

Förslag till behovsindex 2011–2013

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare:

Bo Burström

Anders Walander

Inga Viberg

Daniel Bruce

Janne Agerholm

Antonio Ponce de Leon

Institutionen för folkhälsovetenskap

Avdelningen för socialmedicin

Karolinska Institutet

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se

Inledning

Sedan införandet av den sk Stockholmsmodellen i mitten av 1990-talet har behovsindex använts som ett underlag för geografisk fördelning av köpkraft mellan beställare i Stockholms läns landsting (SLL). Fr o m 2008 fördelas resurser efter andra kriterier och indexberäkningen ska endast användas för uppföljning. Beräkningen av index görs dock på samma sätt som tidigare och resultaten för 2011 samt projektioner för påföljande år redovisas i denna rapport.

Modeller för resursfördelning

I modeller för resursfördelning är det viktigt att beakta vårdkonsumtionsmönster, upplevda hinder för tillgänglighet till vård och hälsa, så att förslag till fördelning inte konserverar tidigare och oönskade mönster.

Modeller för resursfördelning kan ha olika syften – att fördela resurser efter ett predicerat vårdbehov, eller att omfördela resurser för att uppnå ett särskilt mål (t ex att prioritera en viss typ av sjukvård eller befolkningen i ett visst geografiskt område). De modeller som används i världen idag (1) bygger på antingen individdata (matrismodeller) eller områdesdata (ekologiska modeller). Den modell som används inom SLL är i huvudsak en matrismodell (2). Matrismodeller får anses som mera exakta då man jämfört med ekologiska modeller får skattningar som är mindre påverkade av störande faktorer (som bl.a. utbud) och de mätproblem som ovillkorligen uppstår både när det gäller korrekta uppskattningar av kostnader och av de olika sociodemografiska förhållandena i befolkningen. Olika länder tillämpar olika matrismodeller, delvis grundat på tillgång till data. En stor internationell utvärdering har funnit att den matrismodell som sedan 1991 tillämpas av Stockholms läns landsting har ett flertal fördelar jämfört med andra lösningar (1).

En matrismodell har dock också nackdelar – bl.a. får en strikt tillämpning av en matrismodell till följd att tidigare konsumtionsmönster till viss del slår igenom i den predicerade konsumtionen. I SLL har konsumtionen av privat specialistvård t.ex. ett tydligt samband med utbudet av sådan vård, vilket konserveras om man strikt tillämpar matrismodellen för privat specialistvård. Under tidigare år har man i SLL därför valt att inte ta med områdesvariabeln i matrismodellen, då den inte ansetts ”giltig” att fördela efter. En annan viktig begränsning är att data i en matrismodell grundar sig endast på de som kommit i kontakt med och utnyttjat sjukvården. Detta gör, om målet med resursfördelning är att erbjuda vård på lika villkor efter behov, att man också bör beakta eventuella hinder för att utnyttja sjukvård.

Vård på lika villkor

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver ”en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen”. Vidare ska personer med större behov av vård prioriteras framför de med mindre behov. (3) Behovsindex förutsätter i princip att det föreligger vård på lika villkor i SLL, samtidigt som det också avser att skapa förutsättningar för vård på lika villkor (genom köpkraftsjusteringen för beställare i olika områden). Olika hinder för att söka vård kan vara uttryck för att vård på lika villkor inte föreligger. Detta åtgärdas dock inte genom behovsindex, utan skulle kräva särskilda hälsopolitiska insatser. Frågor om befolkningens vårdkonsumtion ställdes i SLL:s Folkhälsoenkät 2006. Det finns en tydlig inkomstgradient i andelen av befolkningen 18-64 år som trots upplevt behov avstår från att söka sjukvård eller

hämta ut ordinerade läkemedel på grund av dålig ekonomi. Det är också vanligare att ha avstått vård eller läkemedel bland låginkomsttagare och yngre personer. För hela befolkningen var andelen som avstått från att söka vård 4 procent och andelen som avstått från att ta ut läkemedel 5 procent. Bland ensamstående mödrar med barn under 18 år hade t.ex. 16 procent avstått att söka vård; 15 procent avstått att ta ut ordinerade läkemedel. Bland socialbidragstagare var andelarna som avstått 30 procent för både att söka vård och ta ut läkemedel. I allmänhet är andelen som avstått vård eller läkemedel högre bland personer födda utanför Sverige än bland svenskfödda och högre bland personer som rapporterar dålig hälsa. (4)

I Socialstyrelsens nationella Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 noterades påtagliga avvikelser från vård på lika villkor, både vad gäller geografiska skillnader och skillnader mellan utbildningsgrupper. Boende i glesbygd har färre vårdkontakter än boende i städer; lågutbildade färre kontakter med vården än högutbildade. Lågutbildade har dock högre frekvens av ineliggande vård och högre förekomst av undvikbara vårdtillfällen i slutenvård än högutbildade. I vissa sjukdomar finns påtagliga skillnader mellan utbildningsgrupper vad gäller läkemedelsbehandling. Även nationellt noteras att lågutbildade i större utsträckning än högutbildade avstår från att söka medicinsk vård eller hämta ut ordinerade läkemedel, trots upplevt behov. (5)

Målsättningen med resursfördelning kan också vara mera offensiv, med avsikt att ändra rådande vårdkonsumtionsmönster. I Storbritannien har man reviderat sina mål om vård på lika villkor till en strävan att också minska ojämlikhet i hälsa, vilket bör avspeglas i resursfördelning. Etiska aspekter på icke tillgodosedda vårdbehov innefattar två principiella aspekter: ojämlikhet i tillgång till vård och ojämlikhet i hälsotillstånd (6). Ojämlikhet i tillgång till vård är inte acceptabelt och bör inte tillåtas influera resurstilldelning eftersom det leder till en horisontell ojämlikhet, dvs att personer med samma hälsotillstånd inte ges samma möjligheter till vård och behandling. Ojämlikhet i hälsotillstånd innebär en vertikal ojämlikhet, vilket kan påverkas genom att personer med ett sämre och allvarigare hälsotillstånd ska ha företräde till vård och behandling. Sämre hälsotillstånd i en befolkning bör således påverka resursfördelning och generera mer resurser. (6)

Behovsindikatorer

Befolkning i Stockholm län – sammansättning och förändringar

Stockholmsregionen har en segregerad bostadsmarknad där bl.a. ålder, inkomst, etnicitet och hälsa påverkar var människor kan och vill bosätta sig. Detta medför att sjukligheten och dödligheten varierar kraftigt mellan kommuner och stadsdelar. Skillnaden i medellivslängd är störst mellan Danderyd och Sundbyberg, 5,0 år bland män och 4,3 år bland kvinnor (Tabell 1). Ohälsotalet varierar också avsevärt mellan olika områden (Tabell 2). Dessa skillnader i hälsa medför skillnader i vårdbehov och betingas till stor del av olikheter i befolkningsstruktur i några för hälsan viktiga avseenden (Tabell 2).

Utbildning är också en viktig bestämningsfaktor för hälsa. Vid 30 års ålder har män med eftergymnasial utbildning 4,9 års längre förväntad livslängd än män med förgymnasial utbildning. Motsvarande skillnad för kvinnor är 4,3 år (7).

Tabell 1. Förväntad medellivslängd för de fem kommuner inom Stockholms län med högst respektive lägst medellivslängd för kvinnor respektive män, samt Stockholms kommun, Stockholms län och Sverige. Medeltal för perioden 2003-2007.

Kommun	Kvinnor	Kommun	Män
Danderyd	85,8	Danderyd	81,6
Ekerö	85,1	Lidingö	80,9
Lidingö	84,8	Salem	80,7
Täby	84,7	Ekerö	80,6
Österåker	84,1	Österåker	80,6
<i>Stockholm</i>	<i>82,7</i>	<i>Stockholm</i>	<i>78,1</i>
Sigtuna	82,2	Upplands-Bro	77,6
Botkyrka	82,0	Nynäshamn	77,4
Haninge	82,0	Sigtuna	77,4
Södertälje	81,8	Södertälje	77,1
Sundbyberg	81,5	Sundbyberg	76,6
Stockholms län	83,0	Stockholms län	78,6
<i>Sverige</i>	<i>82,8</i>	<i>Sverige</i>	<i>78,8</i>

Källa: Egna beräkningar för kommuner från SCBs befolkningsregister och för Sverige SCB Statistisk årsbok 2009, s.93.

Tabell 2 visar påtagliga skillnader i befolkningssammansättning mellan kommuner och stadsdelar i SLL med avseende på vissa faktorer av betydelse för sjukvårdsbehov. Ohälstalet (genomsnittligt antal dagar per person 16-64 år med ersättning från Försäkringskassan för sjukpenning eller sjukersättning) varierar från 16 i Danderyd till 43 i Rinkeby-Kista, läns-genomsnittet är 27 dagar. Andelen 75 år och äldre är 4% i Rinkeby-Kista och Nykvarn jämfört med 11% i Farsta. Andelen lågutbildade, andelen med utländsk bakgrund liksom andelen höginkomsttagare i befolkningen varierar också stort mellan områden.

Tabell 2. Befolkningsammansättning för stadsdelar/kommuner i Stockholms län 081231

Stadsdel/ kommun (SDK)	Folkmängd	Andel (%) 75 år och äldre	Andel (%) utländsk bakgrund 16-64 år	Andel (%) manliga höginkomst- tagare 20-64 år	Ohälsotal 16-64 år	Andel (%) lågutbildade 16-74 år	Andel (%) ogifta, skilda, änka/änkling 45 -64 år
Bromma	63317	8	19	49	21	13	48
Enskede-Årsta-Van	86222	8	33	32	25	19	59
Farsta	47762	11	32	29	33	22	57
Hägersten-Liljebo	66471	7	23	37	25	15	61
Hässelby-Vällingby	62924	9	36	36	31	21	45
Kungsholmen	56808	7	18	51	18	8	60
Norrmalm	63901	6	20	53	18	9	56
Rinkeby-Kista	44579	4	78	17	43	28	49
Skarpnäck	41420	7	28	31	28	18	62
Skärholmen	32370	8	67	19	42	28	46
Spånga-Tensta	35973	5	58	30	34	27	40
Södermalm	117304	7	18	43	22	11	61
Älvsjö	23746	7	23	47	24	18	43
Östermalm	62544	10	20	46	17	8	50
Botkyrka	79585	5	55	27	37	28	42
Danderyd	30787	10	19	61	16	11	31
Ekerö	24742	5	13	51	24	20	36
Haninge	74691	5	31	34	34	26	44
Huddinge	93858	5	36	37	28	22	44
Järfälla	64201	7	33	43	31	20	42
Lidingö	43028	10	19	53	20	14	40
Nacka	85347	6	25	49	20	16	42
Norrtälje	55314	10	13	31	41	26	44
Nykvarn	9027	4	18	50	24	25	37
Nynäshamn	25381	7	17	35	37	26	44
Salem	15156	5	23	46	24	22	35
Sigtuna	38194	5	32	35	34	25	45
Sollentuna	61964	6	27	50	24	17	38
Solna	64857	8	33	40	25	14	55
Sundbyberg	35920	7	35	36	28	19	58
Södertälje	84442	7	45	32	32	27	45
Tyresö	42191	5	21	46	27	21	43
Täby	62162	7	20	58	20	15	35
Upplands-Bro	22614	5	29	37	36	24	41
Upplands-Väsby	38150	5	33	39	33	23	44
Vallentuna	28883	5	17	46	24	20	39
Vaxholm	10672	6	12	51	22	17	36
Värmdö	37327	5	16	45	23	21	43
Österåker	38637	5	17	45	26	19	38

Utländsk bakgrund = utrikesfödd eller inrikesfödd med två utrikesfödda föräldrar

27

Höginkomsttagare = tillhör högsta inkomstkventilen, sammanräknad förvärvsinkomst år 2007

Låg utbildning= högst folkskola / grundskola

Befolkningen i hela länet beräknas öka med 2,2 % under 2011, med den största ökningen både procentuellt och antalsmässigt i Stockholms stad/Ekerö. Norra och södra länet ökar också i befolkning, men i lägre grad och tappar därmed relativa befolkningsandelar sett för hela länet. Sett för f.d. beredningsområden, så ökar innerstaden sin andel av länets befolkning märkbart, medan befolkningen i framförallt Nordost minskar i andel. För länet som helhet är det åldersgrupperna 65-79 år följt av 20-39 år som ökar mest procentuellt, medan andelen små barn 0-4 år minskar något. Den äldsta gruppen 80+ ökar något, med 0,8 %. Förändringarna i åldersgrupperna skiljer sig något mellan länsdelarna. Andelen små barn minskar i norra och södra länet, men ökar i Stockholms stad/Ekerö, medan motsatsen gäller för den äldsta gruppen 80+. Mönstret är särskilt tydligt i innerstaden och området Nordost. Även i f.d. beredningsområdet Syd (Botkyrka, Huddinge) ökar andelen äldre 80+ märkbart mer än genomsnittet. (Se Bilaga 3, Befolkningsförändring)

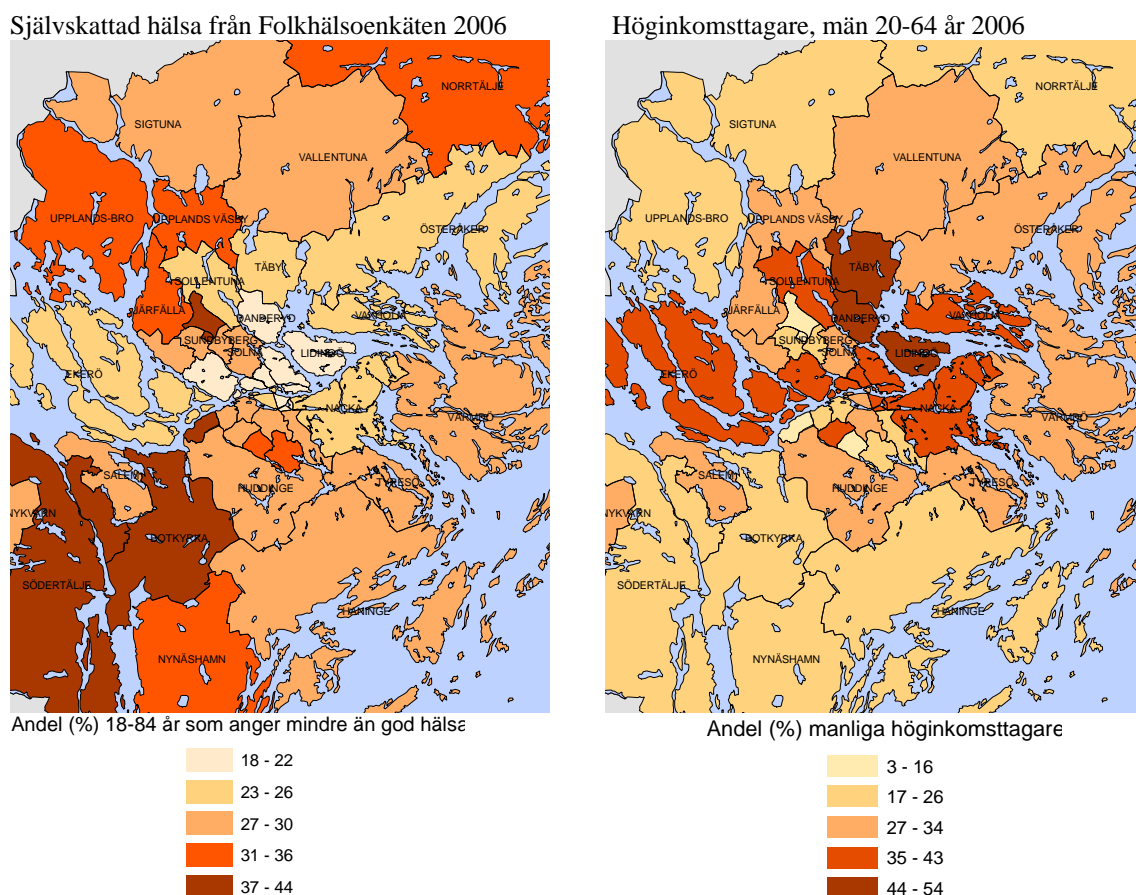
Befolkningsammansättningens betydelse för hälsa och behov av vård

Ett områdes befolkningsammansättning blir i många avseenden avgörande för befolkningens genomsnittliga sjuklighet och därav följande behov av vård. Faktorer som predicerar

sjuklighet och behov av vård är bl.a. ålder, kön, utbildningsnivå, inkomstnivå, civilstånd, sysselsättning och boendetyper (2).

Figur 1 illustrerar vissa geografiska hälsoskillnader samt skillnader i andel höginkomsttagare bland kommuner och stadsdelar i Stockholms län. På områdesnivå finns ett tydligt samband mellan social sammansättning och befolkningens hälsa, exempelvis utgör andelen som rapporterar sämre än god hälsa en spegelbild av andelen höginkomsttagare. Motsvarande fördelning av ohälsa ses även för andra mått (t ex ohälsotal, dödstal). Dock är det inte ett linjärt samband mellan å ena sidan hälsotillstånd och å andra sidan sjukvårdsbehov och sjukvårdskonsumtion. Vissa typer av nedsatt hälsotillstånd är t.ex. inte lätt åtkomliga för medicinska åtgärder. Därutöver kan behoven av vårdinsatser skilja sig kraftigt åt för olika typer av sjukdomar. Även där ett upplevt behov av sjukvård föreligger kan andra faktorer (t.ex. ekonomi, fysisk tillgänglighet, kulturella faktorer) påverka den faktiska eller upplevda tillgängligheten till vård. Geografiska skillnader i konsumtion av sjukvård måste därför ses i förhållande till befolkningens sammansättning och vårdbehov, utbud av vård, upplevd tillgänglighet och andra faktorer.

Figur 1. Geografisk fördelning av självskattad hälsa bland befolkningen i SLL:s Folkhälsoenkät 2006 och andel höginkomsttagare bland män 20-64 år 2006



Tidigare studier av vårdutnyttjande

Tidigare studier av sociala och geografiska skillnader i vårdutnyttjande i SLL (8,9) visar att grupper som har högst sjuklighet som regel har den högsta vårdkonsumtionen. Dock finns avvikelser med ett lägre vårdutnyttjande än förväntat, bl a hos personer inom den lägsta inkomstgruppen, liksom bland kvinnor födda utanför OECD-området. Lågutbildade och

låginkomsttagare har också ett lägre vårdutnyttjande av rehabilitering hos sjukgymnaster än vad som kan förväntas. De sociala skillnaderna för konsumtion av privat specialistvård är de omvända mot de man ser för annan akutsomatisk vård, och dessutom är konsumtionen av privat specialistvård betydligt högre i områden med fler privata specialister och bland personer som har kortare resavstånd (10). En revisionsrapport (11) och de övriga rapporterna rekommenderar fortsatt uppföljning av sociala och geografiska mönster i vårdutnyttjande och av befolkningens upplevda tillgång till vård.

En jämförande studie av läkarbesök i 21 OECD-länder (12) analyserade fördelningen av läkarbesök mellan inkomstgrupper i varje land, justerat för behov (mätt som ålder, självs kattad hälsa, sjukdom, handikapp). Man delade upp resultaten i två indikatorer: 1) sannolikheten att ha gjort ett eller flera besök samt 2) det genomsnittliga antalet besök, givet att man gjort ett besök. Där det var möjligt delades läkarbesök också in i besök till allmänläkare respektive till specialistläkare. Studien konstaterade att i de flesta länder var sannolikheten att göra ett eller flera besök till allmänläkare fördelade efter behov, men besök till specialistläkare var mera sannolikt bland höginkomsttagare, dvs hade en "pro-rich bias". Det genomsnittliga antalet besök till allmänläkare var i allmänhet "pro-poor", men vissa länder (bl a Finland) visade motsatsen. Fördelningen av besök bland specialistläkare var i de flesta länder "pro-rich". De svenska data var inte uppdelade på allmänläkare och specialistläkare. Sammantaget visade de svenska resultaten en "pro-rich bias", både för sannolikheten att göra besök och det genomsnittliga antalet besök. (12)

En studie av skillnader i sjukvårdskostnader under sista levnadsåret i SLL visade något förvånande att personer kostnaden var högre för personer med högre inkomst. (13,14) Analyserna tog hänsyn till ålder, kön, utbildningsnivå, civilstånd, socialbidragmottagande, diagnos (hjärtsjukdom, cancer) och visade signifikanta skillnader mellan inkomstgrupper. Orsakerna till detta är inte helt klarlagda, olika förklaringar är tänkbara. En kan vara att personer i lägre inkomstgrupper söker vård i ett senare skede och därmed genererar mindre kostnader än personer i högre inkomstgrupper; en annan att personer i lägre inkomstgrupper i större utsträckning dör utanför sjukhus; en tredje att låginkomsttagare vid samma kronologisk ålder har en högre 'biologisk' ålder och därmed inte kan tillgodogöra sig mer aktiv behandling. En fjärde förklaring kan vara att höginkomsttagare är bättre informerade och därmed kan kräva mera aktiva behandlingsåtgärder. Slutligen skulle det kunna vara så att personer från olika inkomstgrupper behandlas olika i vården. Det finns dock inga tecken på att så skulle vara fallet. En begränsning är att studien inkluderade endast vård inom landstinget och tog således inte hänsyn till kostnader för vård i kommunal regi.

Andra studier från bl a England har noterat skillnader i hur olika grupper söker vård. Det är vanligt att socioekonomiskt utsatta grupper söker vård senare än andra, trots att de ofta är sjukare än befolkningen i stort. (15) I en rapport baserad på studier i SLL var konsumtionen av öppenvård lägre än förväntad bland personer med ekonomiskt bistånd och andra socialt och ekonomiskt utsatta grupper jämfört med befolkningen i stort (16). Andelen som avstått vård på grund av dålig ekonomi var också betydligt högre än i befolkningen i stort.

Index 2011

I beräkningen av det aktuella index ingår inte Norrtälje kommun då kommunen inte ingår i ordinarie budget. Index 2011 baseras på vårddata från 2008, befolkningsuppgifter för 2008 har använts. Vårdgrensvikter grundas på fördelning i beställarbudget 2010. Vårdgrensvikterna har förändrats över tid, vilket framgår av Tabell 3.

Tabell 3. Vårdgrensvikter i beställarbudget 2002-2010

Privata vårdgivare (ARV) som en egen vårdgren

	Index2003 Budg2002	Index2004 Budg2003	Index2005 Budg2004	Index2006 Budg2005	Index2007 Budg2006	Index2008 Budg2007	Index2009 Budg2008	Index2010 Budg2009	Index2011 Budg2010
Primärvård	15,980%	16,571%	16,053%	16,163%	16,380%	16,269%	16,582%	16,619%	16,306%
Geriatrik	5,700%	6,068%	6,551%	6,906%	6,805%	6,658%	5,965%	5,704%	5,523%
Läkemedel	14,090%	13,913%	13,496%	13,741%	13,498%	13,464%	12,692%	12,732%	12,541%
Psykiatri	12,380%	12,041%	12,208%	12,552%	12,517%	12,457%	11,852%	11,796%	11,685%
Privata vårdgivare	7,710%	7,338%	7,646%	7,714%	7,601%	7,231%	6,772%	6,530%	6,553%
Allmänmedicin	7,470%	7,580%	7,814%	7,833%	8,225%	8,044%	8,617%		
Övrig medicin	11,620%	11,260%	10,959%	10,684%	10,005%	10,965%	11,102%		
Medicin Totalt	19,090%	18,840%	18,772%	18,517%	18,230%	19,009%	19,719%		
Allmänskirurgi	12,830%	13,022%	12,729%	12,907%	13,815%	13,730%	14,589%		
Förlossningsvård	4,670%	4,645%	4,973%	4,786%	4,709%	4,799%	5,035%		
Övrig kirurgi	7,540%	7,562%	7,571%	6,713%	6,445%	6,382%	6,794%		
Kirurgi Totalt	25,040%	25,230%	25,274%	24,406%	24,970%	24,912%	26,418%		
Akutsomatik Totalt	44,130%	44,069%	44,046%	42,923%	43,200%	43,921%	46,137%	46,619%	47,391%
Summa	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Index består som tidigare av fyra komponenter för olika typer av verksamhet:

- akutsomatisk vård (medicin och kirurgi), geriatrik och psykiatri
- privat läkar- och sjukgymnastvård, logopedier och kiropraktorer
- primärvård
- läkemedel

Index för akutsomatisk vård, geriatrik och psykiatri

Denna del av index bygger på en matris av de sex variablerna ålder, civilstånd, utbildning, sysselsättning, bostadens upplåtelseform och områdestyp. Dessa variabler är valda därför att omfattande statistiska analyser har visat att dessa variabler med den klassindelning som används ger maximal förklaring av individernas kostnadsvariationer i vården.

I Tabell 4 visas genomsnittliga kostnader för personer i olika åldersgrupper, sysselsättning, civilstånd, utbildning samt område/bostadstyp för sjukvård för vissa sjukhusbaserade vårdgrenar.

Som framgår av Tabell 4 finns stora skillnader i genomsnittliga kostnader för olika grupper. Personer med förtidspension har högre kostnader än de som inte har förtidspension, i åldrarna 20-64 år. Bland pensionärer ses en högre genomsnittlig kostnad bland personer 80 år och äldre. I allmänhet har ensamstående personer högre kostnad än sammanboende, lågutbildade högre kostnad än högutbildade (förutom bland förtidspensionärer). I vissa grupper (t ex förtidspensionärer uppdelade på civilstånd och utbildningsnivå) kan antalet vara lågt, vilket kan leda till stora variationer. Kostnaden varierar också mellan område/bostadstyp.

Jämfört med vårddata 2007 är den genomsnittliga kostnaden, med enstaka undantag, genomgående högre, framför allt hos förtidspensionärer och lågutbildade. Ett märkbart undantag är äldre personer i förort som är ensamstående och lågutbildade, som har minskade vårdkostnader. Totalt sett har genomsnittskostnaden för alla åldrar ökat med ca 1300 kr per individ hos personer i flerfamiljsboende utanför innerstaden och runt 800-900 kr hos innerstadsboende och småhusboende utanför innerstaden. Detaljerade skillnader i kostnad mellan 2008 och 2007 för olika grupper visas i Bilaga 2.

Tabell 4. Genomsnittlig sjukvårdskostnad för akutsomatisk vård, psykiatri och geriatrik sammantaget. Stockholms läns landsting 2008 (ej privat specialistvård).
Se bilaga 2 för skillnaden mellan 2008 och 2007 års vårdkostnad per invånare.

Vårdkostnad per inv				Område/Bostadstyp		
Ålder	Syssetsättning	Civilstånd**	Utbildning	Förort		Centrum
				Flerfamiljhus	Småhus	Flerfamiljhus
0-4 år		Ensamstående		10 698	8 797	9 060
		Gift/samboende		8 981	6 902	7 368
5-19 år		Ensamstående		7 742	6 907	6 858
		Gift/samboende		5 383	4 800	5 127
20-64 år	Förtidspensionär	Ensamstående	HÖG	53 444	38 682	61 341
			LÅG	51 558	35 510	65 137
		Gift/samboende	HÖG	30 866	29 226	32 130
			LÅG	25 777	22 989	25 200
	Ej förtidspensionär	Ensamstående	HÖG	8 007	7 409	6 400
			LÅG	12 898	10 274	10 742
		Gift/samboende	HÖG	7 396	5 581	6 490
			LÅG	9 680	8 361	9 558
65-79 år	Ensamstående	HÖG	25 208	19 866	21 761	
		LÅG	29 842	19 501	29 398	
	Gift/samboende	HÖG	21 464	18 022	17 139	
		LÅG	24 782	20 256	22 371	
80+	Ensamstående	HÖG	36 117	33 765	37 777	
		LÅG	36 221	33 643	39 336	
	Gift/samboende	HÖG	33 668	30 897	34 636	
		LÅG	34 971	30 952	38 499	
Totalt				13 264	8 439	10 925

**.) För barn och ungdomar anges föräldrars civilstånd

Centrum=Centrala stadsdelar: Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm, Katarina-Sofia, Maria- GamlaStan, samt delar av Solna och Sundbyberg

Samboende: sambo med gemensamma barn

Hög utbildning: minst 3-årigt gymnasium

Privat specialistvård

I termen privat specialistvård inkluderas läkare, sjukgymnaster, kiropraktorer och logopedier. Fotvårdare inkluderas inte längre. Det skeva utbudet av privat specialistvård, med koncentration av mottagningar till mera centrala delar av länet, är förenat med en högre konsumtion av sådan vård i områden med högre utbud. Konsumtionen av privat specialistvård är också högre bland personer med hög utbildning och hög inkomst, till skillnad från konsumtion av annan vård (10).

Att inkludera områdesvariabeln i modellen för fördelning av privat specialistvård skulle gynna områden med stort utbud av sådan vård, där konsumtionen är högre. Liksom under tidigare år inkluderas därför inte områdesvariabeln i modellen för fördelning av resurser till privat specialistvård. Individvariablerna kvarstår dock.

Primärvård

Fr o m januari 2008 sker fördelning av resurser till primärvård inte längre till områden enligt tidigare använda, områdesbaserade resursfördelningsmodeller, utan efter enskilda individers val av läkarmottagning (som ger en viss kapiteringsersättning, olika beroende av ålder) och efter konsumtion av läkarbesök eller andra besök vid läkarmottagningen (besöksersättning). Nedan ges en beskrivning av förutvarande modell för delindex för primärvård.

På grund av att registreringen av besök, åtgärder och kostnader i primärvård inte är lika heltäckande och detaljerad som för övrig vård har vi tidigare bedömt att individdata inte på motsvarande sätt som för övrig vård kan användas för beräkning av primärvårdsindex. Besök i primärvården kan innebära resursåtgång i termer av tid och resurser som är högst varierande och tenderar att vara mycket tyngre hos individer som äldre, långvarigt sjukskrivna, förtidspensionerade eller med utländsk bakgrund. I registreringen görs ingen distinktion av detta, ett besök registreras som ett besök, oavsett om det är långt eller kort eller tar mycket eller litet andra resurser i anspråk. Fördelning av resurser till primärvård enligt antal besök torde därför leda till underskattning av de tyngre socialmedicinska vårdbehov som finns i vissa områden. Sådana vårdbehov kan t ex medföra att läkaren på vårdcentralen måste ha kontakter med Försäkringskassan, socialtjänsten eller andra myndigheter vilket inte registreras som besök.

Mönstret för vårdkonsumtion inom primärvård har hittills liknat det som finns för annan somatisk vård, om besök hos privata specialister exkluderas. De sociala skillnaderna i vårdutnyttjandet är emellertid tydligare, delvis beroende på att inom somatisk vård vänder sig lågutbildade och låginkomsttagare i något högre grad till primärvården samtidigt som högutbildade och höginkomsttagare i högre grad söker sig till somatisk specialistvård.

För att bättre ta hänsyn till vårdtyngden i stadsdelar med stor andel med utländsk bakgrund, höga ohälsotal och socialmedicinska vårdbehov har sedan många år tillämpats en modell grundad på data på basområden (ca 1.700 st i länet). Valet av socioekonomiska variabler och deras vikter baseras på en ekologisk regressionsanalys av variablernas förklaringsvärde att predicera skillnader i ohälsotal mellan basområden. Ohälsotal (antal dagar med ersättning för sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller sjukersättning, per person och år, för individer 16-64 år) ses i detta sammanhang som en indikator på behov av primärvård. Ohälsotalet varierar dock, både beroende på sjuklighet i befolkningen och på ändrade regler för sjukskrivning, och länsgenomsnittet var år 2008 27,1 dagar per person och år.

Analyser görs initialt på ett 20-tal variabler på områdets befolkningssammansättning och deras inbördes förklaringsvärde, modellen reduceras successivt till det minsta antal variabler som ger ett optimalt förklaringsvärde. Med utgångspunkt i basområdenas sammansättning avseende dessa faktorer i förhållande till länsgenomsnittet kan man således tilldela varje område en vikt.

Årets analys resulterade i en modell med en förklaringsgrad på 86 procent. De förklarande variablerna utgörs av områdets ålderssammansättning, andel kvinnor, andel personer med utländsk bakgrund födda i Sverige, andel sysselsatta (med negativt tecken), andel lågutbildade 25-64 år; andel ogifta/skilda/änklingar/änkor i åldern 45-64 år samt andel kvinnor med hög inkomst i åldern 20-64 år (med negativt tecken).

Anledningen till att modellen och de ingående variablerna ändras något mellan åren är bl a att ohälsotalets fördelning mellan områden ändras, samt att förhållandet mellan enskilda variabler och ohälsotal kan ändras. I grunden är dock modellen densamma som förut.

Åldersvikter

De områdesvikter som beräknats enligt ovan kombineras sedan med åldersvikter per område. Åldersvikterna speglar den faktiska fördelningen av besök i primärvården, där äldre personer gör fler besök än yngre. För index 2011 har åldersvikter beräknats från uppgifter om primärvårdsbesök 2008 från VAL-databaserna.

År 2008 infördes Vårdval Stockholm, med ändrat ersättningssystem till stor del baserat på prestationsbaserad ersättning per besök. Utvärderingar har visat på en ökning av antalet besök i de flesta områden och grupper (17). Mönstret är dock olika i olika åldersgrupper. I relativa termer (Tabell 5A), i förhållande till åldersgruppen 16-64 år, har vikten för besök bland barn i åldern 0-4 år har ökat med ca 26 procent från år 2007 till 2008. Bland personer i åldern 65-74 år har vikten minskat med 11 procent, bland personer 75-84 år med 10 procent och bland personer 85 år och äldre med 21 procent. Utvecklingen av det faktiska antalet viktade besök framgår av Tabell 5B. De förändrade åldersvikterna påverkar den beräknade fördelningen av primärvårdsindex.

Tabell 5A. Relativa besöksvikter i olika åldersgrupper

Åldersgrupp	2005*	2006	2007	2008
0-4	1,90	1,90	1,90	2,40
5-15	0,70	0,70	0,70	0,65
16-64	1	1	1	1
65-74	2,60	2,55	2,65	2,35
75-84	4,95	4,95	5,25	4,70
85-w	7,30	7,65	8,35	6,60

Tabell 5B. Antal viktade besök per invånare i olika åldersgrupper

Åldersgrupp	2005*	2006	2007	2008
0-4	3,20	3,31	3,32	4,97
5-15	0,95	1,06	1,10	1,24
16-64	1,58	1,68	1,69	2,03
65-74	4,13	4,26	4,48	4,77
75-84	7,82	8,31	8,91	9,55
85-w	11,55	12,84	14,12	13,32

*) I 2005 års data ingick Norrtälje

Läkemedel

Det är för närvarande inte möjligt att beräkna en individbaserad matrismodell för läkemedelsbudgeten eftersom vi inte har tillstånd att etablera ett individbaserat samkört register, vi har endast uppgifter per ålder och kön. Vi har därför som tidigare valt att på betjäningsområdesnivå genomföra en ekologisk regressionsanalys av kostnadsvariationer för läkemedel mellan områden, i detta fall betjäningsområden (ca 170 st i länet).

Områdesegenskaper som därvid har befunnits ha förklaringsvärde är ohälsotal, åldersfördelning, andel kvinnor i åldern 35-49 år. Genomsnittligt antal besök hos privata specialister driver också upp genomsnittskostnaden för läkemedel. Denna faktor tas inledningsvis med i modellen för att justera utbudets betydelse på de övriga faktorerna i modellen, men lyfts sedan ur modellen i samband med beräkningen av de predicerade kostnaderna för de geografiska områdena. Modellens förklaringsgrad har emellertid minskat under de senaste åren, och ligger i år på ca 56 procent (jämfört med ca 61 procent för tre år sedan). En tolkning av detta är att andra faktorer än de vi studerat nu bidrar mer till variationer i kostnader för läkemedel.

I årets beräkning av läkemedelsindex tillämpades en beloppsgräns på 400.000 kr per post. Andra faktorer som påverkar skillnader i läkemedelskostnaden mellan områden är användning av generiska preparat, följsamhet till Kloka listan och användning av s.k. specialläkemedel, läkemedel som sätts in av specialister och inte i primärvård.

Totalindex för 2011, skillnader mot tidigare år och prognoser

Resultatet av beräkning av Index 2011 och en jämförelse med Index 2010 framgår av Tabell 6. Förändringarna i resursfördelning mellan de tre sjukvårdsstyrelserna mellan index 2010 och index 2011 är något mindre än föregående år. Resurstilldelningen till Sjukvårdsstyrelse Stockholm stad o Ekerö reduceras med 0,204 procentenheter av totalbudgeten för länet, medan Sjukvårdsstyrelse Norr ökar med 0,015 procentenheter och Sjukvårdsstyrelse Söder ökar med 0,189 procentenheter. Befolkningsförändringar mellan områdena står för en viss del av indexförändringen, vårdgrensvikter för en liten andel. Återstoden av skillnaden återspeglar till största del förändringar i sambanden mellan social bakgrund, hälsa och sjukvårdskostnader. Detta framgår också av att indexförändringen finns utspridd över de olika vårdgrenarna (se Tabell 7). Se också Bilaga 1, Tabell 1 för indexfördelning per tidigare beredningsområde och stadsdel/kommun, per vårdgren.

Tabell 6. Differens Index 2011-Index 2010 per sjukvårdsstyrelse och tidigare beredningsområden.

Sjukvårdsstyrelse	Fd beredn.omr	Index2010	Index2011	Differens Index2011-Index2010	Varav pga relativ befolkn.förändr	Varav pga olika vårdgrensvikter
Norr						
	Nordost	6,720%	6,732%	0,011%	0,003%	0,006%
	Nord	10,749%	10,752%	0,003%	0,064%	0,005%
	Nordväst	10,211%	10,211%	0,000%	0,003%	-0,001%
Norr Totalt		27,681%	27,696%	0,015%	0,070%	0,009%
Stockholm stad och Ekerö						
	Västerort	12,102%	12,100%	-0,002%	-0,098%	0,000%
	Innerstaden	15,104%	14,972%	-0,132%	-0,005%	-0,001%
	Söderort	16,975%	16,906%	-0,070%	0,067%	-0,011%
Stockholm stad och Ekerö Totalt		44,181%	43,977%	-0,204%	-0,036%	-0,011%
Söder						
	Sydost	13,366%	13,468%	0,102%	-0,004%	0,004%
	Syd	8,855%	8,965%	0,110%	-0,013%	0,000%
	Sydväst	5,917%	5,894%	-0,023%	-0,016%	-0,002%
Söder Totalt		28,138%	28,327%	0,189%	-0,034%	0,002%
Totalt		100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

I Sjukvårdsstyrelse Norr ökar andelen till geriatrik med 0,505% och andelen till psykiatri med 0,120%. Vårdgrenen akutsomatik ändras mindre, medan privat vård minskar 0,149% och primärvård minskar med 0,247%.

I Sjukvårdsstyrelse Stockholms stad och Ekerö minskar geriatrik med 0,912%, akutsomatik med 0,225%, psykiatri med 0,511%, medan privat vård ökar med 0,201% och primärvård med 0,116%.

I Sjukvårdsstyrelse Söder ökar geriatrik med 0,407%, akutsomatik med 0,184%, psykiatri med 0,390% och primärvård med 0,131%.

Faktorer som kan bidra till att förklara förändringar

Flera faktorer kan påverka beräkning av index, och därmed förändringar. Befolkningsutvecklingen är en mycket viktig faktor. Om den relativa befolkningsökningen är högre i ett visst område än i andra bidrar detta till en högre indexandel. Befolkningen förväntas öka med

2,2% under 2011 i Stockholms län (Bilaga 3), och ökningen blir störst både procentuellt och antalsmässigt i Sjukvårdsstyrelse Stockholms stad/Ekerö. Ålderssammansättningen har också en stor betydelse, en större andel äldre personer medför en högre indexandel, allt annat lika. I Sjukvårdsstyrelse Stockholms stad/Ekerö minskar t ex andelen personer 80 år och äldre, medan denna andel ökar i Sjukvårdsstyrelse Norr och Sjukvårdsstyrelse Söder. Den största ökningen för 2011 ses bland personer 65-79 år, för Innerstaden, där också personer 20-39 år ökar mest. Därutöver kan kvaliteten på ingående data, ändringar i modeller för beräkning av index och ändringar i vårdgrensvikter påverka fördelningen av index.

Vad gäller vårdgrensvikter har dessa förändrats, i vissa fall påtagligt, under de senaste fem åren (Tabell 3). Vårdgrensvikten (budgetandelen) för geriatrik har t ex minskat från 6,906% år 2005 till 5,523% år 2010. Under samma tid har andelen för akutsomatisk vård ökat från 42,923% till 47,391%. Andelen för läkemedel har minskat från 13,741% år 2005 till 12,541% år 2010. Om ett område har en stor andel vård inom en viss vårdgren kan detta också påverka områdets totala indexfördelning.

Tabell 7. Differens Index 2011-Index 2010 per vårdgren och tidigare beredningsområden.

Differens index2011-index2010

Sjukvårdsstyrelse	F.d. beredn.omr	Vårdgren						Totalt
		Geriatrisk	Akutsomatik	Psykiatri	Privat	Primärv	Läkemedel	
Norr								
	Nordost	0,209%	0,026%	0,048%	-0,075%	-0,142%	0,035%	0,011%
	Nord	0,255%	0,008%	0,073%	-0,098%	-0,088%	-0,060%	0,003%
	Nordväst	0,041%	0,007%	-0,001%	0,024%	-0,016%	-0,026%	0,000%
Norr Totalt		0,505%	0,041%	0,120%	-0,149%	-0,247%	-0,051%	0,015%
Stockhlm stad o Ekerö								
	Västerort	0,052%	-0,067%	0,156%	-0,057%	0,054%	0,025%	-0,002%
	Innerstaden	-0,829%	-0,081%	-0,787%	0,233%	0,122%	0,087%	-0,132%
	Söderort	-0,135%	-0,077%	0,120%	0,025%	-0,061%	-0,165%	-0,070%
Stockhlm stad o Ekerö Totalt		-0,912%	-0,225%	-0,511%	0,201%	0,116%	-0,052%	-0,204%
Söder								
	Sydost	0,244%	0,136%	0,123%	-0,019%	0,007%	0,045%	0,102%
	Syd	0,129%	0,039%	0,141%	-0,021%	0,388%	0,044%	0,110%
	Sydväst	0,034%	0,008%	0,126%	-0,012%	-0,264%	0,015%	-0,023%
Söder Totalt		0,407%	0,184%	0,390%	-0,052%	0,131%	0,103%	0,189%

Behovsindex för 2010 Exkl. Norrtälje Vård från VAL2007 Befolkningsprognos grundar sig på faktisk befolkning 2007

Sjukvårdsstyrelse	F.d. beredn.omr	Vårdgren						Totalt
		Geriatrisk	Akutsomatik	Psykiatri	Privat	Primärv	Läkemedel	
Norr								
	Nordost	6,534%	7,094%	5,281%	7,126%	6,240%	7,196%	6,720%
	Nord	11,267%	11,117%	9,528%	10,966%	10,047%	11,112%	10,749%
	Nordväst	10,592%	10,166%	10,344%	10,063%	10,124%	10,272%	10,211%
Norr Totalt		28,392%	28,376%	25,153%	28,155%	26,412%	28,580%	27,681%
Stockhlm stad o Ekerö								
	Västerort	11,105%	12,102%	12,696%	11,674%	12,650%	11,500%	12,102%
	Innerstaden	19,011%	14,912%	16,940%	17,044%	11,466%	16,063%	15,104%
	Söderort	18,230%	16,389%	18,416%	15,719%	18,363%	16,066%	16,975%
Stockhlm stad o Ekerö Totalt		48,346%	43,402%	48,052%	44,437%	42,479%	43,629%	44,181%
Söder								
	Sydost	11,385%	13,596%	12,287%	13,445%	13,938%	13,634%	13,366%
	Syd	6,625%	8,800%	8,943%	8,495%	10,088%	8,560%	8,855%
	Sydväst	5,251%	5,826%	5,565%	5,469%	7,084%	5,597%	5,917%
Söder Totalt		23,261%	28,221%	26,795%	27,409%	31,109%	27,791%	28,138%
Totalt		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Behovsindex för 2011 Exkl. Norrtälje Vård från VAL2008 Befolkningsprognos grundar sig på faktisk befolkning 2008

Sjukvårdsstyrelse	Fd beredn.omr	Vårdgren						Totalt
		Geriatrisk	Akutsomat	Psykiatri	Privat	Primär	Läkemedel	
Norr								
	Nordost	6,743%	7,119%	5,329%	7,051%	6,098%	7,231%	6,732%
	Nord	11,521%	11,125%	9,601%	10,867%	9,959%	11,052%	10,752%
	Nordväst	10,633%	10,173%	10,343%	10,088%	10,108%	10,245%	10,211%
Norr Totalt		28,897%	28,418%	25,273%	28,006%	26,165%	28,528%	27,696%
Stockholm stad och Ekerö								
	Västerort	11,157%	12,034%	12,852%	11,617%	12,704%	11,526%	12,100%
	Innerstaden	18,182%	14,831%	16,154%	17,277%	11,589%	16,150%	14,972%
	Söderort	18,096%	16,312%	18,536%	15,744%	18,303%	15,901%	16,906%
Stockholm stad och Ekerö Totalt		47,434%	43,178%	47,542%	44,638%	42,595%	43,577%	43,977%
Söder								
	Sydost	11,629%	13,732%	12,410%	13,426%	13,944%	13,679%	13,468%
	Syd	6,754%	8,839%	9,084%	8,474%	10,476%	8,604%	8,965%
	Sydväst	5,285%	5,833%	5,691%	5,457%	6,820%	5,612%	5,894%
Söder Totalt		23,669%	28,405%	27,185%	27,356%	31,240%	27,894%	28,327%
Totalt		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Relativa resursbehov per invånare, prognos över längre tid

Skillnaden i genomsnittliga vårdresursbehov per invånare är förhållandevis liten mellan Sjukvårdsstyrelseområdena. Sjukvårdsstyrelse Stockholm stad/Ekerö har under 2011 har ett något högre genomsnittligt behov per invånare än andra områden, särskilt vad gäller psykiatri. För primärvård och psykiatri är skillanderna relativt stora och Sjukvårdsstyrelse Söder respektive Stockholm/Ekerö har de högsta behoven, medan variationen är mindre för övriga vårdgrenar. (Bilaga 1, Tabell 2) Bland de nio tidigare geografiska beredningsområdena har Söderort (södra Stockholm) de högsta behoven per invånare totalt sett. Detta gäller särskilt vårdgrenarna psykiatri och primärvård. Inom primärvård har annars det tidigare geografiska beredningsområdet Sydväst de högsta behoven, medan det inom geriatrik är innerstaden.

Generellt sett har kommuner/stadsdelar i nordost och innerstaden lägre vårdbehov än läns-genomsnittet, medan kommuner i nordväst och flertalet stadsdelar i södra Stockholm har högre behov. Farsta är det område i länet som har högst vårdbehov, följt av Skärholmen och Nynäshamn. De lägsta vårdbehoven återfinns i områden med stor andel barnfamiljer i småhusboende, som Ekerö, Värmdö, Nykvarn och Vallentuna, samt Normalm.

Sett per vårdgren är behoven inom geriatrik störst i innerstaden, medan behoven av akutsomatisk vård är högst i Farsta och Nynäshamn. Inom psykiatri är variationen av de relativa behoven per invånare stora, och som högst i södra Stockholm, medan Rinkeby-Kista har de största behoven av enskilda områden. Inom privat specialistvård varierar behoven per invånare mindre och är högst på Östermalm och Södermalm. Variationen i behov är störst för primärvård, där Farsta och Skärholmen har högst behov per invånare. De relativa behoven vad gäller läkemedel är högst i Nynäshamn, följt av Farsta och Östermalm.

Tabell 3 i Bilaga 1 visar vårdbehov 2008 framskrivet per år till 2015 utifrån relativa förändringar i antal invånare och ålderssammansättning, enligt befolkningsprognos 2008. För totalindex sker en fortsatt successiv minskning till 2015 för Sjukvårdsstyrelse Stockholms stad/Ekerö, en ökning för Sjukvårdsstyrelse Söder och endast mindre förändring för Sjukvårdsstyrelse Norr. De förändringar som observeras för totalindex drivs inte minst av förändringar inom vårdgrenen geriatrik men även inom akutsomatik. Inom övriga vårdgrenar noteras mindre förändringar. Minskningen för Sjukvårdsstyrelse Stockholms stad/Ekerö beror till stor del på ändrad befolkningssammansättning.

I Bilaga 4 visas index beräknat med privat specialistvård uppdelad på övriga vårdgrenar.

Bilaga 5 visar index för uppföljning av vårdkostnader 2009, beräknat i januari 2010.

Referenser

1. Rice N, Smith P. Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An international Survey. The University of York. Centre for Health Economics. 1999.
2. Andersson PÅ, Varde E, Diderichsen F. Modelling of resource allocation to health care authorities in Stockholm County. Health Care Management Sciences 2000;3:141-149.
3. Hälso- och sjukvårdslag 1982:763. Stockholm: Nordstedts, 1982.
4. SLL. Folkhälsorapport 2007. Folkhälsan i Stockholms län. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, 2007.
5. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
6. Rice N, Smith P. Ethics and geographical equity in health care. J Med Ethics 2001;27:256-261.
7. Lundström H, Nilsson Å, Qvist J.. Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. Stockholm: SCB, 2004. (Demografiska rapporter 2004:4)
8. Walander A, Ålander S, Burström B. Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma åldrar. Stockholm: SLL, Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, 2004. (Rapport 1/2004).
9. Beställarkontor Vård. Vård på lika villkor. Årsbokslut 2004. Stockholm: SLL, Beställarkontor Vård, 2004. (stencil).
10. Chen P, Burström B. Betydelsen av resavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialtläkare i Stockholms läns landsting. Stockholm: SLL, Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, 2005. (Rapport 2005:2)
11. Landstingsrevisorerna. Revisionsrapport. Vård på lika villkor – möter vården behoven? Stockholm: SLL, Landstingsrevisorerna, 2004. (Rapport nr 27/2004).
12. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X (for the OECD Health Equity Research Group). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Journal 2006;174:177-183.
13. Hanratty B, Burström B, Walander A, Whitehead M. Inequality in the face of death? A record linkage study of public expenditure on health care for different socioeconomic groups in the last year of life. Journal of Health Services Research and Policy 2007;12:90-94.
14. Walander A. Sjukvård under sista levnadstiden. Sociala skillnader i vårdkontakter och vårdkostnader. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2010. (Rapport 2010:1)
15. Morgan M. Patients' help-seeking and access to health care. I: Gulliford M, Morgan M (red). Access to health care. London: Routledge, 2003, pp 61-83.
16. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, 2007. (Rapport 2007:5)
17. Rehnberg C, Janlöw N, Khan J. Uppföljning av Vårdval Stockholm 2008. Stockholm: Karolinska Folkhälsoakademin, 2009. (Rapport 2009:6)

Bilaga 1. Tabeller

Tabell 1. Index 2011 per sjukvårdsstyrelse, tidigare beredningsområden och stadsdel/kommun

Andel (%) av sjukvårdsbudgeten per vårdgren och totalt.		Exkl Norrtälje							
Vård från VAL 2008		Befolkningsprognos grundar sig på faktisk befolkning 2008							
Andelar		Vårdgren							
Sjukvårdsstyrelse	Fd beredn.omr	Kommun/stadsdel	Geriatrisk	Akutsomatik	Psykiatri	Privat	Primär	Läkemedel	Totalt
Norr									
Nordost									
		Täby	1,149%	1,402%	1,109%	1,385%	1,278%	1,440%	1,337%
		Vallentuna	1,542%	1,919%	1,438%	1,889%	1,802%	1,944%	1,824%
		Vaxholm	3,542%	3,237%	2,379%	3,221%	2,533%	3,285%	3,044%
		Österåker	0,510%	0,562%	0,403%	0,556%	0,485%	0,561%	0,527%
		Nordost Totalt	6,743%	7,119%	5,329%	7,051%	6,098%	7,231%	6,732%
Nord									
		Danderyd	1,743%	2,046%	2,073%	1,979%	2,193%	2,032%	2,050%
		Lidingö	2,112%	1,604%	1,063%	1,587%	1,014%	1,592%	1,470%
		Sigtuna	2,902%	3,100%	2,653%	3,076%	2,556%	3,081%	2,944%
		Sollentuna	3,044%	2,342%	1,758%	2,288%	1,948%	2,290%	2,238%
		Upplands-Väsby	1,720%	2,034%	2,054%	1,938%	2,249%	2,057%	2,050%
		Nord Totalt	11,521%	11,125%	9,601%	10,867%	9,959%	11,052%	10,752%
Nordväst									
		Järfälla	3,336%	3,477%	3,195%	3,361%	3,511%	3,499%	3,436%
		Solna	0,924%	1,174%	1,172%	1,135%	1,265%	1,190%	1,174%
		Sundbyberg	1,987%	1,928%	2,303%	1,946%	2,091%	1,915%	2,001%
		Upplands_Bro	4,386%	3,595%	3,673%	3,645%	3,241%	3,641%	3,599%
		Nordväst Totalt	10,633%	10,173%	10,343%	10,088%	10,108%	10,245%	10,211%
Norr Totalt			28,897%	28,418%	25,273%	28,006%	26,165%	28,528%	27,696%
Stockholm stad och Ekerö									
Västerort									
		01 Spånga-Tensta	0,926%	1,189%	0,873%	1,189%	1,015%	1,227%	1,114%
		02 Hässelby-Vällingby	1,369%	1,826%	1,993%	1,697%	2,147%	1,680%	1,846%
		03 Bromma	3,820%	3,356%	3,452%	3,201%	3,765%	3,312%	3,443%
		11 Rinkeby-Kista	3,422%	3,211%	3,284%	3,282%	2,616%	3,183%	3,136%
		Ekerö	1,619%	2,452%	3,250%	2,249%	3,161%	2,124%	2,561%
		Västerort Totalt	11,157%	12,034%	12,852%	11,617%	12,704%	11,526%	12,100%
Innerstaden									
		04 Kungsholmen	3,499%	2,859%	3,172%	3,362%	1,873%	3,087%	2,833%
		05 Norrmalm	3,276%	3,033%	3,257%	3,575%	2,016%	3,202%	2,965%
		06 Östermalm	4,742%	3,234%	2,997%	3,685%	2,400%	3,594%	3,228%
		13 Södermalm	6,665%	5,706%	6,729%	6,654%	5,300%	6,266%	5,946%
		Innerstaden Totalt	18,182%	14,831%	16,154%	17,277%	11,589%	16,150%	14,972%
Söderort									
		07 Skarpnäck	2,235%	2,214%	2,773%	2,199%	2,506%	2,160%	2,320%
		08 Farsta	3,699%	2,786%	3,035%	2,602%	3,603%	2,791%	2,987%
		09 Älvsjö	1,174%	1,183%	1,104%	1,157%	1,114%	1,223%	1,165%
		10 Skärholmen	1,847%	1,835%	2,141%	1,668%	2,475%	1,804%	1,960%
		12 Hägersten-Liljeholmen	3,910%	3,683%	4,199%	3,665%	3,597%	3,551%	3,724%
		14 Enskede-Årsta-Vantör	5,230%	4,612%	5,284%	4,452%	5,008%	4,374%	4,749%
		Söderort Totalt	18,096%	16,312%	18,536%	15,744%	18,303%	15,901%	16,906%
Stockholm stad och Ekerö Totalt			47,434%	43,178%	47,542%	44,638%	42,595%	43,577%	43,977%
Söder									
Sydost									
		Haninge	1,348%	1,856%	1,435%	1,833%	1,920%	1,846%	1,786%
		Nacka	2,958%	3,869%	3,927%	3,713%	4,392%	3,864%	3,900%
		Nynäshamn	1,766%	2,150%	1,982%	2,114%	2,078%	2,189%	2,100%
		Tyresö	4,058%	4,398%	3,730%	4,396%	3,839%	4,294%	4,197%
		Värmdö	1,500%	1,459%	1,336%	1,369%	1,714%	1,486%	1,485%
		Sydost Totalt	11,629%	13,732%	12,410%	13,426%	13,944%	13,679%	13,468%
Syd									
		Botkyrka	3,697%	4,673%	4,623%	4,557%	4,960%	4,640%	4,648%
		Huddinge	3,057%	4,167%	4,461%	3,917%	5,516%	3,963%	4,317%
		Syd Totalt	6,754%	8,839%	9,084%	8,474%	10,476%	8,604%	8,965%
Sydväst									
		Nykvarn	0,624%	0,764%	0,644%	0,754%	0,688%	0,759%	0,728%
		Salem	0,307%	0,452%	0,344%	0,437%	0,433%	0,455%	0,428%
		Södertälje	4,354%	4,618%	4,704%	4,267%	5,699%	4,398%	4,738%
		Sydväst Totalt	5,285%	5,833%	5,691%	5,457%	6,820%	5,612%	5,894%
Söder Totalt			23,669%	28,405%	27,185%	27,356%	31,240%	27,894%	28,327%
Totalt			100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabell 2. Behovsindex 2011 för sjukvårdsstyrelser, tidigare beredningsområden och stadsdelar/kommuner per invånare. Relativa behov per invånare, länsgenomsnitt=100.*)

Sjukvårds- styrelse	Fd beredn.omr	Kommuner/ Stadsdelar	Sthlm	Vårdgren Geriatrisk	Akutsomatik	Psykiatri	Privat	Primär	Läkemedel	Totalt
Norr										
Nord										
		Danderyd		90	101	67	100	65	101	93
		Lidingö		95	108	81	105	90	105	103
		Sigtuna		95	102	103	98	113	104	103
		Sollentuna		93	97	83	96	80	97	92
		Upplands-Väsby		98	104	105	100	112	104	104
		Nord Totalt		94	102	88	100	92	102	99
Nordost										
		Täby		92	102	75	101	80	104	96
		Vallentuna		92	94	74	92	85	95	89
		Vaxholm		97	98	70	97	85	98	92
		Österåker		90	97	73	96	91	99	92
		Nordost Totalt		92	99	74	98	84	100	93
Nordväst										
		Järfälla		94	106	97	102	106	106	104
		Solna		107	106	108	107	94	106	106
		Sundbyberg		108	100	119	101	108	99	104
		Upplands_Bro		98	102	102	98	109	102	102
		Nordväst Totalt		102	104	106	103	103	104	104
Norr Totalt				96	102	91	100	94	102	99
Stockholm stad och Ekerö										
Innerstaden										
		04 Kungsholmen		112	92	102	108	61	101	91
		05 Norrmalm		113	90	97	107	60	96	88
		06 Östermalm		109	99	92	113	73	110	99
		13 Södermalm		113	94	111	110	86	102	98
		Innerstaden Totalt		112	94	102	109	73	102	95
Söderort										
		07 Skarpnäck		108	101	126	100	114	98	106
		08 Farsta		97	111	121	104	143	111	119
		09 Älvsjö		97	97	91	95	89	97	96
		10 Skärholmen		95	109	127	99	148	108	116
		12 Hägersten-Liljeholmen		106	103	117	102	100	98	104
		14 Enskede-Årsta-Vantör		103	103	118	99	112	98	106
		Söderort Totalt		101	104	118	100	116	101	108
Västerort										
		01 Spånga-Tensta		98	98	107	91	115	90	99
		02 Hässelby-Vällingby		97	104	106	99	116	102	106
		03 Bromma		102	97	100	100	79	96	95
		11 Rinkeby-Kista		107	101	134	93	136	92	106
		Ekerö		85	93	68	92	80	96	87
		Västerort Totalt		99	99	106	96	106	96	100
Stockholm stad och Ekerö Totalt				104	99	109	102	98	100	101
Söder										
Syd										
		Botkyrka		99	101	108	95	134	96	105
		Huddinge		96	96	95	94	101	95	95
		Syd Totalt		97	98	101	94	116	95	100
Sydost										
		Haninge		99	101	103	97	115	101	102
		Nacka		97	97	82	97	85	95	93
		Nynäshamn		97	111	102	104	131	114	113
		Tyresö		90	98	90	96	95	100	96
		Värmdö		92	93	72	92	96	93	90
		Sydost Totalt		96	99	90	97	101	99	97
Sydväst										
		Nykvarn		92	95	72	92	91	95	90
		Salem		93	95	80	94	86	95	91
		Södertälje		97	106	107	98	131	101	108
		Sydväst Totalt		97	103	101	97	121	100	104
Söder Totalt				96	100	95	96	110	98	99
Totalt				100	100	100	100	100	100	100

*) I beräkningen för geriatrisk ingår antal invånare 75-w

Tabell 3. Totalindex och index per vårdgren 2008-2015.

Vårdbehov 2008 framskrivet utifrån relativa förändringar i antal invånare och ålderssammansättning, enligt befolkningsprognos 2008. Exkl Norrtälje

Vårdbehov 2008 framskrivet per sjukvårdsstyrelse och vårdgren								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totalindex								
Norr	27,728%	27,748%	27,711%	27,696%	27,711%	27,728%	27,741%	27,746%
Stockholm stad och Ekerö	44,142%	44,061%	44,033%	43,977%	43,906%	43,836%	43,776%	43,723%
Söder	28,130%	28,191%	28,256%	28,327%	28,383%	28,436%	28,482%	28,531%
Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Geriatrisk								
Norr	28,020%	28,354%	28,629%	28,897%	29,157%	29,443%	29,685%	29,878%
Stockholm stad och Ekerö	49,869%	49,038%	48,204%	47,434%	46,660%	45,905%	45,216%	44,601%
Söder	22,111%	22,608%	23,167%	23,669%	24,183%	24,652%	25,099%	25,521%
Geriatrisk Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Akutsomatisk								
Norr	28,420%	28,461%	28,435%	28,418%	28,433%	28,447%	28,456%	28,458%
Stockholm stad och Ekerö	43,456%	43,317%	43,254%	43,178%	43,088%	43,007%	42,942%	42,886%
Söder	28,124%	28,222%	28,310%	28,405%	28,478%	28,546%	28,602%	28,656%
Akutsomatisk Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Psykiatri								
Norr	25,446%	25,413%	25,322%	25,273%	25,256%	25,242%	25,228%	25,213%
Stockholm stad och Ekerö	47,215%	47,303%	47,448%	47,542%	47,604%	47,663%	47,718%	47,760%
Söder	27,339%	27,284%	27,230%	27,185%	27,140%	27,095%	27,054%	27,027%
Psykiatri Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Privat								
Norr	28,136%	28,112%	28,046%	28,006%	27,996%	27,985%	27,974%	27,959%
Stockholm stad och Ekerö	44,625%	44,612%	44,645%	44,638%	44,624%	44,606%	44,591%	44,579%
Söder	27,239%	27,276%	27,309%	27,356%	27,381%	27,409%	27,434%	27,462%
Privat Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Primärvård								
Norr	26,318%	26,281%	26,202%	26,165%	26,161%	26,160%	26,161%	26,154%
Stockholm stad och Ekerö	42,386%	42,461%	42,558%	42,595%	42,614%	42,626%	42,637%	42,646%
Söder	31,295%	31,258%	31,240%	31,240%	31,224%	31,214%	31,203%	31,200%
Primärvård Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Läkemedel								
Norr	28,735%	28,684%	28,585%	28,528%	28,507%	28,487%	28,472%	28,451%
Stockholm stad och Ekerö	43,346%	43,420%	43,528%	43,577%	43,607%	43,626%	43,638%	43,647%
Söder	27,919%	27,896%	27,887%	27,894%	27,886%	27,887%	27,890%	27,902%
Läkemedel Totalt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Bilaga 2. Genomsnittlig sjukvårdskostnad för akutsomatisk vård, psykiatri och geriatrik sammantaget. Stockholms läns landsting. Skillnad 2008-2007

Totkost per inv		Område/Bostadstyp				
Ålder	Sysselsättning	Civilstånd**	Utbildning	Förort Flerfamiljhus	Småhus	Centrum Flerfamiljhus
0-4 år		Ensamstående		1 367	1 167	-1 015
		Gift/samboende		585	178	778
5-19 år		Ensamstående		800	1 007	152
		Gift/samboende		566	383	637
20-64 år	Förtidspensionär	Ensamstående	HÖG	7 486	10 608	6 467
			LÅG	7 939	10 166	1 689
		Gift/samboende	HÖG	4 621	4 763	6 847
			LÅG	2 795	-438	-348
	Ej förtidspensionär	Ensamstående	HÖG	859	1 040	537
			LÅG	1 567	2 209	1 162
		Gift/samboende	HÖG	824	301	595
			LÅG	1 027	1 488	1 480
65-79 år	Ensamstående	HÖG	2 944	3 290	1 071	
		LÅG	3 285	816	4 131	
	Gift/samboende	HÖG	1 506	1 830	542	
		LÅG	2 794	1 803	2 041	
80+	Ensamstående	HÖG	2 442	3 545	2 562	
		LÅG	-36	2 621	3 193	
	Gift/samboende	HÖG	841	1 697	1 488	
		LÅG	1 334	958	4 213	
Totalt				1280	938	801

**) För barn och ungdomar anges föräldrars civilstånd

Centrum=Centrala stadsdelar: Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm, Katarina-Sofia, Maria- GamlaStan, samt delar av Solna och Sundbyberg

Samboende: sambo med gemensamma barn

Hög utbildning: minst 3-årigt gymnasium

Bilaga 3. Befolkningsförändring 2010-2011 per åldersklass och totalt exkl Norrtälje

Enligt befolkningsciffror från prognos2007 respektive prognos2008

Sjukvårdsstyrelser och tidigare beredningsområden

Sjukvårdsstyrelse	Ålder	Befolkning 2010 enl prog2007	Befolkning 2011 enl prog2008	Befolknings- förändring	Befolkningsförändring jämfört med SLL
Norr					
	0-4 år	38 588	37 808	-2,0%	-1,6%
	5-19 år	103 937	105 702	1,7%	-0,1%
	20-39 år	144 297	146 912	1,8%	-1,0%
	40-64 år	179 979	182 003	1,1%	-0,5%
	65-79 år	66 155	69 212	4,6%	-0,1%
	80-w	23 233	23 738	2,2%	1,3%
Norr Totalt		556 188	565 374	1,7%	-0,5%
Stockholm stad o Ekerö					
	0-4 år	57 709	58 422	1,2%	1,6%
	5-19 år	125 741	128 765	2,4%	0,6%
	20-39 år	286 324	296 440	3,5%	0,7%
	40-64 år	266 887	272 565	2,1%	0,5%
	65-79 år	82 701	86 586	4,7%	0,0%
	80-w	39 581	39 396	-0,5%	-1,3%
Stockholm stad o Ekerö Totalt		858 943	882 173	2,7%	0,5%
Söder					
	0-4 år	41 260	40 788	-1,1%	-0,8%
	5-19 år	113 578	115 025	1,3%	-0,5%
	20-39 år	146 072	149 663	2,5%	-0,4%
	40-64 år	184 970	187 666	1,5%	-0,2%
	65-79 år	62 682	65 685	4,8%	0,1%
	80-w	17 622	17 983	2,0%	1,2%
Söder Totalt		566 185	576 811	1,9%	-0,3%
Totalt					
	0-4 år	137 556	137 018	-0,4%	0,0%
	5-19 år	343 257	349 493	1,8%	0,0%
	20-39 år	576 693	593 015	2,8%	0,0%
	40-64 år	631 836	642 235	1,6%	0,0%
	65-79 år	211 538	221 482	4,7%	0,0%
	80-w	80 436	81 117	0,8%	0,0%
Summa		1 981 316	2 024 359	2,2%	0,0%

Sjukvårdsstyrelse	F.d. beredn.omr	Ålder	Befolkning 2010 enl prog2007	Befolkning 2011 enl prog2008	Befolkningsförändring	Befolkningsförändring jämfört med SLL
Norr						
Nord						
		0-4 år	15 201	14 818	-2,5%	-2,1%
		5-19 år	44 146	44 684	1,2%	-0,6%
		20-39 år	50 959	51 609	1,3%	-1,6%
		40-64 år	71 463	71 992	0,7%	-0,9%
		65-79 år	25 944	27 084	4,4%	-0,3%
		80-w	9 623	9 840	2,3%	1,4%
		Nord Totalt	217 337	220 028	1,2%	-0,9%
Nordost						
		0-4 år	10 464	10 051	-4,0%	-3,6%
		5-19 år	30 446	30 930	1,6%	-0,2%
		20-39 år	31 689	31 673	-0,1%	-2,9%
		40-64 år	48 533	48 990	0,9%	-0,7%
		65-79 år	18 203	19 104	5,0%	0,3%
		80-w	5 370	5 540	3,2%	2,3%
		Nordost Totalt	144 705	146 287	1,1%	-1,1%
Nordväst						
		0-4 år	12 923	12 939	0,1%	0,5%
		5-19 år	29 345	30 088	2,5%	0,7%
		20-39 år	61 648	63 630	3,2%	0,4%
		40-64 år	59 982	61 021	1,7%	0,1%
		65-79 år	22 008	23 024	4,6%	-0,1%
		80-w	8 240	8 358	1,4%	0,6%
		Nordväst Totalt	194 147	199 060	2,5%	0,4%
Norr Totalt			556 188	565 374	1,7%	-0,5%
Stockhlm stad o Ekerö						
Innerstaden						
		0-4 år	18 746	19 783	5,5%	5,9%
		5-19 år	33 169	32 747	-1,3%	-3,1%
		20-39 år	112 395	120 684	7,4%	4,5%
		40-64 år	96 153	97 416	1,3%	-0,3%
		65-79 år	33 466	35 486	6,0%	1,3%
		80-w	14 154	13 943	-1,5%	-2,3%
		Innerstaden Totalt	308 083	320 059	3,9%	1,7%
Söderort						
		0-4 år	21 399	21 444	0,2%	0,6%
		5-19 år	47 288	49 016	3,7%	1,8%
		20-39 år	103 536	105 715	2,1%	-0,7%
		40-64 år	95 428	98 336	3,0%	1,4%
		65-79 år	27 415	28 411	3,6%	-1,1%
		80-w	15 790	15 777	-0,1%	-0,9%
		Söderort Totalt	310 857	318 698	2,5%	0,4%
Västerort						
		0-4 år	17 564	17 195	-2,1%	-1,7%
		5-19 år	45 284	47 002	3,8%	2,0%
		20-39 år	70 394	70 041	-0,5%	-3,3%
		40-64 år	75 306	76 814	2,0%	0,4%
		65-79 år	21 819	22 688	4,0%	-0,7%
		80-w	9 636	9 676	0,4%	-0,4%
		Västerort Totalt	240 003	243 415	1,4%	-0,8%
Stockhlm stad o Ekerö Totalt			858 943	882 173	2,7%	0,5%
Söder						
Syd						
		0-4 år	13 270	13 218	-0,4%	0,0%
		5-19 år	36 077	36 657	1,6%	-0,2%
		20-39 år	49 031	50 661	3,3%	0,5%
		40-64 år	57 475	58 395	1,6%	0,0%
		65-79 år	17 730	18 522	4,5%	-0,2%
		80-w	4 929	5 063	2,7%	1,9%
		Syd Totalt	178 512	182 517	2,2%	0,1%
Sydost						
		0-4 år	20 314	19 967	-1,7%	-1,3%
		5-19 år	55 564	56 182	1,1%	-0,7%
		20-39 år	67 552	68 803	1,9%	-1,0%
		40-64 år	91 782	92 952	1,3%	-0,4%
		65-79 år	31 597	33 409	5,7%	1,0%
		80-w	8 754	8 950	2,2%	1,4%
		Sydost Totalt	275 563	280 264	1,7%	-0,5%
Sydväst						
		0-4 år	7 675	7 603	-0,9%	-0,5%
		5-19 år	21 937	22 186	1,1%	-0,7%
		20-39 år	29 490	30 198	2,4%	-0,4%
		40-64 år	35 714	36 320	1,7%	0,1%
		65-79 år	13 355	13 754	3,0%	-1,7%
		80-w	3 940	3 970	0,8%	-0,1%
		Sydväst Totalt	112 110	114 031	1,7%	-0,5%
Söder Totalt			566 185	576 811	1,9%	-0,3%
Totalt						
		0-4 år	137 556	137 018	-0,4%	0,0%
		5-19 år	343 257	349 493	1,8%	0,0%
		20-39 år	576 693	593 015	2,8%	0,0%
		40-64 år	631 836	642 235	1,6%	0,0%
		65-79 år	211 538	221 482	4,7%	0,0%
		80-w	80 436	81 117	0,8%	0,0%
Summa			1 981 316	2 024 359	2,2%	0,0%

Bilaga 4.

Behovsindex 2011 där privata specialister inte redovisas som en egen vårdgren utan ingår i akutsomatik, psykiatri och primärvård.

Per Sjukvårdsstyrelse och tidigare beredningsområden samt per kommun/stadsdel

Andel (%) av sjukvårdsbudgeten per vårdgren och totalt.		Exkl Norrtälje					
Vård från VAL 2008		Befolkningsprognos grundar sig på faktisk befolkning 2008					
Andelar		Vårdgren					
Sjukvårdsstyrelse	Fd beredn.omr	Geriatrik	Akutsomatik	Psykiatri	Primärv	Läkemedel	Totalt
Norr							
	Nordost	6,743%	7,123%	5,334%	6,220%	7,231%	6,733%
	Nord	11,521%	11,118%	9,595%	10,070%	11,052%	10,755%
	Nordväst	10,633%	10,167%	10,347%	10,102%	10,245%	10,212%
Norr Totalt		28,897%	28,408%	25,276%	26,392%	28,528%	27,700%
Stockholm stad och Ekerö							
	Västerort	11,157%	12,011%	12,812%	12,572%	11,526%	12,104%
	Innerstaden	18,182%	14,979%	16,292%	12,261%	16,150%	14,960%
	Söderort	18,096%	16,261%	18,511%	17,980%	15,901%	16,906%
Stockholm stad och Ekerö Totalt		47,434%	43,251%	47,614%	42,814%	43,577%	43,969%
Söder							
	Sydost	11,629%	13,714%	12,394%	13,894%	13,679%	13,468%
	Syd	6,754%	8,817%	9,048%	10,242%	8,604%	8,967%
	Sydväst	5,285%	5,810%	5,668%	6,657%	5,612%	5,895%
Söder Totalt		23,669%	28,341%	27,110%	30,794%	27,894%	28,331%
Totalt		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Andel (%) av sjukvårdsbudgeten per vårdgren och totalt.		Exkl Norrtälje					
Vård från VAL 2008		Befolkningsprognos grundar sig på faktisk befolkning 2008					
Andelar		Vårdgren					
Sjukvårdsstyrels Fd beredn.om	Kommun/stadsdel	Geriatrisk	Akutsomat	Psykiatri	Primärv	Läkemedel	Totalt
Norr							
Nordost							
	Täby	3,542%	3,239%	2,383%	2,618%	3,285%	3,044%
	Vallentuna	1,149%	1,401%	1,109%	1,292%	1,440%	1,337%
	Vaxholm	0,510%	0,562%	0,404%	0,494%	0,561%	0,528%
	Österåker	1,542%	1,920%	1,438%	1,815%	1,944%	1,825%
	Nordost Totalt	6,743%	7,123%	5,334%	6,220%	7,231%	6,733%
Nord							
	Danderyd	2,112%	1,605%	1,066%	1,081%	1,592%	1,469%
	Lidingö	3,044%	2,344%	1,762%	1,987%	2,290%	2,239%
	Sigtuna	1,720%	2,028%	2,046%	2,213%	2,057%	2,051%
	Sollentuna	2,902%	3,100%	2,653%	2,620%	3,081%	2,944%
	Upplands-Väsby	1,743%	2,042%	2,067%	2,169%	2,032%	2,051%
	Nord Totalt	11,521%	11,118%	9,595%	10,070%	11,052%	10,755%
Nordväst							
	Järfälla	3,336%	3,472%	3,190%	3,495%	3,499%	3,438%
	Solna	4,386%	3,597%	3,687%	3,284%	3,641%	3,599%
	Sundbyberg	1,987%	1,926%	2,303%	2,072%	1,915%	2,001%
	Upplands_Bro	0,924%	1,172%	1,168%	1,252%	1,190%	1,175%
	Nordväst Totalt	10,633%	10,167%	10,347%	10,102%	10,245%	10,212%
Norr Totalt		28,897%	28,408%	25,276%	26,392%	28,528%	27,700%
Stockholm stad och Ekerö							
Västerort							
	01 Spånga-Tensta	1,369%	1,819%	1,982%	2,091%	1,680%	1,847%
	02 Hässelby-Vällingby	3,820%	3,349%	3,439%	3,696%	3,312%	3,445%
	03 Bromma	3,422%	3,214%	3,289%	2,697%	3,183%	3,135%
	11 Rinkeby-Kista	1,619%	2,439%	3,230%	3,049%	2,124%	2,563%
	Ekerö	0,926%	1,190%	0,873%	1,038%	1,227%	1,114%
	Västerort Totalt	11,157%	12,011%	12,812%	12,572%	11,526%	12,104%
Innerstaden							
	04 Kungsholmen	3,499%	2,886%	3,203%	2,050%	3,087%	2,829%
	05 Norrmalm	3,276%	3,066%	3,290%	2,200%	3,202%	2,962%
	06 Östermalm	4,742%	3,269%	3,027%	2,549%	3,594%	3,229%
	13 Södermalm	6,665%	5,757%	6,772%	5,462%	6,266%	5,939%
	Innerstaden Totalt	18,182%	14,979%	16,292%	12,261%	16,150%	14,960%
Söderort							
	07 Skarpnäck	2,235%	2,209%	2,771%	2,468%	2,160%	2,320%
	08 Farsta	3,699%	2,773%	3,025%	3,480%	2,791%	2,987%
	09 Älvsjö	1,174%	1,183%	1,102%	1,120%	1,223%	1,166%
	10 Skärholmen	1,847%	1,825%	2,128%	2,375%	1,804%	1,961%
	12 Hägersten-Liljeholmen	3,910%	3,673%	4,205%	3,602%	3,551%	3,722%
	14 Enskede-Årsta-Vantör	5,230%	4,598%	5,279%	4,936%	4,374%	4,749%
	Söderort Totalt	18,096%	16,261%	18,511%	17,980%	15,901%	16,906%
Stockholm stad och Ekerö Totalt		47,434%	43,251%	47,614%	42,814%	43,577%	43,969%
Söder							
Sydost							
	Haninge	2,958%	3,858%	3,912%	4,315%	3,864%	3,900%
	Nacka	4,058%	4,398%	3,737%	3,906%	4,294%	4,196%
	Nynäshamn	1,500%	1,452%	1,331%	1,676%	1,486%	1,486%
	Tyresö	1,766%	2,149%	1,978%	2,084%	2,189%	2,100%
	Värmdö	1,348%	1,857%	1,436%	1,913%	1,846%	1,787%
	Sydost Totalt	11,629%	13,714%	12,394%	13,894%	13,679%	13,468%
Syd							
	Botkyrka	3,057%	4,151%	4,438%	5,326%	3,963%	4,318%
	Huddinge	3,697%	4,666%	4,610%	4,917%	4,640%	4,649%
	Syd Totalt	6,754%	8,817%	9,048%	10,242%	8,604%	8,967%
Sydväst							
	Nykvarn	0,307%	0,452%	0,343%	0,434%	0,455%	0,428%
	Salem	0,624%	0,763%	0,642%	0,696%	0,759%	0,728%
	Södertälje	4,354%	4,595%	4,682%	5,527%	4,398%	4,739%
	Sydväst Totalt	5,285%	5,810%	5,668%	6,657%	5,612%	5,895%
Söder Totalt		23,669%	28,341%	27,110%	30,794%	27,894%	28,331%
Totalt		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Bilaga 5.

Uppföljning av index 2009

Exkl Norrtälje

Budgetår 2009 i behovsindex 2011 med vårdgrensvikt avseende beställarbudget för 2009

Vård från VAL 2007, befolkningsprognos 2008

Privata specialister redovisas som en egen vårdgren

Andelar		Vårdgren						
Sjukvårdsstyrelse	Fd beredn.omr	Geriatrisk	Akutsomatik	Psykiatri	Privat	Primär	Läkemedel	Totalt
Norr								
	Nordost	6,365%	7,142%	5,277%	7,088%	6,135%	7,281%	6,724%
	Nord	11,195%	11,314%	9,539%	10,986%	10,052%	11,168%	10,848%
	Nordväst	10,612%	10,155%	10,363%	10,081%	10,094%	10,235%	10,201%
Norr Totalt		28,171%	28,611%	25,179%	28,155%	26,281%	28,684%	27,772%
Stockholm stad och Ekerö								
	Västerort	11,211%	12,006%	12,623%	11,611%	12,724%	11,547%	12,069%
	Innerstaden	19,338%	14,744%	17,003%	17,211%	11,508%	16,037%	15,066%
	Söderort	18,774%	16,502%	18,367%	15,747%	18,228%	15,836%	17,004%
Stockholm stad och Ekerö Totalt		49,323%	43,253%	47,992%	44,569%	42,461%	43,420%	44,139%
Söder								
	Sydost	11,014%	13,587%	12,271%	13,337%	13,922%	13,653%	13,332%
	Syd	6,392%	8,745%	8,990%	8,497%	10,502%	8,623%	8,899%
	Sydväst	5,100%	5,804%	5,568%	5,441%	6,835%	5,621%	5,859%
Söder Totalt		22,506%	28,136%	26,828%	27,276%	31,258%	27,896%	28,089%
Totalt		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Ursprungligt behovsindex för 2009

Budgetår 2009

Exkl Norrtälje

Vårddata från VAL2006. Befolkningsprognos grundar sig på faktisk befolkning 2006

Andelar		Vårdgren						
Sjukvårdsstyrelse	F.d. beredn.omr	Geriatrisk	Akutsomatik	Psykiatri	Privat	Primär	Läkemedel	Totalt
Norr								
	Nordost	6,411%	7,072%	5,176%	7,081%	6,139%	7,163%	6,665%
	Nord	11,219%	11,135%	9,486%	10,968%	10,049%	11,118%	10,750%
	Nordväst	10,601%	10,160%	10,461%	10,094%	9,961%	10,162%	10,185%
Norr Totalt		28,231%	28,367%	25,122%	28,142%	26,149%	28,443%	27,600%
Stockholm stad och Ekerö								
	Västerort	11,315%	12,110%	13,048%	11,876%	13,175%	11,629%	12,274%
	Innerstaden	19,283%	15,148%	16,678%	17,040%	11,391%	16,524%	15,261%
	Söderort	18,465%	16,367%	18,627%	15,682%	18,364%	15,951%	16,992%
Stockholm stad och Ekerö Totalt		49,062%	43,626%	48,353%	44,599%	42,930%	44,104%	44,526%
Söder								
	Sydost	11,063%	13,433%	12,060%	13,312%	13,737%	13,427%	13,169%
	Syd	6,469%	8,758%	8,903%	8,486%	10,102%	8,459%	8,804%
	Sydväst	5,174%	5,816%	5,562%	5,461%	7,081%	5,568%	5,900%
Söder Totalt		22,706%	28,007%	26,525%	27,259%	30,921%	27,453%	27,874%
Totalt		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**