen HS, Ny förlossningsavd HS, AVA M41-43 HS

## Utrustningsinvesteringar 2004-2008

	Investeringsutgifter (mkr)					Kommentar
	Budget	Planering		2007	2008	
	2004	2005	2006			
<b>Beställarkontoret Vård</b>						
Ospec objekt <10 mkr	15,7	0,0	0,0	0,0	0,0	10 mkr reserv för PACS
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>15,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Norra länet produktionsområde</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>	
<b>Stockholms produktionsområde</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	19,7	14,8	13,3	12,0	12,4	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>19,7</b>	<b>14,8</b>	<b>13,3</b>	<b>12,0</b>	<b>12,4</b>	
<b>Södra länets produktionsområde</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>14,4</b>	<b>14,4</b>	<b>14,4</b>	<b>14,4</b>	<b>14,4</b>	
<b>Södertälje sjukhus</b>						
Summa objekt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Karolinska sjukhuset</b>						
Accelerator 5 och 6	15,5	15,5				
Accel brum 2 (byte)	20,0					
Accel brum 1 (byte)		15,0				
Accel brum 8 (byte)			30,0			
Accel brum 7 (byte)			20,0			
Nuklearmed PET			11,0			
Simulator 2/CT sim			12,0			
MR kamera neuro R3			15,0			
Mutislice CT ADR	12,0					
CT/PET ADR/RAH		25,0				
MR kamera ADR		15,0				
Tryckkammare		16,0				
Akuthuset		10,0				
Matvagnar	8,5					
Rörpost	8,5					



	Investeringsutgifter (mkr)					Kommentar
	Budget	Planering				
	2004	2005	2006	2007	2008	
Köksutrustning	8,5					
Ospec objekt < 10 mkr	79,6	78,0	91,0	0,0	0,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>152,6</b>	<b>174,5</b>	<b>179,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Danderyds sjukhus</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	47,6	53,8	53,8	0,0	0,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>47,6</b>	<b>53,8</b>	<b>53,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Huddinge sjukhus</b>						
Datortomograf	13,0					1 mkr bygg tillkommer
Kedjetransportanläggning	16,5					
2 Barnröntgenlab		15,0				2,5 mkr bygg tillkommer
MR kamera		18,8				2 mkr bygg tillkommer
2 Linjäracceleratorer		42,0				
Operationscentralen				30,0	38,0	
Angiograf					13,0	2 mkr bygg tillkommer
Datortomograf					17,8	1 mkr bygg tillkommer
Ospec objekt < 20 mkr	101,4	73,0	148,8	118,8	80,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>130,9</b>	<b>148,8</b>	<b>148,8</b>	<b>148,8</b>	<b>148,8</b>	
<b>St Eriks Ögonsjukhus</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	
<b>Södersjukhuset</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	83,1	77,3	76,0	76,0	76,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>83,1</b>	<b>77,3</b>	<b>76,0</b>	<b>76,0</b>	<b>76,0</b>	
<b>Norrtälje sjukhus</b>						
Summa objekt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Ambulanssjukvården i Sthlm</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	2,8	5,0	5,0	5,0	5,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>2,8</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	

	<b>Investeringsutgifter (mkr)</b>					<b>Kommentar</b>
	Budget	Planering				
	2004	2005	2006	2007	2008	
<b>Locum AB</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	2,1	2,2	2,3	0,0	0,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>2,1</b>	<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Färdtjänsten</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	13,8	0,8	0,9	0,7	0,9	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>13,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	
<b>Regionplanekontoret</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	
<b>Folktandvården</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	31,1	36,6	36,6	36,6	36,6	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>31,1</b>	<b>36,6</b>	<b>36,6</b>	<b>36,6</b>	<b>36,6</b>	
<b>Landstingsrevisorerna</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	
<b>Patientnämnden</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>MediCarrier</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	2,1	3,0	1,6	0,5	0,3	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>2,1</b>	<b>3,0</b>	<b>1,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	
<b>Landstingsstyrelsen</b>						
Ospec objekt < 10 mkr	44,6	42,1	44,8	25,5	26,3	
<b>Summa investeringsutgifter</b>	<b>44,6</b>	<b>42,1</b>	<b>44,8</b>	<b>25,5</b>	<b>26,3</b>	
<b>Totalt utrustningsinvesteringar</b>	<b>584,8</b>	<b>597,5</b>	<b>600,8</b>	<b>343,7</b>	<b>344,9</b>	

## Taxor och avgifter

### *Hälso- och sjukvård*

#### **Öppen sjukvård**

Barn och ungdom under 18 år	0:-
Barn och ungdom under 18 år - besök på akutmottagning på sjukhus	140:-
Besök hos husläkare (inkl specialist i allmänmedicin)	140:-
Besök vid s.k. jourmottagning/närakut (lättakut)	140:-
Läkarbesök i särskilda boendeformer för service och omvårdnad	0:-
Läkarbesök och sjukvårdande behandling i hemsjukvård	0:-
Besök på akutmottagning på sjukhus/specialistakut	260:-
Besök hos specialistläkare (inkl. gynekolog)	260:-
Första besök hos specialistläkare efter remiss från husläkare	120:-
Besök hos geriatriker	140:-
Besök hos dagvård	(+140) 260:-
Besök hos övriga vårdgivare (sjukvårdande behandling) (paramedicinare d v s sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, logoped, psykolog samt kurator)	140:-
Efterföljande behandling hos övriga vårdgivare (sjukvårdande behandling) (paramedicinare d v s sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, logoped, psykolog samt kurator )	70:-
Besök hos distriktssköterska	70:-
Mammografi screening	140:-
Gynekologisk screening	140:-

## **Sluten vård**

Barn och ungdom under 18 år	0:-
Personer över 18 år och äldre (inkl personer över 70 år)	80:-
Personer under 40 år med hel förtidspension/sjukbidrag, 30 första dygnen vid varje vårdtillfälle	40:-

## **Övriga avgifter**

Sjukresor	140:-
Läkarkonsultation per telefon om läkaren skriver recept (+20)	80:-
Extra avgift när läkaren gör hembesök	60:-
Avgift för uteblivet besök på hjälpmedelscentral, syncentral och hörselklinik	240:-
Expeditionsavgift för kreditbesök	15:-
Påminnelseavgift	45:-

## **Högekostnadsskydd**

Högekostnadsskydd för sjukresor, per 12-mån period (+200) (färdtjänst ingår ej)	1 400:-
Högekostnadsskydd för tekniska hjälpmedel	2 000:-

## **Nya avgifter 2004**

Avgift för röntgen samt fyslab/neurofyslab (fr o m 1/6) (ingår i högekostnadsskydd för sjukvård)	100:-
---	-------

## Taxor och avgifter

Bilaga

### Trafiktaxor

<i>AB Storstockholms Lokaltrafik</i>	<i>Helt pris</i>	<i>Övriga</i>
Månadskort/30-dagarskort	600:-	360:-

### Waxholms Ångfartygs AB

Månadskort/30-dagarskort	700:-	420:-
Ö-kort (avgift per kort och år)	360:-	- -
Kontantbiljett i hamntrafik	25:-	20:-

### Färdtjänst

Färdtjänstresor med taxi:

Pris per resa (en resa = 30 km)	70:-	- -
Minimiavgift "bil på gatan"	50:-	- -
Högekostnadsskydd	600:-	360:-

<b>Hjälpmiddelsavgifter</b>	<b>Nya avgifter/höjningar föreslås</b>	<b>Gällande/nya avgifter från och med 2004-01-01</b>
Hyesavgift, enkla bashjälpmedel vid tillfälliga behov, max 6 mån		100:-/3 mån
Hyesavgift, övriga hjälpmedel vid tillfälliga behov		Pris enligt fastställd prislista
Hörapparater, avgiftsbefrielse för barn under 18 år		600:-
Ortopediska skor, vuxna (ingår ej i högkostnadsskydd)	<b>+200:-/par</b>	<b>1000:-/par</b>
Ortopediska skor, barn (ingår ej i högkostnadsskydd)	<b>+100:-/par</b>	<b>500:-/par</b>
Ortoser		20% av kostnaden, min 600:-, max 1000:- Barn under 18 år halv avgift Högst 2 avgifter tas ut per förskrivningstillfälle. Avgiftsbefrielse gäller vid: vår på sjukhus mer än 2 veckor, medicinska indikationer fastställda i Hjälpmedelsförteckningen.
Hyesavgift för TENS-hjälpmedel		100:-/månad i max 6 månader
Hyesavgift för CPAP-utrustning		100:-/månad
Kontaktlinser/glasögon vid afaki/dubbelseende		Max 1000:-/ år
Uteblivet besök på hjälpmedelscentral, syncentral, hörselklinik (ingår ej i högkostnadsskydd) (Om besöket inte avbeställts 4 tim innan utsatt tid)		240:-
Förband	<b>+30:-</b>	<b>200:-/3 månader</b>
Nutrition och kosttillägg	<b>+30:-</b>	<b>200:-/månad</b>
<b>Avgift för besök på syncentral</b> <b>Avgiftsbefrielse för barn under 18 år</b> <b>(Föreslås ingå i högkostnadsskydd för sjukvårdande behandling)</b>	<b>70:-/besök</b>	<b>70:-/besök</b>
<b>Avgift för inkontinenshjälpmedel</b>	<b>200:- per uttag</b>	<b>200:- per uttag</b>

## **AKUTOMHÄNDERTAGANDE I NORRTÄLJE OCH SÖDERTÄLJE**

### **Inledning**

Efter en omdaning av Norrtälje respektive Södertälje akutsjukhus till moderna närsjukhus, som ingår i ett totalt närsjukvårdskoncept, kommer de allra flesta akut sjuka fortfarande att få sin hjälp i närområdet. För svårare akuta tillstånd kommer, på det sätt som redan gäller för många patientgrupper, Danderyds respektive Huddinge sjukhus att vara förstahandsalternativ.

Vilka patienter skulle då kunna tas om hand i Norrtälje/Södertälje efter förändringen ?

### **Äldre med multiproblem**

Nära samverkan mellan primärvården, geriatriken, den avancerade hemsjukvården och kommunen gör att de flesta äldre personer med multiproblem kan vårdas i hemmet och i öppen vård. Vid behov av akuta insatser kan många få hjälp vid Norrtälje och Södertälje sjukhus geriatriska kliniker, som ska ha direktintag och akutgeriatrisk inriktning. I det akutgeriatriska uppdraget kan delar av dagens internmedicin vid de båda sjukhusen inkluderas. Det slutgiltiga antalet vårdplatser inom geritrik/internmedicin som på detta sätt blir kvar vid de båda sjukhusen kan behöva justeras uppåt i den fortsatta processen.

Läkare finns sålunda tillgänglig alla tider på dygnet, vilket innebär att en fortsatt utveckling av denna typ av vård kan stimuleras med allt större möjligheter lokalt. Patienter med stora medicinska behov eller behov av omedelbar kirurgisk åtgärd, behandlas på akutsjukhus.

### **Barn**

Självfallet kommer primärvården att även i fortsättningen ta hand om merparten av alla barn, som behöver sjukvård.

- Norrtälje

På den närakut, som finns öppen dygnet runt, kommer de allra flesta barn att tas om hand t ex sådana med allergiska besvär, astma, övre luftvägsinfektioner och andra infektioner. Barn med smärre skador omhändertas också, t ex

vrickningar och sårskador. En möjlig utveckling kan vara tillgång till observationsplats på sjukhuset för t ex långväga patienter.

- Södertälje

Närakut enligt ovan kan omhänderta samma sjukdomspanorama dygnet runt alla veckans dagar. Natttid kommer jourläkarbil att kunna ge god service till de flesta men vid behov av behandling för t ex astma är närheten till Huddinge barnklinik skäl för att det är där man tar om hand en större del av problemen nattetid.

### **Kroniskt sjuka**

Med en väl utbyggd öppenvård av specialister med nära anknytning till primärvården i Norrtälje/Södertälje kommer de allra flesta behov att kunna tillfredställas på plats. Goda resurser för utredning finns kvar på sjukhusen. De som ofta behöver sjukvårdens hjälp, skall ha tillgång till detta i närområdet.

### **Tillfälligt sjuka med kortvariga vårdbehov**

De flesta människor har några gånger i livet behov av läkarvård och då skall primärvården vara förstahandsalternativet. Här finns också närakuterna på Norrtälje/Södertälje sjukhus som ett alternativ.

Lättare frakturer, sårskador, infektioner och andra akuta sjukdomar kan tas om hand. På dagtid finns tillgång till röntgen och laboratorium. God tillgång kommer att finnas på specialister.

### **Den prehospitala vården (ambulans, helikopter, jourbil)**

Utvecklingen inom denna del av vården går snabbt. Norrtälje är först med att testa ett nytt datorstött system för kontakt mellan ambulans och akutmottagning vilket ger möjlighet både till mer avancerad sjukvård i ambulansen men också bättre styrning av vart man skall åka. Södertälje har samma utveckling vad gäller vården men har relativt korta transportsträckor till Huddinge sjukhus. Denna utveckling möjliggör den lösning som föreslås. I den fortsatta processen och den upphandling av ambulanssjukvård som står för dörren bör den prehospitala vården i Södertälje och Norrtälje kunna vidareutvecklas. Vid dessa ambulanscentra bör möjligheterna till nära samarbete såväl med närsjukhusen i Södertälje och Norrtälje som med Danderyds resp. Huddinge sjukhus kunna tillvaratas. Tillkommande resurser i form av jourläkarbilar blir en viktig förstärkning av den prehospitala vården.

Helikopterresurser riktas mot norra länet och blir än tillförlitligare.



### **Primärvårdens roll**

Primärvårdens och husläkarnas roll stärks i den framtida sjukvårdsstrukturen. Detta görs bla via klargörande av husläkarens roll som lots i systemet. Ersättningssystemet stimulerar till ökat teamarbete och en ökad prestationsersättning stimulerar till att ge snabb service.

Primärvården kommer genom denna ökade tydlighet att bli en attraktiv arbetsplats och antalet läkare ökar och kontinuiteten förbättras.

### **Utveckling av närsjukhuskonceptet**

Utvecklingsmöjligheterna är mycket stora. Med en väl genomförd organisation där man ser till helheten skulle vi kunna ta fram koncept för modern närsjukvård i Norrtälje/Södertälje. Mycket få patienter skall i framtiden behöva en högre omhändertagandenivå än den som ges i Norrtälje / Södertälje och skall i dessa fall komma till mycket högklassig vård med fullt utbud av behandlingsalternativ. Att bygga denna effektiva struktur är just vad 3S-utredningen handlar om. Närsjukvårdskonceptet skall även omfatta viss elektiv kirurgi.

När Nacka akutsjukhus omvandlades till närsjukhus var visionen att betydligt fler patienter skulle ha nytta av sjukhuset efter omvandlingen. Detta har visat sig stämma. Nästa steg i utvecklingen är att främja samverkan mellan primärvården, närsjukhusen och kommunala vårdinsatser.

## **Förslag**

### **Akut omhändertagande i Norrtälje**

#### **- Primärvården**

Primärvården är basen i närsjukvården och kommer även i framtiden att ta hand om den stora volymen akut sjuka. Förbättrade styrsystem och en tydlig roll gör att kontinuitet och kompetens förbättras.

#### **- Lokal sjukvårdsrådgivning**

Närsjukhuset nås via ett telefonnummer där kvalificerad sjukvårdsrådgivning ges, tider till primärvården och närakuten kan också bokas och kontakt med jourläkarbil, psykiatri och hemsjukvård etableras. Den lokala sjukvårdsrådgivningen har öppet dygnet runt.

#### - Akutmottagning

En akut öppen dygnet runt etableras bemannad med tre till fyra läkare varav minst en är allmänläkare. Dagtid vardagar och i vissa fall även kvällstid finns tillgång till specialistläkarmottagning inom nio specialiteter. Dessa specialister kan vid behov även stätta akutverksamheten. Röntgen och lab är tillgängligt.

Primärvårdens jourcentral samordnas med närakuten. De allra flesta patienter kan tas om hand på denna närakut, som är öppen dygnet runt. Nattetid bemannas närakuten av en läkare och sjuksköterska som har samordnande funktion för vården i området och tar emot akut sjuka som inte behöver det fullständiga akutsjukhusets resurser.

Geriatrik/internmedicin på sjukhuset kommer att ha direktintag via närakuten eller direkt från hemmet.

#### - Ambulanssjukvården

I Norrtälje finns ambulanserna i direkt anslutning till sjukhuset. De två dygnsambulanserna där utökas med ytterligare en ambulans 08-22. En heldygnsambulans finns stationerad i Hallstavik. Vi avser att öka med en dagambulans till någonstans i området och räknar just nu på var den gör mest nytta vad gäller kortare insattider. Kostnaderna inräknade i ursprungligt förslag. Se även sid. 2 om prehospital vård.

#### - Jourläkarbil

Det kommer att finnas tillgång till insatser via jourläkarbil för framför allt bedömning i hemsjukvård eller på särskilda boenden. Akuta inläggningar av framför allt äldre kommer här att kunna förebyggas.

#### - Kostnader

Utökat öppethållande nattetid vid närakuten, ökad kostnad jämfört med tidigare förslag	7 milj kr per år.
---	-------------------

### **Akut omhändertagande i Södertälje**

#### **- Primärvården**

Primärvården är basen i närsjukvården och kommer även i framtiden att ta hand om den stora volymen akut sjuka. Förbättrade stysystem och en tydlig roll gör att kontinuitet och kompetens förbättras.

#### **- Lokal sjukvårdsrådgivning**

Närsjukhuset nås via ett telefonnummer där kvalificerad sjukvårdsrådgivning ges, tider till primärvården och närakuten kan också bokas och kontakt med jourläkarbil, psykiatri och hemsjukvård etableras. Den lokala sjukvårdsrådgivningen har öppet dygnet runt.

#### **- Akutmottagning**

En akut etableras bemannad med allmänläkare hela dygnet. Vardagar dagtid och i vissa fall kvällstid finns möjlighet att få hjälp av specialister från de mottagningar som finns vid närsjukhusets specialistmottagningar inom totalt nio specialiteter. Röntgen och lab är tillgängligt.

Primärvårdens nuvarande jourmottagning samordnas med närakuten. De allra flesta patienterna kan tas om hand på denna närakut, som är öppen dygnet runt. Nattetid bemannas närakuten av en läkare och sjuksköterska som har samordnande funktion för vården i området och tar emot akut sjuka som inte behöver det fullständiga akutsjukhusets resurser.

Geriatrik/internmedicin på sjukhuset kommer att ha direktintag via närakuten eller direkt från hemmet.

#### **- Ambulanssjukvården**

Ambulanserna är stationerade centralt i Södertälje för att ha så förmånligt läge som möjligt vad gäller insatstider. Ytterligare en ambulans planeras 9-22 för den ökade transporttiden till Huddinge sjukhus. Se även sid. 2 om prehospital vård.

#### **- Jourläkarbil**

Nattetid finns insatser via en jourläkarbil i området som möjliggör hembesök till akut sjuka barn, andra akut sjuka personer, hjälper hemsjukvården med bedömningar av sjuka äldre etc. Här kan många inläggningar förhindras och framför allt behov av besök på akutsjukhusens akutmottagningar.

Jourläkaren skall ha möjlighet att lägga in direkt på geriatriken Södertälje närsjukhus.

- Förlossning och elektiv gynekologisk kirurgi  
Se särskilt PM.

- Kostnader

Ökad kostnad för närakut och sjukvårdsrådgivning	13 milj kr
Avveckling av nuvarande jourcentral	5 milj kr
Ökad nettokostnad jämfört med tidigare förslag	8 milj kr / per år

Lars-Bertil Arvidsson

Göran Stiernstedt

Nedan följer en beskrivning av verksamhetsförändringar som ingår i HSU: s budgetunderlag 23 september inom de ramar och direktiv som landstingsstyrelsen fastställde 22 april. De redovisade kostnadseffekterna är förändringar inom ram och förändrar därför inte totalramen. De redovisade kostnadseffekterna avser år 2004.

<b>Beslutade, föreslagna och planerade verksamhetsförändringar inom HSU: s budgetram från 22 april</b>	<b>Tidpunkt för genomförande</b>
<b>Beställaravdelning Söder</b>	
Flyttning av distriktssköterskemottagning i Mölnbo till Järna	Våren 2004
Besparingar inom psykiatri i Södertälje	Hösten 2003
Uppdraget till Nynäshamns primärvård gällande utökat öppethållande kvällar och helger har upphört.	15 sept 03
Flyttning av jourmottagningen i Huddinge Centrum till en närakut i anslutning till Huddinge sjukhus (gamla psykakuten)	2004
Indragning av ersättningen för en läkartjänst för hembesök på Sydjouren	03-01-01
I samband med närsjukvårdsutvecklingen och bl a uppbyggnad av närakuter gör också en översyn av vårdstrukturen på det lokala planet. Bl a diskuteras ett antal sammanslagningar av vårdcentraler, 4-5 olika sammanslagningar diskuteras för närvarande. Ev kan någon påbörjas 2004 annars 1/1 2005	04/05
I avtalet med Huddinge sjukhus ingår att HS lägger ner den öronmottagning de driver på Södertälje sjukhus. Specialiteten behövs lokalt varför en privat specialist kan tillföras. Det finns en etablering som kan utnyttjas.	04-01-01
Psykiatri unga vuxna (16-25 år) i Nacka och Södertälje, permanentning av tidigare projekt	04-05-01
Studsverksamhet i Södertälje, permanentning av tidigare projekt	04-01-01
MiniMaria, permanenta verksamheten i Botkyrka, ny verksamhet i Nynäshamn och Södertälje	04-01-01
Prestationsersättning i primärvården, gemensamt försöksprojekt inom BKV	04-01-01
<b>Summa utökningar</b>	<b>10,7</b>
<b>Summa reduceringar</b>	<b>-7</b>
<b>Beställaravdelning Stockholm</b>	
Utbyggnad av två husläkarteam i Stenhamra inkl med service	1/1
Översyn primärvården Järva	1/10 2004
Nya husläkarteam i Rinkeby	1/3
Upphandling av Blackebergs VC, effektivisering	1/4
Satsning på ungdomsmottagningar i Västerort	1/3

Utveckla vårdkedjor för akut omhändertagande för äldre i hemmet. Ger besparing i sluten geriatrik.	1/5
Projektmedel Bassängverksamheten Bromma sjukhus	1/1
Utökning och permanentning av projektet "ta rätt väg in i vården" Minskar kostnaderna för SÖS-akuten i motsvarande grad fr.o.m. 2005 (-2)	Kv 1 -04
Omstrukturering av Hökarängens vårdcentral till äldrevårdskoncept. Avtalet med vårdgivaren upphör.	04-maj
Närsjukvårdsprojekt i Skärholmen, samverkansprojekt mellan staden och landstinget i syfte att effektivisera vården för invånarna i Skärholmen.	1 okt 2004
Översyn och förändring av Sydjurens uppdrag	01-jan
Översyn av primärvården i stadsdelarna Hägersten, Liljeholmen och Älvsjö	1 dec 2004
Satsning på ungdomsmottagningar inom Stockholm	Kv 1-04
Psykiatrisk kompetens på vårdcentralerna (kurator, psykolog, psykiatriker)	Kv 2-04
Utökad uppdrag jourbil p g a Sydjurens förändring	Kv 2-04
Översyn husläkare Östermalm vad gäller ersättningssystem och läkartäthet. Avtalet med Läkarhuset Sibyllegatan KB förlängs ej efter 31 mars 2004 och översyn av HLM. Gärdet och Hjorthagens strukturer är delar i den översynen.	
Avtalet med Studentpsykologmottagningen förlängs ej efter 2003. Beslut fattas av HSU 21/10	1 jan 2004
Utveckla vårdkedjor för akut omhändertagande för äldre i hemmet	Kv 2-04
Nedläggning av Äldreteamet Stockholmsgeriatriken Beslut fattat i HSU 23 sep	1/1
Sammanläggning av geriatriken på Rosenlund/Dalen Beslut fattat 2003. Överenskommelse undertecknad. Besparingen avser dels lägre belopp i Vök 2004 jmf 2003 (10 mkr) och dels utebliven uppräknings ca 4 %.	1/1
Utökning av specialistinsatser (läkare och sjuksköterskor) vid Stockholms stads Maria Ungdomsenheter Planerat tilläggsavtal 2004	1/1
Effekter av återhållsamhet vid tecknande av avtal inom primärvården	1/1
Gemensamma objekt BKV Nedanstående objekt ingår i gemensam habilitering och finansieras via anslag.	
Nytt autismcenter Nytt arbetssätt införs med tidiga och fokuserade insatser	1/3
Utökning 10 platser intensivträning till förskolebarn med autism	Kv 1-04
Extra stöd till barn över 10 år med Aspergers syndrom	1/3
Utökning utredning av vuxna med neuropsykiatrisk problematik	1/3
<b>Summa utökningar</b>	<b>51,25</b>
<b>Summa reduceringar</b>	<b>39,95</b>



<p>Akutsjukvård</p> <p>Nedan följer exempel på kostnadsreducerande åtgärder inom sjukhusen för att uppnå redan given ram.</p>	<p><b>Tidpunkt för genomförande</b></p>
<p>Danderyds sjukhus</p> <p>Opreciserad kostnadsreducering. Förslag tas fram under året. Åtgärder som påverkar sjukhusets produktion genomförs först efter samråd mellan parterna.</p>	<p>2004</p>
<p>Huddinge sjukhus</p> <p>Klaras i huvudsak genom redan vidtagna och planerade åtgärder med undantag för nedläggning öron- näs- och halsklinikens filialmottagning vid Södertälje - 10,6 Mkr</p>	<p>2004</p>
<p>Norrtälje sjukhus</p> <p>Förslag tas fram under året. Åtgärder som påverkar sjukhusets produktion genomförs först efter samråd mellan parterna.</p> <p>Reducering paramedicin</p> <p>Lungcancerutredning tas över från KS ev även cytostatikabehandling</p>	<p>2004</p>
<p>Karolinska sjukhuset</p> <p>Minskning av planerade besök.</p>	<p>2004</p>
<p>Södersjukhuset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stopp för inhyrd personal</li> <li>- Förändring av jourlinjer</li> <li>- Förbättrad läkemedelshantering</li> <li>- Effektivare administration</li> <li>- Samarbete/arbetsfördelning sjukhus-närsjukvård</li> </ul>	<p>2004</p>



Landstingsstyrelsen

**Förslag till budget 2004 med planeringsår 2005 – 2006 och investeringsplan 2004 – 2008**

---

## ÄRENDET

Koncernledningens förslag till budget 2004 med planeringsår 2005 – 2006 och investeringsplan 2004 – 2008

## FÖRSLAG TILL BESLUT

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

- att fastställa budgeten för Stockholms läns landsting för år 2004 samt flerårsberäkningar för åren 2005-2006
- att fastställa landstingsskatten till 11,97 kronor per skattekrona.
- att fastställa Stockholms läns landstings driftsbudget för år 2004 i enlighet med koncernledningens förslag till landstingsbidrag/tillskott, resultat- och avkastningskrav för respektive nämnd/styrelse och bolag
- att fastställa taxor och avgifter enligt vad som föreslås i bilaga
- att bemyndiga landstingsstyrelsen att fastställa justeringar av teknisk art avseende denna budget
- att förvaltningar och bolag senast den 31 januari 2004 överlämnar nämnd/styrelse behandlade budgetar till landstingskontoret i enlighet med de anvisningar som koncernledningen utfärdar på landstingsstyrelsens uppdrag
- att uppdra till landstingsstyrelsen att senast vid fullmäktigesammanträdet i mars 2004 anmäla nämnders/styrelsers och bolags budgetar för perioden 2004-2006
- att uppdra till förvaltningar och bolag att till landstingsstyrelsen avlämna månadsbokslut, prognoser, delårsbokslut, årsbokslut, personalbokslut, miljöbokslut, årsredovisning och i övrigt erforderliga underlag för landstingets koncernbokslut och övrig uppföljning i enlighet med de anvisningar koncernledningen utfärdar på landstingsstyrelsens uppdrag
- att fastställa investeringsplan för Stockholms läns landsting för perioden 2004-2008 enligt vad som föreslås i bilagan

2003-10-15

- att fastställa utlåningsvolymer för AB Storstockholms lokaltrafik och Waxholms Ångfartygs AB avseende år 2004 enligt bilagan
- att lägga samman Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus AB fr o m den 1 januari 2004
- att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att besluta om överlåtelseavtal mellan Stockholms läns landsting och Huddinge Universitetssjukhus AB
- att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att i övrigt till fullmäktige förbereda de övriga beslut som krävs med anledning av sammanläggningen
- att uppdra åt styrelserna för Norrtälje sjukhus AB respektive Södertälje sjukhus att utveckla närsjukvårdskonceptet i samråd med landstingsstyrelsen
- att upphäva vårdgarantin fr o m den 1 januari 2004
- att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att utforma förslag till vårdgaranti fr o m 1 januari 2005
- att införa generellt anställningsstopp inom Stockholms läns landsting fr o m den 1 januari 2004 för tillsvidareanställda och tidsbegränsade anställningar över tre månader (inkl nya ST-anställningar)
- att uppmana samtliga landstingsägda aktiebolag att fatta motsvarande beslut om anställningsstopp
- att uppdra åt landstingsstyrelsen, under förutsättning av fullmäktiges beslut, att genomföra ge åtgärder som krävs med anledning av beslutet om anställningsstopp och som framgår av detta förslag
- att införa remiss/hänvisningskrav fr o m den 1 januari 2004 på sätt som framgår av detta förslag
- att uppdra till förvaltningar och bolag som inte har certifierat sitt miljöledningssystem att göra det före utgången av år 2004
- att uppdra åt kulturnämnden att uppta förhandlingar med Konserthusstiftelsen om landstinget långsiktiga ekonomiska åtaganden

Landstingsstyrelsen beslutar för egen del

2003-10-15

- att uppdra åt landstingsdirektören att utreda den framtida katastrofmedicinska organisationen och därvid beakta förslagen till nya uppdrag för Norrtälje Sjukhus AB och Södertälje sjukhus
- att ytterligare analysera akutsjukhusens ekonomiska situation och återkomma till landstingsstyrelsen med därav eventuellt föranledda förslag

#### Bilagor

- Taxor och avgifter för Stockholms läns landsting år 2004
- Investeringsbilaga
- Utredning om Norrtälje sjukhus
- Utredning om Södertälje sjukhus
- Utredning om thoraxkirurgi

2003-10-15

## KONCERNLEDNINGENS SYNPUNKTER OCH FÖRSLAG

### 1. Budget i balans

Stockholms läns landstings ekonomi har under en följd av år haft stora ekonomiska problem. Landstingskoncernen har sedan 1997 redovisat negativa resultat och för åren 1997-2003 uppgår det totala underskottet till ca 13 656 mkr, byggt på prognos för 2003 avlämnad i samband med delårsbokslut. Orsaken till underskotten är att verksamhetens kostnader uppvisat en snabbare ökningstakt än de samlade skatteintäkterna. Detta beror bland annat på att landstingets verksamhet inte tillräckligt anpassats till tillgängliga resurser. Denna situation är ohållbar.

Den budget som fullmäktige beslutade om i december 2002 kan ses ett första steg i saneringen av landstingets ekonomi. Men trots en skattechöjning på 1,30 kr uppnåddes inte balans i ekonomin vare sig 2003 eller för planeringsåren 2004-2005. Underskottet 2004 budgeterades då till ca 2 600 mkr och beräknas nu, främst till följd försämrade tillväxt av skatteintäkterna, till ca 3 200 mkr. Det ekonomiska läget är allvarligt, vilket förstärks genom den dom som länsrätten avkunnade under hösten 2003 med anledning av att budget 2003 inte uppfyller kommunallagens krav på budget i balans.

Helt oberoende av länsrättens dom hade det varit nödvändigt att genomföra såväl intäktsförstärkningar som kostnadsreduktioner för att komma till rätta med de ekonomiska problemen. Vad domen har åstadkommit är att dessa åtgärder måste vidtas redan 2004 och dessutom i större omfattning. Det budgetförslag för 2004 som koncernledningen här lägger fram uppfyller kommunallagens krav på budget i balans (KL 8:4). De intäktsförstärkningar och kostnadsreduktioner som föreslås i detta budgetförslag kan sammanfattas till följande huvudpunkter:

- Skattechöjning 2004 med 0,35 kr/skattekrona
- Höjning av SL-kortet med 250 kr från och med den 1 mars 2004
- Strukturförändringar och utbudsbegränsningar inom hälso- och sjukvården
- Rationaliseringskrav på samtliga landstingsägda verksamheter
- Sänkt investeringsvolym från och med 2004.

Ett alternativt sätt att åstadkomma en motsvarande sänkning av tillskottet till SL, som taxehöjningen på 250 kr ger, är att kombinera en något mindre taxehöjning med begränsningar i trafikutbudet.

De föreslagna åtgärderna har mycket påtagliga konsekvenser för såväl landstingskoncernens personal som länets invånare. Antalet anställda inom

2003-10-15

landstingskoncernen måste minska. Hushållens ekonomier kommer att påverkas och i vissa avseenden kommer försämringar av servicen, främst inom hälso- och sjukvården att ske. Koncernledningen kan efter en omfattande budgetberedning konstatera att dessa åtgärder är nödvändiga för att landstinget på egen hand ska ta sig ur rådande ekonomiska krisläge.

Men även då dessa åtgärder genomförts har landstinget en förhållandevis god situation relativt andra landsting. Det gäller såväl priset på kollektivtrafikens månadskort i förhållande till utbudet som utbudet av sjukvård.

## **2. Förutsättningar för budgetarbetet**

### **2.1 Budgetdirektiven**

Förutom 2003 års budget och prognosen för årets utfall har budgetarbetet till stor del baserats på de budgetdirektiv som landstingsstyrelsen lade fast i våras. Syftet med dessa var att ange preliminärt tillgängligt ekonomiskt utrymme för åren 2004 – 2006 baserat på gällande planering, bokslut, prognoser och annan då tillgänglig information, bland annat om skatteintäkterna. Direktiven angav även vilka övriga villkor och uppdrag som skulle beaktas i budgetarbetet för att nå uppsatta mål och skapa handlingsberedskap för eventuella ytterligare förändringar i landstingskoncernens verksamhet.

*På en viktig punkt har koncernledningens beredning av budgeten för 2004 avvikit från budgetdirektiven. Direktiven byggde på ett budgeterat underskott på 2 599 mkr medan budgetförslaget innebär en budget i balans.*

### **2.2 Budgetprocessen**

Den budgetprocess som tillämpats från och med budget 2004 skiljer sig väsentligt från tidigare budgetprocess. Samtliga nämnder och styrelser har lagt fram förslag som utgjort basen för den centrala beredningen. För sjukvården har detta bland annat inneburit att det redan nu finns preliminära avtal mellan beställare och utförare. När fullmäktiges budgetbeslut föreligger skall dessa avtal slutförhandlas innan årets slut. Detta är en viktig förändring jämfört med tidigare år då avtalen inte sällan var klara först flera månader in på budgetåret.

Även om den nya budgetprocessen inneburit väsentliga steg framåt när det gäller avtalsarbetet, dialogen centralt lokalt, budgetinformationens aktualitet och andra viktiga kvalitetsaspekter finns det moment där processen måste förbättras än mer. En samlad utvärdering av processen kommer därför att ske vilket kan leda till förslag om förändringar .

2003-10-15

### **3. Särskilda frågor**

#### **3.1 Budgetdisciplin**

Det är ett oeftergivligt krav att den av fullmäktige fastlagda budgeten hålls. Några avvikelser i negativ riktning kommer inte accepteras. Varje nämnd, styrelse och varje verkställande ledning har det fulla ansvaret för att kontinuerligt följa den ekonomiska utvecklingen, tidigt identifiera risker för negativa avvikelser och genast vidta åtgärder.

Att hålla budgeten är det minimikrav som ställs. Samtliga enheter skall dessutom, utifrån sina respektive förutsättningar, sträva efter att uppnå ett överskott i förhållande till budgeten. Budgeten skall inte betraktas som en ”resurstilldelning” som skall förbrukas. Effektivisering av verksamheten skall kontinuerligt pågå i syfte att reducera kostnader med bibehållen kvalitet.

#### **3.2 Intensifierad uppföljning**

En fråga av stor vikt blir att noga och kontinuerligt följa upp de beslut landstingsfullmäktige fattar för att få nästa års budget i balans. Större krav än hittills kommer att ställas på den ekonomiska rapporteringen till landstingsstyrelsen liksom på analysen av denna information. Lika viktigt är att verksamhetsförändringarna följs upp även i andra avseenden än de ekonomiska. Konsekvenser för berörd personal och lösningen av dessa frågor är en av de aspekter som måste stå i fokus för uppföljningen.

#### **3.3 Gemensamt ansvar för koncernnyttan**

Eftersom landstingskoncernens styrsystem innebär tillämpade av en koncernintern beställar/utförarmodell sker många koncerninterna transaktioner. Detta ställer särskilda krav vid genomförandet av de åtgärder som budgeten förutsätter. För att landstingets ekonomi skall kunna stärkas reallt får besparingsåtgärder inte utgöras av ökning av koncerninterna intäkter eller sänkning av koncerninterna kostnader. Sådana förändringar har, sett ur ett samlat koncernperspektiv, sällan realekonomisk effekt för landstinget. Suboptimeringar skall undvikas. Varje nämnd, styrelse och verkställande ledning skall förutom att se till respektive enhets bästa även ta ett gemensamt ansvar för koncernnyttan.

#### **3.4 Samordnad ekonomistyrning**

Den nya organisation som trädde i kraft vid det gångna årsskifte syftade till att stärka förutsättningarna för en tydlig och kraftfull ledning och styrning av landstingskoncernen. De ekonomiska problem landstinget har att hantera angavs som ett motiv. Det ansågs angeläget att stärka landstingsstyrelsens möjligheter att leva

2003-10-15

upp till sin roll som landstingets ledande förvaltningsorgan. Hos landstingsstyrelsen kombinerades därför dessa i lagstiftningen angivna uppgifter med uppgiften att vara ansvarig för beställararbetet avseende hälso- och sjukvård. I tjänstemannaorganisationen bildades en samlad förvaltning med funktioner för koncernstyrning, beställarstyrning och ägarstyrning.

Enligt koncernledningen har omorganisationen haft åsyftad effekt i flera avseenden. Ett närmande har skett på såväl politisk nivå som på tjänstemannanivå mellan de tre nämnda ”styrmekanismerna”. Möjligheterna att följa och analysera inte minst den ekonomiska utvecklingen – liksom att ingripa med korrigerande åtgärder – har ökat. Samordningen mellan ekonomistyrning sett ur ett koncernperspektiv och sett ur ett beställarperspektiv har förbättrats vilket är nödvändigt med tanke på att det är via beställararbetet som nästan 80 % av koncernens ekonomiska omslutning i allt väsentligt styrs. Koncernstyrningen måste ge ledningen, såväl den politiska som den tjänstemannamässiga, långtgående möjligheter att följa och påverka centrala ekonomiprocesser såsom budgetarbete och ekonomi- och verksamhetsuppföljning, vilket kräver ytterligare förändringar.

Det bör framhållas att sådana förändringar inte syftar till att bryta upp beställar/utförar-modellen. Vad som eftersträvas är en närmare integration på tjänstemannaplanet för att bättre kunna hushålla med skattebetalarnas pengar. Att det nu presenteras ett förslag till budget i balans innebär inte att det ekonomiska saneringsarbetet är avklarat. Budgetförslaget innehåller en rad åtgärder som kräver kontinuerlig uppföljning så att de genomförs på avsett sätt och ger åsyftade ekonomiska resultat. Även kommande års budgetarbete måste präglas av vilja till omprövningar och effektiviseringar. En översyn kommer därför att ske av berörda delar av landstingsstyrelsens tjänstemannaorganisation samt dess rutiner och metoder.

#### **4. Omvärldsfaktorer, konjunkturläget**

##### *Skattunderlagets utveckling*

De senaste årens svaga utveckling av svensk ekonomi har resulterat i att länets skatteinkomster inte uppvisar lika hög ökningstakt som tidigare. Enligt det preliminära taxeringsutfallet ökar skattunderlaget i länet med 3,60 procent mellan inkomståren 2001-2002 enligt uppgift från landstingsförbundet.

2003-10-15

Den beräknade skatteunderlagsutvecklingen i riket för inkomståren 2002 – 2006 har justerats jämfört med föregående prognosen i budgetdirektiven enligt följande:

- 5,34 procent för inkomståret 2002, jämfört med tidigare antagen ökning om 5,78 procent
- 4,70 procent för 2003 i jämförelse med tidigare antagen ökning om 5,43 procent
- 4,47 procent för 2004, jämfört med tidigare antagen ökning om 4,85 procent
- 4,80 procent för 2005 i jämförelse med 4,58 procent och
- 4,10 procent för 2006 i jämförelse med 4,49 procent

Detta innebär i mkr följande förändringar för de totala skatteintäkterna jämfört med budgetdirektiven:

- - 406 för 2003
- - 555 för 2004
- - 390 för 2005 och
- - 587 för 2006

Förväntningar vad gäller framtida skatteintäkter utgörs i huvudsak av hur den svenska ekonomin utvecklas och dess påverkan på arbetsmarknaden och dess lönebildning. Bilden av den svenska konjunkturen har under de senaste åren varit dystert, tillväxten har varit låg med stagnerande sysselsättning. Arbetslösheten för 2003 förväntas bli mellan 4,8 och 5,0 procent. Tidigast under andra halvåret år 2004 förväntas tendenser till förbättring av arbetsmarknadsläget. En bedömning är dock att en förbättring är att vänta först under år 2005

### *Stockholm*

Den ekonomiska tillväxten och strukturen i Stockholm län är en central faktor för utvecklingen av svensk ekonomi och tillväxt. Ekonomin är balanserad mellan en stor växande tjänstesektor och en mindre men väl så konkurrenskraftig tillverkningssektor. Tjänstesektorn står för mer än 80 procent av sysselsättningen i länet medan motsvarande genomsnitt för Sverige är ca 70 procent.

Förutsättningarna för länets ekonomiska utveckling de kommande åren är dystrare jämfört med de senaste åren. Konjunkturen i svensk ekonomi är fortsatt svag och återhämtningen av den ekonomiska tillväxten dröjer. Arbetslösheten i länet är för närvarande 4,4 procent och sysselsättningen förväntas fortsätta utvecklas svagt, vilket under de kommande åren fram till 2006 betyder lägre skatteintäkter för länet än förväntat. Samtidigt är behovet av bostads- och trafikinvesteringar stort och den kommunala servicen måste fortsätta att utvecklas om länet skall fortsätta att växa och kunna erbjuda rimliga förutsättningar för en ökande befolkning. Om ca 5 år kommer dessutom den del av befolkningen som inte ingår i arbetskraften (0-19 och 65- x år) att öka i förhållande till hela



2003-10-15

befolkningen, vilket medför en ökad belastning på den kommunala ekonomin, då en allt större andel av befolkningen skall försörjas av en allt mindre del, något som i tillägg kan motverka den ekonomiska tillväxten inom länet.

Tillväxten i Stockholmsregionen har under 1990-talet andra hälften varit mycket god. De senaste fem åren har vart tredje nytt arbete i riket skapats i Stockholmsregionen. År 2001 bröts den positiva utvecklingen och den konjunktursvacka som då inleddes har även präglats år 2002 och fram till tredje kvartalet 2003. Tillväxten i regionen liksom i riket har hållits uppe av den konsumtion som varit en följd av ökningen i hushållens disponibla inkomster.

### **5. Skatteutjämningsystemet**

Den av regering och riksdag framställda utgångspunkten för det utjämningsystem som infördes 1996 innebär att alla kommuner och landsting ska ha likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att bedriva sin verksamhet, oberoende av vilken nivå på service, effektivitet och avgifter som den enskilda kommunen eller landstinget väljer. Detta sker genom kostnadsutjämning, en utjämning av strukturellt betingade kostnadsskillnader. Detta sker även genom en långtgående inkomstutjämning som medför att alla kommuner och landsting får en skattekraft som motsvarar landets genomsnitt.

I nedanstående tabell redogörs för effekterna av systemet för Stockholms läns landsting.

Prognos 2, 11 september 2003

(Kursiverade siffror är definitiva)

(mkr)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Utjämningsbidrag/-avgift för kostnadsutjämning	2 341	2 268	2 154	2 092	-31	-171	-357	-370
Införandetillägg för kostnadsutjämning					1 845	1 647	1 441	1 229
<i>Summa kostnadsutjämning</i>	2 341	2 268	2 154	2 092	1 814	1 476	1 085	859
Utjämningsavgift för inkomstutjämning	-3 248	-3 105	-3 257	-3 449	-3 843	-4 330	-5 175	-5 921
Nivåjustering	-411	-291	-199	-109	-166	-248	-307	-316
<i>Summa inkomst- och kostnadsutjämning</i>	-1 318	-1 128	-1 302	-1 466	-2 194	-3 101	-4 398	-5 379

Sedan införandet av detta system har Stockholms läns landsting varit nettobidragsgivare till andra landsting. Under perioden 1997-2003 betalade Stockholms läns landsting nästan 19 miljarder till andra landsting i utjämningsystemet. Fram till och med 1999 låg nivån på den samlade kostnaden för inkomst- och kostnadsutjämning mellan 1,1 och 1,5 miljarder per år. Denna kostnad ökade kraftigt 2000 med ca 725 mkr och med ytterligare ca 900 mkr 2001. Det finns två huvudorsaker till detta.

2003-10-15

För det första ändrades modellen för kostnadsutjämning inom hälso- och sjukvård fr.o.m. 2000. Den nya modellen har för landstinget inneburit en mycket kraftig inkomstminskning. Från att ha erhållit ett utjämningsbidrag på 2 092 mkr 1999 betalade landstinget en utjämningsavgift på 31 mkr 2000, 171 mkr 2001 och 357 mkr 2002, d.v.s. en total försämring jämfört med 1999 på ca 2,5 miljarder. Fram till och med år

2004 får de landsting som har fått sänkta bidrag ett införandetillägg som medför att bidragsminskningen maximalt uppgår till 120 kr/inv. och år. Införandetillägget för kostnadsutjämning, som för landstinget uppgick till 1 441 mkr 2002, kommer att trappas ned med drygt 200 mkr/år fram till och med 2004.

För det andra beror den kraftigt höjda kostnaden på att avgiften till inkomstutjämnningen ökade med ca 400 mkr 2000, ca 500 mkr 2001 och ca 850 mkr 2002. Ökningen av utjämningsavgiften beror på att skattekraften i Stockholms län har ökat snabbare än i riket.

Stockholms läns landstings fullmäktige beslutade den 26 november 2002 att en uppvaktnings av regeringen ska göras. I februari 2003 har gruppledarna för samtliga partier i landstinget uppvaktningsregeringen med synpunkter på utjämnings-systemet. Syftet med uppvaktningsregeringen var att få till stånd en förändring av det mellankommunala utjämnings-systemet. Det nuvarande systemet tar inte tillräcklig hänsyn till kollektivtrafikens kostnader, det högre kostnadsläget i Stockholmsregionen eller de kostnadsökningar som en snabb befolkningsökning medför.

En av riksdagen tillsatt utredning arbetat med översyn av systemet har den 30 september presenterat sitt förslag. I det fall förslaget träder i kraft 2005-01-01 innebär detta, enligt en preliminär bedömning, en nettoförsämring med 89 kronor per invånare från och med 2005. Detta innebär totalt en försämring med 160-170 mkr för Stockholms läns landsting från och med år 2005. Detta har inte beaktats i denna budget, eftersom beslut inte har tagits av riksdagen.

## **6. Efterlevnad av gällande lagstiftning om budgetbalans**

Med budget i balans avses en budget där intäkterna överstiger kostnaderna. Om landstinget uppvisar underskott anger lagstiftningen att det redovisade egna kapitalet i balansräkningen skall återställas senast det andra räkenskapsåret efter det år då underskott uppkommit. Fullmäktige kan om synnerliga skäl föreligger besluta om att dylik reglering inte skall göras. I ärende LS 0310-2587, Angående lagstiftningens krav på budgetbalans, redogörs för gällande lagstiftning, problematiken att efterleva lagstiftningen, vidare åberopas synnerliga skäl för att inte återställa underskotten som uppkommit under åren 2000-2002. I detta budgetförslag framläggs budget för 2004 års budget med planeringsår 2005-2006 i balans i lagens mening, dvs. intäkterna överstiger kostnaderna.

2003-10-15

## 7. Budgeterad resultaträkning 2004-2006

Nedanstående resultaträkning innehåller de föreslagna intäktsförstärkningar och kostnadsreduceringar som föreslås av koncernledningen.

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
Verksamhetens intäkter	14 737,0	15 546,8	16 223,4	16 764,3
Verksamhetens kostnader	-49 407,0	-49 565,1	-50 776,2	-52 365,8
Avskrivningar	-1 418,0	-1 781,0	-1 921,2	-2 065,1
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-36 088,0</b>	<b>-35 799,3</b>	<b>-36 474,0</b>	<b>-37 666,6</b>
Skatteintäkter	38 805,0	40 561,2	42 580,9	44 379,5
Generella statsbidrag	1 875,0	1 924,0	2 456,6	2 479,0
Inkomst- och kostnadsutjämning	-5 258,0	-5 421,0	-5 701,1	-5 792,0
<b>Summa skatteintäkter, generellt statsbidrag och utjämning</b>	<b>35 422,0</b>	<b>37 064,2</b>	<b>39 336,4</b>	<b>41 066,5</b>
Finansiella intäkter	77,0	95,8	166,2	158,6
Finansiella kostnader	-1 009,0	-1 299,7	-1 549,7	-1 779,7
<b>Resultat</b>	<b>-1 598,0</b>	<b>61,0</b>	<b>1 478,9</b>	<b>1 778,8</b>

Övrigt tabellverk i form av fördelning av landstingsbidrag, finansieringsanalys etc redovisas i senare i dokumentet.

## 8. Intäktsförstärkningar

### 8.1 Skattehöjning från 1 januari 2004

År	2004	2005	2006
<i>Intäktsförstärkning</i>	<i>1 168,2</i>	<i>1 214,9</i>	<i>1 263,5</i>

Koncernledningen föreslår att landstingsskatten höjs med 0,35 kronor per skattekrona.

### 8.2 Höjd SL taxa

SLs månadskort föreslås höjas med 250 kronor från 1 mars år 2004. Motsvarande höjning föreslås för SLs övriga taxor.

År	2004	2005	2006
<i>Intäktsförstärkning</i>	<i>888,0</i>	<i>1 065,6</i>	<i>1 065,6</i>

2003-10-15

Ett alternativt sätt att åstadkomma en motsvarande sänkning av tillskottet till SL, som taxehöjningen på 250 kr ger, är att kombinera en något mindre taxehöjning med begränsningar i trafikutbudet.

### 8.3 Höjda patientavgifter

I avsnittet "Landstingsstyrelsen / Hälso- och sjukvårdsutskottet" redogörs för de patientavgifter som föreslås höjas. Dessa höjningar framgår dessutom av bilaga.

## 9. Koncernledningens förslag till strukturförändringar och övriga åtgärder

För att komma tillrätta med den negativa resultatutvecklingen som landstinget uppvisat under perioden 1997-2003 krävs att landstingskoncernens verksamhet anpassas till de skatteintäkter som erhålls. Detta innebär att strukturella förändringar av koncernens verksamhet måste ske i syfte att skapa en ur koncernsynpunkt effektivare organisation och verksamhet. Detta kräver stora förändringar främst inom vården. *I denna budget påbörjas de åtgärder som snarast måste vidtas för att stödja det långsiktiga och strategiska arbetet som krävs för att medborgarna i Stockholms läns landsting skall få en god och kostnadseffektiv vård. Dessa åtgärder är i samklang med kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning och om budgetbalans (KL 8:1, 8:4).*

I flera fall kan omställningskostnader uppkomma. Som omställningskostnader kan nämnas lön under uppsägningstid, hyreskostnader beroende av avtalslöptid, avskrivningar och kapitalkostnader på ombyggnationer. Dessa kostnader har i möjligaste mån beräknats och beaktats. Dessa kostnader kommer att beaktas som upplupna kostnader i årsbokslut 2003 enligt god redovisningssed.

**Utdragen ur respektive enhets resultaträkning bygger på inrapporterade budgetar, vilka i sin tur bygger på budgetdirektiven. Detta innebär att respektive resultaträkning nedan *inte* inkluderar de i detta ärende föreslagna förändringarna.**

För att kunna realisera de kostnadsreduceringar som budgetförslaget innebär måste många simultana åtgärder vidtas. Alla lokala nämnder/styrelser måste pröva möjligheterna till att tillgripa s k stoppbeslut avseende t ex anställningar, inköp av varor och tjänster mm. Sådana beslut måste för att bli verkningsfulla fattas av varje enskild nämnd/styrelse. Genom detta får man den lokala förankring och anpassning till respektive verksamhets situation som är nödvändig.

Landstingsfullmäktige föreslås därför rekommendera alla nämnder och alla styrelser att pröva frågan om stoppbeslut. Uppföljning av dessa kommer att ske i månadsboksluten.

2003-10-15

Föreslås vidare att varje nämnd/styrelse beslutar om stor restriktivitet vad gäller tjänsteresor med färdtjänst eller annan taxi. Tjänsteresor med Färdtjänsten uppgår årligen till nästan 17 mkr. Detta är inte acceptabelt.

### 9.1 Landstingsstyrelsen / Landstingskontoret

#### RESULTATRÄKNING FÖR LANDSTINGSKONTORET ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>1 201,3</b>	<b>1 094,0</b>	<b>1 088,4</b>	<b>1 092,4</b>	<b>1 093,8</b>
- varav landstingsbidrag	995,0	956,9	956,9	956,9	956,9
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-1 401,0</b>	<b>-1 096,0</b>	<b>-1 087,4</b>	<b>-1 086,9</b>	<b>-1 086,2</b>
Avskrivningar	-8,7		-2,1	-6,6	-8,7
Finansnetto	3,5	2,0	1,1	1,1	1,1
<b>Resultat</b>	<b>-204,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Landstingskontorets förslag till internbudget för koncernledning med stab, utvecklingskansli samt landstingskontoret följer direktiven som beslutades av landstingsstyrelsen.

Landstingskontorets budget omfattar administrationen av de centrala förtroendemannaorganen, landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen med utskott, koncernledning, utvecklingskansliet samt övriga landstingskontoret.

Från och med 2003 bildades en ny tjänstemannaorganisation under landstingsstyrelsen där landstingskontoret är en del av landstingsstyrelsens förvaltningskontor.

Landstingsstyrelsen/landstingskontoret har vid flera olika tillfällen tillförts arbetsuppgifter och personal som inte varit finansierade. Bl a skedde detta när den tidigare produktionsstyrelsen avvecklades och dess stab överfördes till kontoret. Resultatet av dessa ofinansierade förändringar jämte uppbyggnaden av en koncernledning har ställt krav på omfattande åtgärder för att få 2004 års budget i balans utifrån beslutad ekonomisk ram. Bland åtgärderna kan nämnas

- Betydande reducering av projektmedel och indragning av vakanta befattningar

2003-10-15

- Minskning av bidrag till Stockholm Care AB (1,2 mnkr), Europakommittén (0,3 mnkr), Novumstiftelserna (4,4 mnkr), Institutet för Kommunal Ekonomi (0,5 mnkr) samt handikapporganisationerna (2,3 mnkr)
- Ansvaret för ”Kultur i vården” överförs till kulturnämnden som har att finansiera projektet inom föreslagen ekonomisk ram

Koncernledningen överväger för närvarande frågan om landstingskontorets avdelning för utbildning samt arkivavdelningen bör överföras till kulturnämnden

I budgetförslaget finns upptaget 50 mnkr som avser implementering av ny IT-strategi. En förutsättning för implementeringen är dock att denna kostnad kan finansieras inom ramen för hälso- och sjukvårdens samlade IT-kostnader. Införandetakten blir därför beroende av hur och när finansieringsfrågan kan lösas.

## 9.2. Landstingsstyrelsen / Hälso- och sjukvårdsutskottet

### RESULTATRÄKNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUTSKOTTET ÅREN 2002-2006

(mkr)	#) Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>31 835,1</b>	<b>35 812,7</b>	<b>37 250,9</b>	<b>38 861,9</b>	<b>38 861,9</b>
<i>- varav landstingsbidrag</i>	<i>30 790,0</i>	<i>34 729,7</i>	<i>36 452,7</i>	<i>38 063,7</i>	<i>38 063,7</i>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-32 577,3</b>	<b>-35 828,3</b>	<b>-37 266,5</b>	<b>-38 877,5</b>	<b>-38 877,5</b>
Avskrivningar	-8,0	-4,6	-6,9	-6,9	-6,9
Finansnetto	56,2	20,2	22,5	22,5	22,5
<b>Resultat</b>	<b>-694,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#) Bokslut 2002 konsoliderat utfall HSN och TvN

De ekonomiska effekterna av de åtgärder som föreslås nedan ökar successivt från 2004. Detta innebär att endast delårseffekter av flera åtgärder har beaktats. De flesta av de åtgärder av strukturell karaktär som föreslås är beroende av varandra för att generera de positiva ekonomiska effekter som har beaktats i denna budget. Detta innebär att dessa åtgärder utgör en helhet och att enskilda delar inte kan beslutas separat med bibehållna ekonomiska konsekvenser.

2003-10-15

### 9.2.1 Vårdstrukturen

Vid planering av den framtida vårdstrukturen och det framtida vårdutbudet i Stockholm län är det viktigt utgå ifrån ett nationellt perspektiv. Hälso- och sjukvårdslagen utgår ifrån en behovsplanerad jämlik vård med i stort samma förutsättningar för medborgarna oberoende av bostadsort.

Skatteutjämningsystemet skall ses som en del i planeringen av en jämlik vård över landet. De nationella förutsättningarna förutsätter att Stockholms län kan dra fördel av en stor befolkningstäthet med små geografiska avstånd, vilket innebär att i princip samtliga invånare har förhållandevis nära till större delen av vårdutbudet. Stockholm förutsätts kunna utnyttja stordriftfördelar där sådana finnes. De nationella förutsättningarna bygger också på att landsting med förhållandevis ung befolkning, som t.ex. Stockholms läns landsting, kan ha ett mindre vårdutbud än landsting med högre andel äldre. Den nationella planeringen utgår också ifrån att kostnader för FoU till stor del kompenseras av staten, t.ex. via de medel som staten tillhandahåller för forskning och läkarutbildning ( ALF-medel).

En nationell jämförelse av vårdutbudet och vårdstrukturen visar att Stockholms läns landsting har ett lägre antal vårdplatser per invånare än riksgenomsnittet. Med hänsyn tagen till åldersstruktur och geografiska förutsättningar är vårdplatsantalet sannolikt adekvat. Det är således koncernledningens bedömning att förutsättningar för större reduktioner för närvarande saknas. Möjligheter till vårdplatsreduktion inom vissa specialområden liksom inom kirurgiska discipliner till följd av över gång från slutenvårdskirurgi till dagkirurgi.

Inom öppenvården finns i Stockholm ett mycket stort utbud.

I Stockholms län konsumeras ca 4 öppenvårdsbesök per invånare och år att jämföra med genomsnittet i riket som uppgår till ca 3 besök. Konsumtionen inom primärvård ligger något högre än snittet i riket. Konsumtionen inom övrig specialistvård ligger högt över genomsnittet. Inom vissa discipliner, t.ex. gynekologi, kirurgi/ortopedi, hudsjukvård och kardiologi ligger den mångdubbelt högre än i andra landsting. Det är koncernledningens bedömning att Stockholms läns landsting väsentligt måste reducera utbudet inom framför allt den specialiserade öppenvården för att åtgärda den höga nivån på konsumtionen. Detta bör ske genom reduktion hos såväl privata som offentliga vårdgivare.

Stockholms läns landsting har ur ett nationellt perspektiv unika förutsättningar att utnyttja stordriftfördelar. Stordriftfördelar finns framför allt inom utrustningsintensiv vård som kräver stora investeringar, inom vård där samverkan krävs mellan många olika discipliner och inom vård som måste ske under dygnets och veckans samtliga timmar och dagar. Detta innebär att stordriftfördelar oftare föreligger inom kirurgisk vård än inom invärtesmedicinsk vård och i större utsträckning inom akutvård än inom planerad vård. Vård som huvudsakligen bygger på öppenvård har mindre stordriftfördelar än vård som i större utsträckning kräver slutenvård.

2003-10-15

Ny arbetstidslagstiftning med EU-förtecken accentuerar behovet av koncentration inom akutvården ytterligare. Denna lagstiftning innebära att allt tid som tillbringas på arbetsplatsen är att räkna som arbetad tid. Tidigare har framför allt läkares arbetstid väsentligt kunnat reduceras för tid då man kunnat vila på arbetsplatsen. En kostnadseffektiv akutvård måste därför bygga på full sysselsättning för de jourlinjer som är verksamma på arbetsplatsen, vilket i sin tur kräver tillräckliga volymer även nattetid. En mycket viktig förutsättning i strukturarbetet är att uppnå en minsta kritisk massa för att upprätthålla en god kvalitet. Såväl läkare som annan vårdpersonal behöver en viss volym årligen inom ett visst område för att kunna upprätthålla sin kompetens. Därav följer t.ex. att sällan förekommande sjukdomar kräver en hög grad av koncentration, men även att akutsjukhusen behöver ett tillräckligt stort befolkningsunderlag.

Förutom inom öppenvård har Stockholm också väsentliga merkostnader inom den samlade verksamheten vid universitetssjukhusen. Merkostnader uppstår bl a till följd av att bassjukvård vid dessa sjukhus blir dyrare till följd av ökad komplexitet mm inom universitetssjukhusen. Merkostnader uppstår också till följd av att viss vård ”uppgraderas” från bassjukvård till högspecialiserad vård. Detta problem delar Stockholms läns landsting med andra landsting som bedriver universitetssjukhus. Exempel på detta är kirurgi på barn och kirurgi/ortopedi på handen som i landsting med universitetssjukhus lätt blir barnkirurgi resp. handkirurgi. I vissa fall, dock inte alltid, kan kvalitetsvinster som motiverar merkostnaden finnas. Väsentliga merkostnader inom vården vid våra universitetssjukhus uppstår också i den s.k. gråzonen gentemot FoUU. I Stockholms läns landsting uppstår också merkostnader till följd av förekomsten av två universitetssjukhus vilket ibland innebär dubblerad verksamhet och ett stort utbud som ytterligare förstärker ovan uppräknade faktorer som påverkar kostnaderna.

*Det är koncernledningens uppfattning att Stockholms läns landsting för att komma till rätta med sina ekonomiska problem väsentligt måste reducera kostnaderna för sjukvården vid de båda universitetssjukhusen såväl genom rationaliseringar som genom minskat vårdutbud. Det är av största vikt att förändringarna genomförs på ett sådant sätt att Stockholms läns landsting bibehåller och på sikt förstärker sin internationella konkurrenskraft inom sjukvård, FoUU och biomedicin/bioteknik.*

### **9.2.2. Medicinsk säkerhet**



2003-10-15

Samtliga föreslagna åtgärder i detta budgetförslag har utvärderats avseende medicinsk säkerhet. I tre av åtgärdsförslagen har en fördjupad analys skett. Dessutom kommenteras även förslaget om ökad användning av remiss/hänvisningskrav.

Den föreslagna omstruktureringen av Norrtälje sjukhus hade inte varit möjlig utan den utveckling som skett inom ambulanssjukvården och annan prehospital vård, t.ex. helikoptrar, eftersom förslaget innebär ökade transporttider till närmaste akutsjukhus. Förslaget innebär en förstärkning av ambulanssjukvården i Norrtälje. Kompetensmässigt kommer nu ett krav på sjuksköterska i akutambulans. Därmed finns möjlighet att inleda livräddande åtgärder redan i hemmet/på plats. Exempel på sådana åtgärder är fria luftvägar, vätsketillförsel och diverse andra åtgärder vid stora blödningar, återupplivning med defibrillator, proplösande behandling vid hjärtinfarkt samt läkemedelsbehandling vid akuta livshotande allergiska tillstånd. För närvarande sker en snabb utveckling inom den prehospitala vården. Framför allt gäller detta utnyttjande av telemedicin där bilder och data kan överföras från ambulansen till mottagande akutsjukhus. Sjuksköterskan i ambulansen kan på så sätt få stöd av läkare vid akutsjukhuset avseende diagnostik och behandling. Dessutom involveras mottagande sjukhus i vården redan från start, vilket innebär en klar effektivisering. Avgörande för prognosen är inte transporttiden till akutsjukhus utan insattiden (tid från larm till ankomst till patienten) för ambulans eller helikopter.

Det är koncernledningens uppfattning att förslaget avseende Norrtälje sjukhus t o m kan innebära vissa fördelar eftersom det medför färre omlastningar än idag då vissa patienter måste transporteras vidare efter primärt omhändertagande vid Norrtälje sjukhus. Modern akutmedicinsk forskning tyder på att det är prognostiskt viktigt att minimera omlastningar med tidsfördröjning som följd. Målsättningen är att så många patienter som möjligt skall kunna transporteras till sjukhus som erbjuder definitiv och kvalificerad diagnostik och behandling. Transporttiden skall helst understiga en timme. Vid t.ex. hjärtinfarkt är snabb tillgång till kranskärlsröntgen kombinerad med möjlighet till kärlsprängning av betydelse liksom även modern ultraljudsapparat. I de nordligaste delarna av Stockholms län kan transporttiderna med ambulans marginellt överstiga en timme. Generellt gäller därför inom Norrtälje sjukhus upptagningsområde att möjligheterna att utnyttja helikopter vid svåra akuta sjukdomstillstånd bör utökas. Speciellt gäller detta i de allra nordligaste delarna av området. Denna möjlighet finns genom att i mindre utsträckning än idag utnyttja helikoptern för mindre allvarliga sjukdomstillstånd. Koncernledningen har utrett möjligheten att utnyttja kapacitetsökningen för svåra sjukdomsfall till att inte utnyttja den sommarhelikopter som förstärkt helikopterverksamheten mellan 15/5 och 15/9 under de senaste åren. Med anledning av förslaget till omstrukturering av Norrtälje sjukhus anser dock koncernledningen att sommarhelikoptern fortsättningsvis skall finnas kvar. Möjligheter till kapacitetsökning inom den helikopterburna vården finns dessutom via utökat samarbete med

2003-10-15

helikopterverksamheten vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, som i vissa områden av norra länet har kortare insattid än helikoptrar baserade i Stockholms län.

Koncernledningen har också övervägt förändringarna avseende den katastrofmedicinska beredskapen i norra länet. Den nordligaste tätorten är Hallstavik där tung industri finns och därmed vissa möjligheter till en stor katastrof. Hallstavik har i en nationell jämförelse ett bra läge ur katastrofmedicinsk synvinkel. På ca 10 mils avstånd ligger två stora sjukhus med traumaprofil, nämligen Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska sjukhuset. På samma avstånd ligger ytterligare tre sjukhus med god traumaberedskap, nämligen Länssjukhuset i Gävle, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Hallstavik har således en omfattande sjukvårdskapacitet relativt nära tillgänglig. Med helikopter är insattiden från såväl Stockholm, Uppsala och Gävle kort. En ytterligare framgångsfaktor är att snabbt få tillräcklig kapacitet för transport. Genom utökningen av ambulansverksamheten i norra länet förbättras denna kapacitet. Även när det gäller transporter torde dock den avgörande framgångsfaktorn vara en lyckad samordning av samtliga tillgängliga resurser i Stockholm och närliggande län.

Även hamnen i Kapellskär, som står inför en utbyggnad, har bedömts vara en riskfaktor ur katastrofmedicinsk synvinkel. Det resonemang som förts ovan är dock i allt väsentligt applicerbart på Kapellskär, som dessutom har en kortare insattid från Stockholm och Uppsala än Hallstavik.

Vad som ovan beskrivits om den medicinska säkerheten och den katastrofmedicinska beredskapen avseende Norrtälje sjukhus är i väsentliga och principiella delar fullt ut applicerbart på omstruktureringen av Södertälje sjukhus. Avståndsproblematiken är dock väsentligt mindre för Södertälje än för Norrtälje. Södertälje har närmaste sjukhus på ca. 15 min avstånd.

Redan innan förslaget till omstrukturering av Norrtälje och Södertälje sjukhus kommit upp var den katastrofmedicinska organisationen under diskussion med inriktning en starkare resurskoncentration än idag. Landstingsstyrelsen föreslås få i uppdrag att utreda den framtida katastrofmedicinska organisationen och därvid beakta förslagen till nya uppdrag för Norrtälje och Södertälje sjukhus.

Förslaget att slå samman thoraxkirurgin till en enhet och troligen lokalisera denna till Huddinge sjukhus har utvärderats ur säkerhetssynpunkt. Utvärderingen gäller Karolinska sjukhusets roll som traumacentrum. Antalet traumafall som kräver thoraxkirurgisk intervention är dock litet, endast ett fåtal varje år. Dessa insatser bedömer koncernledningen i enlighet med konsultföretaget Helseplans rapport (bilaga) kan klaras via konsultinsatser från Huddinge.

2003-10-15

*Sammanfattningsvis bedömer koncernledningen att den medicinska säkerheten kan garanteras i samtliga föreliggande strukturförslag.*

När det gäller förslaget om ökad användning av remiss-/hänvisningskrav så är bruket av detta instrument potentiellt känsligt i akutverksamheten, t.ex. i samband med den förslagna omprofileringen av akutmottagningen på Karolinska sjukhuset. Det är viktigt att instrumentet används med omdöme och att man säkerställer hög kompetens i sorteringsfunktionen (s.k. triagefunktion). Innan någon hänvisas till annan vårdinstans p.g.a. avsaknad av remiss eller hänvisning skall en bedömning ske inom triagefunktionen för att säkerställa onödig fördröjning av allvarliga sjukdomstillstånd. Detta måste beaktas i de anvisningar koncernledningen föreslås få i uppdrag att ta fram. Sker så anser koncernledningen att den medicinska säkerheten kan garanteras även i förslaget om ökat bruk av remiss-/hänvisningskrav.

### **9.2.3 Norrtälje sjukhus omstruktureras enligt ett närsjukvårdskoncept**

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-45	-85	-85

Norrtälje sjukhus är ett av landets minsta länsdelssjukhus med ett upptagningsområde på drygt 50 000 invånare. Redan 1995 konstaterade Socialstyrelsen i en utredning av akut omhändertagande att sjukhus med ett upptagningsområde understigande 80 000 – 90 000 invånare har svårt att klara den jourorganisation som krävs för att bibehålla ett sjukhus karaktär som akutsjukhus. Vissa sjukhus inom glesbygd med under semesterperioden ökad befolkning (såsom Norrtälje med 90 000 fritidsboende sommartid) har särskilda problem att klara verksamheten.

För att öka kostnadseffektiviteten och samtidigt bibehålla en hög kvalitet inom det akuta omhändertagandet krävs genomgripande strukturåtgärder. En möjlig åtgärd är att fullfölja utvecklingen av Norrtälje sjukhus till ett modernt närsjukhus. Redan idag utförs 40 % av alla vårdtillfällen för Norrtäljebor vid andra sjukhus i landstinget. Sjukhuset har ingen förlossningsavdelning. Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen ställer allt större krav på kompetens och resurser vid akut omhändertagande. Med stöd av förstärkt ambulanssjukvård borde detta kunna ske vid Danderyds sjukhus för de patienter som kräver akut tillgång till akutsjukhusets kvalificerade resurser.

2003-10-15

Även om sjukhuset eftersträvar en hög självförsörjningsgrad sker nära 30 % av Norrtäljebornas akuta vårdtillfällen och mer än 50 % av de planerade vårdtillfällena vid andra sjukhus. Norrtäljeborna har en högre konsumtion av slutenvård än andra områden i länet.

Norrtälje sjukhus föreslås omvandlas till ett sjukhus för närsjukvård, med följande innehåll:

- öppen planerad specialistsjukvård inom 9 specialiteter
- jourcentral mellan 08.00 – 22.00
- geriatrisk vårdavdelning
- palliativa slutenvårdsplatser
- röntgenlaboratorium

Då slutenvården överförs till Danderyds sjukhus kan patienterna inom invärtesmedicin i större utsträckning behandlas av läkare som är subspecialiserade inom sin disciplin. Den medicinska kvaliteten bör därför öka. Resvägarna till akutmottagning vid allvarigare medicinska problem blir längre. Viss ökning av antalet helikoptertransporter blir nödvändig. Den medicinska säkerheten bedöms dock kunna bibehållas

Antalet anställda vid Norrtälje sjukhus AB är ca 700. Av dessa berörs inte personal inom psykiatri, MVC, specialistmottagningar och geriatrik av verksamhetsförändringen. Antalet anställda som inte berörs uppgår till ca 245. Ca 165 personer krävs för verksamheten som överförs till Danderyds sjukhus. Övertaligheten uppgår därmed till ca 290 anställda.

Besparingen genom omdaning av Norrtälje sjukhus beräknas uppgå till 85 mkr, vilka uppstår enligt följande:

Minskat utnyttjande av slutenvård,		-40
Samordningsvinster vid Danderyds sjukhus, medicinkirurgi- och ortopedkliniker		-50
Samordningsvinster inom röntgenverksamheten		-12
Ökade kostnader för ambulanstransporter	7	
Ökade kostnader för taxi/sjukresor		10
<b>Totalt</b>		<b>-85</b>

2003-10-15

#### 9.2.4 Södertälje sjukhus omstruktureras i enlighet med ett närsjukvårdskoncept.

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-70	-135	-135

Södertälje sjukhus föreslås omvandlas från att vara ett akutsjukhus till att bli ett närsjukhus. Närsjukhuset föreslås få en närakut (ca 23 000 besök) som är öppen mellan 08.00 och 22.00 alla dagar året runt och som vänder sig till patienter som inte kräver akutsjukhusets resurser, en specialistmottagning (ca 71 000 besök) med 6 till 10 olika specialiteter som också utför dagkirurgi. Vid närsjukhuset föreslås vidare att en utökad husläkarverksamhet bör utredas samt att det finns rehabilitering, eventuellt i en centrumbildning. Den geriatriska verksamheten som idag finns på sjukhuset ska vara kvar och ges en mer akutgeriatrisk inriktning med utökade vårdvolym. Den psykiatriska verksamheten blir kvar oförändrad. All verksamhet på närsjukhuset, liksom omkringliggande primär- och specialistvård, ska liksom idag ha god tillgång till laboratorietjänster och röntgen.

Den nuvarande akuta slutenvården (ca 9 500 slutenvårdstillfällen), inklusive 2 000 förlossningar, överförs till Huddinge sjukhus. Av de cirka 2 000 förlossningarna kommer cirka hälften av kvinnorna från Södertäljeområdet och de övriga främst från Huddinge, Botkyrka och Stockholms stadsdelar. Vidare behöver ca 13 000 akutbesök överföras till Huddinge sjukhus. Dessa avser till stor del de besök som resulterar i slutenvård samt besök nattetid. Nettoökningen, av den överförda vården, föreslås ske på Södersjukhuset vilket innebär att Huddinge sjukhus parallellt kommer att överföra motsvarande vårdvolym, för patienter som bor i områden nära Södersjukhuset till detta sjukhus.

Ingen påverkan på patientsäkerheten förutses. Den avancerade ambulanssjukvården och de förbättrade möjligheterna att ta emot patienter på de större akutsjukhusen med god tillgänglighet och hög medicinsk säkerhet reducerar riskerna med längre transporter. Detta gäller generellt. En överföring av förlossningsverksamheten till HS eller SÖS där tillgång till neonatalavdelningar finns innebär en kvalitetshöjning av verksamheten. Landstinget kommer vid planerad fortsatt utbyggnad av förlossningsverksamhet vid SÖS, HS och DS att även på längre sikt klara den prognostiserade ökningen i förlossningstal. Landstinget får genom förslaget enbart förlossningskliniker som har tillhörande neonatalavdelningar, vilket är en fördel ur säkerhetssynvinkel.

Den totala ersättningen år 2003 till Södertälje sjukhus inklusive geriatrik och psykiatri är cirka 680 mkr. Ersättningen för akutsjukvården är 451,8 mkr. Kostnaden för den vård som även fortsättningsvis behöver utföras på akutsjukhus

2003-10-15

är 215,3 mkr. Det är den lägsta kostnaden enligt de beräkningar (marginalkostnadsberäkningar) som gjorts av Huddinge sjukhus och Södersjukhuset. Ersättningen för vården vid närsjukhuset beräknas, genom jämförelse av ersättningsnivån vid annat närsjukhus, till 102,0 mkr. Den utökade geriatriska verksamheten beräknas inrymmas i nuvarande ersättning. Det ekonomiska utfallet av en omvandling av Södertälje sjukhus till ett närsjukhus och flyttning av framför allt den slutna vården blir en besparing på 135 mkr.

Vid det framtida närsjukhuset beräknas cirka 500 personer arbeta. Personalen vid de akutsjukhus som tar över främst den akuta slutenvården behöver förstärkas med cirka 240 personer. Övertaligheten jämfört med dagens verksamhet beräknas därmed bli cirka 450 personer.

Det föreligger ett behov av investeringar vid Södertälje sjukhus om sjukhuset ska finnas kvar som akutsjukhus. Ett förslag till fastighetsutvecklingsplan finns som beräknar investeringarna till ca 450 mkr under en 10-årsperiod. Investeringskostnaderna vid de övertagande akutsjukhusen, till följd av omstruktureringen, är beräknade till 65 mkr respektive 100 mkr. Investeringskostnaden vid närsjukhuset är beräknad till mellan 75 och 100 mkr. Ökade hyreskostnader som en följd av de olika investeringarna är så vitt de varit kända beaktade i förslaget.

### **9.2.5 Sammanläggning av Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus AB**

I universitetssjukhusutredningens rapport (november 2002) angående ett nytt universitetssjukhus framhölls att det nya universitetssjukhuset måste vara väl anpassat till de förutsättningar och krav som bl.a. den medicinska och medicintekniska utvecklingen ställer. Den unika uppgiften för ett universitetssjukhus är att bedriva forskning. Den högspecialiserade vården bör lokaliseras till universitetssjukhuset dels för att den har ett nära samband med forskning och utbildning, dels för att den måste koncentreras till ett fåtal enheter av kompetens- och andra effektivitets skäl. I utredningen framhölls att det finns funktionella och ekonomiska motiv för att det skall finnas endast *ett* universitetssjukhus i länet. Bl.a. talar de allt högre kostnaderna för forskningen och den högspecialiserade vården i den riktningen. I nära samverkan med Karolinska Institutet måste en resurskoncentration komma till stånd i form av en profilering mellan Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus. En gemensam ledning för de två sjukhusen är angelägen för att kunna genomföra denna process.

Befintlig infrastruktur i Stockholms län med ett gammalt universitetssjukhus (KS) i anslutning till Karolinska Institutet (KI) och ett relativt modernt universitetssjukhus (HS) i anslutning till Södertörns högskola och KI, syd innebär enligt universitetssjukhusutredningen att förutsättningar inte finns att skapa ett *lokalmässigt* sammanhållet universitetssjukhus. I stället bör ett funktionellt sammanhållet universitetssjukhus skapas med gemensam ledning. Härigenom kan nödvändig resurs-

2003-10-15

koncentration komma till stånd med en profilering av dagens två universitetssjukhus samtidigt som kontaktytan med och relationerna till Karolinska Institutet effektiviseras.

En gemensam ledning för de båda sjukhusen är en förutsättning för att en uppdragsfördelning mellan sjukhusen skall kunna genomföras på ett strukturerat sätt. Detta gäller såväl profilområden inom forskning som inom sjukvård. Kliniksammanslagningar och fördelning av verksamheter mellan KS och HS kan lättare genomföras och pågående och planerade fastighetsinvesteringar och övriga investeringar kan samordnas för att infogas i ett för de båda sjukhusen gemensamt framtidsperspektiv. Samtidigt kan nödvändiga administrativa samordningsvinster uppnås.

#### *Universitetssjukhusets driftform*

En sammanläggning av de två universitetssjukhusen förutsätter att de drivs i samma associationsform och att de har en gemensam styrelse liksom en gemensam verkställande ledning. Karolinska sjukhuset är för närvarande en förvaltning, vilken drivs i bolagsliknande former, medan Huddinge Universitetssjukhus är ett aktiebolag. En sammanläggning av sjukhusen med bibehållande av dessa två olika driftformer är måhända tekniskt möjligt men innehåller så pass stora praktiska olägenheter att det inte är ett realistiskt alternativ.

Valet står därför mellan förvaltnings- eller bolagsform. Det är koncernledningens uppfattning att förvaltningsformen är att föredra. Förvaltningsformen är den driftsform som bäst tillgodoser det framtida universitetssjukhusets verksamhetsuppdrag såsom den beskrivits i universitetssjukhusutredningen och i landstingsstyrelsens direktiv till 3S-projektet. Universitetssjukhuset kommer att innehålla mindre basal sjukvårdsproduktion

De fördelar som brukar förknippas med bolagsformen som t ex korta beslutsvägar och tydliga regelverk kan till stor del uppnås genom att i verksamheten bedrivs i bolagsliknande former.

En gemensam driftsform åstadkoms genom att Huddinge Universitetssjukhus AB återförs till förvaltningsform varefter en sammanslagning sker med Karolinska sjukhuset.

Landstingsfullmäktige föreslås således nu fatta beslut om att en sammanläggning av de två universitetssjukhusen skall ske fr o m den 1 januari 2004. Landstingsstyrelsen föreslås få fullmäktiges uppdrag att fatta de beslut som krävs för att verkställa sammanläggningen.

2003-10-15

### *Verksamhetsändringar inom universitetssjukhusen*

Nedan redovisas ett antal åtgärder som syftar till att snarast påbörja arbetet med samordningen till ett universitetssjukhus.

#### *9.2.5.1 Samordning thorax*

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-15	-50	-50

Detta förslag innebär samordning av verksamheten till *en* klinik. Enligt en utredning som gjorts är en lokalisering av verksamheten till HS den mest kostnadseffektiva lösningen. Ur ett 3S perspektiv kan särskilda överväganden göras om thoraxkirurgins framtida placering. KS kommer även på längre sikt bibehålla sin profil som multitraumasjukhus. För denna funktion är neuroverksamheten avgörande medan thoraxkirurgi är av något mindre betydelse. Om den thoraxkirurgiska verksamheten går samman i en klinik och lokaliseras till HS bör den thoraxkirurgiska kompetensförsörjningen vid KS regleras genom konsultfunktion med jour- och beredskap från HS.

Koncernledningen delar slutsatsen att en lokalisering till HS sannolik är den långsiktigt mest kostnadseffektiva lösningen. Eftersom skillnaderna är marginella anser dock koncernledningen att inte alltför stor vikt kan tillmätas ekonomin när lokaliseringsfrågan avgörs. I väntan på en nybyggnad för det nya universitetssjukhuset på KS-området är det av stor ekonomisk betydelse att fastighetsinvesteringarna i det nuvarande KS minimeras. Starka skäl talar för att det är en fördel att kunna frigöra ytor i thoraxhuset. Annan verksamhet vid nuvarande KS skulle kunna flytta dit. Även ögonsjukvården vid S:t Eriks ögonsjukhus utgör en viktig faktor eftersom en ev. försäljning av S:t Eriks-området skulle vara ekonomiskt gynnsam. Dessutom anser koncernledningen att FoU-konsekvenserna av en lokalisering till HS behöver belysas ytterligare.

Koncernledningen föreslår således att thoraxkirurgin inom SLL samlas till en enhet. Ledningen föreslår lokalisering till HS, men anser att fastighetsplanering och FoU-konsekvenserna behöver snabbutredas innan definitivt beslut fattas.

#### *9.2.5.2 Samordning, laboratoriemedicin*

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-15	-30	-30

De två universitetssjukhusen har närvarande två kompletta laboratedivisioner. Divisionerna konkurrerar dels med två externa lab. leverantörer dels inbördes. Volymvärdet av de för närvarande konkurrensutsatta laboratorietjänsterna uppgår till ca 750 mkr.



2003-10-15

Inom ramen för budgetarbetet diskuterades inledningsvis olika möjligheter till samordning mellan divisionerna, partiell samordning av vissa discipliner respektive total sammanslagning av de två divisionerna under en gemensam ledning. I det första förslaget, som också är kostnadsberäknat, koncentreras tre av de fyra utpekade disciplinerna, farmakologi, virologi, bakteriologi samt immunologi till ett av sjukhusen.

Det bör särskilt noteras att KS-lab har en mer genomförd integration inom några områden:

- mikrobiologi (virologi och bakteriologi sammanslagna)
- immunologi och transfusionsmedicin
- gemensam produktionsplattform.

Vid HS å andra sidan finns en stark koppling mellan den kliniska och akademiska delen genom den samlade LABMED-institutionen inom Karolinska Institutet.

De fyra berörda disciplinerna vid HS och KS omsätter drygt 400 Mkr. 340 mkr täcks genom landstingsinterna intäkter och 64 mkr finansieras av utomstående kunder.

I detta förslag flyttas verksamhet motsvarande 158 mkr mellan HS/KS. Farmakologin flyttar från KS till HS, bakteriologin från HS till KS och virologin från KS till HS. Immunologin är nischad och hårt knutet till respektive sjukhusprofil, varför vidare utredning bör avvaktas innan beslut fattas. En sammanslagning mellan immunologin och transfusionsmedicin vid HS bör dock kunna ske.

Eftersom det finns förutsättningar för fortsatt produktivitetsutveckling inom existerande strukturer bör istället beslut om samgående mellan de två lab.divisionerna fattas. Detta ligger i linje med överväganden om att ge HS och KS en gemensam ledning. I detta alternativ tas också profileringsbesluten i rätt ordning. Först fastslås vilken profilering kärnverksamheten får inom respektive universitetssjukhuskropp, därefter placeras berörda lab.discipliner i rätt hus.

Sammanfattningsvis förslår koncernledningen att lab.divisionerna vid KS och HS sammanslås till en gemensam enhet och att denna enhet åläggs motsvarande besparing som kalkylerats enligt det första alternativet.

Det fortsatta arbetet bedrivs inom ramen för 3-S utredningen.

Det kan noteras att berörda divisionschefer är involverade i arbetet och har uttryckt att det nu föreslagna alternativet är att föredra.

Fattas sammanslagningsbeslutet enligt plan kommer inbördes konkurrens om interna och externa marknader att upphöra.

2003-10-15

### 9.2.5.3 Samordning Öron, näsa, hals (ÖNH)

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-7	-10	-10

Sluten öronsjukvård och jourläkare dygnet runt finns idag på KS och HS. Offentligt bedriven dagkirurgi finns på DS och SöS medan privat dagkirurgi erbjuds på bl a Sophiahemmet, Löwenströmska sjukhuset och ÖNH-mottagningar i Skärholmen, Högdalen och Farsta. Därutöver finns ett 50-tal privatpraktiserande öronläkare varav 25% ersätts enligt den nationella taxan.

För s k mellanprioriterade patienter, dvs slutenvårdspatienter som inte är högprioriterade, finns idag vårdköer från 6 månader upp till år. I övrigt bedöms ingen nämnvärd bristsituation föreligga för öronsjukvården. Tvärtom tar öppenvårdsspecialisterna emot en viss andel fall, uppskattningsvis 25-50%, som ur medicinsk synvinkel lika väl kan behandlas i primärvården.

KS- och HS-verksamheterna är profilerade så att tumörkirurgi, traumavård och kirurgi i anslutning till neurokirurgi, t ex hypofyskirurgi, är koncentrerad till KS medan HS är profilerad mot mellanörekirurgi. Därtill bedrivs på HS cochleakirurgi för döva i nära samverkan med en välutvecklad hörselrehabilitering.

I syfte att reducera kostnaderna för öronvården har olika förändringsalternativ utretts. Utredningen har påvisat en besparingspotential av ett förslag innebärande att öronjouren koncentreras till KS nätter och helger samtidigt som antalet vårdplatser på HS-SöS reduceras i betydande grad enligt följande:

1. Öronjouren på HS överförs till KS nätter (kl 22-08) och helger.
2. Slutenvårdsavdelningen på 20 vårdplatser på HS omvandlas till veckoavdelning (5-dygnsvård).
3. De sex dagvårdsplatserna på HS läggs ned.
4. De fyra övernattningsplatserna på HS:s enhet på SöS läggs ned.

Förslaget har bedömts ha följande fördelar:

- Kostnadsbesparingar på sammanlagt ca 10 mkr räknat som helårs effekt.
- Effekt 2004 beräknas till 7 mkr.
- Inga negativa effekter på det sjukhusinterna samarbetet.
- Inga negativa effekter på FoUU-verksamheterna.

2003-10-15

Förslaget förutsätter att remisstvång införs på båda jourmottagningarna och att jousen på HS flyttas från akutmottagningen till öronmottagningen. Därigenom beräknas minst en sjukskötersketjänst kunna sparas samtidigt som dagens stora andelen primärvårdsfall på öronjousen, ca 70%, kan förväntas reduceras påtagligt.

I en ökad samordning mellan sjukhusen bör datorjournaler kunna läsas gemensamt och röntgenbilder utbytas digitalt. För en långsiktig god ekonomi inom ÖNH-vården krävs också att de stora sjukhusinterna kostnadsökningarna inom anestesi och röntgen bromsas.

#### 9.2.5.4 Uppdraget för akutmottagning, KS / minskad bassjukvård

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	0	0	0

I enlighet med 3S utredningens intentioner skall akut- och bassjukvårdsuppdraget begränsas vid universitetssjukhusen. En dominerande del av bassjukvården är akut och betingas av akuta besök vid akutmottagning och akut inlagda patienter. Genom att begränsa akutmottagningens verksamhet kan bassjukvård överföras till andra sjukhus och närsjukvården.

Vid akutmottagningen för vuxna vid KS omhändertas ca 87.000 patienter. Ungefär 20 % av patienterna remitteras till akutmottagningen av distrikts- och privatläkare eller sjuksköterska och 15 – 20 % inkommer med ambulans. Cirka 30 % av alla sökande vid vuxen akutmottagningen KS läggs in för fortsatt vård.

Med en prioritering och omdirigering av mindre brådskande ambulanstransporter kan patienter som inte är under pågående behandling eller nyligen avslutat vård eller behandling vid KS hänvisas till andra sjukhus, t.ex.. S:t Görans sjukhus eller Danderyds sjukhus, som med beaktande av positiva margineffekter och dessa sjukhus lägre kostnadsnivå bör kunna utföra vården billigare än KS. En förutsättning för ett positivt netto för SLL är dock att man lyckas på KS lyckas avlägsna alla kostnader som är förenade men den vård som skall flyttas. Av de 15.000 – 16.000 ambulanstransporterna till KS vuxenakutmottagning motsvarar ovanstående grupp ca 35 % eller mer än 5.000 transporter. En omdirigering av dessa transporter till andra sjukhus skulle minska antalet akuta vårdtillfällen med 3.500 – 4.000 och vårdplatsbehovet med upp till 50 vårdplatser om hänsyn tas till säsongvariationer och beläggningsgrad.

Om man kombinerar ovanstående åtgärd med en utökad och väl fungerande rådgivnings- och sorteringsfunktion kan man uppskatta att verksamheten vid akutmottagningen kan begränsas till ytterligare. Detta förutsätter nära samverkan

2003-10-15

med närsjukvårdens akutverksamheter inom KS upptagningsområde. En begränsning av akutmottagningens verksamhet till remitterade och hänvisade patienter leder till en ytterligare reduktion av antalet akuta vårdtillfällen framför allt inom kirurgi och ortopedi och beräknas totalt till ytterligare ca 4.000 vårdtillfällen. Sammanlagt eftersträvas en reduktion med ca. 7.000 - 8.000 vårdtillfällen. (motsvarande nära 100 vårdplatser). Antalet besök vid akutmottagningen begränsas till under 50.000.

En förändring enligt ovan kan genomföras stegvis under 2004 och 2005. För att uppnå kostnadsreduktion vid KS krävs samtidigt en omorganisation av vårdplatsstrukturen så att frigjorda vårdplatser vid de olika klinikerna kan resultera i stängning av vårdavdelningar. Inrättande av sjukhusgemensamma akutvårdsplatser kan vara en metod att lösa detta. Dessutom krävs en omstrukturering av verksamheten vid akutmottagningen och en översyn och reduktion av jourlinjerna.

Reduktionen föreslås genomföras stegvis och bör relateras till fastighetsutvecklingsplanen för det nya universitetssjukhuset. En konkretisering av projektet och dess olika steg tas fram under hösten i nära samverkan med berörda enheter på KS inom ramen för 3S-arbetet.

Ingen kostnadsreduktion föreslås budgeteras för detta projekt. De ekonomiska effekterna av minskningen inom den akuta bassjukvården föreslås ingå i det sammanslagna KS/HS uppdrag att reducera kostnaderna med 500 mkr.

#### 9.2.5.5 Övrig samordning

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-53	-400	-500

Inom ramen för 3S-projektet pågår ett stort antal sk specialitetsutredningar. Några av dem har drivits med förtur och har därför kunnat arbetas in i detta budgetförslag. Andra blir färdiga successivt under hösten 2003. Resultaten av dessa tillsammans med den potential till administrativa besparingar som sammanläggningen skapar beräknas kunna ge en kostnadssänkning nästa år på 53 mnkr.

#### 9.2.6 Audiologi

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-5	-7	-7

2003-10-15

Den samlade hörselvården i SLL består av diagnostisk och rehabiliterande verksamhet för vuxna samt diagnostik och habiliterande verksamhet för barn. Yrsel och balanssjukvård engagerar både hörsel- och öronsjukvården.

SLL har tre hörselkliniker för vuxna, nämligen KS med rehabverksamhet vid DS (KS/DS) och externa hörcentraler på Löwenströmska sjh och Norrtälje sjh, SöS/Rosenlunds sjh och HS med externa hörcentraler i Södertälje, Fruängen och på Nynäshamn sjh. Kliniken för cochleaimplantat (vuxna och barn) ingår på HS.

Barnaudiologi med diagnostik bedrivs på de tre sjukhusen. Barnhabilitering bedrivs i södra länsdelen av HS och i norra länsdelen och centrala Stockholm av KS. Patienter med akuta hörselrubbingar samt yrsel och balansbesvär handläggs till största delen av öronklinikerna. Forskning bedrivs på alla tre klinikerna. Audionombildningen vid KI är belägen på HS.

Verksamheten vid KS/DS och HS brottas med uttalade köproblem med långa väntetider. Oprioriterad patient för diagnostik av hörselnedsättning eller tinnitus eller yrsel har en väntetid på mellan 8 mån och 2 år.

Ca 11 000 utprovningar av hörselapparat görs varje år. Av de 7700 st som betecknas som enkla utförs ca 3 800 st av hörselklinikerna och knappt 4 000 st av tre privat upphandlade enheter, samtliga belägna på nordsidan. Väntetiderna till sjukhusen är med undantag av SöS/Rosenlunds sjh långa medan de privata tar emot inom 12 v. Priset är i genomsnitt 1 700 kr lägre på de privata enheterna.

I syfte att reducera kostnaderna för hörselvården har olika förändringsalternativ utretts. Arbetet har påvisat en besparingspotential av ett förslag innebärande att all enkel hörselapparatutprovning förläggs utanför sjukhusen enligt följande:

1. Enkel hörselapparatutprovning flyttas från KS/DS, HS och SöS/Rosenlunds sjh till privata enheter.
2. Även verksamheten vid de externa hörcentralerna knutna till sjukhusen läggs ned.

Förslaget bedöms ha följande fördelar:

- Kostnadsreduktioner på sammanlagt 7 mkr.
- De enkla hörselapparatutprovningarna ryms i optioner i befintliga privata avtal.
- De privata entreprenörerna är positiva till etablering även på sydsidan.

Besparingen består av sänkta kostnader för enkel hörselapparatutprovning (7 mkr). Den förväntas få full effekt fr o m andra halvåret 2004.

Nedläggning av hörcentralerna i de mer avlägsna orterna Norrtälje och Nynäshamn kan tänkas medföra nya färdtjänstkostnader som påtagligt reducerar den kalkylerade spareffekten beräknad till ca 1-1,5 mkr. Detta ska utredas i särskild ordning.

2003-10-15

Förslaget förutsätter remisstvång till hörselklinik för hörapparatutprovning. Då en betydande del av hörselklinikernas nuvarande verksamheter flyttas över till Rosenlunds sjh fordras att verksamheten där integreras i ett FoUU-nätverk med de tre hörselklinikerna och KI. för att säkra forskning och utbildning, inklusive audionombildningen .

Koncernledning föreslår att arbetet med strukturen inom audiologin fortsätter under hösten inom ramen för 3S. Utgångspunkten för arbetet bör bl.a. vara de nya förutsättningar som uppstår när KS och HS slås ihop och SÖS resp. DS profileras mot mer renodlade akutsjukhus.

### 9.2.7 Ögonsjukvård

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-13	-25	-25

Ögonsjukvårdens framtida struktur är starkt relaterad till utvecklingen av det nya universitetssjukhuset. Funktionellt och FoU-mässigt är den högspecialiserade ögonsjukvården relativt nära associerad med neurosjukvården. Med hänsyn tagen till FoU-profiler mm anser koncernledningen att en lokalisering och associering med neurosjukvården på KS är det bästa alternativet. Om inte bassjukvården ögon (kataraktkirurgi och öppenvård) i sin helhet kan samlokaliseras med den specialiserade verksamheten bör delar av den lokaliseras separat. Detta kan ske utan större olägenhet och är i linje med intentionerna i 3S utredningen (begränsning av bassjukvården vid KS). Det vore önskvärt att genomföra lokaliseringen till KS snarast och lämpligen tas problemställningen med till den grupp som får i uppdrag att snarast ta fram en fastighetsplan för KS/HS med särskild inriktning att minimera investeringarna på KS-området i väntan på den nya sjukhusbyggnaden.

För ögonsjukvården sker en reducering av kostnaderna med 25 mkr fr o m 2005. En stor del tas ut via en reduktion av vårdutbudet. För att mildra effekten av denna minskning är det viktig att de som idag har inget eller ringa vårdbehov, oberoende av vårdgivare, är de som påverkas av förändringen. Delar av de föreslagna åtgärderna fordrar därför samverkan med de privata ögonläkarna. Budgetera de besparingar avser dock endast S:t Eriks Ögonsjukhus och kommer att medföra en personalminskning på 25 - 55 personer under de tre åren. Arbetet med strukturen inom ögonsjukvården fortsätter under hösten inom ramen för 3S-arbetet. I detta arbete tas också frågan upp om den fortsatta organisatoriska tillhörigheten för ögonsjukvården vid SÖS.

### 9.2.8 Hudsjukvård

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-11	-20	-20

2003-10-15

Inom ramen för 3S-utredningen i avsnittet avseende hudsjukvård har gjorts en bedömning av vilka åtgärder som kan tänkas påverka kostnaden för den specialiserade hudsjukvården. Denna medicinska specialitet kännetecknas av att nästan all verksamhet bedrivs i öppenvård och att privatpraktiker står för en betydande del av vårdutbudet. Inom specialiteten förekommer slutenvård (och jourlinje) enbart på Karolinska sjukhuset. Bra samverkansformer mellan husläkare, privatpraktiker och hudklinikerna är av stor betydelse då en stor del av patienterna med hudsjukdomar behandlas i primärvården.

Den sammanfattande slutsatsen är att det är för tidigt att ta ställning till eventuella strukturförändringar som påverkar antalet hudklinikerna inom landstinget. Verksamheten kännetecknas av relativt sett små investeringar i utrustning. Några väsentliga samverkansvinster kan inte heller åstadkommas genom sammanslagning av jourlinjer eller reduktion av nattjänstgöring. På grund av verksamhetens karaktär föreslås i stället följande förändringar inom den specialiserade hudsjukvården:

1. Den totala kostnadsramen för hudsjukvårdsdelen för hudklinikerna på DS, HS, KS, SÖS samt hudmottagningen på NTS reduceras med sammanlagt åtta miljoner år 2004 och tolv miljoner år 2005. Uppdrag ges till BKV att i samverkan med producenterna i vårdavtal ta fram fördelningen på de volymreduktioner som blir aktuella. De angivna reduktionerna i kostnad ska räknas utifrån de kostnadsramar som redan är preciserade i nuvarande budgetdirektiv och i planerade vårdavtal för år 2004.

2. För privatpraktiker inom hudsjukvård genomförs följande åtgärder:

- Etableringar där den ordinarie innehavaren avslutar verksamheten återbesätts tills vidare ej med ny läkare
- Avtal för privatläkare som ej har en bakomliggande etablering förlängs tills vidare ej när avtalet löper ut (med eventuellt undantag för enstaka praktik lokaliserad inom ett prioriterat geografiskt område)

3. Remisstyrning bör snarast genomföras för all specialiserad hudsjukvård

Föreslagna åtgärderna innebär en reduktion i kostnadsramen för sjukvårdsdelen inom specialiteten hudsjukvård och venerologi på i storleksordningen nio procent när förändringarna är helt genomförda. Den venerologiska verksamheten ges i förslaget en oförändrad resursram, vilket innebär att resursförändringen kommer att påverka hudsjukvårdsdelen av verksamheten.

2003-10-15

### 9.2.9 HIV

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-8	-15	-15

HIV-epidemin som startade i mitten av 80-talet har genomgått stora förändringar under sin relativt sett korta historia. Från att inledningsvis ha varit en alltid dödlig sjukdom med många och svåra, sjukhuskrävande komplikationer har idag en snabb utveckling av farmaka lett till att patienterna företrädesvis kan skötas i öppen vård och långtidsöverlevnaden i framtiden kan till och med komma att bli förväntad medellivslängd. Fortfarande sker viss nysmitta och nya fall importerar. Ökningen i SLL är mellan september 2002 och september 2003 kring 100 nya fall. Utredningens syfte har varit att söka utröna huruvida en anpassning av ersättningssystemet eller kostnadsreduktion är möjlig med tanke på att förutsättningarna för HIV-vården så radikalt förändrats under epidemins historia.

HIV-vården i Stockholm bedrivs inom infektionsklinikerna på KS och HS samt inom Hudkliniken på SöS (venhälsan). Klinikerna omhändertar knappt 2 000 HIV positiva patienter. Klinikerna har i mångt och mycket gemensamma riktlinjer för prevention och vård/behandling men skiljer sig i fråga om patientprofiler, kompetenssammansättning och andel sluten respektive öppen vård.

Ersättningen för HIV-vård har erhållits via fast belopp per patientmånad, oavsett sluten eller öppen vård. Det primärpreventiva arbetet har tillika haft statligt anslag.

#### *Förutsättningar*

Enheterna har redovisat dagens produktion och kostnader samt har ombetts redovisa huruvida de har möjlighet öka sitt patientantal vid en eventuell koncentration av verksamheten. Eftersom det idag finns knappt 2000 patienter vid de tre enheterna så har modellen då varit att man ökar sitt patienttal till cirka 1000 inskrivna. Enheterna har också ombetts så långt möjligt är belysa konsekvenser för närliggande verksamheter och FoUU gällande både utökning och minskning/nerläggning.

#### *Slutsatser*

Det primärpreventiva arbetet bör särskiljas från övrig verksamhet finansiellt och få anslag enligt tidigare



2003-10-15

Det föreligger rimligt utrymme sänka det fasta anslaget för vården med 15% med hänsyn taget till presenterade underlag. Eventuella fördyringar på andra håll inom sjukhusen måste då beaktas då denna ”överfinansiering” tas bort.

Patientantalet, nuvarande vårdstruktur samt geografin inom SLL gör koncentration av vården möjlig. Alla enheter klarar utökad verksamhet.

Vid en eventuell koncentration av verksamheten bör dagens specifika profiler avseende utbud, patientgrupper och specifik kompetens bevaras så långt möjligt är

Laborieverksamheten bör koncentreras och samma rutiner och policies för provtagning användas vid samtliga enheter

Om slutenvårdsbehovet fortsätter minska i nuvarande takt bör resurserna anpassas efter detta

Eventuella beslut om koncentration av vården kan ej göras utifrån föreliggande material avseende kostnader och kvalitet utan måste i så fall avgöras utifrån övriga strukturella beslut inom landstinget

På längre sikt bör HIV-vården integreras i det vanliga sjukvårdsutbudet och ersättningssystemet men detta är icke åtgärder genomförbara under 2004

Koncernledningens förslaget innebär att den samlade HIV-verksamheten under 2004 minskar sina kostnader med 7,5 miljoner kronor under 2004, med 15 miljoner kronor under 2005. Ansvaret för den samlade HIV-verksamheten organiseras under en gemensam HS/KS-ledning såvida en sådan bildas. Det preventiva arbetet särskiljs redovisningsmässigt. HIV-vården på sikt integreras i sedvanlig hälso- och sjukvård samt integreras i gällande ersättningssystem

### **9.2.10 Samverkan med Akademiska Sjukhuset i Uppsala**

Akademiska sjukhuset i Uppsala (UAS) ligger på ca. 45 minuters resavstånd från Stockholm. Det är nästan lika lätt att ta sig mellan KS och UAS som mellan KS och HS. Akademiska omsätter över 4 mdr kr. och har ett brett utbud av högspecialiserad vård, som omsätter över 1 mdr kr. I många fall sammanfaller utbudet med KS och/eller HS. UAS utför högspecialiserad vård i första hand åt landstingen i Uppsala-Örebro – regionen, d.v.s. Gävleborg, Dalarna, Västmanland, Sörmland, Örebro och Värmland. Ekonomiskt är också SLL en stor kund i Uppsala.. Stockholms läns landsting köper vård i Uppsala för ca 100 mkr. årligen, men då ingår en betydande del bassjukvård företrädesvis från de norra länsdelarna.

Starka skäl talar för att det finns vinster att hämta för såväl landstinget i Uppsala som SLL i utökad samarbete inom sjukvården. Detta gäller såväl högspecialiserad

2003-10-15

vård som bassjukvård i Stockholms norra länsdelar. Avseende högspecialiserad vård torde samordningsvinster i första hand finnas inom områden som är dubblade mellan landstingen och där bägge landstingen har otillräckliga volymer för att uppnå kvalitet och/eller kostnadseffektivitet. Detta är också i enlighet med uppdraget till Socialdepartementets pågående översynsprojekt av den högspecialiserade vården i Sverige.

I enlighet med direktiven till 3S-utredningen har samtal förts med representation för landstingsledningen i Uppsala och ledningen för UAS om tänkbare områden för utökat samarbete. Enighet föreligger att börja med brännskadevården och handkirurgin.

Avancerad brännskadevård bedrivs på såväl KS som UAS. Under senaste åren finns lyckligtvis tendens till sjunkande volymer avseende svåra brännskador i Sverige och såväl enheten vid UAS som KS har relativt små volymer. Internationellt är oftast brännskadevården betydligt mer koncentrerad än i Sverige. Ingenting talar för kvalitetsskillnader mellan enheterna. Redan under 90-talet tog Socialstyrelsen beslut om två enheter i landet av rikskaraktär, nämligen UAS och Universitetssjukhuset i Linköping. Trots detta har SLL behållit enheten på KS. Koncernledningen anser att övervägande skäl talar för en koncentration och att man i i samstämmighet med tidigare beslut av Socialstyrelsen koncentrerar verksamheten till UAS. Avståndet till UAS utgör inte något problem ur säkerhetssynpunkt. Primärt omhändertagande sker alltså i Stockholm och inom det första dygnet överföres patienten till UAS.

Handkirurgin är i SLL lokaliserad och koncentrerad till SÖS. Handkirurgisk klinik finns också på UAS. Verksamheten i Stockholm är betydligt mer omfattande än i Uppsala, som under senare år haft problem att rekrytera tillräckligt antal läkare. Även inom handkirurgin finns således skäl till koncentration och med hänsyn till omfattning och övriga faktorer föreligger samsyn med Uppsala om en koncentration till Stockholm. Koncernledningen anser att verksamheten på SÖS bör överföras till KS. Skälet till detta är funktionella samband med annan verksamhet på KS och med den föreslagna koncentrationen blir det ännu viktigare att optimera den handkirurgiska specialitetens FoU-möjligheter. Överföringen bör ske så snart lokalmässiga förutsättningar föreligger, vilket senast torde vara när det nya universitetssjukhuset står klart.

Sammanfattningsvis förslås att koncernledningen i samverkan med berörda professioner fortsätter förhandlingarna med landstinget i Uppsala med inriktning att koncentrera brännskadevården till Uppsala och den högspecialiserade handkirurgin till Stockholm. De ekonomiska effekterna av förslaget preciseras efter genomförda förhandlingar.

### **9.2.11 Högkostnadsskyddet för sjukresor höjs**

2003-10-15

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-1,3	-1,3	-1,3

En höjning av högkostnadsskyddet föreslås från 1200 kr per år till 1400 kr, vilket per år ger en inkomstförstärkning på ca 1,3 mkr. Detta är en anpassning till den höjda nivån på egenavgift vid sjukresa.

### 9.2.12 Införande av patientavgift för viss medicinsk service

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-25,0	-57,5	-57,5

En patientavgift på 100 kronor föreslås för vissa delar inom medicinsk service. Patientavgiften föreslås ligga inom högkostnadsskyddet. Det finns skäl att anta att ett avgiftsuttag vid den patientbundna verksamheten vid röntgenenheter och fyslab generellt sett inte skulle få negativa vårdkonsekvenser. De utgör från patientperspektiv oftast en eller ett par enskilda händelser i vårdförloppet.

Beräknat antal röntgenundersökningar i öppen vård uppgår till sammanlagt 950 000 och vid fyslab/neurofyslab till ca 250 000, sammanlagt 1 200 000 undersökningar. Efter hänsyn till högkostnadsskyddets effekter uppskattas antalet debiteringsbara undersökningstillfällen till ca 600 000. En avgift på 100 kr skulle sålunda öka intäkterna med ca 60 mkr. Under det första året förutses investeringar i programvara och kassa, beräknat till högst 5 mkr. Tidsramen för ett införande beräknas till 6 – 8 månader. De årliga personalkostnaderna beräknas uppgå till 2,0 – 2,5 mkr.

### 9.2.13 Införande av patientavgift för ambulanstransport och liggande sjuktransport

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-10,0	-10,0	-10,0

Förutom inkomstförstärkning motiveras införandet av avgift inom ambulanssjukvården med harmoniseringen med övriga sjuktransporter samt behov av ett incitament att inte i onödan utnyttja ambulans. Vid en patientavgift på 140 kronor för ambulans- och liggande sjuktransporter är kostnaden densamma som för sjukresor. Sjukresor är kopplat till högkostnadsskyddet för resor som föreslås bli 1 400 kronor fr om 2004. Patientavgift för ambulans- och liggande sjuktransporter föreslås kopplas till högkostnadsskyddet. För landstingskoncernen beräknas ett ambulansuppdrag kosta ca 2 000 kronor och ett liggande sjuktransportuppdrag ca 800 kronor. Patientavgift för ambulans- och liggande sjuktransport införs från årsskiftet 2003/2004.

*Färre ambulansuppdrag*

2003-10-15

För att landstingets egna vårdgivare skall välja rätt färdmedel i förhållande till patientens vårdbehov föreslås en checklista på uppdragsguiden införas som vägledning för SOS Alarms bedömning av ambulansbehovet. Bortsett från uppenbart livshotande tillstånd bör alltid läkare ha bedömt behovet enligt checklista. Ingen kostnadsreducering budgeteras.

#### 9.2.14 Höjd patientavgift vid telefonrecept

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-4,0	-4,0	-4,0

Patientavgiften vid telefonrecept föreslås höjd från 60 till 80 kronor per recept.

#### 9.2.15 Hjälpmedel, höjda patientavgifter

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-29,5	-29,5	-29,5

Följande avgiftsförändringar föreslås:

- avgift för besök vid Syncentral införs motsvarande lägsta avgift för sjukvårdande behandling, 70 kronor. Detta ger en intäkt på 0,3 mkr kronor per år.
- En avgift på 500 kr per år för glasögon, som förskrivs av Syncentral Detta innebär en ökad intäkt på 0,5 mkr. I beräkningen ingår att inga avgifter utgår för barn och ungdomar under 19 år och att andelen besökare med frikort uppskattas till 30 procent. Avgiften föreslås ingå i högkostnadsskydd för tekniska hjälpmedel.
- Egenavgiften för ortopediska skor (ej behandlingsskor) som f n är 800 kronor för vuxna och 400 kronor för barn höjs med 200 kronor , Detta innebär en ökad intäkt på 1,5 mkr
- Det förekommer idag inga avgifter för inkontinensartiklar och leveransen av dessa. Antalet leveranser till brukare är ca 150 000 / år En avgift på 200 kronor per uttag (ca tre till fyra uttag/leveranser per år är normalt) ger en beräknad intäkt på 26,1 mkr
- Avgiften för förband, nutrition och kosttillägg har varit oförändrad sedan 1993. Avgiften för förband är 170 kronor / tre månader och för nutrition och kosttillägg 170 kronor / månad. De föreslås öka med 30 kronor till 200 kronor. Därmed skulle avgiften vara enhetlig för både inkontinensartiklar, förbandsartiklar, nutrition och kosttillägg. Avgifterna inkluderar transportavgiften.  
Detta innebär en ökad intäkt på 1,1mkr

#### 9.2.16 Borttagande av glasögonbidrag

2003-10-15

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-1,9	-1,9	-1,9

Bidraget på 300 kronor föreslås tas bort i sin helhet. Bidragets värde har p.g.a. inflationen successivt urholkats och kostnaderna för administration mm. står idag inte i rimlig proportion till bidragets storlek.

### 9.2.17 Sänkta bidrag till organisationer

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-1,5	-1,5	-1,5

Ramen för bidrag till organisationer sänks.

### 9.2.18 Sänkta anslag till vissa verksamheter

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-10,0	-10,0	-10,0

Vid genomgången av hela beställarbudgeten för att söka besparingsmöjligheter har ett stort antal mindre anslag inte hunnit genomlysas fullständigt. Anslagen summerar till drygt 200 Mkr. En fortsatt genomgång föreslås med uppdraget att reducera kostnaderna med 10 Mkr.

### 9.2.19 Genomförandet av läkemedelsstrategin

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-142,0	-142,0	-142,0

En lång rad aktiva åtgärder pågår och måste förstärkas i genomförandet av beslutad läkemedelsstrategi; i första hand:

1. Kvalitetutvecklingsavtal tecknas med samtliga producenter av öppen vård.
2. Specialistläkemedlens kostnadsutveckling svarar för en betydande andel av kostnadsökningen och skall därför behandlas i avtalen med berörda producenter.
3. Fullfölj inrättandet av läkemedelsförråd i särskilt boende för äldre.
4. Prioritera användning av apodos för äldre i eget boende.
5. Förbättrad förskrivning utvecklas inom kommunens särskilda boenden.
6. Fortsatt utveckling av läkemedelsjournal (läkemedelslista).

2003-10-15

7. Upphandla hjälpmedel för intag av läkemedel och behandlingskontroll
8. Marknadsför läkemedelsstrategin till befolkningen och vårdorganisationen
9. Förmå Apoteket AB till ökat utnyttjande av parallellimport
10. Verka för förändringar på statlig nivå i syfte avseende reglerverket

Utöver redan budgeterad minskad kostnadsökningstakt bedöms ett framgångsrikt genomförande av dessa åtgärder kunna medföra ytterligare minskningar med ca 150 mkr till en föreslagen budgeterad nivå på 4 141 mkr för år 2004. För genomförandet nödvändig mobilisering och marknadsföring av förändringsbudskapen kräver ett brett deltagande från beställaren, producenterna, professionen, läkemedelskommittéer och Apotek. För att stödja denna mobilisering avsätts 8 mkr för kommunikationsåtgärder

### 9.2.20 Reduktion av sjukgymnastik

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-19,0	-44,0	-47,0

Förändrade uppdrag till vårdgivarna ska minska utnyttjandet av sjukgymnastiska behandlingar med 47 mkr varav ca 19 mkr för 2004.

### 9.2.21 Företagshälsovården tecknar avtal om medicinsk service

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-2,0	-4,0	-4,0

Landstinget betalar f.n. de röntgen- och laboratorieundersökningar som företagshälsovårdscentraler beställer om det inte rör sig om hälsokontroller. Nu föreslås att landstinget villkorar ersättningen för den medicinska servicen med ett avtal träffas om detta som bl. a. förbättrar möjligheterna till uppföljning och kontroll av kostnaderna.

### 9.2.22 Tidningen Vårdguiden, sparbetning

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-2,3	-2,3	-2,3

Fyra nummer per år till lägre tryckkostnad.

### 9.2.23 Assisterad befruktning exkluderas ur landstingets vårderbjudande

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-45,0	-45,0	-45,0

2003-10-15

Landstinget betalar idag cirka 1300 försök per år vid HS och KS. Genom beslut tidigare i år har möjligheten att gå utanför länet tagits bort. Vissa kriterier finns, samt begränsning till två försök per kvinna. Varje försök kostar omkring 20 000 kronor plus cirka 15 000 för tillhörande hormonbehandling och till detta kommer fertilitetsutredningen.

Föreslås att försöken betalas av patienten. Landstinget bekostar infertilitetsutredningen och åtgärder för att bota sjukdom och skada, men inga försök med tillhörande hormonbehandling.

#### 9.2.24 Uppsägning av vårdavtal med vissa privata vårdgivare

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	0,0	-80,0	-80,0

Avtalstiden går ut för avtal med privata vårdgivare inom somatisk akutsjukvård med en sammantagen omslutning på cirka 500 mkr. Vissa vårdavtal kommer att sägas upp, andra kommer att omförhandlas med en kraftig volymreduktion. Den totala volymen minskas på detta sätt till ett värde motsvarande 120 mkr. Vård motsvarande 40 mkr ersätts med vård i andra former. Av försiktighets skäl kalkyleras med en risk för överflöde till externa leverantörer och därför redovisas en möjlig nettoeffekt på 80 mkr.

#### 9.2.25 Förändring av husläkarens roll, vårdgarantin samt tillämpning av tydliga prioriteringsprinciper

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-150,0	-200,0	-200,0

Mot bakgrund av de stora förändringar som föreslås av vårdutbudet och av att efterfrågan på sjukvård är större än vad som är möjligt att tillgodose krävs åtgärder som garanterar att vården ges på lika villkor för hela befolkningen och att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. I det följande föreslås åtgärder som syftar till att förändra befolkningens vårdsökande och skapa förutsättningar för att vårdens resurser används för de insatser som är mest angelägna. Under senare år har många beslut fattats och riktlinjer utarbetats som syftar till att vårdinsatserna ska vara evidensbaserade och komma de mest behövande till godo. Utbyggnaden av husläkarsystem, principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå och utarbetandet av regionala vårdprogram är exempel på redan etablerade förändringar. De förslag som nu läggs fram innebär att ytterligare steg tas för att få genomslag av önskvärda förändringar i vårdmönstren. De ekonomiska förutsättningarna är nu sådana att vårdutbudet och vårdinsatserna måste styras och samordnas på ett bättre sätt än hittills för att hälso- och sjukvårdslagets intentioner ska kunna följas. De ligger

2003-10-15

också i linje med den pågående utredningen om närsjukvården och de förslag som framläggs om ändrade uppdrag för akutsjukhusen.

Flera av de förändringar som här redovisas förutsätter att landstingsstyrelsen eller dess hälso- och sjukvårdsutskott fattar mer detaljerade beslut om avgränsningar och tillämpningar.

#### *Husläkarens roll som samordnare av vården stärks*

Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att landstingen ska organisera vården så att alla har möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Denna ska vara specialist i allmänmedicin. Redan idag är husläkaren den naturliga förstahandskontakten för många som söker hälso- och sjukvård. Det finns dock patienter som söker specialist eller annan vårdgivare utan föregående kontakt med sin husläkare. I Stockholms län med ett stort utbud av olika specialistmottagningar är antalet besök i öppen vård betydligt högre än i landet i övrigt. Husläkarens roll som samordnare bör förstärkas och regler införas som innebär att övriga specialisläkare och andra vårdgivare i princip endast tar emot patienter som först bedömts av sin husläkare. I vårdavtal med akutsjukhus och vissa andra vårdgivare finns regler som tydliggör att patienter som har remiss tas emot i första hand. På många sjukhusmottagningar innebär det att endast remisspatienter tas emot. Fördelen med detta är att specialistresurserna då kan användas till de patienter som behöver denna specialistinsats. I den öppna vården utanför sjukhus med bl.a. ett stort antal privata vårdgivare är situationen annorlunda. Där förekommer att patienter tas emot utan remiss och utan bedömning av husläkaren. För de privatläkare och sjukgymnaster som inte har vårdavtal gäller lagen om läkarvårdsersättning respektive sjukgymnastersättning. Enligt denna kan krav på remiss för vård införas under förutsättning att remisskrav gäller för motsvarande vård hos en specialist eller sjukgymnast inom landstinget. Remiss får dock inte krävas för läkarvård inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.

Landstingsfullmäktige föreslås besluta att remiss från husläkare i princip ska vara en förutsättning för vård av specialisläkare och sjukgymnast med de undantag som lagen anger och med de principer och regler som landstingsstyrelsen fastställer. Landstingsstyrelsen föreslås också få besluta om tidpunkten för förändringen.

Vid utarbetandet av de nya reglerna bör prövas om en annan läkare än en specialist i allmänmedicin under vissa förutsättningar skall kunna överta husläkarens samordnarroll. Detta skulle kunna ske genom att husläkaren på förslag av patienten utfärdar en tillsvidareremiss till specialisläkaren. Denna ska då vara beredd att ta det helhetsansvar som allmänläkaren normalt har och också vara beredd att följa de vårdprogram och övriga rekommendationer som tillämpas inom landstinget. Den fasta ersättning – sk. kapitering – som normalt tillfaller husläkarmottagningen skulle då kunna överföras till specialisläkaren.



2003-10-15

*Vårdgarantin*

Vårdgarantin innebär att man inte ska behöva vänta på behandling eller operation längre än tre månader för prioriterade behandlingar. Syftet med vårdgarantin har bl a varit att likställa prioriteringen mellan olika specialiteter och se till att resurser finns tillgängliga för att denna prioritering ska kunna förverkligas. Tillämpningen av vårdgarantin har dock fått andra effekter. Genom att vårdgarantin utvidgats till områden där underlag för tydliga indikationer och prioriteringar ännu inte finns har en situation uppkommit där utbudet av vård har tillåtits vara mera styrande för konsumtionen av vård än de faktiska vårdbehoven. Det finns nu anledning att återupprätta vårdgarantins ursprungliga intentioner. Detta kräver att det utformas tydliga behandlingsindikationer för vad vårdgarantin ska omfatta. Det budgetförslag som nu föreligger innebär relativt omfattande ingrepp i utbudet av vård. Det är ytterligare ett skäl till varför vårdgarantin behöver ses över. Därför föreslås att vårdgarantin med dess nuvarande tillämpning upphör att gälla fr o m 2004-01-01 och att landstingsstyrelsen ges i uppdrag att ta fram regler för hur en förbättrad vårdgaranti ska tillämpas fr o m 2005-01-01. Dessa nya regler kan då anpassas till den roll som samordnare som husläkaren ska ha. De särskilda medel - 50 mkr - som funnits på centralt anslag för att finansiera vårdgarantiåtgärder dras in och vårdgivarna förutsätts göra motsvarande anpassningar av sina kostnader. En rimlig utgångspunkt är också att ingen klinik eller annan vårdgivare ska ha en vårdplaneringslista som täcker mer än tre månader framåt i tiden. Remisser avseende patienter som efter en medicinsk bedömning av angelägenhetsgraden inte kan ges behandling inom tremånadersperioden bör återsändas till husläkaren som i samråd med patienten får ta ställning till fortsatt handläggning. Om en förnyad bedömning av husläkaren visar att tillståndet blivit förändrat och motiverar inplacering i högre prioritetsgrupp utfärdas ny remiss.

*Tydliga prioriteringsprinciper bör få genomslag i all vård. Den medicinska revisionen utökas*

Inom det medicinska programarbetet utarbetas vårdprogram och principer för prioritering mellan patienter inom en sjukdomsgrupp. Åtgärder behöver vidtas för att möjliggöra att dessa principer följs av samtliga vårdgivare med finansiering från landstinget. I de vårdavtal som tecknas ska tydligt framgå att dessa riktlinjer ska följas och att avvikelser som kan vara nödvändiga i det enskilda fallet ska vara motiverade och dokumenteras. En del av ersättningen till vårdgivaren kommer enligt beslutet om nya ersättningssystem vara målrelaterad. Som en konsekvens härav kommer uppföljning / revision av medicinsk kvalitet bli ett naturligt inslag i beställarens dialog med vårdgivaren. För vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan finns inte möjligheter att på samma sätt få genomslag för de riktlinjer som finns i vårdprogram, fastställda prioriteringsprinciper, regler för remittering till medicinsk service och läkemedelsrekommendationer. Det finns exempel på läkare som på landstingets bekostnad utför åtgärder som närmast är av kosmetisk natur eller andra åtgärder som har mycket låg medicinsk prioritet. Remisser för specialistläkarvård bör därför ske till vårdgivare som åtar sig att följa

2003-10-15

dessa riktlinjer och förklarar sig beredda att tillåta att landstinget genom uppföljning/medicinsk revision kan kontrollera att så sker.

#### *Regleringen av privatläkarvården*

Det finns skäl att inleda en diskussion med statsmakterna om förändringar i regelsystemet för privatläkare. De övergångsbestämmelser som finns i lagen om läkarvårdsersättningar borde eftersom lagen nu funnits i tio år kunna slopas och en förutsättning för fortsatt offentlig finansiering vara vårdavtal med landstinget. Därigenom skulle sjukvårdshuvudmannens möjligheter öka när det gäller att styra resurserna till de områden och patientgrupper där behoven är störst. Då kan genom vårdavtalen säkerställas att alla invånare får vård på lika villkor och att de medicinska riktlinjer som utarbetats följs av alla vårdgivare. Under 2002 uppgick 505 privata läkare utan vårdavtal ersättning från Stockholms län landsting. Den totala ersättningen uppgick till cirka 580 miljoner kronor. Den största enskilda gruppen läkare var specialister i psykiatri – 128 till antalet. Samtidigt upplever den tyngre psykiatriska vården en klar brist på utbildade läkare. En fråga som kan bli aktuell att diskutera med regeringens samordnare för den psykiatriska vården är vilka åtgärder som kan vidtas för att stimulera de psykiatriker som finns inom länet att arbeta inom de områden där behoven är störst.

Landstinget har antagit en policy för samverkan med privatläkarkåren. De reglerar bl.a. hur samråd ska ske när en läkare av åldersskäl eller annan anledning önskar upphöra med sin mottagning. Den ekonomiska situationen och pågående utredningar om närsjukvården och husläkarens förstärkta samordnarroll gör det nödvändigt att se över policyn. Ersättningsetableringar kommer i fortsättningen endast vara möjliga om de kan förenas med kraven på ekonomisk balans och landstingets ansvar för att bereda sjukhusläkare anställning i den utbyggda närsjukvården. En ytterligare förutsättning måste vara att etableringen förläggs till en grupp mottagning som har en definierad uppgift inom närsjukvården och förläggs till ett område som idag är underförsörjt med specialistläkare. Motsvarande principer bör bli gällande när det gäller privata sjukgymnaster.

#### *Vård utom länet*

Den samordnande roll som husläkaren föreslås ha kommer i enlighet med riksavtalets regler också att gälla när en patient söker planerad öppen vård hos specialist inom annat landsting. Det innebär att patienten först kontaktar sin husläkare som tar ställning till om remiss ska utfärdas. För att de prioriteringsprinciper som fastställts ska gälla ska få en enhetlig tillämpning föreslås att reglerna vid planerad slutenvård i annat landsting ändras så att remiss och betalningsförbindelse ska utfärdas av behörig läkare inom Stockholms läns landsting. Detta ligger i linje med den rekommendation som landstingsförbundet utfärdat. Landstingsstyrelsen bör få i uppdrag att fastställa de närmare reglerna för hur remiss ska utfärdas.

#### *Åtgärder för minskat antal sjukskrivna*

2003-10-15

Samhällets insatser för att minska de långa sjukfallen och antalet personer som uppbär sjukersättning måste intensifieras. Landstinget och försäkringskassan ska därför utveckla sitt samarbete. Vid årsskiftet 2003/2004 inför landstinget och försäkringskassan en gemensam rehabiliteringsgaranti för patienter med värk från rygg, nacke och axlar. Särskilda rehabteam med sjukgymnast och försäkringskassehandläggare ska genom tidiga insatser underlätta snabb återgång till arbetet för denna grupp. Nästa steg blir åtgärder för den stora gruppen sjukskrivna med psykisk ohälsa där samordnade tidiga insatser under en begränsad tid förväntas kunna minska antalet långa sjukfall. Försäkringskassan kommer att anställa fler försäkringsläkare och husläkarna kommer att ges ökad utbildning i försäkringsmedicin och bättre stöd i sjukskrivningsprocessen. En försäkringsmedicinsk kommitté planeras som ska verka för att mer enhetliga kriterier och bedömningar tillämpas. Kommittén ska också utarbeta kvalitetskriterier som kan användas vid uppföljning av hur samverkan försäkringskassa och hälso- och sjukvård fungerar. Landstinget har som arbetsgivare ett intresse av att sjukskrivningarna minskar. Om fler är i arbete ökar också tillväxten och landstingets skatteintäkter. Om statens kostnader för sjukskrivningar minskar skapas också ett samhällsekonomiskt utrymme som kan användas för satsningar på andra områden

### 9.2.26 Övrig ramreducering

År	2004	2005	2006
<i>Minskat resursbehov</i>	-393,4	-393,4	-393,4

HSU / BKVs ram för 2004 föreslås reduceras för tekniska justeringar mot landstingskontoret och effekter av vidtagna åtgärder under 2003 med 393,4 Mkr.

Tekniska justeringar avser överföring av Vårdguiden till Beställarkontor vård med 25 Mkr, samt från Beställarkontor vård till landstingskontoret politikerarvoden i de gamla sjukvårdstyrelserna med 10 Mkr och infocenter för unga för med 5,5 Mkr. Netto överförs 9,5 Mkr till BKV,

Effekter 2004 av åtstramningsbeslut som HSU fattade i samband med budget för 2003 beräknas medge en ramreducering med 246,9 Mkr. Beloppet avser bland annat effekter av administrativa besparingar i samband med omorganisationen, återhållsamhet med medel som avsatts för ny verksamhet och lägre omkostnader för de politiska beredningarna.

Fullmäktiges beslut 10 juni 2003 om kostnadsbegränsande åtgärder för 2003 bedöms ge effekt för 2004 med 156 Mkr och avser höjda patient avgifter 70 Mkr, besparingar inom kunskapscentra 60 Mkr, hjälpmedel 18 Mkr och IVF-behandlingar med 8 Mkr

2003-10-15

### 9.3 Övrig vårdverksamhet

#### 9.3.1 Akutsjukhusen

#### KONSOLIDERAD RESULTATRÄKNING FÖR AKUTSJUKHUSEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003 1)	Budget 2004	Plan 2005 2)	Plan 2006 2)
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>14 072</b>	<b>15 058</b>	<b>15 651</b>	<b>16 264</b>	<b>16 655</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-13 969</b>	<b>-14 757</b>	<b>-15 096</b>	<b>-15 731</b>	<b>-16 184</b>
- varav personalkostnader	-9 265	-10 041	-10 286	-10 722	-11 101
Avskrivningar	-311	-412	-400	-410	-426
Finansnetto	14	12	-13	-24	-38
<b>Resultat</b>	<b>-194</b>	<b>-99</b>	<b>142</b>	<b>99</b>	<b>7</b>

1) Budget 2003 utgörs av i september omrapporterad budget. Fullmäktiges beslutade resultatkrav för 2003 var ett resultat på 4 mkr (hänförligt till STE). HS omrapporterade budget för 2003 lyder på -105 mkr, STEs budget på 2 mkr samt NTS budget på 4 mkr.

2) De konsoliderade värdena för summa verksamhetens intäkter samt summa verksamhetens kostnader för åren 2005 och 2006 är ungefärliga eftersom motpartsredovisning ej krävts vid inrapportering, vilket betyder att interna transaktioner uppskattats i sammanställningen ovan.

Med strukturförslagen i denna budget inleds omvandlingen av Stockholms sjukvård i enlighet med förslagen i universitetssjukhusutredningen och direktiven för 3S-utredningen. Förslagen ligger också till grund för de specifika ägardirektiv som ägarutskottet har att utarbeta för sjukvårdens bolag och förvaltningar. Förslaget bygger på mer fokuserade uppdrag för sjukhusen än idag då de flesta sjukhus har ett diversifierat uppdrag. Det är koncernledningens uppfattning att arbetet underlättas för såväl styrelser, sjukhusledning som profession om det föreligger ett tydligare och mer fokuserat uppdrag. I början på år 2004 när de

2003-10-15

ytterligare resultat från 3S-utredningen föreligger kan ytterligare strukturförslag framläggas.

Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus slås med förslaget ihop till en gemensam förvaltning. Uppdraget till den nya styrelsen blir att i huvudsakligen fokusera på högspecialiserad vård och FoUU utifrån en helhetssyn på KS och HS som ett sjukhus. Bassjukvården skall minska totalt för det nya sammanslagna sjukhuset. Till den nya förvaltningen skall endast knytas den mängd bassjukvård som krävs för grundläggande klinisk forskning och undervisning. Bassjukvården kan vara ojämnt fördelad mellan de båda sjukhusen. Mycket tyder på att det är rationellt att ha mer bassjukvård på HS än på KS. En faktor som talar för detta är bl.a. utnyttjande av befintlig byggnadsstruktur. I väntan på den nya sjukhusbyggnaden är det viktigt att minimera byggnadsinvesteringarna vid KS. En grupp med detta uppdrag bör snarast tillsättas under koncernledningen. Så snart den nya förvaltningen är operativ övertas detta uppdrag av styrelsen för KS/HS.

I förslaget åläggs styrelsen för HS/KS ett stort ekonomiskt uppdrag med en väsentlig reduktion av kostnadsmassan. Grunderna för att uppnå reduktion är utflyttning av bassjukvård, såväl slutenvård som öppenvård. Vidare förutsätts att man uppnår väsentliga vinster via koncentration, samordning och utbudsreduktion. Inte minst på investeringssidan, såväl avseende fastigheter som utrustning torde väsentliga samordningsvinster kunna hämtas hem.

Ett mycket väsentligt uppdrag till styrelsen för HS/KS blir samverkan med Karolinska Institutet. Det är koncernledningens uppfattning att denna samverkan väsentligt underlättas av en sammanslagning. Förbättrad samverkan är i enlighet med statens intentioner i det nya ALF-avtalet.

Uppdraget till styrelserna för Södersjukhuset AB respektive Danderyds sjukhus AB blir att fokusera på akutsjukvårdsuppdraget. Till sjukhusen bör i första hand knytas sådana verksamheter som är av grundläggande betydelse för akutsjukvårdsuppdraget. Övriga verksamheter bör successivt flyttas ut från styrelsernas ansvarsområde. Med förslagen i föreliggande budget inleds denna process. Akutsjukvårdsvolymer ökar väsentligt vilket ger sjukhusen goda möjligheter till rationalisering. Det är koncernledningens uppfattning att rationaliseringspotentialen är större än vad som ligger i förändringsförslagen avseende Norrtälje resp. Södertälje sjukhus. Koncernledningen kommer att uppta överläggningar med resp. sjukhus om budget 2004 så snart samtliga faktorer av betydelse, inkl utfall 2003, kan överblickas.

Uppdraget till S:t Görans sjukhus bör likna uppdraget för Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Givetvis gäller för S:t Görans styrning via avtal i stället för via ägarstyrning. Det är rationellt för landstinget att förhandla/upphandla större volymer vid S:t Görans sjukhus. Detta kan göras t.ex. när bassjukvård flyttas ut från HS/KS.

2003-10-15

Uppdraget till S:t Eriks ögonsjukhus AB framgår till stor del på annan plats i föreliggande budgetförslag. I hittillsvarande strukturarbete kring ögonsjukvården är erfarenheten att det varit en stor fördel och underlättat arbetet att den av landstinget ägda ögonsjukvården organisatoriskt varit i stort sett sammanhållen. Det finns f.n. således ingen anledning att ändra på detta förhållande även om annan lokalisering än den nuvarande kommer till stånd. Uppdraget till styrelsen bör förtydligas när det gäller samverkan med privata vårdgivare. Denna samverkan bör utökas så ögonsjukvården ännu tydligare kan ses som en helhet.

I takt med att strukturförändringar görs inom den sjukhusbundna somatiska vården blir det allt tydligare och direktiven till 3S avseende närsjukvården återspeglar sig i en ny organisation avseende primärvård, psykiatri och geriatrik. Detta är under utredning och tjänstemannaförslag väntas inom kort. Det är viktigt att en ny organisation underlättar samarbetet med privata vårdgivare inom nämnda områden. Föreliggande budgetförslag innebär en omstrukturering av Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus till närsjukhus. Koncernledningen föreslår att uppdrag ges att omgående utreda ny organisation av landstingets sjukvårdsutbud i Södertälje och Norrtälje. Inriktningen bör vara att samla det totala utbudet i en organisation. I denna organisation kan samverkan med resp. kommuner utvecklas. I samband med budgetprocessen har förslag bl.a. lagts från landstingspolitiker och kommunalpolitiker i Norrtälje om en fördjupad samverkan i en gemensam nämnd som dessutom innebär möjlighet till besparingar utöver omstruktureringen av Norrtälje sjukhus. Koncernledningen bedömer detta förslag som intressant och anser att det bör beaktas i det fortsatta arbetet oavsett sjukhusets framtida roll. Efter utvärdering kan förslaget ev. bilda modell för närsjukvårdskoncept inom andra delar av länet.

#### *Budget 2004*

De budgetförslag som de landstingsägda akutsjukhusen lämnat slutar samtliga, förutom två, på ett nollresultat nästa år. Karolinska sjukhuset budgeterar ett överskott på 137 mnkr och Norrtälje sjukhus ett överskott på 5 mnkr. Bakom inlämnade siffror finns dock en mer bekymmersam verklighet, vilket framgår av åtminstone flertalet budgetförslag.

#### *Karolinska sjukhuset*

För detta sjukhus kompliceras bilden ovan av dels årets prognos, dels budgetförslaget för nästa år. Prognosen i år pekar på ett underskott på 137 mnkr under förutsättning av att i år vidtagna besparingsåtgärder ger resultat. För nästa år har sjukhuset budgeterat ett lika stort överskott, dvs 137 mnkr. Sjukhusets styrelse har ännu inte tagit ställning till detta förslag. Från läget när årets prognos gjordes (mitten av september) fram till slutet av nästa år skall sjukhuset således åstadkomma en resultatförbättring på ca 275 mnkr.

2003-10-15

Enligt Karolinska sjukhusets budgetförslag skall resultatförbättringen åstadkommas framför allt genom att personalkostnaderna hålls oförändrade, de minskar t o m något, mellan prognos 2003 och budget 2004. Kostnaderna för personal skall minska med ca 180 mnkr. Kostnaderna för inhyrd personal skall minska med 73 mnkr (från 75 mnkr till 2 mnkr) medan kostnaderna för egen personal skall reduceras med ca 100 mnkr vilket sägs motsvara ca 300 anställda. Härutöver skall materialkostnaderna minskas. Totalt sett minskar sjukhusets kostnader mellan prognos 2003 och budget 2004 med 43,5 mnkr.

#### *Danderyds sjukhus*

I Danderyds budgetförslag återfinns följande skrivning.

”De ekonomiska förutsättningarna för 2004 med 4 procents uppräknig av 2003 års ersättning har efter förhandlingar visat sig otillräckliga för att täcka DSABs kostnader. Parterna har enats om en lösning där kostnadsreduktioner genomförs löpande under året. Sådana reduktioner med eventuell påverkan på produktionen genomförs efter samråd mellan parterna”.

Koncernledningen ser de citerade meningarna som uttryck för att det finns en hög grad av beredskap hos såväl sjukhuset som beställaren för att vidta de åtgärder som krävs under nästa år för att sjukhusets ekonomi skall kunna hållas i balans.

#### *Södersjukhuset*

Södersjukhuset budgeterar ett nollresultat 2004. För att det skall vara möjligt redovisar sjukhuset ett antal åtgärder som måste vidtas redan i år för att få tillräckliga effekter nästa år. Åtgärds paketets helårseffekt anges till 76 mnkr. Om 2004 års beställning baseras på den lägre nivån beställd vård 2003 saknas ytterligare 53 mnkr. Det finns således ett osäkerhetsspann på 75 – 130 mnkr som kan äventyra möjligheterna för sjukhuset att leva upp till sin egen budget.

#### *Huddinge Universitetssjukhus*

Universitetssjukhuset förutsätter i sitt förslag att 3S-utredningen genererar verksamhetsförändringar inom sjukhuset, till följd av samordning med Karolinska sjukhuset, uppgående till 45 mnkr nästa år. Förverkligas inte detta byts sjukhusets budgeterade nollresultat till ett underskott på 45 mnkr. Budgeten förutsätter vidare att rationaliseringar och verksamhetsförändringar genomförs som skall sänka kostnaderna med ca 130 mnkr. Bl a skall personalkostnaderna reduceras motsvarande 100 tjänster vilket sägs kunna ske genom naturlig avgång.

#### *Sammanfattande bedömning*

De förslag till strukturförändringar inom sjukvården som presenteras i detta budgetförslag har betydande konsekvenser för samtliga landstingsägda

2003-10-15

akutsjukhus. Några av dem påverkas direkt, såsom t ex Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus, medan effekterna för andra som Danderyds sjukhus och Södersjukhuset är av mer indirekt karaktär. Hur förändringarna slår ekonomiskt sjukhus för sjukhus återstår att analysera och diskutera med respektive sjukhusledning. Koncernledningen föreslås få ett särskilt uppdrag om detta och återkomma till landstingsstyrelsen med sina bedömningar och förslag.

Det är först när nämnda analys är genomförd – samt utfallet för 2003 är känt – som det finns förutsättningar att på ett seriöst sätt budgetera vilket resultat varje akutsjukhus bör generera 2004. Med tanke på de osäkerheter som finns förordar koncernledningen att resultatet för akutsjukhusen som grupp nu budgeteras till noll samtliga år i perioden 2004 – 2006.

År	2004	2005	2006
<b>Preliminärt resultatkrav</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 9.3.2 Produktionsområdena

#### KONSOLIDERAD RESULTATRÄKNING FÖR PRODUKTIONSOMRÅDEN FÖR ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget * 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>8 402</b>	<b>8 349</b>	<b>8 476</b>	<b>8 757</b>	<b>9 049</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-8 506</b>	<b>-8 297</b>	<b>-8 425</b>	<b>-8 707</b>	<b>-9 000</b>
- varav personalkostnader	-5 154	-5 539	-5 734	-5 956	-6 187
Avskrivningar	-49	-48	-56	-55	-55
Finansnetto	7	9	5	5	5
<b>Resultat</b>	<b>-146</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

I tidigare budgetbeslut har LF fastställt resultat (i överensstämmelse med ekonomiska styrregler för budget och resultatdispositioner) för RE inom producentorganisationen. Föreslås att LF beslutar (binder) fetmarkerade rader (3 st) i tabellen ovan.

\* BU-2003 = den i September 2003 omrapporterade budgeten

För närvarande pågår ett arbete med att se över de tre produktionsområdenas organisation. När produktionsstyrelsen avvecklades och produktionsområdena underställdes landstingsstyrelsen/ägarutskottet uttalades att denna organisatoriska lösning skulle betraktas som temporär.



2003-10-15

Inriktningen på organisationsarbetet är att samla områdena i en förvaltning. Ett förslag med denna inriktning bedöms kunna tas upp i ägarutskottet i november 2003 och genomföras några månader in på nästa år.

Frågan om vilka rationaliseringskrav som bör ställas på den samlade produktionsförvaltningen, bl a vad gäller de administrativa resurserna, är ännu för tidigt att bedöma. Den frågan kommer därför att tas upp i organisationsärendet.

### 9.3.3 Folktandvården

#### RESULTATRÄKNING FÖR FOLKTANDVÅRDEN STOCKHOLMS LÄN AB ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>1 045,5</b>	<b>1 149,1</b>	<b>1 095,2</b>	<b>1 139,0</b>	<b>1 184,6</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 1 024,5</b>	<b>- 1 104,6</b>	<b>- 1 056,2</b>	<b>- 1 094,0</b>	<b>- 1 137,1</b>
- varav personalkostnader	- 705,5	- 780,2	- 755,5	- 793,3	- 832,9
Avskrivningar	- 39,4	- 41,5	- 40	- 40,0	- 40,0
Finansnetto	- 0,7	- 3,0	1,0	1,0	1,0
<b>Resultat</b>	<b>- 19,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6,0</b>	<b>8,5</b>

Folktandvården Stockholms Län AB (Folktandvården) erbjuder utbud av tjänster inom allmäntandvård och specialisttandvård. Bolaget har en stor geografisk spridning och återfinns på drygt 100 platser inom länet. Folktandvården är den största leverantören av tandvårdstjänster i Norden och antalet patienter uppgår till cirka 750 000.

Folktandvårdens verksamhet finansieras till 40 % av landstinget via vårdavtal med Beställarkontoret Vård och till 60 % av externa kunder i form av betalande patienter. Bolaget bedriver en konkurrensutsatt verksamhet.

I budget för 2004 beräknas avtalet med beställaren ge en ökad ersättning om cirka 4,6 mkr för barn- och ungdomstandvård.

För planeringsåren 2005 och 2006 har Folktandvården räknat med årliga intäktsökningar med 4 % med utgångspunkt från viss förväntad volymökning av verksamheten samt produktivitetsförbättringar.

2003-10-15

Om de totala personalkostnaderna tillåts öka med 5 % i enlighet med landstingets direktiv kommer inte dessa kostnader att täckas av patientavgifter. Övriga kostnader beräknas bli oförändrade till följd av olika åtgärder för att rationalisera och effektivisera verksamheten.

Koncernledningen föreslår att bolaget åsätts ett avkastningskrav på 25 mkr årligen från 2004.

År	2004	2005	2006
Avkastningskrav	25	25	25

### 9.3.3 Ambulans sjukvården i Storstockholm AB

#### RESULTATRÄKNING FÖR AMBULANSSJUKVÅRDEN I STORSTOCKHOLM AB (AISAB) ÅREN 2004-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>97,4</b>	<b>103,8</b>	<b>109,2</b>	<b>121,2</b>	<b>125,5</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 99,7</b>	<b>-106,5</b>	<b>- 111,5</b>	<b>- 115,4</b>	<b>- 119,5</b>
- varav personalkostnader	- 79,9	- 87,9	- 91,7	- 94,9	- 98,3
Avskrivningar	- 5,3	- 5,0	- 5,2	- 5,1	- 5,3
Finansnetto	- 0,1	- 0,6	- 0,2	- 0,1	0
<b>Resultat</b>	<b>- 7,7</b>	<b>- 8,3</b>	<b>- 7,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>

AISAB utför enligt avtal ambulans- och akutbilstjänster åt Stockholms läns landsting.

Bolagets redovisade budgetförslag avviker för samtliga år från den ramar landstingsfullmäktige fastställt för respektive år. För 2004 är det en negativ avvikelse medan det för åren 2005 och 2006 är mindre positiva avvikelser. Avvikelserna hänger samman med det rådande avtalsläget. För 2004 som är det sista avtalsåret i denna upphandlingsperiod bedöms resultatet fortfarande bli negativt utifrån nu rådande förutsättningar medan för åren därefter med nytt avtal i hand skall medföra positiva resultatmässiga utfall. Det nya avtalet beräknas bygga på samma omfattning av verksamheten som i nuläget.

2003-10-15

Bland framtida faktorer som kan påverka lämnat budgetförslag i negativ riktning nämns socialstyrelsens beslut om kompetenshöjningen inom ambulanssjukvården innebärande att varje ambulans skall bemannas med en sjuksköterska, kan leda till en ökad konkurrens om sjuksköterskor vilket i sin tur kan medföra ökade lönekostnader.

### 9.3.4 Stockholm Care AB

#### RESULTATRÄKNING FÖR STOCKHOLM CARE AB ÅREN 2004-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>69,0</b>	<b>77,3</b>	<b>69,9</b>	<b>72,0</b>	<b>74,1</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 66,5</b>	<b>- 74,7</b>	<b>- 67,3</b>	<b>- 69,3</b>	<b>- 71,3</b>
- varav personalkostnader	- 10,8	- 12,0	- 9,6	- 9,8	- 10,1
Avskrivningar	- 0,2	- 0,3	- 0,1	- 0,1	- 0,1
Finansnetto	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
<b>Resultat</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>

Stockholm Care AB:s verksamhet innefattar tre områden: patientvård, Tobias Registret och konsultverksamhet. För såväl patientvård som Tobias Registret beräknas en 5 %-ig volymökning mellan 2003 och 2004 medan konsultverksamheten beräknas minska i omfattning. För att uppnå beräknad volym vad gäller patientvården utgår bolaget från ett fortsatt och utökat samarbete med Huddinge Universitetssjukhus AB samt med privata vårdgivare. För Tobias Registret skall det ske genom kvalitetshöjning innebärande investering i ökad andel klass II-typade donatorer och bör leda till en starkare ställning på den internationella marknaden och därmed sammanhängande ökad attraktivitet. För planeringsåren 2005 och 2006 har bolaget beräknat en ökning med vardera 3 % för samtliga verksamheter.

På kostnadssidan beräknas personalkostnaderna öka med högst 5 % vart och ett av åren i enlighet med landstingsstyrelsens budgetdirektiv.

Beträffande investeringar har bolaget bedömt att det inte finns något bygg- eller investeringsbehov.

2003-10-15

*Stockholms Care ABs besparingsbeting innebär att avkastningskravet ligger krav, trots en minskad intäkt från Landstingsstyrelsen på årligen 1,2 mkr.*

År	2004	2005	2006
Minskade intäkter med bibehållet avkastningskrav	1,2	1,2	1,2

## 9.4 Trafik

### 9.4.1 AB Storstockholms lokaltrafik

#### RESULTATRÄKNING FÖR AB STORSTOCKHOLMS LOKALTRAFIK

ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>5 240,6</b>	<b>5 014,8</b>	<b>5 216,0</b>	<b>5 636,3</b>	<b>5 504,8</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-8 143,6</b>	<b>-8 057,0</b>	<b>-8 201,5</b>	<b>-8 652,0</b>	<b>-8 758,1</b>
Avskrivningar	-313,0	-546,7	-770,5	-865,6	-989,0
Finansnetto	35,0	-272,0	-399,9	-498,6	-609,6
Resultat före bokslutsdisp.	-3 181,0	-3 860,9	-4 155,9	-4 379,9	-4 851,9
<i>Tillskott från SLL</i>	<i>3 595,7</i>	<i>3 860,9</i>	<i>4 155,9</i>	<i>4 379,9</i>	<i>4 379,9</i>
<b>Resultat</b>	<b>414,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-472,0</b>

Denna tabell utgörs av SL:s budgetförslag vilket avviker från budgtdirektiven.

I SL:s förslag till verksamhetsplan och budget för 2004 har bolaget att hantera en situation som kännetecknas av minskat resande med sjunkande biljettintäkter och ökande kapitalkostnader. Målen för trafikens utveckling är höga. Fler och mer nöjda kunder, färre olyckor och en positiv regional utveckling. Strategierna för att nå målen är tre - en systematisk och kundorienterad verksamhetsutveckling, en målmedveten utveckling av avtal och samverkansformer med entreprenörerna samt ett omfattande investeringsprogram.

Den övergripande strategin för att öka resandet är att erbjuda kunderna en bättre kvalitet i första hand i befintliga system. Resandet bedöms öka med 1,4% per år.

2003-10-15

Andelen nöjda resenärer ska öka från 63% 2003 till 75% 2008. Andelen med SL nöjda medborgare ska öka från dagens genomsnittsnivå 54% till 70% 2008.

Införandet av miljöavgifter i Stockholms innerstad i början av 2005 förutsätts inte belasta SL ekonomiskt. I avvaktan på ny lag eller avtal med staten har förslaget till verksamhetsplan och budget upprättats utan hänsynstagande till effekter av att miljöavgifter införs. Förberedelser pågår inom SL och i samarbete med Stockholms stad och övriga parter vad avser reseefterfrågan, trafikplanering och avtalsskrivning. Åtgärder som aktualiseras för SL:s del är bl.a. utökad trafik i rusningstid främst för busstrafik, nya platser för bussupställning, busskörfält, hållplatsåtgärder, information och infartsparkeringar.

Förutsättningarna för SL:s budgetförslag är en ekonomi i balans, dvs. att beslutade tillskottsramar hålls. Under 2004 intensifieras arbetet med intäktsäkring som antas ge 20 mkr för att därefter ge ytterligare 80 mkr fram till 2009, dvs. totalt 100 mkr. Detta möjliggörs bl.a. genom introduktionen av det nya resekortet (REKO).

Stora besparingar föreslås inom trafiken. Kostnaden för köpt trafikproduktion ökar med 1% mellan 2003 och 2004 att jämföras med drygt 5% mellan 2002 och 2003. Ett antal planerade satsningar senareläggs och reducering kommer att ske i befintlig trafik. Avvägningar mellan nysatsningar och reduceringar har gjorts utifrån samhällsekonomiska grunder. Reduceringar har gjorts bl.a. enligt principen att så få resor som möjligt berörs, att åtgärder vidtas på likartat sätt i hela länet oavsett trafikslag och att inga reduceringar görs som innebär oacceptabel trängsel i rusningstid. Förutsättningarna för 2005 innebär att nysatsningar finansieras genom ytterligare reduceringar i befintlig trafik. Detaljprioritering har ännu inte gjorts. År 2006 budgeteras verksamheten gå med underskott med 472 mkr utan nya intäkthöjningar och omprövningar av verksamheten. Därutöver kommer tillskottet att justeras med anledning av överföring av servicelinjer till färdtjänsten från 2004.

Kapitalkostnaderna ökar till följd av investeringsprogrammet. År 2006 bedöms kapitalkostnaderna ha ökat med närmare 760 mkr till 1,6 miljarder kronor, vilket innebär en ökning med ca 90% från 2003.

Skattefinansieringsgraden ökar enligt SL:s budgetförslag från prognostiserade 52,5 % 2003 till 54,0 % 2004 och sjunker sedan till 53,3 % 2005 på grund av den föreslagna biljettprishöjningen.

I landstingets budget 2003 och budgetdirektiv 2004 har inga taxehöjningar föreslagits. Omprövning har dock skett i samband med arbetet med att nå en budget i balans. Koncernledningen föreslår nu en höjning av taxorna den 1 mars 2004 med 50% dvs. kostnaden för ett månadskort ökar från 500 kronor till 750 kronor. Motsvarande höjning föreslås för SL:s övriga taxor. En höjning av denna

2003-10-15

storlek har tidigare aldrig gjorts, varför en viss försiktighet har iakttagits vid bedömning av den ökade intäkt som blir följden. Åtgärden medför en intäktsförstärkning som innebär att tillskottet till SL kan sänkas och därmed minska belastningen på landstingets finansieringsförmåga, vilket framgår av nedanstående tabell. För 2006 har hänsyn tagits till det av SL beräknade underskottet.

Skattefinansieringsgraden beräknas sjunka med anledning av föreslagen taxehöjning till 42,5% år 2004, 43,6% år 2005 och 46,4% år 2006.

Ett alternativt sätt att åstadkomma en motsvarande sänkning av tillskottet till SL, som taxehöjningen på 250 kr ger, är att kombinera en något mindre taxehöjning med begränsningar i trafikutbudet.

I samband med de åtgärder som vidtagits för att komma tillrätta med landstingets försämrade ekonomi har också volymen i investeringsplanerna för de kommande åren reducerats. För SL:s vidkommande innebär detta att ett nytt signalsystem i tunnelbanan flyttats fram ett år och ospecificerade objekt har reducerats. Utbyggnad av Tvärbanan Norr och Ost har skjutits på framtiden och återkommer när finansieringsfrågan är löst. Förvärv av pendeltågstationer och lösen av spårdepåer och tomträtter har slopats. Den minskade investeringsvolymen får till följd att drift- och kapitalkostnader blir lägre, vilket beräknas få resultat effekt enligt nedanstående tabell.

#### **Lägre investeringsvolym**

År	2004	2005	2006
Minskat resursbehov	-66	-15	-55

#### **Utökade intäkter**

År	2004	2005	2006
Intäktsförstärkning	888,0	1 065,6	1 065,6

### **9.4.2 Waxholms Ångfartygs AB**

#### *RESULTATRÄKNING FÖR WAXHOLMS ÅNGFARTYGS AB ÅREN 2002-2006*

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>98,1</b>	<b>84,9</b>	<b>93,3</b>	<b>94,1</b>	<b>95,2</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-195,1</b>	<b>-190,6</b>	<b>-204,6</b>	<b>-205,1</b>	<b>-205,1</b>

2003-10-15

Avskrivningar	-17,4	-19,0	-23,4	-27,4	-27,4
Finansnetto	-6,8	-7,6	-11,8	-14,0	-13,4
Resultat före bokslutsdisp.	-121,2	-132,3	-146,5	-152,4	-150,6
<i>Tillskott från SLL</i>	<i>121,2</i>	<i>132,3</i>	<i>-132,3</i>	<i>-132,3</i>	<i>-132,3</i>
<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-14,2</b>	<b>-20,1</b>	<b>-18,3</b>

Waxholmsbolagets verksamhetsidé och vision styr tillsammans med av landstingsfullmäktige beslutade mål och uppdrag verksamhetens inriktning.

Waxholmsbolaget har i sin budget beaktat den utveckling av skärgårdstrafiken som anges i RUFSS. Förutsättningen för ett genomförande är anskaffning av ett utökat antal vinterfartyg. Investeringen i nya fartyg medför ökade drift- och kapitalkostnader, vilka inte ryms inom tidigare beslutade ramar. Jämfört med 2003 ökar driftkostnaderna med 5,4 mkr 2004, 6,7 mkr 2005 samt 7,0 mkr 2006 och utgörs av högre och dyrare bränsleförbrukning, ökade underhållskostnader av säkerhetsutrustning, årlig dockning samt utbildning och inspektion. Jämfört med 2003 ökar kapitalkostnaderna med 7,7 mkr 2004, 13,8 mkr 2005 samt 13,3 mkr 2006 och utgörs av högre avskrivningar och räntor. Jämfört med 2003 uppgår den totala ökade kostnaden till 14,2 mkr 2004, 20,1 mkr 2005 och 18,3 mkr 2006 för vilken ytterligare tillskott erfordras för att nå budget i balans.

Verksamhetsomprovningar med 5 mkr 2004 och 7-8 mkr per år 2005-2006 ingår i budgetförslaget. Förändringarna inverkar inte på det basutbud som RUFSS förordar.

För att stimulera ett ökat skärgårdsresande under vinterhalvåret utreds införandet av lågsäsongsrabatter vilka skulle kunna införas på prov från kommande årsskifte.

#### Högre investeringsvolym

År	2004	2005	2006
Ökat resursbehov	+14,2	+20,1	+18,3

### 9.4.3 Färdtjänstnämnden

#### RESULTATRÄKNING FÖR FÄRDTJÄNSTNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut	Budget	Budget	Plan	Plan
	2002	2003	2004	2005	2006

2003-10-15

<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>964,4</b>	<b>1 013,2</b>	<b>1 045,4</b>	<b>1 048,2</b>	<b>1 052,1</b>
- varav landstingsbidrag	712,8	753,6	753,6	753,6	753,6
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-975,5</b>	<b>-1 012,1</b>	<b>-1 041,7</b>	<b>-1 044,0</b>	<b>-1 048,0</b>
Avskrivningar	-0,9	-1,1	-3,7	-4,2	-4,1
Finansnetto	0	0	0	0	0
<b>Resultat</b>	<b>-12,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Nämndens verksamhet följer de av landstinget angivna målen för verksamheten. Kvaliteten utvecklas ständigt och följs noggrant. Budgetens kvalitetsnyckeltal speglar fullmäktiges mål om ett gott bemötande och en god tidspassning. Inför 2004 preciseras nämndens uppdrag att

- verka för att på sikt avlasta färdtjänsten genom en mer tillgänglig kollektivtrafik samtidigt som friheten för färdtjänstresenärer kan öka ytterligare
- utveckla nya resformer
- utreda samordning av sjukresor och färdtjänstresor
- förbättra handikappanpassning av fordon, hållplatser och terminaler

Förslaget till budget för 2004 innebär att knappt 2% av resandet med färdtjänst styrs över från taxiresande till resande i mer kostnadseffektiva former. För åren därefter erfordras att en större andel taxiresor, ytterligare 11%, överförs på samma sätt för att den ekonomiska ramen ska räcka. För att uppnå detta införs ett nytt arbetssätt för tillståndsprövning som innebär att hänsyn tas till resenärernas förmåga att använda en alltmer tillgänglig kollektivtrafik. Volymen resor med färdtjänstbuss beräknas ej förändras under planperioden.

SL:s servicelinjer överförs till färdtjänsten och utvecklas till en närtrafik som är speciellt anpassad för färdtjänstresenärernas behov av service. Att kombinera resor i SL-trafiken med färdtjänstresor är också ett sätt att öka färdtjänstresenärernas nyttjande av den allmänna kollektivtrafiken, men för att uppnå detta krävs en aktiv styrning för att påverka resenärernas val. I arbetet för att få fler resor för pengarna ingår också att effektivisera färdtjänsttrafiken genom att förbättra trafikplaneringen och optimera samplaneringen av resenärer. Färdtjänsten ska i samarbete med SL marknadsföra genomförda tillgänglighetsåtgärder till färdtjänstresenärerna.

Från den första maj 2004 kan sjukresor och färdtjänstresor med specialfordon/färdtjänstbuss samplaneras, vilket sedan tidigare gäller för sjuk- och



2003-10-15

färdtjänstresor med taxi. Samtidigt övertar färdtjänstens beställningscentral beställningsmottagningen för sjukresor med specialfordon.

Färdtjänsten samverkar med SL och kommunerna för att öka tillgängligheten i kollektivtrafiken. SL har i sitt tillgänglighetsprogram satt som mål att senast år 2010 ska alla personer som av egen kraft eller med hjälp av ledsagare kan ta sig till hållplatser som trafikeras av den linjelagda kollektivtrafiken, kunna resa med SL.

Landstinget beslutade i oktober 2002 om en förlängning av avtalet om färdtjänst mellan landstinget och länets kommuner till utgången av år 2004. Samtidigt startades en utredning för att kartlägga förutsättningar och konsekvenser av en ökad samordning av de samhällsbetalda resorna i länet. En effektivare samordning mellan parterna med gemensamma incitament för ekonomi och kundkvalitet skulle kunna leda till bättre och effektivare transporter. Förberedelser inför kommande förhandlingar om ett nytt avtal har påbörjats.

Landstingsbidraget till nämnden uppgår oförändrat till 753 600 tkr årligen för perioden 2004 - 2006 och nämndens verksamhet ryms inom dessa ramar. Budgetens avgiftsnivå överensstämmer med landstingets beslut om nya avgifter för färdtjänst.

#### 9.4.4 Regionplane- och Trafiknämnden

##### RESULTATRÄKNING FÖR REGIONPLANE- OCH TRAFIKNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>78,0</b>	<b>75,7</b>	<b>75,7</b>	<b>75,7</b>	<b>75,7</b>
- varav landstingsbidrag	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-71,2</b>	<b>-75,6</b>	<b>-76,0</b>	<b>-75,9</b>	<b>-75,9</b>
Avskrivningar	-0,2	-0,6	-0,2	-0,2	-0,2
Finansnetto	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4
<b>Resultat</b>	<b>7,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Nämndens verksamhet baseras till största delen på den av Landstingsfullmäktige antagna regionala utvecklingsplanen, RUF 2001, och de uppdrag som givits av landstingsfullmäktige. Nämndens viktigaste arbete är genomförandet och

2003-10-15

aktualitetsprövning av RUFSS samt att analysera och fördjupa kunskaperna om hållbar regional utveckling.

Liksom tidigare har medel budgeterats för medfinansiering av externa miljö- och skärgårdsprojekt som är av regional betydelse. Miljöprojekten syftar till att skydda eller förbättra miljön och skärgårdsprojekten till att främja projekt som är av allmänt intresse och skapar förutsättningar för boende och näringsliv. En reducering av bidragen har budgeterats med 1,1 mkr från 2004.

Diverse övriga driftkostnader avser i huvudsak kontorets beställarverksamhet, dvs. upphandlingar av konsulttjänster för utredningar, statistik och prognoser.

### Besparing

Koncernledningen föreslår att Regionplane- och trafiknämndens landstingsbidrag reduceras med 3,5 mkr (4,5%).

År	2004	2005	2006
Minskat landstingsbidrag	-3,5	-3,5	-3,5

## 9.5 Fastigheter

### 9.5.1 Locum AB

#### RESULTATRÄKNING FÖR LOCUM AB

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>167</b>	<b>165</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>178</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-157</b>	<b>-170</b>	<b>-170</b>	<b>-176</b>	<b>-182</b>
- varav personalkostnader	-112	-116	-124	-129	-134
Avskrivningar	-3	-3	-3	-3	-3
Finansnetto	11	10	7	6	6
<b>Resultat</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>

Locum AB har landstingets uppdrag att förvalta landstingsägda fastigheter. Verksamheten inriktas på att erbjuda landstingets verksamheter funktionella

2003-10-15

lokaler och högkvalitativa fastighetstjänster, förvalta och utveckla befintligt fastighetsbestånd samt på den externa marknaden avsätta fastigheter och lokaler som inte behövs för landstingets kärnverksamheter.

Som en följd av landstingsstyrelsens beslut om riktlinjer för hälso- och sjukvårdens lokalfrågor inleds samarbete med Beställarkontoret vård i syfte att tydliggöra vilka lokaler som behövs för det vårdutbud som landstinget ansvarar för. Ett annat viktigt område är den fortsatta utredningen om en ny struktur för vården inom Stockholms läns, 3S-utredningen, som kommer att ge underlag för utvecklingen av landstingets behov av vårdlokaler.

Intäkterna består huvudsakligen av förvaltningsarvodet från Landstingsfastigheter Stockholm och försäljning av tjänster. Arvodet har legat oförändrat på 37 kronor/kvadratmeter sedan 1995 och minskat i takt med fastighetsförsäljningarna. Försäljningsintäkterna ökar något under budgetperioden till följd av större uppdragsvolym.

Större delen av verksamhetens kostnader består av personalkostnader. Ökningen under perioden sammanhänger med högre nivå på pensionsavsättningarna samt tillsatta vakanta tjänster.

Obalansen mellan intäkter och kostnader pareras i början på perioden av ett positivt finansnetto, men för 2006 redovisas ett negativt resultat.

Förslag

Koncernledningen förslår att Locums avkastningskrav höjs med 5 mkr per år, vilket är 10 % av totalt eget kapital och ca 3,5% av den samlade kostnadsmassan.

År	2004	2005	2006
Ökat avkastningskrav	4	4	4

## 9.5.2 Landstingsfastigheter Stockholm

### RESULTATRÄKNING FÖR LANDSTINGSFASTIGHETER STOCKHOLM

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>2 191</b>	<b>2 062</b>	<b>2 151</b>	<b>2 298</b>	<b>2 195</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-956</b>	<b>-923</b>	<b>-950</b>	<b>-957</b>	<b>-970</b>

2003-10-15

Avskrivningar	-394	-449	-464	-491	-494
Finansnetto	-271	-392	-338	-369	-386
<b>Resultat</b>	<b>570</b>	<b>298</b>	<b>399</b>	<b>481</b>	<b>345</b>

Ovan utgörs av Locums budgetförslag vilket avviker positivt från budgetdirektiven.

LFS är en redovisningsenhet för fastigheter som ägs direkt av landstinget och fastigheterna förvaltas av Locum AB. Fastighetsförvaltningen inriktas främst på att utveckla landstingets fastigheter och lokaler så att de motsvarar verksamheternas krav på funktionalitet samt på att behålla de strategiska fastigheterna värde och ändamålsenlighet genom väl avvägt underhåll och reinvesteringar.

I september 2002 beslöt landstingsfullmäktige i samband med översynen av LFS kapitalstruktur om ett långsiktigt mål för soliditeten på 30 procent och ett avkastningskrav på 6 procent i den löpande förvaltningsverksamheten. Utöver resultatet från den löpande förvaltningsverksamheten budgeteras realisationsvinster från fastighetsförsäljningar på 60 mkr för 2004, 150 mkr för 2005 samt 45 mkr för 2006.

Kostnader för drift- och skötsel samt förvaltning ligger i stort sett oförändrat under budgetperioden. Mediakostnaderna ökar till följd av allmänna prisökningar på både el och fjärrvärme varför 10 mkr har öronmärkts för energibesparande åtgärder inom ramen för fastighetsunderhåll.

Avskrivningarna ökar successivt under budgetperioden i takt med att nya investeringar genomförs. Även det negativa finansnettot ökar till följd av ökat upplåningsbehov i samband med investeringarna.

Fastighetsförsäljningsvinsterna avser i huvudsak redan tecknade avtal om försäljning av byggrätter. Beräkningen av det tidsmässiga utfallet innehåller dock osäkerhetsfaktorer som hänför sig till beslut i planärenden eller bygglov.

Koncernledningen föreslår att LFS avkastningskrav höjs med 60 mkr per år. Det ökade avkastningskravet får inte realiseras genom höjning av koncerninterna intäkter och/eller sänkning av koncerninterna kostnader.

Höjningen av avkastningskravet motiveras med att såväl investeringar som underhåll måste begränsas innan alla fastighetsmässiga konsekvenser av bl a nu föreslagna strukturförändringar inom sjukvården är klarlagda. Inom 3S-projektets ram kommer en plan att utarbetas rörande på vilken nivå ett långsiktigt hållbart fastighetsunderhåll bör ligga.

År	2004	2005	2006
----	------	------	------

2003-10-15

<i>Höjt avkastningskrav</i>	<i>60</i>	<i>60</i>	<i>60</i>
-----------------------------	-----------	-----------	-----------

## 9.6 Övriga verksamheter

### 9.6.1 Kulturnämnden

#### RESULTATRÄKNING FÖR KULTURNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>193,8</b>	<b>278,3</b>	<b>277,9</b>	<b>277,9</b>	<b>277,9</b>
- varav landstingsbidrag	180,5	266,5	266,5	266,5	266,5
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-191,9</b>	<b>-277,5</b>	<b>-277,1</b>	<b>-277,1</b>	<b>-277,1</b>
Avskrivningar	-0,8	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9
Finansnetto	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Resultat</b>	<b>1,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Koncernledningen föreslår att Kulturnämndens ram sänks med 7%.  
Kulturnämnden föreslås få i uppdrag att uppta förhandlingar med  
konserthusstiftelsen avseende den långsiktiga ekonomiska ramen.

År	2004	2005	2006
----	------	------	------

2003-10-15

<i>Minskad resursbehov</i>	-18	-18	-18
----------------------------	-----	-----	-----

### 9.6.2 Patientnämnden

#### RESULTATRÄKNING FÖR PATIENTNÄMNDEN ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>11,5</b>	<b>12,4</b>	<b>12,4</b>	<b>13,4</b>	<b>13,4</b>
- varav landstingsbidrag	10,2	11,2	11,2	12,2	12,2
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-11,5</b>	<b>-12,4</b>	<b>-12,4</b>	<b>-13,4</b>	<b>-13,4</b>
Avskrivningar	-0	-0	-0	-0	-0
Finansnetto	-0	-0	-0	-0	-0
<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Patientnämnden konstaterar i Förslag till driftbudget 2004 och planering för 2005 – 2006 att belastningen på nämnden ökat markant under det senaste året och att belastningen även kommer fortsätta att öka under 2004.

Nämnden konstaterar att det föreligger starka skäl för en utökning på personalsidan, men med hänsyn till landstingets finansiella situation avstår nämnden från att begära ytterligare medel för verksamhetsåret 2004. För att därefter kunna bedriva verksamheten med önskad kvalitetsnivå behöver medel motsvarande 1 mkr tillföras från och med 2005.

I Patientnämndens förslag till budget överskrider landstingsbidraget Landstingsstyrelsens budgetramar med +1 mkr fr.o.m. 2005. Koncernledningen föreslår att den begärda ramökningen inte godkänns, utan Patientnämnden åsätts ram i enlighet med budgetdirektiven.

### 9.6.3 Landstingsrevisorerna

#### RESULTATRÄKNING FÖR REVISIONSKONTORET ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>27,0</b>	<b>27,7</b>	<b>31,4</b>	<b>31,4</b>	<b>31,4</b>
- varav landstingsbidrag	25,6	25,6	29,1	29,1	29,1

2003-10-15

<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-27,0</b>	<b>-27,7</b>	<b>-31,4</b>	<b>-31,4</b>	<b>-31,4</b>
Avskrivningar	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Finansnetto	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### Revisorskollegiets förslag till budget

I Revisorskollegiets förslag till budget för 2004 samt planer för 2005 och 2006 gör revisionen bedömningen att den årliga resursramen behöver räknas upp med 3,5 mkr för bibehållen ambitionsnivå i revisionen enligt följande:

- Konsekvenserna av fullmäktiges beslut om höjda förtroendemannaarvoden 1,2 mkr
- Behov av fördjupad granskning och särskilda konsultinsatser 1,0 mkr
- Ökade resurser för information och utvecklingsarbete 0,3 mkr
- Kompensation för pris- och löneutveckling 1,0 mkr

Noteras bör att i Revisorskontorets förslag till budget överskrider landstingsbidraget landstingsstyrelsens budgetramar med 3,5 mkr fr.o.m. 2004.

#### 9.6.4 AB SLL Internfinans

##### RESULTATRÄKNING FÖR AB SLL Internfinans ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>7,4</b>	<b>6,5</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>-4,8</b>	<b>-6,6</b>	<b>-6,9</b>	<b>-7,3</b>	<b>-7,7</b>
- varav personalkostnader	-3,7	-5,0	-5,2	-5,5	-5,9
Avskrivningar	0	0	0	0	0
Finansnetto	3,0	2,1	2,2	2,5	2,8
<b>Resultat</b>	<b>5,6</b>	<b>2,0</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>

AB SLL Internfinans (Internfinans) uppgift är att utgöra internbank för Stockholms läns landsting. Bolaget är ett helägt dotterbolag till Landstingshuset i

2003-10-15

Stockholm AB. Bolaget skall på affärsmässiga grunder hjälpa landstinget med att förvalta central likviditet, låna upp medel på kapitalmarknaden och bedriva utlåning för investeringar till landstingets förvaltningar och helägda bolag. Förvaltningar och bolag placerar även överskottslikviditet hos Internfinans. Internfinans skall också erbjuda finansiella tjänster till landstingets stiftelser och delägda bolag. Internfinans administrerar också landstingets koncernkontosystem.

Internfinans handhar administration och förvaltning av landstingets donationsfondsmedel.

### 9.6.5 Landstingshuset i Stockholm AB

#### RESULTATRÄKNING FÖR LANDSTINGSHUSET I STOCKHOLM AB ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 2,7</b>	<b>- 1,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
- varav personalkostnader	- 1,3	- 1,3	0	0	0
Avskrivningar	0	0	0	0	0
Finansnetto	- 249,7	-49,7	- 51,0	- 51,0	- 51,0
<b>Resultat</b>	<b>- 252,4</b>	<b>- 51,0</b>	<b>- 51,0</b>	<b>- 51,0</b>	<b>- 51,0</b>

Landstingshuset i Stockholm AB bedriver ingen egen verksamhet utan är förvaltare av dotterbolagens aktier. Dotterbolagen bedriver i huvudsak verksamhet inom sjukvård, tandvård och fastighetsförvaltning samt båttrafik i skärgården.



2003-10-15

### 9.6.6. Medicarrier AB

#### RESULTATRÄKNING FÖR MEDICARRIER AB ÅREN 2002-2006

(mkr)	Bokslut 2002	Budget 2003	Budget 2004	Plan 2005	Plan 2006
<b>S:a verksamhetens intäkter</b>	<b>294,6</b>	<b>302,9</b>	<b>305,8</b>	<b>336,2</b>	<b>369,7</b>
<b>S:a verksamhetens kostnader</b>	<b>- 296,4</b>	<b>- 301,1</b>	<b>- 304,3</b>	<b>- 334,3</b>	<b>- 368,0</b>
- varav personalkostnader	- 33,8	- 32,6	- 30,1	- 29,8	- 30,9
Avskrivningar	- 2,3	- 1,6	- 1,4	- 1,6	- 1,5
Finansnetto	- 0,4	- 0,2	- 0,1	- 0,3	- 0,2
<b>Resultat</b>	<b>- 4,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Inga ändringar föreslås i framlagd budget.

## 10. Investeringar

### 10.1 Landstingets investeringsprocess

Landstingsfullmäktige beslutade i september 2003 om en investeringsprocess för Stockholms läns landstings samtliga verksamheter. Enligt principerna i investeringsprocessen ska investeringsplanen spegla det totala investeringsbehovet för SLL och på en övergripande nivå ge information om pågående och planerade investeringar.

Investeringsprocessen består av två delar, dels processen att fastställa en investeringsplan och dels processen att hantera beslut om vart och ett av investeringsobjekten. Arbetet med investeringsplanen utförs på såväl lokal som central nivå och i de olika steg leder fram till planens slutliga utformning.

### 10.2 Planeringsförutsättningar

I landstingsstyrelsens direktiv för budget 2004 samt investeringsplan 2004-2008 angavs principer och ekonomiska ramar för arbetet med 2004-2008 års investeringsplaner. Investeringsplanering syftar till att genom en jämn investeringsnivå mellan åren skapa stabila förutsättningar för landstingets verksamheter

2003-10-15

för långsiktig planering av nödvändiga åtgärder samt korrekt prioritering i relation till ekonomiska förutsättning. Utredningen om ett nytt universitetssjukhus har i uppdrag att pröva samtliga investeringar inom sjukvården.

### 10.3 Förslag 2004-2008

De inkomna förslagen påvisade en total investeringsvolym om drygt 20 miljarder kronor under den kommande femårsperioden varav 4,3 miljarder avsåg år 2004. Den centrala beredningen av förslagen har inriktats i första hand på att beakta intentionerna i arbetet med sjukvårdens strukturförslag samt på att prioritera objekten utifrån kriterier:

- Prioritet 1            Akuta åtgärder för att säkerställa driften.
- Prioritet 2            Åtgärder som är nödvändiga för att säkerställa driften på lång sikt.
- Prioritet 3            Övriga investeringar

Det föreliggande förslaget uppgår till totalt 3,3 miljarder kronor för 2004 efter att ovanstående har beaktats i den centrala beredningen.

Landstingskoncernens investeringsplan 2004-2008 omfattar byggnader, utrustning samt trafikrelaterade objekt, vilka framgår av bilagor. Fullmäktiges beslut avser endast medelsbehovet 2004 medan investeringsutgifterna för 2005-2008 är främst av informativ karaktär. I samband med att direktiven för arbetet med investeringsplanen för 2005-2009 utarbetas kommer en prövning att ske av på vilken nivå investeringsvolymen bör ligga varför de belopp som nu anges från och med 2005 kan komma att förändras. Investeringarna för åren från 2005 kommer att fastställas i kommande års budgetbeslut.

#### 10.3.1 Byggnader

Locums ansvar för förvaltning av landstingets fastigheter omfattar även ansvaret för genomförandet av byggnadsinvesteringar. Objekten initieras såväl av hyresgäster, landstingsinterna- och externa verksamheter, som av Locum i egenskap av fastighetsförvaltaren. Den totala volymen byggnadsinvesteringar föreslås under uppgå 2004 till 924 mkr och avser framför allt upprustning och anpassning av fastighetsstrukturen till sjukvårdens verksamhetskrav samt åtgärder som syftar till miljöförbättringar och ökad drift- och brandsäkerhet. De större

2003-10-15

objekt som genomförs under perioden avser *Ombyggnad av laboratoriebyggnad L1 KS - 93 mkr, Reservkraft KS - 295 mkr, Nybyggnad och upprustning av akuten KS - 205 mkr.*

Nya objekt som har aktualiserats för genomförandet under planeringsperioden, men som inte ingår i detta förslag, avser bland annat *Ny sjukhusbyggnad* vid Danderyds sjukhus, *Ny rättspsykiatriskt anstalt* vid Huddinge sjukhus, *Operationscentral* och *Allaktivitetshus* vid Huddinge sjukhus samt en rad objekt vid Karolinska sjukhuset, bland annat *ADR logistik* avseende digitalisering av röntgen. Med hänsyn tagen till den pågående 3S-utredningen kommer Karolinska sjukhusets nya objekt att bli föremål för särskild beredning. Beredningen kommer även att utreda frågorna om eventuellt ändrad användning av interimsakuten på KS samt den fortsatta hanteringen av påbyggnad av P8 för kunskapscentrum. Även övriga objekt kommer att beredas inom ramen för 3S-utredningen allteftersom erforderliga underlag föreligger.

Vidare har skett en revidering av ospecificerade objekt, dvs. objekt med produktionskostnad under 20 mkr. Vid Karolinska sjukhuset har *Södra längan* samt *Z4-Z5* utgått eftersom dessa objekt inte uppfyller kriterier för prioritet 1. Vid Södersjukhuset senareläggs objekt från 2004 till 2005 för totalt 30 mkr med avsikt att pröva investeringar mot intentionerna i strukturförslaget. Slutligen har objektet *Helikopterbas* för 25 mkr utgått, då vidare utredning erfordras.

### 10.3.2 Trafikinvesteringar

#### *AB Storstockholms Lokaltrafik*

SL:s styrelse har ansvar för kollektivtrafikens omfattning, kvalitet och utveckling inom de ramar som landstinget anger. Detta ansvar omfattar även planering och genomförande av investeringar.

Under planeringsperioden fortsätter den påbörjande upprustningen och moderniseringen av spårtrafiken med bland annat nya pendeltåg och modernisering samt handikappanpassning av tunnelbane- och pendeltågsstationer. Underhåll och upprustning av infrastrukturen i tunnelbanan prioriteras för att öka pålitligheten i trafiken. Ett nytt modernt försäljningssystem, resekortet, införs 2005.

Under den centrala beredningen har investeringsplanen reviderats i syfte att åstadkomma en lägre investeringsvolym samt minska kapitalkostnaderna. Ett nytt signalsystem i tunnelbanan har flyttats fram ett år och ospecificerade objekt har reducerats. Utbyggnad av Tvärbanan Norr och Ost har skjutits på framtiden i avvaktan på att finansieringsfrågan löses. Förvärv av pendeltågsstationer och lösen av spårdepåer och tomträter har lyfts ut och får aktualiseras av SL när tillräckligt underlag finns för att kunna bedöma om förvärven är ekonomiskt försvarbara.

2003-10-15

### *Waxholms Ångfartygs AB*

Den totala investeringsvolymen 2004 uppgår till 138 mkr och avser bland annat tre nya fartyg.

#### 10.3.3 Maskiner och inventarier

Investeringar i maskiner och inventarier avser framför allt anskaffningen av medicinsk-teknisk utrustning inom sjukvården och tandvården där akutsjukhusen är dominerande med ett flertal större objekt. De övriga investeringarna avser moderniseringar och IT-satsningar.

Översyn av inkomna förslag och prioritering av objekt har resulterat i en investeringsvolym på 585 mkr för 2004. De större förändringarna avser senarelagd anskaffning av en accelerator vid Karolinska sjukhuset, en central översyn av landstingets policy avseende digitaliserad röntgen för att uppnå mesta möjliga koncernnytta samt prövning av den framtida utvecklingen avseende nukleär medicin genomförs inom ramen för 3S-utredningen.

Med hänvisning till strukturbeslutet anges investeringsvolymen för Norrtälje och Södertälje sjukhus till noll. Medlen har dock reserverats under landstingsstyrelsen för att möjliggöra de investeringar som ligger i linje med strukturbeslut. Investeringsvolymen har dessutom påverkats av en generell neddragning av ospecificerade objekt med 15 procent. Slutligen utgår konstanskaffning i samband med investeringar och konstnärlig utsmyckning sker endast inom byggnadsramen.

#### 10.3.4 Ombyggnader i externt förhyrda lokaler

Ett fåtal objekt till sammanlagd 13 mkr under 2004 avser smärre ombyggnader i externt förhyrda lokaler, främst inom primärvården.

### **10.4 Uppdatering av investeringsprocessen**

Erfarenheterna av den nya investeringsprocessen i årets budgetarbete är i flera avseenden goda, bland annat genom en bättre helhetsbild av investeringsbehoven vilket har underlättat prioriteringsarbetet. Tillämpningen av processen måste dock utvecklas vidare, framför allt vad gäller samspelet mellan beställare och producenter, där beställarens uppgift är att värdera föreslagna investeringar ur ett strukturellt och utbudsmässigt perspektiv.

Även beslutsunderlaget från enheterna måste förbättras avseende såväl kalkyler som objektsbeskrivningar. Koncernledningen kommer att initiera ett arbete som syftar till att inom ramen för investeringsprocessens principiella uppläggning effektivisera och tydliggöra de olika delarna i investeringsprocessen.

2003-10-15

Investeringsramar framgår av bilaga.

## **11. Upplåningskostnader**

### **11.1 Prognos upplåningskostnader för låneskulden**

För att fastställa en prognos över räntekostnaderna för Stockholms läns landstings låneskuld 2004-2006 måste antaganden om framtida räntor göras. Prognosen måste vidare baseras på de planerade upplåningsvolymerna för åren 2004-2006.

För befintliga lån med fast ränta är räntekostnaderna kända till dess att respektive lån förfaller. För att kunna fastställa lånekostnaderna för befintliga lån med rörlig ränta samt för budgeterad nyupplåning måste antaganden om framtida ränta och räntebindningstid på nya lån göras.

För lån med fast ränta sammanfaller ofta räntebindningen med lånets löptid. Löptider på nyupplåning prognostiseras utifrån vad som bäst passar för landstinget givet de riktlinjer som finns i Stockholms läns landstings finanspolicy. Normen för den genomsnittliga räntebindningstiden är tre år. Dessutom eftersträvas en jämn spridning av låneförfallen för att undvika att alltför stora lånevolymerna sätts om vid samma tidpunkt.

Utifrån redovisad bedömning av konjunkturläget har en prognosränta för lån med rörlig ränta och en prognosränta för lån med fast ränta för SLL:s upplåning tagits fram för respektive år. Dessa räntor har också kvalitetssäkrats genom avstämning gentemot extern bedömares prognoser. Prognosräntan för lån med fast ränta används vid beräkning av räntekostnaderna på nyupptagna långa lån med löptid över ett år samt vid beräkning av räntekostnader för refinansiering av lån med en ursprunglig löptid över ett år som förfaller under perioden 2004-2006. Den rörliga räntan används för att prognostisera räntekostnaderna på den korta upplåningen under ett år. Syftet med den korta upplåningen är att parera kortsiktiga svängningar i Landstingets betalningsströmmar. Räntorna är beräknade som genomsnittsräntor.

<i>Ränteprognos</i>	2003	2004	2005	2006
Rörlig ränta	2.85%	3.50%	4.00%	4.50%
Fast ränta	4.20%	5.05%	5.45%	5.50%

### **10.2 Interna budgeträntor**

Motsvarande problematik som uppstår vid prognostisering av räntorna på den externa låneskulden måste hanteras när respektive bolag/ förvaltningar ska budgetera sina räntekostnader och ränteintäkter.

2003-10-15

I budgetanvisningarna angavs snittränta för ny upplåning på 4,30 procent, och en snittränta på nya placeringar på 2,90 procent. Dessa har använts för hela perioden 2004-2006.

## **11. Personal**

Stockholms läns landsting står inför en period av stora utmaningar. Det gäller såväl de ekonomiska förutsättningarna, den förestående generationsväxlingen och de särskilda krav på kompetens som den medicinska/ tekniska utvecklingen ställer. En samlad strategi för personalpolitiken är en förutsättning för att möta dessa utmaningar, främja en hållbar utveckling i arbetslivet och säkerställa den personal- och kompetensförsörjning som krävs på såväl kort som lång sikt.

Landstingets nya personalpolicy skall, under förutsättning av fullmäktiges beslut, träda i kraft den 1 januari 2004. I policyn anges viktiga utgångspunkter och aktuella personalstrategiska områden som; långsiktig personal och kompetensförsörjning, ledarskap, medarbetarskap, utveckling och lärande, arbetsmiljö och hälsa, lön och anställningsförmåner samt jämställdhet, mångfald och integration.

Med hänsyn till landstingets personal och kunskapsintensiva verksamheter är arbetet med de personalstrategiska områdena en förutsättning för att uppnå verksamhetens mål.

Personalpolicyn skall ses som en plattform för nämnder och styrelser utformning av den lokala personalpolitiken. De personalstrategiska områdena skall beaktas i budgetarbetet och mål, strategier och metoder skall följas upp.

### **11.1 Strukturarbetet**

För att anpassa verksamheten till 2004 års ekonomiska förutsättningarna måste strukturella förändringar och effektiviseringar genomföras. Strukturförändringar kommer att påverka många medarbetare direkt eftersom den totala personalvolymen måste minskas inom landstingskoncernen. Det kan dock konstateras att uppsägningar på grund av arbetsbrist är sannolika med hänsyn till det omfattande strukturarbete som föreslås genomföras med början år 2004.

effektivt Vidare förutsätts e.

Den förestående strukturförändringen förutsätter en betydligt större personalrörlighet även mellan de olika juridiska personerna inom landstinget. En plan för att underlätta denna rörlighet skall tas fram.

2003-10-15

I strukturomvandlingen kommer ett stort ansvar att läggas på berörda chefer, som skall ges stöd, utbildning och handledning. Eftersom strukturarbetet kommer att beröra så gott som alla så måste koncernens chefer och medarbetare ges möjlighet till delaktighet genom att tydliga mål formuleras och att väl fungerande informationskanaler finns.

För att uppnå ett effektivt förändringsarbetet utan stora kompetens och kvalitetsförluster krävs ett koncerngemensamt ansvarstagande och samordning mellan koncernens olika verksamheter.

Vidare skall ett nära samarbete ske med de fackliga organisationerna i samband med framtagandet av handlingsplaner för strukturarbetet.

I förändringsarbetet skall fokus ligga på såväl att minska det totala antalet anställda som att säkerställa den personal- och kompetensförsörjning som krävs på lång sikt, tex ett 510 års perspektiv.

Den huvudsakliga inriktningen är att så få tillsvidareanställda som möjligt blir uppsagda pga arbetsbrist. Detta kan åstadkommas genom sak naturlig avgång, begränsa antalet visstidsanställda och inhyring av bemanningsföretag, intern annonsering samt genom en koncernövergripande hanteringsordning av övertalighet.

Följande åtgärder föreslås för att underlätta strukturarbetet

- Generellt anställningsstopp av tillsvidareanställda och tidsbegränsade anställningar över tre månader. Detta inkluderar även helt nya ST anställningar. Beslut om undantag från anställningsstoppet fattas av högsta förvaltnings/ bolagsledningen
- Skyldighet att kungöra alla lediga anställningar, inkl tidsbegränsade anställningar över tre månader i Lediga Jobb på Internet. Vid eget omplaceringsbehov behöver inte annonsering ske.
- En samordningsgrupp, med representanter från bolag och förvaltningar bildas. Syftet med gruppen är böla att ta fram handlingsplaner för att underlätta vid omplacering av övertalig personal.
- Ansvariga chefer ges stöd i förändringsarbetet
- En plan för hur informationen skall genomföras tas fram

## **12. Jämställdhet**

Jämställdhet mellan kvinnor och män är en grundläggande målsättning i landstinget och ska beaktas ur flera aspekter: dels ur ett arbetsgivarperspektiv och dels för våra brukare av tjänster och trafik. Jämställdhetsarbetet ska vara en naturlig del av landstingets personalpolitik och ingå i alla personalstrategiska områden.

2003-10-15

All statistik bör vara könsuppdelad för att synliggöra skillnader i kvinnors och mäns arbets- och livsvillkor.

### **13. Mångfald**

Landstinget är idag en mångkulturell organisation. Att koncernens verksamheter har en personalsammansättning som speglar befolkningens ökar möjligheten att ge bra service. Landstinget ska vara en förebild när det gäller att ta vara på och värdesätta samhällets mångfald och att motverka kränkande särbehandling och diskriminering.

### **14. Miljö- och hållbar utveckling**

Miljö- och hållbarhetsfrågorna är av strategisk betydelse för utvecklingen av Stockholms läns landsting. En god miljö och en bra social struktur är förutsättningar för en god hälsa hos invånarna i Stockholms läns landsting. Landstinget skall vara ett föredöme när det gäller miljö- och hållbarhetsfrågor. Efterlevnaden av Landstingets miljöpolitiska program följs löpande upp av revisorerna.

Landstingets miljöpolitiska program 2002-2006 utgör grunden för miljöarbetet i Stockholms läns landsting. Landstinget arbetar aktivt för att minska sin påverkan på miljön inom följande områden:

1. Luftföroreningar och buller från väg- spår- och sjötrafik.
2. Luftföroreningar från värme- och elproduktion.
3. Äldre föroreningar i mark och byggnader.
4. Läkemedelsrester i miljön.
5. Lustgasutsläpp från vården.
6. Övriga verksamhetsanknutna miljöfrågor.

Under 2004 skall:

- förvaltningar och bolag inför alla beslut om förändringar av verksamheten göra bedömning av miljöpåverkan och i vilken utsträckning beslutet leder i riktning mot ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling. Bedömningen ska dokumenteras i beslutsunderlaget.
- alla förvaltningar och bolag bedöma vilka av miljöprogrammets övergripande mål som berör den egna verksamheten för att därefter arbeta vidare med dem i det egna miljöledningssystemet.
- förvaltningar och bolag som inte har certifierat sitt miljöledningssystem före utgången av år 2003 göra detta före utgången av år 2004.
- hållbarhetsanpassning göras vid all ny- och ombyggnad. Hållbarhetsanpassningen av befintliga sjukhus skall intensifieras. Det är av mycket stor vikt att ett eventuellt nytt universitetssjukhus miljöanpassas redan från början av projekteringen.



2003-10-15

- miljökrav och etiska krav ställas vid all upphandling och ställda krav skall följas upp så att de efterlevs. Landstingets entreprenörer skall alltid efterleva landstingets miljöpolitiska program.
- BKV och vårdproducenterna verka för att skriva avtal där god miljöprestanda belönas ekonomiskt enligt de möjligheter som ges av landstingsfullmäktiges beslut.

Arbete måste också påbörjas för att nå mål som ska förverkligas till år 2006.

År 2006 skall minst en fjärdedel av landstingets person- och varutransporter utföras med förnybara drivmedel. Landstinget har slutit avtal om leveranser av biogas till bussar och båtar. Övergången till förnybara drivmedel fortsätter i kollektivtrafiken. Waxholmsbolaget skall arbeta för att få sina entreprenörer att minska koldioxidutsläppen. Landstinget ska verka för att personalen i större utsträckning reser kollektivt eller på annat miljövänligt sätt. Detta gäller framförallt arbetsresorna.

Effektivare energianvändning och minskad användning av fossila bränslen skall eftersträvas. Till år 2006 ska minst 75% av värme och elektricitet komma från förnybara energikällor. Den totala energikonsumtionen ska inte ha ökat jämfört med år 2000.

Landstinget har antagit en läkemedelsstrategi. I denna anges att alla läkemedel successivt ska miljöklassificeras. Information om detta ska spridas bland annat genom "Kloka listan". Syftet är att minska läkemedelsrester i naturen. Landstinget arbetar också nationellt och internationellt för att minska läkemedels miljöpåverkan.

Landstinget ska följa utvecklingen av miljöförbättrande teknik och vara beredd att testa och införa sådan teknik. Till exempel kommer apparatur som kan reducera lustgasutsläppen från vården att anskaffas med målet att lustgasutsläppen från landstinget skall minskas till hälften under mandatperioden.

Den nuvarande miljöredovisningen/miljöbokslutet kommer under mandatperioden att ersättas med en hållbarhetsredovisning som visar verksamhetsresultatet i relation till verksamheternas grad av ekologisk, ekonomisk och social hållbarhet.

### ***Miljökommentarer till besparingsförslagen***

#### ***Sammanfattning***

Miljökonsekvenserna handlar huvudsakligen om att förslagen leder till ökad biltrafik i regionen. Båda förslagen om Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus förstärker rusningstrafikens strömmar in mot respektive ut från Stockholm.

2003-10-15

Miljökonsekvenserna av förslaget som rör Norrtälje sjukhus är att ungefär 800 000 liter bensin förbrukas till följd av ökat transportarbete. Detta motsvarar cirka 2200 ton koldioxidutsläpp och de 600 tonen från personalresorna ökar SLL:s koldioxidutsläpp från personalresor med 3%.

Miljökonsekvenserna av förslaget som rör Södertälje sjukhus är att cirka 250 000 liter bensin förbrukas till följd av ökat transportarbete. Detta motsvarar cirka 700 ton koldioxidutsläpp. Minskat behov av nyinvesteringar i fastigheter motsvarande 200 miljoner kronor leder till minskad användning av naturresurser.

Vad gäller SL är miljökonsekvenserna av en *mindre* taxehöjningen sannolikt små. Det finns inga erfarenheter av vad som händer vid en så pass stor taxehöjningen som 50%.

### ***Norrtälje sjukhus***

Miljökonsekvenserna handlar framförallt om ett ökat resande.

Kostnaden för ambulanstransporter väntas öka liksom kostnaderna för taxi/sjukresor. Det innebär att utsläppen för denna typ av transporter ökar. De kostnader som har beräknats för taxiresor motsvarar grovt räknat 200 000 mil, vilket ger utsläpp på cirka 450 ton koldioxid (alternativt innebär förbrukning av cirka 200 000 liter bensin). Låt säga att cirka hälften av det tillkommer från ökade ambulanstransporterna dvs drygt 200 ton koldioxid. (100 000 liter bensin).

De cirka 165 anställda som ska byta arbetsplats kommer att få längre resväg till arbetet. Låt säga att det i genomsnitt handlar om 12 mil per person och arbetsdag samt att hälften reser med egen bil. Cirka 230 000 mil i ökat arbetsresande. (förbrukning av 230 000 liter bensin). Detta innebär utsläpp av cirka 600 ton koldioxid, vilket ger en ökning av SLL:s utsläpp från personalens resor till och från jobbet med cirka 3%.

De sammanlagt 26 300 vårdtillfällen, akuta och planerade besöken som hänvisas till Danderyd kommer att innebära ett ökat resande. Om huvuddelen av de resorna sker med bil motsvarar cirka 300 000 mil i ökat resande. (300 000 liter bensin)

Ett ökat utnyttjande av ambulanshelikoptern beräknas bli nödvändigt, vilket även det ger ökade utsläpp av koldioxid och kväveoxider.

Sammanlagt innebär förflyttning av akutsjukvården till Danderyd att närmare 1 miljon liter bensin förbrukas (800 000 liter + helikopter, grova beräkningar).

(Minskat utnyttjande av slutna vård kommer att leda även till minskat utnyttjande av naturresurser och läkemedel inom sjukhuset.)

2003-10-15

### *Södertälje sjukhus*

Miljökonsekvenserna handlar framförallt om ett ökat resande.

Någon specificering av ökning av taxi/sjukresor har inte angetts i underlaget. Rimlig gissning att dessa resor kommer att öka, dock inte i samma omfattning som i Norrtäljefallet. Om proportionellt så motsvarar det 80 000 mil.

5000 ambulanstransporter per år kommer omdirigeras. Eventuellt innebär detta ett ökat resande med ambulans med cirka 20 000 mil – 50 000 mil.

Enligt tabell i förslaget flyttas 25 000 vårdtillfällen, huvuddelen akuta och förlossningar där transporterna lär ske med bil till HS. Motsvarar ökad transportvolym med 100 000 mil (100 000 liter bensin, 225 ton koldioxid).

Antalet arbetstillfällen som flyttas till HS och SöS beräknas till 240. De kommunala förbindelserna är snabba och konkurrenskraftiga. Om kollektivtrafiken tar en något mindre andel än genomsnittet av dessa så kommer cirka 100 personer att köra bil. På ett år motsvarar det 80 000 mil.

Om behovet av nyinvesteringar i fastigheter minskar med 200 miljoner innebär detta ett minskat resursutnyttjande som är positivt ur miljösynpunkt.

### *AB Storstockholms lokaltrafik (SL)*

Miljökonsekvenserna handlar framförallt om i vilken mån åtgärderna leder till ett ökat bilresande i regionen och ett minskat utnyttjande av lokaltrafiken.

Den enskilt viktigaste faktorn för valet av kollektivtrafik kontra bil är tidsfaktorn och därmed även tillgängligheten hos kollektivtrafiken. Minskad tillgänglighet i form av indragen trafik, lägre turtäthet och motsvarande kommer sannolikt därför att ge direkta miljöeffekter i form av ökade utsläpp från biltrafik.

Ökad avgift för månadskort i storleksordningen 100 kronor kommer gissningsvis att få liten miljöeffekt. Erfarenhetsmässigt vet man att antalet betalande resenärer minskar momentant vid taxehöjningar hos SL för att efter ett tag återgå till nästan ursprunglig nivå. Däremot finns det inget som tyder på att detta minskade resande av ekonomiska skäl leder till ett ökande bilresande. För de som idag väljer kollektivtrafiken för transport blir inte bilen konkurrenskraftig ur ekonomisk synpunkt för att taxan höjs med 100 kronor per månad för mer än för möjligen ett litet fåtal.

2003-10-15

Vad gäller den föreslagna höjningen om 250 kronor per månad dvs 50% finns ingen tidigare erfarenhet av vilka effekter så stora höjningar ger.

På lång sikt kan en ständig höjning av avgiften för resa med kollektivtrafiken naturligtvis leda till att bilen blir mer och mer konkurrenskraftig ur ekonomisk synvinkel om inte bensinpriset ökar i motsvarande takt. Om kollektivtrafik styrs över till biltrafik får vi högre utsläpp från biltrafik i regionen, samt längre köer vilket ytterligare ökar utsläppen.

2003-10-15

## 15. Budgeterat resultat och ställning för år 2004

SLL-TABELLER ÅREN 2003-2006

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
<b>Finansiering</b>				
Skatteintäkter, generella statsbidrag, utjämning och momsavgift	35 422,0	37 064,2	39 336,3	41 066,5
Koncernfinansiering	3 534,0	3 365,1	3 669,8	2 698,2
<b>SUMMA FINANSIERING</b>	<b>38 956,0</b>	<b>40 429,3</b>	<b>43 006,1</b>	<b>43 764,7</b>
<b>Beställarfunktioner</b>				
Landstingsstyrelsen	35 686,6	36 341,9	37 222,5	37 114,5
-varav hälso- och sjukvårdsutskottet	34 729,7	35 384,9	36 265,6	36 157,6
Kulturnämnden	266,5	248,5	248,5	248,5
Färdtjänstnämnden	753,6	753,6	753,6	753,6
Regionplane- och trafiknämnden	74,8	71,3	71,3	71,3
Patientnämnden	11,2	11,2	12,2	12,2
Revisorerna	25,6	29,1	29,1	29,1
<b>SUMMA LANDSTINGSBIDRAG</b>	<b>36 818,3</b>	<b>37 455,6</b>	<b>38 337,2</b>	<b>38 229,2</b>
AB Stockholms Lokaltrafik	3 860,9	3 202,0	3 564,3	3 996,3
Waxholms Ångfartyg AB	132,3	146,5	152,4	150,6
<b>SUMMA AKTIEÄGARTILLSKOTT</b>	<b>3 993,2</b>	<b>3 348,5</b>	<b>3 716,7</b>	<b>4 146,9</b>
<b>Producentfunktioner</b>				
Landstingsfastigheter Stockholm	298,0	458,6	541,1	404,5
Övriga producenter inom SLL-koncernen	-40,0	-22,8	-14,4	-14,3
<b>SUMMA PRODUCENTFUNKTIONER</b>	<b>258,0</b>	<b>435,8</b>	<b>526,7</b>	<b>390,2</b>
<b>RESULTAT SLL-KONCERNEN</b>	<b>-1 597,5</b>	<b>61,0</b>	<b>1 478,9</b>	<b>1 778,8</b>

2003-10-15

## SLL-koncernens resultaträkning 2003-2006

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
Verksamhetens intäkter	14 737,0	15 546,8	16 223,4	16 764,3
Verksamhetens kostnader	-49 407,0	-49 565,1	-50 776,2	-52 365,8
Avskrivningar	-1 418,0	-1 781,0	-1 921,2	-2 065,1
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-36 088,0</b>	<b>-35 799,3</b>	<b>-36 474,0</b>	<b>-37 666,6</b>
Skatteintäkter	38 805,0	40 561,2	42 580,9	44 379,5
Generella statsbidrag	1 875,0	1 924,0	2 456,6	2 479,0
Inkomst- och kostnadsutjämning	-5 258,0	-5 421,0	-5 701,1	-5 792,0
<b>Summa skatteintäkter, generellt statsbidrag och utjämning</b>	<b>35 422,0</b>	<b>37 064,2</b>	<b>39 336,4</b>	<b>41 066,5</b>
Finansiella intäkter	77,0	95,8	166,2	158,6
Finansiella kostnader	-1 009,0	-1 299,7	-1 549,7	-1 779,7
<b>Resultat</b>	<b>-1 598,0</b>	<b>61,0</b>	<b>1 478,9</b>	<b>1 778,8</b>

2003-10-15

(resultat före bokslutsdispositioner och skatt )

	BUDGET 2003	BUDGET 2004	PLAN 2005	PLAN 2006
<b>FÖRTROENDEMANNORGANISATIONEN</b>				
<b><i>Koncernledningsmannaorganisationer</i></b>				
Koncernfinansiering	2 137,7	2 973,7	4 668,9	5 535,5
Landstingsstyrelsen	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Sjukvård</i></b>				
Hälso- och sjukvårdsutskottet	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Trafik</i></b>				
AB Stockholms Lokaltrafik	-3 860,9	-3 202,0	-3 564,3	-3 996,3
Waxholms Ångfartygs AB	-132,3	-146,5	-152,4	-150,6
Färdtjänsten	0,0	0,0	0,0	0,0
<b><i>Övriga</i></b>				
Kulturnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Tandvårdsnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Patientnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Regionplane- och trafiknämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Revisorerna	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Summa förtroendemannaorganisationen</b>	<b>-1 855,5</b>	<b>-374,8</b>	<b>952,2</b>	<b>1 388,6</b>
<b>PRODUCENTORGANISATIONEN</b>				
<b><i>Sjukvården</i></b>				
Produktionsområdena	0,0	0,0	0,0	0,0
Södertälje sjukhus	0,0	0,0	0,0	0,0
Karolinska sjukhuset	0,0	0,0	0,0	0,0
Folktandvården i Stockholms län AB	0,0	25,0	25,0	25,0
Danderyds Sjukhus AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Huddinge Universitetssjukhus AB	0,0	0,0	0,0	0,0
S:t Eriks ögonsjukhus AB	4,0	0,0	0,0	0,0
Södersjukhuset AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Norrälje sjukhus AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulanssjukvården i Stockholm AB	0,0	-7,7	0,6	0,7
Stockholm Care AB	3,0	3,3	3,4	3,5
<b><i>Fastigheter</i></b>				
Locum-koncernen	2,0	5,0	5,0	5,0
Landstingsfastigheter Stockholm	298,0	458,6	541,1	404,5
<b><i>Övriga</i></b>				
Medicarrier AB	0,0	0,0	0,0	0,0
Landstingshuset Stockholm AB	-51,0	-51,0	-51,0	-51,0
<b><i>Finansiering</i></b>				
Skadekontot	0,0	0,0	0,0	0,0
AB Stockholms läns landsting Internfinans	2,0	2,6	2,6	2,5
<b>Summa producentorganisationen</b>	<b>258,0</b>	<b>435,8</b>	<b>526,7</b>	<b>390,2</b>
<b>Summa resultat SLL-koncernen</b>	<b>-1 597,5</b>	<b>61,0</b>	<b>1 478,9</b>	<b>1 778,8</b>

## **Förlossningsvården i Södertälje**

### **Inledning**

Sedan förslaget om en avveckling av förlossningsvården vid Södertälje sjukhus lades fram har många framfört oro för att landstingets totala kapacitet skulle visa sig bli otillräcklig att klara den förväntade framtida ökningen av antalet förlossningar. Det har påpekats att det kan vara svårt att rekrytera det antal barnmorskor som behövs vid de sjukhus som ska ta emot ökat antal förlossningar. Det har också anförts att det kan ta tid att anpassa lokalerna vid dessa sjukhus till fler förlossningar och att det kan vara svårt att beman-  
na avdelningen vid Södertälje under den tid som behövs till dess kapaciteten vid andra sjukhus är utbyggd, om beslut fattas om en nedläggning.

Mot denna bakgrund redovisas här ett förslag om bibehållen förlossningsvård vid Södertälje sjukhus

### **Förslag**

Förlossningskliniken på Södertälje sjukhus behålls och organiseras som en filial till Huddinge Universitetssjukhus. Genom denna organisation säkras tillgång till hög och kontinuerlig kompetens på den föreslagna enheten.

Utveckling av normalförlossningskonceptet kan stärkas och genom rotationstjänstgöring för personal blir den samlade kliniken en god arbetsplats med varierat arbete. Antalet förlossningar planeras till 2000. Redan nu fungerar förlossningskliniken på Södertälje sjukhus som en normalförlossningsenhet. Med en ännu starkare inriktning mot normala förlossningar kan risker minimeras för enheten, som saknar neonatalvård i omedelbar närhet.

Ökade kostnader uppkommer framför allt för beredskap för akuta åtgärder som kejsarsnitt där operationsresurser och anestesi fordras dygnet runt.

För att få bättre kostnadsbild föreslås därför också att en elektiv gynekologisk verksamhet inrättas vid sjukhuset. Denna föreslås ha tillgång till ca 10 veckoplatser (mån-fre). Patienterna kommer såsom tidigare framför allt från Södertälje men patienter, som idag behandlas vid Huddinge sjukhus är tänkta att erbjudas vård vid enheten. Vården vid de övriga kirurgiska specialite-



terna vid sjukhuset som framför allt omfattar dagkirurgi, ges därigenom också bättre förutsättningar.

### **Kostnader**

Ökade kostnader för operation och anestesi	20 miljoner kronor/år
Merkostnader för en vårdavdelning	10 miljoner kronor/år
Avgår ökade hyreskostnader mm vid SöS/HS enligt ursprungligt förslag	-15 miljoner kronor/år
Ökad nettokostnad jämfört med tidigare förslag	15 miljoner kronor/år

Lars-Bertil Arvidsson

Göran Stiernstedt