

# Variationer i kostnader för specialiserad sjukvård och dess bestämningsfaktorer

Linnea Eidrup Dahlberg<sup>1</sup> Sophia Wetterblad<sup>2</sup> Krister Järbrink<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fil. kand., studerande, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Enheten för Socialmedicin, Box 453, 405 30 Göteborg. E-post: linnea.eidrup@gmail.com. <sup>2</sup>Fil. kand., studerande, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Enheten för Socialmedicin, Box 453, 405 30 Göteborg. E-post: sophia@wetterblad.com. <sup>3</sup>Fil. dr., hälsoekonomisk rådgivare, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli Göteborg, Regionens Hus, 405 44 Göteborg. E-post: krister.jarbrink@vgregion.se.

I denna studie ställs skillnader i kostnader för specialistsjukvård i relation till demografiska, socioekonomiska och hälsorelaterade faktorer. Resultaten visar att en hög medelinkomst i kommunen indikerar ökade kostnader för somatisk specialistsjukvård. I kontrast innebär en högre andel socialt isolerade en lägre kostnad. Befolkningstäthet framkommer som en stark förklaringsfaktor för kostnaderna för privat- och utomlänsvård. Låg utbildningsnivå, samt andelen kvinnor i kommunen är positivt korrelerade till högre kostnader för psykiatrisk specialistsjukvård. Analysen visar att medelinkomst generellt sett är av störst betydelse för variationen i totala kostnader för specialistvård mellan kommunerna i Västra Götalandsregionen. Anmärkningsvärt är att varken det faktiska hälsotillståndet i kommunen eller avståndet till vård framkommer som starka förklaringsfaktorer för variationen i kostnader för specialistsjukvård mellan kommuner i Västra Götaland.

A relative high average income in a municipality indicates higher cost for somatic specialised health care. In contrast, a high proportion of socially isolated individuals imply lower costs. The number of inhabitants per square kilometre was a strong explanatory factor positively associated with the costs for private specialised health care and costs for specialised health care consumed outside the region. A low level of education and the percentage of women in a municipality have an increasing effect on the costs for psychiatric care. The analysis shows that the average income is the most important factor for explaining the variation in the costs for specialised health care. Remarkably, neither the general health status within a municipality nor the distance to hospital were shown to be important factors in explaining the differences in the cost for specialised health care between municipalities in the region of Västra Götaland.

Vid ett givet hälsotillstånd anses utnyttjandet av sjukvård bero på tre grundläggande faktorer [1]; 1) Tillgången på och möjligheten att uppsöka vård, 2) Vårdutbudet dvs. både tekniska, medicinska och sociala faktorer inom vården och 3) Individens egen benägenhet att uppsöka vård. Utnyttjande och efterfrågan på specialistvård bör dock inte förväxlas med behovet av vård då det inte alltid är de i mest behov av vård som utnyttjar eller efterfrågar specialistvård mest [2]. Det är utnyttjandet av vård som avgör hur mycket sjukvården kommer att kosta i slutändan och det är därför viktigt att kunna belysa var utnyttjandet är som störst och om utnyttjandet är i balans med behovet. I förevarande explorativa studie görs ett försök att förklara skillnaderna i kostnader för specialistvård mellan kommunerna i Västra Götalandsregionen med variabler som beskriver ohälsa, avstånd till vård, livstilsfaktorer och socioekonomi. Arbetet avser att ge indikationer på hur väl hälso- och sjukvården uppnår målsättningarna om en vård på lika villkor.

## Syfte och metod

Studiens syfte är att med hjälp av utvalda förklaringsvariabler för demografi, hälsa och socioekonomi undersöka orsaker till skillnader i kostnader för specialistsjukvård i Västra Götalandsregionens kommuner. Utnyttjandet har värderats i termer av kostnader och utgjort den variabel som skall förklaras genom multipel linjär regressionsanalys. De kostnader och förklaringsvariabler som analyserats har genomgående varit åldersstandardiserade med rikets befolkning som standard.

## Avgränsningar

Studien avgränsas till att undersöka de offentliga kostnaderna för specialistvård i Västra Götalandsregionens 49 kommuner. I analysen beräknas den totala kostnaden samt kostnaden för egenproducerad somatisk specialistvård (inklusive Lundby sjukhus), psykiatrisk specialistvård och utomlänsvård/privat vård. Primärvård samt mödra- och barnavårdscentraler ingår därmed inte i studien, ej heller ambulanssjukvård, habilitering etc.

I värderingen av kostnaderna för specialistvård ingår i denna studie de fakturerade kostnaderna för fast ersättning samt prestationsersättning, patientavgifter ingår ej. Ersättning för riktade uppdrag och målrelaterad ersättning ingår ej heller, med undantag för sjukhusens akutmottagningar och den specialistsjukvård som ges som uppdrag inom primärvården. Kostnaderna för läkemedelsförskrivning är också uteslutna ur analysen. Dessa kostnader utgör 8 procent av de totala kostnaderna för specialistsjukvård i Västra Götalandsregionen och räknas in under riktade uppdrag. Lägg kostnaderna för riktade uppdrag samt de målrelaterade kostnaderna samman uppstår ett totalt bortfall på ca 20 procent.

Kostnaderna för specialistsjukvård delades upp i 3 delområden: Egenproducerad somatisk specialistvård, utomlänsvård inklusive vård utförd av privat vårdgivare och psykiatrisk specialistvård. Därtill genomfördes en analys av kostnaderna för specialistsjukvården totalt.

### Beräkning av kostnader

Kostnader för specialiserad sjukvård uppskattades utifrån uppgifter om fakturerade vårdkostnader enligt vårddatabasen Vega och baseras på uppgifter från 2011. För riktade uppdrag gjordes kostnadsberäkningen utifrån anslag 2011 och fördelades utifrån antalet besök. Kostnader uttrycks genomgående som genomsnittlig kostnad per invånare och har åldersstandardiserats utifrån 5-årsåldersgrupper med rikets medelbefolkning 2011 som standard.

### Förklaringsvariabler

De utvalda variablerna härrör i stor utsträckning från enkäten ”Hälsa på lika villkor?” från år 2011 [3] samt Folkhälsoinstitutet, Folkhälsodata [4]. Där relevanta uppgifter saknats i Folkhälsodatas register har kompletterande data istället erhållits från annan källa, exempelvis Statistiska Centralbyråns databaser [5]. De variabler som valts ut från ”Hälsa på lika villkor” (2012) och Folkhälsoinstitutets Folkhälsodata är valda utifrån sin relevans för de bestämningfaktorer som finns för hälsa. Variablerna är också valda baserat på om de finns att tillgå på kommunal nivå. Strävan har varit att få en så övergripande och heltäckande bild som möjligt över vilka faktorer som kan påverka kostnaden för specialistvård. Förklaringsvariablerna är med undantag för medellivslängd likt kostnaderna standardiserade för ålder. Förutom vad som redovisas i Tabell 1 så testades genomgående andelen kvinnor per kommun som en förklaringsvariabel för skillnaderna i kostnader för specialistsjukvård.

En viss anpassning har gjorts avseende vilka variabler som testas för vilka kostnader. Avstånd till sjukhus testades för kostnaderna för egenproducerad somatisk specialistvård och psykiatrisk vård. För kostnader för utomlänsvård och privat vård användes istället befolkningstäthet som ett mått på tillgängligheten, vilket huvudsakligen var relevant för kostnaderna för privatvård. Sjukdomsvariablerna testades inte som förklaringsvariabler för psykiatrisk vård då dessa endast avsåg somatisk ohälsa. I analysen av de totala kostnaderna testades de variabler som hade kvalificerat sig som förklarande i de tre övriga analyserna. Utöver förklaringsvariablerna i Tabell 1 så testades också variabler som beskrev vilken sjukhusgrupp som kommunen tillhörde. Detta gjordes för att kunna analysera eventuella skillnader i produktivitet/effektivitet mellan de fyra sjukhusgrupperna; NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs Sjukhus.

### Statistiska metoder

Analysen av de utvalda förklaringsfaktorernas inverkan på de åldersstandardiserade kostnaderna för specialistsjukvård genomfördes med linjär multipel regressionsanalys i analysverktygen SPSS. En så kallad backward regression användes för att ta fram de testade variablerna med högst förklaringsgrad. Detta innebär att de testade oberoende variabler som har en lägre förklaringsgrad elimineras ur analysen allt eftersom. Detta gjordes fram till dess att de återstående variablerna var och en hade en signifikans på 10 % eller lägre ( $p = 0.10$ ).

Tabell 1. Testade förklaringsvariabler

Variabel
<i>Demografi</i>
Befolkningstäthet (inv/km <sup>2</sup> ) 2011 [5]
Tillgänglighet (antal minuter i bil till närmsta sjukhus) 2009 [6]
<i>Socioekonomi</i>
Medellivslängd 2006-2010 [4]
Medelinkomst 2010 [5]
Utomnordiskt födda 2011 [3]
Andelen lågutbildade (2-årig gymnasieutbildning eller lägre) 2010 [7]
Andel ensamboende 2011 [3]
Andel som äger sin egen bostad 2011 [3]
Socialt isolerade 2011 [3]
Avsaknad av tillit och stöd 2011 [3]
Öppet arbetslösa 2010 [4]
Andel med ekonomiska svårigheter (svårigheter att betala löpande utgifter) 2007-2011 [3]
Barnfattigdomsindex 2009 [4]
Ohälsotal 2010 [8]
<i>Hälsvariabler</i>
Andel med dålig hälsa 2011 [3]
Andel med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest 2011 [3]
Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ 12) 2011 [3]
Andel med stillasittande fritid 2011 [3]
Andel med dålig tandhälsa 2011 [3]
Andel som äter för lite frukt och grönsaker 2011 [3]
Andel med fetma, BMI 30 och över 2011 [3]
<i>Sjukdomsvariabler</i>
Andel med diabetes 2011 [3]
Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt) per 10 000 inv. 2005-2009 [4]
Dödlighet i KOL per 10 000 inv. 2005-2009 [4]
Dödlighet i lungcancer per 10 000 inv. 2005-2009 [4]
<i>Tobak och alkohol</i>
Andel i befolkningen som röker dagligen 2011 [3]
Andel med riskabla alkoholvanor 2011 [3]

I ett första steg testades alla variabler som inte är sjukhusgrupp eller kopplade till diagnos (sjukdomsvariabler). För att kontrollera för skillnader i produktivitet mellan de fyra sjukhusgrupperna, gjordes efter varje regressionsanalys en kontroll av i vilken utsträckning sjukhusgrupp kunde tillföra ytterligare förklaring, genom att dessa lades till som förklaringsvariabler. Slutligen gjordes ytterligare en körning där variabler för sjukdomar lades till som förklarande variabler. Skälet till att denna ordning tillämpades var att de förklarande variablerna ansågs ha olika grader av indirekt eller direkt samband med kostnaderna för specialistsjukvård. Avslutningsvis genomfördes ytterligare analyser för varje kostnadsområde där risken för multikollinearitet mellan de förklarande variablerna kontrollerades.

De 49 kommunernas betydelse i regressionsanalyserna viktades utifrån medelbefolkningen i kommunen 2011. Detta innebär att exempelvis Göteborg med sitt stora invånarantal väger tyngre än exempelvis regionens mindre kommuner. Syftet var att resultaten skulle spegla den genomsnittlige invånaren i Västra Götalandsregionen och inte den genomsnittliga kommunen. Resultatet av förfarandet innebär dock att skattningar som görs på basis av de utvecklade modellerna blir behäftade med relativt större fel för mindre kommuner.

## Resultat

### Kostnader för specialistsjukvård

Den genomsnittlige invånaren kostade 12 190 kr under år 2011 med en variation mellan kommunerna från 10 090 till 13 220 kr. Den somatiska

specialistsjukvården kostade 10 700 kr per åldersstandardiserad genomsnittlig invånare och stod följaktligen för hela 88 procent av totalkostnaden. Kostnaderna för egenproducerad somatisk specialistsjukvård varierade mellan kommunerna från 9 380 till 11 490 kr per åldersstandardiserad invånare.

Variationerna i kostnader för psykiatrisk specialistsjukvård var stora mellan kommunerna från 650 till 1 620 kr. Den genomsnittlige regioninvånaren konsumerade psykiatrisk vård för 1 110 kr under 2011. Också skillnader i kostnader för utomlänsvård och privat vård var förhållandevis stora. Ett skäl till detta som inte har tagits med i regressionsanalyserna är att det i någon kommun finns avtal om att patienter skall erhålla viss planerad sjukvård i annat landsting. För utomlänsvård och privat vård så varierade kostnaderna per åldersstandardiserad invånare från 150 till 720 kr. Kostnaden för den genomsnittliga invånaren i regionen för denna vård var under 2011 380 kr.

### Förklaringsvariabler

Demografiska variabler varierar stort mellan olika kommuner i Västra Götalandsregionen. I Göteborg bor det i genomsnitt 1 162 invånare per kvadratkilometer vilket kan jämföras med Dals-Ed där det enbart bor 6,5 individer per kvadratkilometer. I Strömstad, tar det i genomsnitt ca 79 minuter i bil till närmsta sjukhus medan det exempelvis i Alingsås, Borås, Lidköping, Kungälv och Göteborg tar i genomsnitt mellan 6-9 minuter till sjukhuset för den genomsnittlige invånaren. Därremot är skillnaderna mindre vad det

gäller andelen kvinnor per kommun som endast varierar från 48 till 51 procent.

Medellivslängd varierar mellan kommunerna från 79,4 till 82,8 år och medelinkomsten varierar från 191 till 277 tusen kronor per år. Högst andel lågutbildad befolkning i regionen finns i Svenljunga, där 62 procent av befolkningen enbart har tvåårig gymnasieutbildning eller kortare. Göteborg har lägst andel med låg utbildning, 31 procent. Högst andel socialt isolerade förekommer i Strömstad, där 13 procent definieras som att icke vara socialt aktiva. Lägst andel som är isolerade socialt finns i Öckerö kommun (5 %).

Högst andel öppet arbetslösa återfinns i Åmål där 6 procent av totalbefolkningen saknar arbete. Även kommunerna Mellerud och Trollhättan har en relativt hög arbetslöshet. I Strömstad är arbetslösheten lägst totalt sett med en sammantagen arbetslöshet på 2 procent. Högst ohälsotal är det i Gullspångs kommun, där det genomsnittliga ohälsotalet är 47,6 dagar och lägst är ohälsotalet i Lerum (23,8). Även kommunerna Härryda och Stenungsund har ett relativt lågt ohälsotal, 24,6 respektive 24,9 dagar.

Lägst andel med dålig tandhälsa är det i Öckerö kommun där 19 procent rapporterar dålig eller mindre bra tandhälsa medan motsvarande uppgift för Töreboda är 32 procent. I Mellerud är det 34 procent av befolkningen som inte äter den rekommenderade mängden frukt och grönt vilket är den högsta andelen i Västra Götaland. I Härryda är

det 18 procent som inte äter tillräckligt med frukt och grönt vilket gör det till den lägsta andelen. Överlag är det fler män än kvinnor som äter för lite frukt och grönsaker.

Högst prevalens av diabetes är det bland befolkningen i Gullspång där 10 procent har drabbats av sjukdomen. I flertalet kommuner är det en mindre andel av befolkningen som drabbats av diabetes, bland dessa återfinns Åmål, Partille och Bollebygd med 4 procent.

Högst dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom har Götene kommun med 32,5 per 10 000 vilket är mer än det dubbla än vad som rapporterats i Bollebygd (15,7 / 10 000 inv.). Borås och Hjo har högst dödlighet i KOL (4/10 000 inv.) och Färgelanda har högst dödlighet i lungcancer (6,9/10 000 inv.). För närmare uppgifter om övriga variabler som inte visade sig vara signifikant förklarande för kostnaderna för specialistsjukvård så hänvisas till den officiella statistiken.

### **Förklaringsvariablernas betydelse för kostnader för specialistsjukvård**

I Tabell 2 redovisas resultaten ifrån regressionsanalyserna i form av standardiserade  $\beta$ -koefficienter. Dessa visar om variabeln har en positiv eller negativ påverkan på kostnaden och hur stor denna påverkan är. I analysen av de totala åldersstandardiserade kostnaderna för specialistsjukvård så förklaras 54 procent av kostnadsvariationen genom nio förklaringsvariabler ( $R^2$  adj.). De variabler som innebär förväntade högre kostnader för specialistsjukvård är högre medelinkomst,

högre andel arbetslösa, ett högt ohälsotal, en hög andel som äter för lite frukt och grönt och en högre förekomst av diabetes och dödlighet i lungcancer. De variabler som är associerade med lägre kostnader för specialistsjukvård är en högre medellivslängd, andelen socialt isolerade och andel med dålig tandhälsa. Faktorer av störst betydelse i att förklara skillnaderna i kostnader för specialistsjukvård är medelinkomst, andelen socialt isolerade och andelen med diabetes. För dessa variabler är också graden av signifikans högst.

Modellen som förklarar kostnadsvariationen för egenproducerad somatisk vård är snarlik den för de totala kostnaderna vilket beror på att kostnaderna för egenproducerad somatisk specialistvård utgör en övervägande majoritet av de totala kostnaderna (88 %). I denna modell ingår dock 10 variabler och t.ex. samtliga variabler som beskriver dödlighet i tre specificerade sjukdomar är positivt korrelerade med kostnaderna. Så är även andel med diabetes, andel med dåliga kostvanor och ohälsotalet. Medellivslängden är

Tabell 2. Standardiserade  $\beta$ -faktorer i förklaringsmodeller för kostnader för olika former av specialistvård

	Specialistvård totalt R2 adj. = 0,54	Egenproducerad somatisk specialistvård R2 adj. = 0,59	Psykiatrisk specialistvård R2 adj. = 0,66	Privatvård och utomlänsvård R2 adj. = 0,63
Andel kvinnor			0,55 ***	
Tillgänglighet (minuter i bil till sjukhus)			-0,45 **	
Befolkningstäthet				0,70 ***
Medellivslängd	-0,42 **	-0,31 *		
Medelinkomst	0,96 ***	0,91 ***		
Andelen lågutbildade			1,26 ***	
Socialt isolerade	-0,43 **	-0,60 **		
Öppet arbetslösa	0,43 **			
Ohälsotal	0,36 *	0,29 *	-0,42 **	
Andel med dålig tandhälsa	-0,41 **			
Andel som äter för lite frukt och grönsaker	0,52 **	0,34 **	0,24 *	
Andel med diabetes	0,41 **	0,42 **		
Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom		0,32 **		-0,22 **
Dödlighet i kol		0,32 **		
Dödlighet i lungcancer	0,26 **	0,27 **		0,24 **
NU-sjukvården		0,34 **	0,27 **	

\*)  $p < 0,10$ , \*\*)  $p < 0,05$ , \*\*\*)  $p < 0,001$

negativt korrelerad med kostnaderna för egenproducerad somatisk specialistvård. De starkaste förklaringsfaktorerna är medelinkomst, vilket är positivt korrelerat med kostnaderna, och andelen socialt isolerade som är negativt korrelerat med kostnaderna. I denna modell kvalificerar sig också en sjukhusgrupp för att ingå i modellen. I kommunerna som är knutna till NU-sjukvården förväntas att kostnaderna för egenproducerad somatisk specialistsjukvård ska vara högre när man har kontrollerat för ålder och de variabler som ingår i modellen.

I modellen som förklarar kostnaderna för psykiatrisk specialistvård så kan hela 66 procent av kostnadsvariationen efter åldersstandardisering förklaras av sex variabler. Den variabel med överlägset starkast förklaringsgrad är andelen i kommunen med låg utbildning vilket är positivt associerat med kostnaderna för psykiatrisk vård. Så är också andelen kvinnor, andel med dåliga kostvanor och om kommunen är knuten till NU-sjukvården. Ett relativt högt ohälsotal innebär att kostnaderna för psykiatrisk vård förväntas vara lägre. I modellen som förklarar förväntade kostnader för psykiatrisk vård så kvalificerar sig för första gången också en tillgänglighetsvariabel att ingå i modellen. Kommunerna med längre restider till sjukhus förväntas ha lägre kostnader för psykiatrisk vård.

I den sista modellen förklaras kostnadsvariationen för privat vård och vård konsumerad utom länet. Detta är en svårtolkad modell då förklaringsfaktorerna för privat vård och utomlänsvård

sannolikt skiljer sig åt. Det är dock inte förvånande att befolkningstäthet kvalificerar sig som en stark förklaringsfaktor. Detta beror troligen på att privata etableringar sker i tätorter och att Göteborgs kommun väger tungt med anledning av det stora antalet invånare. Att dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom innebär minskade förväntade kostnader medan dödlighet i lungcancer förväntas öka desamma, är mer svårtolkat. Trots detta så förklarar de tre variablerna hela 63 procent av variationen i åldersstandardiserade kostnader för privatvård och utomlänsvård.

## Diskussion

I denna explorativa studie så har vi försökt förklara de skillnader som finns i kostnaderna för specialistsjukvård mellan Västra Götalands kommuner. Det är viktigt att framhålla att metodiken är förhållandevis trubbig och generaliserande och att resultaten därför måste tolkas med viss försiktighet. Variabler som varierar mycket inom kommunen men förhållandevis lite mellan kommuner visar sig inte som förklaringsfaktorer trots att de kan vara av stor betydelse för såväl hälsan som efterfrågan på sjukvård. Skälet till att studien ändå har genomförts är att kunskapen om vad som styr efterfrågan och konsumtion av sjukvård är förhållandevis bristfällig och att det även med en mycket förenklad metodik kan vara möjligt att visa i vilken utsträckning vi uppnår målsättningen om en vård på lika villkor.

Det finns som nämnts många brister i studien men något som särskilt bör uppmärksammas är att det finns starka



korrelationer mellan olika ingående variabler även om vi har kontrollerat för detta så att det inte allvarligt har påverkat modellerna. Inom Göteborgsområdet så är t.ex. medelinkomsten förhållandevis hög, tillgängligheten till sjukvård god och kostnaderna jämförelsevis höga. Det förtjänar dock att påpeka att det i analyserna har varit medelinkomsten som har kommit att visa sig ha stor betydelse för kostnaderna och inte tillgängligheten. Detta trots att kranskommunerna till Göteborg har en genomsnittligt lägre kostnad än Göteborgs kommun och något sämre tillgänglighet men högre medelinkomst.

Medelinkomsten starka förklaringsgrad för kostnaderna för specialistsjukvård är kanske det mest anmärkningsvärda resultatet i studien. Det stämmer dock väl med resultaten från andra studier som visat att ju högre inkomst man har desto oftare uppsöker man vård [9]. Det finns också en väl utvecklad teoribildning inom området som ger stöd för att individer med högre inkomst är mer motiverade att prioritera en god hälsa [10]. För en person med hög inkomst är det jämförelsevis mer kostsamt att vara sjuk och det finns därför bättre incitament att investera i hälsan. Frågor som ytterligare behöver belysas är i vilken utsträckning det finns en över- alternativt underkonsumtion av specialistsjukvård? Är det möjligt att grupper i samhället med en högre socioekonomisk status konsumerar specialistsjukvård även i fall där behandling i primärvården, eller kanske ingen behandling är motiverad? Alternativt att grupper med en lägre socioekonomisk

status i större utsträckning konsumerar primärvård, eller att man i dessa grupper överlag ”borde” konsumera mer sjukvård, d.v.s. att det finns en underkonsumtion?

I analysen av kostnader för egenproducerad somatisk specialistvård uppkom variabeln ”socialt isolerade” som en utav de starkast förklarande. Att använda andel ”socialt isolerade” som en variabel i analysen är relevant ur den synpunkt att det både kan bidra till en lägre hälsostatus överlag hos de individer som saknar ett socialt nätverk och som har ett litet socialt- och samhällsligt deltagande [11]. Likaså kan ”att vara” socialt isolerad vara en bidragande faktor till att man i mindre utsträckning uppsöker samhälleliga institutioner såsom sjukvården [12]. Analyserna visade att det senare förhållandet dominerar vilket ytterligare påkallar uppmärksamheten till i vilken utsträckning som vården ges på lika villkor.

En av grundstenarna i den svenska sjukvården är att vården skall ges på lika villkor för hela befolkningen. Med lika villkor menas att hälso- och sjukvården måste eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t.ex. förstå en diagnos eller att sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd. I förarbetena till lagstiftningen uttrycks det till och med så explicit såsom att förmågan att ta initiativ inte får påverka möjligheten att få vård [13].

Även om lagstiftningen uttrycker en viljeinriktning snarare än en bestämd målsättning, vilket skulle förefalla orealistiskt, så är det tydligt att ett visst arbete återstår när medelinkomst framkommer som den variabel med starkast förklaringsgrad för kostnaderna för specialistsjukvård. Det är därmed inte i första hand det faktiska hälsotillståndet eller ej heller tillgängligheten som styr utnyttjandet i kronor räknat. Det är angeläget att denna explorativa studie kan leda till fördjupade undersökningar och i förlängningen till en mer behovsbaserad styrning av sjukvårdens resurser.

## Referenser

1. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly— Health and Society*. 1973; 51(1):95-124.
2. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among residents of a rural region. *Health Services Research*. 2005;40(1): 135-156.
3. Rubinstein B. Västra Götalandsregionen. Enkätdata från undersökningen ”Hälsa på lika villkor” 2011, 2012-04-05.
4. Statens Folkhälsoinstitut, FHI [hemsida på Internet]. Folkhälsodata [uppdaterad 10 februari 2012; citerad 23 februari 2012]; Tillgänglig från <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Folkhalsodata/>.
5. Statistiska centralbyrån, SCB [hemsida på Internet]. Regional statistik [uppdaterad 28 mars 2012; citerad 4 april 2012]; Tillgänglig från [http://www.scb.se/Pages/List\\_\\_\\_\\_\\_250634.aspx](http://www.scb.se/Pages/List_____250634.aspx).
6. Larsson A, Ellder E, Ernstson U, Fransson U, Bergman C, Granér M, Elofsson M. Västra Götalandsregionen. Tillgänglighetsatlas över Västra Götaland. Göteborg: Västra Götalandsregionen 2011.
7. Karlsson. M. Statistiska centralbyrån. Befolkningens utbildning 2010. Beskrivning av Statistiken UF0506 [uppdaterad 19 april 2011; citerad 4 mars 2012]; Tillgänglig från [http://www.scb.se/Statistik/UF/UF0506/\\_dokument/UF0506\\_BS\\_2010.pdf](http://www.scb.se/Statistik/UF/UF0506/_dokument/UF0506_BS_2010.pdf).
8. Johansson. M, Månsson A. Försäkringskassan. Ohälsotale- Statistik [Citerad 23 februari 2012]; Tillgänglig från [http://www.forsakringskassan.se/omfk/statistik\\_och\\_analys/ohalsa/ohalsotalet/lut/p/b1/04\\_Sj9CPykssy0xPLMn-Mz0vMAfGjzOItyAx8nZwMHQ0M\\_EwcD-TwtTS3NfUxDDJ1djIEKIoeEKDHAAR-wNU\\_RbBBhZA\\_R6Wrm6WRu4uXoZQ\\_XgUELA\\_XD8KrAsfC\\_C6wdeIgAKgG\\_w88nNT9QtyQyMMMgPSARhnEIE!/dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2Xzgy-ME1CQjFBMDBONEEwSTk1OTdMNVQx-U1M2/](http://www.forsakringskassan.se/omfk/statistik_och_analys/ohalsa/ohalsotalet/lut/p/b1/04_Sj9CPykssy0xPLMn-Mz0vMAfGjzOItyAx8nZwMHQ0M_EwcD-TwtTS3NfUxDDJ1djIEKIoeEKDHAAR-wNU_RbBBhZA_R6Wrm6WRu4uXoZQ_XgUELA_XD8KrAsfC_C6wdeIgAKgG_w88nNT9QtyQyMMMgPSARhnEIE!/dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2Xzgy-ME1CQjFBMDBONEEwSTk1OTdMNVQx-U1M2/).
9. Gerdtham U. Equity in health care utilisation: further tests based on hurdle models and swedish microdata. *Health Economics*. 1997;6: 303-319.
10. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*. 1972;80: 223-355.
11. Cacioppo JT. Social Isolation and Health, with an Emphasis on Underlying Mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2003;46(3): S39-S52.
12. Canvin K, Jones C, Martilla A, Burström B, Whitehead M. Can I risk using public services? Perceived consequences of seeking help and health care among households living in poverty: Qualitative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61(11): 984-989.

13. Sveriges Riksdag. Regeringens proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m. Stockholm 1982.