PM 2026:3

Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2026

Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet

vård- och omsorgsanalys

Vård- och omsorgsanalys publikationer

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Rapporter beslutas av myndighetens styrelse. Promemorior, metod-resonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens serie för promemorior. Promemorior beslutas av myndighetens generaldirektör.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer,
men ange alltid källa.
Publikationen finns att hämta eller läsa på www.vardanalys.se.
© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN: 978-91-89933-55-2.

Innehåll

Förord **4**

1 Inledning **5**

1.1 Indikatorerna ska ge en övergripande bild av måluppfyllelsen 5
1.2 Uppföljningen omfattar en tioårsperiod fram till 2025 5
1.3 Rapporten består av två delar 6

2 Slutsatser **8**

2.1 Hälsoutfallen är en styrka medan personcentreringen är svagare 8
2.2 Hälsan är god i flera avseenden, men unga upplever mycket oro och ångest 11
2.3 Resurserna ökar men fortsatt få allmänläkare 11
2.4 Några regioner utmärker sig med högre kvalitet och lägre kostnader 12

3 Befolkningens hälsa och behov **13**

3.1 Befolkningens hälsa är relativt god, men ojämnt fördelad 13
3.2 Yngre vuxna uppger låg livskvalitet – ett visst trendbrott 14

4 Hälsoutfallet av vården **17**

4.1 Hälsoutfallen utvecklas positivt i Sverige 18
4.2 Det finns vissa regionala skillnader i hälsoutfall 19
4.3 Grupper med sämre hälsoutfall rapporterar bättre upplevelser av vården 20

5 Personcentrering **21**

5.1 Marginell förändring över tid 22
5.2 Små skillnader mellan regioner i patientrapporterade utfall 22
5.3 Bättre upplevelser av personcentrering bland grupper med högre vårdbehov 22
5.4 Jämfört med andra länder har Sverige svagare resultat för personcentrering i primärvården 23

6 Väntetider och tillgänglighetsbarriärer **24**

6.1 Väntetiderna har minskat 2025 26
6.2 Stora skillnader mellan regioner i väntetid till specialiserad vård 28
6.3 Yngre har i högre grad avstått från vård 28
6.4 Svenska patienter upplever långa väntetider 29

7 Resurser **30**

7.1 Ökande kostnader i hälso- och sjukvården 30
7.2 Svensk vård har viss kapacitetsbrist 33

8 Produktivitet och effektivitet ... 35

8.1 Kostnaden per insats har totalt sett ökat ... 35

8.2 Tre regioner utmärker sig i alla analyser av måluppfyllelse kopplat till resurser ... 38

Fördjupad resultatredovisning ... 41

9 Indikatorerna i ramverket speglar hälso- och sjukvårdens mål ... 42

9.1 Kvalitetsindikatorer för vårdens hälsoutfall, personcentrering och tillgänglighet ... 43

9.2 Indikatorer för insatser och resurser för att följa den övergripande utvecklingen ... 45

9.3 Jämlikhet mellan befolkningsgrupper och regioner är ett viktigt mål ... 45

9.4 Resurser relateras till andra indikatorer för att mäta produktivitet och effektivitet ... 46

9.5 Befolkningens hälsa och behov är en viktig analysram ... 46

10 Fördjupade resultat per indikator ... 48

10.1 Befolkningens hälsa och behov ... 48

10.2 Hälsoutfallet av vården ... 56

10.3 Personcentrering ... 61

10.4 Väntetider ... 64

10.5 Tillgänglighetsbarriärer ... 69

10.6 Resurser ... 73

10.7 Insatser ... 77

10.8 Produktivitet ... 84

10.9 Effektivitet ... 89

11 Indikatorerna i internationell jämförelse ... 95

11.1 Länder som ingår ... 95

11.2 Befolkningens hälsa och behov ... 96

11.3 Hälsoutfallet av vården ... 100

11.4 Personcentrering ... 102

11.5 Patientupplevda väntetider ... 105

11.6 Barriärer för att söka vård ... 107

11.7 Resurser ... 109

11.8 Vårdens insatser ... 113

11.9 Effektivitet ... 115

Referenser ... 117

Bilaga 1. Metod ... 122

Indikatorblad och analyser ... 122

Vård- och omsorgsanalys befolkningsenkät för nationell uppföljning 2025 ... 124

Bilaga 2. Beräkning av produktivitet och effektivitet med DEA-metodik ... 126

Fronten visar den mest effektiva produktionen ... 126

Malmquists produktivitetsindex ... 127

Förord

Återkommande indikatorbaserade uppföljningar ger ett jämförbart kunskapsunderlag för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling över tid. De är särskilt viktiga i ett system där ansvaret är fördelat mellan många aktörer, genom att synliggöra skillnader mellan exempelvis regioner och befolkningsgrupper, identifiera förbättringsområden samt sätta utvecklingen i ett större, internationellt perspektiv.

Den här rapporten sammanfattar hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån de viktigaste resultaten i Vård- och omsorgsanalys nationella uppföljning. Uppföljningen bygger på ett ramverk som utgår från hälso- och sjukvårdens övergripande mål, såsom hälsoutfall, tillgänglighet, personcentrering, jämlikhet och effektivitet, och de områden som patienter och befolkning ser som viktigast. Uppföljningen ska inte ses som en färdig eller heltäckande beskrivning, utan snarare som ett underlag som behöver utvecklas över tid och genom kontinuerligt kunskapsbyggande. När resultaten används kan de också visa var det behövs fördjupade analyser, nya indikatorer eller annan uppföljning.

Rapporten är framtagen för att kunna användas av olika intressenter. Den är främst avsedd att användas som underlag för styrning av hälso- och sjukvården på nationell nivå, men kan också användas för att identifiera områden där utvecklingen är positiv eller där det behövs fortsatta förbättringar på regional nivå.

Projektet har genomförts av seniora utredaren och projektledaren Nils Janlöv, utredaren Sara Blume och analytikern Andreas Böhlin. Projektdirektören Åsa Ljungvall har också medverkat.

Stockholm i september 2026

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

1 Inledning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) nationella uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat är en indikatorbaserad uppföljning där vi undersöker hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån utvalda indikatorer. Syftet är att ge en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Vi följer huvudsakligen övergripande resultat på systemnivå, men analyserar också skillnader mellan befolkningsgrupper och regioner.

Den här rapporten är tredje gången vi redovisar resultat från vår nationella uppföljning. Ofta är det svårt att fastställa en lämplig nivå för indikatorer i hälso- och sjukvården, så uppföljningen har stort fokus på utvecklingen över tid. Vi relaterar också de svenska resultaten till jämförbara länder. Uppföljningen avgränsas till regional hälso- och sjukvård och följer framför allt den somatiska vården.

1.1 Indikatorerna ska ge en övergripande bild av måluppfyllelsen

Uppföljningen utgår från ett ramverk som ska återspegla de lagstadgade målen för svensk hälso- och sjukvård – goda hälsoutfall, ett personcentrerat arbetssätt, en tillgänglig vård, vård efter behov och på lika villkor samt att resurserna uttnytjas så effektivt som möjligt. Indikatorerna för varje indikatorområde har valts utifrån det vi bedömer är viktigt att följa upp ur ett patient- och befolkningsperspektiv och de data som finns tillgängliga. I ramverket har vi valt ut indikatorer som kompletterar varandra, och de är tänkta att tolkas som en helhet och inte var för sig. Uppföljningen baseras på indikatorer från både enkätundersökningar och register från exempelvis Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statistikmyndigheten SCB (SCB) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt vår egen befolkningsenkät.

1.2 Uppföljningen omfattar en tioårsperiod fram till 2025

För att följa utvecklingen över tid studerar vi framför allt de senaste tio åren (2015–2025), men tidsseriens början och slut kan variera beroende på vilket år som den aktuella indikatorn var tillgänglig vid datainsamlingen. För flera indikatorer är det 2024 och vissa indikatorer i den internationella jämförelsen uppmättes senast 2023. Vissa regionala analyser kräver att vi inkluderar flera år för att öka antalet observationer i dataunderlaget. Vi använder då tidsperioden 2021–2024, vilket är den aktuella uppföljningsperioden. Den överlappar med pandemin och dess effekter, vilket bör beaktas.

1.3 Rapporten består av två delar

Rapportens första del sammanfattar våra huvudsakliga resultat och lyfter fram de viktigaste iakttagelserna från den nationella uppföljningen. Syftet med *den sammanfattande rapporten* (kapitel 1–8) är att ge en samlad bedömning av hur hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse utvecklas över tid utifrån uppföljningen, ibland med stöd av forskning och andra rapporter inom de olika områdena. I den fördjupade *resultatredovisningen* (kapitel 9–11) beskriver vi ramverk och indikatorer, metoder och resultat från undersökningen. Upplägget gör det möjligt att snabbt få en överblick över utvecklingen, samtidigt som det också går att fördjupa sig i enskilda indikatorer och resultat.

Kapitel 1 och 2 i den sammanfattande rapporten innehåller en inledning till rapporten samt slutsatser, medan kapitel 9 i resultatredovisningen beskriver ramverket. Övriga kapitel i den sammanfattande rapporten hör ihop med minst ett avsnitt i kapitel 10 i resultatredovisningen. Exempelvis bygger kapitel 3 på avsnitt 10.1 medan kapitel 6 bygger på resultatredovisningen i både avsnitt 10.4 och 10.5. Kapitel 11 i den fördjupade resultatredovisningen kopplar samman uppföljningens indikatorer med internationella motsvarigheter, och vi jämför resultaten med liknande länder och genomsnittet i EU (se avsnitt 11.1). Dessa resultat presenteras i anslutning till en sammanfattning av varje indikator. Figur 1 visar vilka avsnitt i kapitel 10 som redovisar de resultat och analyser som varje kapitel i den sammanfattande rapporten bygger på.

Figur 1. Disposition och relationen mellan kapitlen i den sammanfattande rapporten och i resultatredovisningen.

Kapitel i sammanfattande rapport	Avsnitt kapitel 10	
Kapitel 3. Befolkningens hälsa och behov	10.1 Befolkningens hälsa och behov	Utvecklingen av hälsa och behov samt skillnader mellan befolkningsgrupper och regioner. **Indikatorer:** Självskattad hälsa, långvarig sjukdom och besvär, hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D), medellivslängd befolkningsutveckling, sjukdomsbörda och kostnadsutjämning.
Kapitel 4. Hälsoutfallet av vården	10.2 Hälsoutfallet av vården	Resultat för kvalitetsindikatorer inom området hälsoutfall: tre indikatorer. **Indikatorer:** Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, hälsogapet mellan personer med och utan långvarig sjukdom och tillgodosett vårdbehov.
Kapitel 5. Person-centrering	10.3 Person-centrering	Resultat för kvalitetsindikatorer inom området personcentrering: två indikatorer. **Indikatorer:** Upplevelse av vårdmötet och samordning.
Kapitel 6. Väntetider och tillgänglighets-barriärer	10.4 Väntetider	Resultat för kvalitetsindikatorer inom området tillgänglighet, väntetider: tre indikatorer. **Indikatorer:** Medicinsk bedömning inom 3 dagar, väntat mindre än 90 dagar på första besök, väntat mindre än 90 dagar på behandling.
	10.5 Tillgänglighets-barriärer	Resultat för kvalitetsindikatorer inom området tillgänglighetsbarriärer: tre indikatorer. **Indikatorer:** Upplevelse av tillgång till vård, avstått från att söka vård och telefonkontakt samma dag i primärvård.
Kapitel 7. Resurser	10.6 Resurser	Utvecklingen av vårdens resurser och skillnader mellan regioner. Inkluderar både produktionsfaktorer (personal och vårdplatser) och kostnader. **Indikatorer:** Hälso- och sjukvårdskostnader, personella resurser och disponibla vårdplatser.
Kapitel 8. Produktivitet och effektivitet	10.7 Insatser	Utvecklingen av vårdens insatser i primärvård och specialiserad vård. **Indikatorer:** Vårdbesök i primärvården, konsumerade DRG-poäng i somatisk specialiserad vård.
	10.8 Produktivitet	Analyser av relationen mellan hälso- och sjukvårdens kostnader (kap. 7 i Sammanfattande rapport och 10.6.1 i Resultatredovisning) och insatser (kap. 10.7 Resultatredovisning).
	10.9 Effektivitet	Analyser av relationen mellan hälso- och sjukvårdens kostnader (kap. 7 i Sammanfattande rapport och 10.6.1 i Resultatredovisning) och kvalitetsindikatorer (kap. 4–6 i Sammanfattande rapport och 10.2–10.5 i Resultatredovisning).

2 Slutsatser

Svensk hälso- och sjukvård fungerar överlag väl, hälsoutfallen fortsätter utvecklas mycket positivt och många upplever också att de har god tillgång till vård. Andelen som väntar länge på första besök och behandling i den specialiserade vården minskade 2025 och tillgängligheten till primärvård fortsätter öka. Sverige har länge haft låga resultat för patientupplevda väntetider jämfört med liknande länder, men det är för tidigt att säga om de minskade väntetiderna kommer att reflekteras i patienternas upplevelser. De flesta har positiva upplevelser av personcentreringen, men Sverige hade 2023 fortsatt svaga resultat jämfört med andra länder när det gäller samordning och personcentrering i primärvården. Kopplat till detta finns också en viss kapacitetsbrist, exempelvis genom brist på specialister i allmänmedicin.

2.1 Hälsoutfallen är en styrka medan personcentreringen är svagare

I uppföljningen följer vi upp 11 kvalitetsindikatorer (se kapitel 9) inom områdena hälsoutfall, personcentrering och tillgänglighet. Figur 2 visar de övergripande resultaten över tid, i regional jämförelse, i internationell jämförelse och skillnader mellan befolkningsgrupper.

Figur 2. Övergripande resultat för kvalitetsindikatorerna på nationell nivå, i regional jämförelse, i internationell jämförelse och i jämförelse mellan grupper.

	Nationell trend	Regioner	Internationell jämförelse	Skillnader mellan befolkningsgrupper
Hälsoutfall av vården	**Positiv utveckling i hälsoutfall** • Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskar 2022–2024. • Andelen av befolkningen som upplever att deras behov av vård tillgodoses och hälsogapet har inte förändrats under samma period.	**Det finns medelstora skillnader mellan regioner** • Det finns skillnader mellan regioner i åtgärdbar dödlighet och i hälsogapet. • De regionala skillnaderna är små för tillgodosett vårdbehov.	**Goda hälsoutfall i internationell jämförelse** • Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är låg i Sverige.	**Det finns skillnader mellan grupper** • Personer med lägre utbildning har högre sannolikhet att avlida i åtgärdbara sjukdomar. • Yngre, personer med högre utbildning och kvinnor upplever i lägre grad att deras vårdbehov har blivit tillgodosett.
Person-centrering	**Personcentreringen är stabil över tid** • Andelen som upplever ett positivt vårdmöte och att vården samordnar deras kontakter har legat stabilt 2021–2024.	**Det finns små skillnader mellan regioner** • Skillnaderna i upplevelse av vårdmötet och samordning är små mellan regioner och har inte förändrats 2016–2024.	**Låg personcentrering i internationell jämförelse** • Sverige presterar sämre än liknande länder gällande upplevelsen av vården i primärvård och för samordning, och medel för personcentrering i specialiserad vård 2023.	**Det finns skillnader mellan grupper** • Personer under 60 har sämre upplevelser av vårdmötet och samordning jämfört med äldre. • Kvinnor och personer med högre utbildning har sämre upplevelser av samordning.
Väntetider	**Tecken på förbättring** • Väntetider till primärvård har minskat. • Väntetiderna till den specialiserade vården var oförändrade 2022–2024 men blev kortare 2025*.	**Det finns stora skillnader mellan regioner** • Skillnaderna är medelstora i primärvården. • Skillnaderna är stora i den specialiserade vården.	**Långa väntetider i internationell jämförelse** • Svenska patienter upplever långa väntetider till både primärvård och specialiserad vård 2023.	**Vi mäter inte skillnader mellan grupper för väntetider**
Barriärer att söka vård	**Barriärer för att söka vård minskar lite** • Andelen som upplever att de har tillgång till den vård de behöver har ökat 2022–2024. • Även telefontillgängligheten i primärvården har ökat 2022–2025. Andelen som avstår från att söka vård har inte förändrats.	**Det finns medelstora skillnader mellan regioner** • Små skillnader mellan regioner i tillgång till vård. • Medelstora skillnader i telefontillgänglighet i primärvården. • Större skillnader i andel som avstått från att söka vård, men det gäller få observationer.	**Medelhöga vårdbarriärer i internationell jämförelse** • Sverige ligger i mitten i andelen som avstått från att söka vård (2023–2025) och i andel som får svar samma dag när de kontaktar vårdcentral (2023).	**Det finns skillnader mellan grupper** • Personer som är födda utanför Sverige och personer med högre utbildning upplever sämre tillgång till den vård de behöver. • Yngre och personer födda utanför Sverige avstår oftare att söka vård.
	Positiv utveckling Oförändrad utveckling Negativ utveckling	+- 5 procent avvikelse i variationskoefficient +- 5–15 procent avvikelse i variations-koefficient +- 15+ procent avvikelse i variations-koefficient	Gott resultat i jämförelse Neutralt resultat i jämförelse Negativt resultat i jämförelse	Det finns skillnader mellan grupper Resultaten visar inga skillnader

Not. * Data för 2025 saknas för vissa regioner på grund av byte av vårdinformationssystem, se avsnitt 10.4.
Den nationella trenden visar om utvecklingen sedan den förra uppföljningen (2022) är positiv eller negativ (i den önskvärda riktningen) för varje indikator. Senaste mätår varierar mellan 2023 och 2025 beroende på indikator.Spridningen mellan regioner anger variationskoefficienten, det vill säga hur stora skillnaderna är i förhållande till medelvärdet. Det gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden.

2.1.1 Goda hälsoutfall och låga barriärer till vården

Hälsoutfallen utvecklas generellt sett väldigt positivt och är också bra i en internationell jämförelse. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har minskat kontinuerligt och det gäller även andra indikatorer för hälsoutfall, som påverkbar slutenvård och femårsöverlevnad vid cancer. De flesta upplever också att hälso- och sjukvården har få barriärer – få avstår från att söka vård och de flesta upplever god tillgång till vård.

I jämförelse med liknande länder är det också få som avstår från att söka vård på grund av restid eller ekonomiska skäl.

2.1.2 Ingen förbättring för personcentreringen i primärvården

Andelen som upplever ett positivt vårdmöte har inte förändrats 2022–2024, och i jämförelse med liknande länder fortsätter Sverige att ha utmaningar när det gäller personcentrering och samordning i primärvården. I vår undersökning 2023 ger patienter sämre omdömen än i liknande länder när det gäller delaktighet, begriplig information och bemötande i primärvården. Resultaten är tydligt bättre bland personer som har en fast läkarkontakt, något som är mindre vanligt i Sverige jämfört med liknande länder. Sverige får något bättre resultat för vård på sjukhus, särskilt när det gäller delaktighet, men även där upplevs bemötandet sämre än i andra länder.

Andelen som upplever god samordning har inte heller ökat särskilt mycket 2022–2024. I jämförelse med liknande länder är det framför allt informationsöverföring från specialiserad vård till primärvård som får låga resultat (2023), och sådana brister kan göra det svårt för vårdcentralerna att ta ett samlat ansvar för patientens vård.

2.1.3 Tecken på återhämtning men fortsatt långa väntetider

Andelen som får en första bedömning i primärvården inom 3 dagar har ökat 2019–2025. Väntetiderna i den specialiserade vården har varit långa sedan covid-19-pandemin, men under 2025 har väntetider till både första besök och behandling i den specialiserade vården börjat återhämta sig. Förbättringen är dock osäker eftersom väntetids-rapporteringen för 2025 har stora bortfall på grund av att många regioner byter vårdinformationssystem.

Sverige har de längsta självupplevda väntetiderna i primärvården i jämförelse med liknande länder i en undersökning från 2023, och patienterna upplever också jämförelsevis långa väntetider till specialiserad vård. Det syns inga förbättringar för de svenska resultaten, även om skillnaderna mot övriga länder minskat genom att de fått sämre resultat efter pandemin.

2.1.4 Indikatorresultaten speglas även i vår befolkningsundersökning

En majoritet av de som svarat på vår befolkningsenkät i juni 2025 upplever att hälsan förbättras efter kontakt med vården (60 procent) och att de blir väl bemötta i hälso- och sjukvården (68 procent). Samtidigt upplever färre att det är enkelt att söka vård (48 procent), och ännu färre tycker att väntetiderna är korta (27 procent). Drygt hälften (51 procent) anser att väntetiderna fungerar dåligt.

2.1.5 Grupper med större vårdbehov rapporterar bättre vårdupplevelser

Äldre och personer med lägre utbildning har ofta bättre upplevelser av vården än yngre och högutbildade, samtidigt som de också generellt har sämre hälsoutfall. Personer med eftergymnasial utbildning har exempelvis lägre åtgärdbar dödlighet än personer med

förgymnasial utbildning, men rapporterar genomgående sämre upplevelser av personcentrering, och de anger i lägre grad att deras vårdbehov blivit tillgodosett. Det kan bero på att både ålder och utbildningsnivå påverkar förväntningarna på vården och att högre ålder och lägre utbildningsnivå har ett samband med bättre självrapporterade resultat. Andra möjliga förklaringar kan vara att upplevelsen av vården skiljer sig mellan personer som ofta besöker vården och personer som besöker vården mer sällan.

2.2 Hälsan är god i flera avseenden, men unga upplever mycket oro och ångest

Befolkningen har god hälsa i flera avseenden jämfört med liknande länder. Medellivslängden fortsätter att öka och sjukdomsbördan för till exempel hjärt- och kärlsjukdom och cancer minskar. Samtidigt ser vi en minskning i andelen som själva beskriver sin hälsa som god, och den är låg i jämförelse med liknande länder. Sjukdomsbördan för psykiska sjukdomar ökar också, särskilt depression och ångest. Denna utveckling ses också i liknande länder. Det finns även stora skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, och socioekonomiska faktorer har stor betydelse för både livslängd och självskattad hälsa och livskvalitet.

Unga vuxna sticker ut med relativt låg självrapporterad livskvalitet, framför allt på grund av besvär med oro och nedstämdhet. Äldre har fler fysiska besvär, men psykisk ohälsa påverkar yngres livskvalitet så pass att deras totala livskvalitet blir lägre än den i alla äldre grupper förutom bland personer som är 80 år eller äldre. Det är ett trendbrott jämfört med tidigare liknande undersökningar, då äldre generellt haft lägre livskvalitet. Resultaten kommer från vår befolkningsenkät 2025, där vi för första gången ställde frågor om hälsorelaterad livskvalitet. Undersökningen behöver upprepas för att vi ska kunna fastställa om det rör sig om en pågående utveckling, men liknande mönster syns även i forskningen på området.

2.3 Resurserna ökar men fortsatt få allmänläkare

Kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat 2014–2024, liksom hälso- och sjukvårdens andel av ekonomin. Denna utveckling ses även i övriga höginkomstländer. Sverige ligger i mitten jämfört med liknande länder när det gäller kostnader för hälso- och sjukvård, både i absoluta termer och som andel av BNP. Skillnaden i kostnad per invånare ökar dock mellan regionerna. Det är framför allt den specialiserade somatiska vården som driver kostnadsökningen, och primärvårdens andel av kostnaderna har inte ökat.

Sveriges bemanning av läkare och sjuksköterskor är medelhög i ett internationellt perspektiv, men det finns brist på personal i vissa regioner och specialiteter. Många regioner har exempelvis brist på specialister i allmänmedicin. Det är inte utmärkande för Sverige, men däremot har Sverige få allmänläkare per invånare i jämförelse med liknande länder.

Sverige utmärker sig med lägst antal disponibla vårdplatser per invånare. Det kan delvis bero på skillnader i hur vården organiseras men hänger också ihop med en viss kapacitetsbrist.

2.4 Några regioner utmärker sig med högre kvalitet och lägre kostnader

I uppföljningen mäter vi effektivitet med indikatorer som visar relationen mellan å ena sidan utfallen för kvalitetsindikatorerna för kvalitet som ingår i uppföljningen och å andra sidan hälso- och sjukvårdens kostnader. Det gäller alltså kvoten mellan ett index som innehåller indikatorerna för personcentrering, hälsoutfall och tillgänglighet i relation till kostnad per invånare. Indexet i sin tur viktas efter befolkningens åsikter om hur viktiga de olika resultatområdena är.

Vi har gjort analyserna i flera uppföljningar och inkluderat andra indikatorer än de som ingår i denna uppföljning, och liknande resultat återkommer. Regionerna Halland, Kalmar och Jönköping finns återkommande bland de regioner som har högre kvalitetsutfall och lägre kostnader. Vad det beror på kan analyserna inte svara på. Det är viktigt att komma ihåg att analysens resultat beror på vilka indikatorer vi inkluderar och hur vi väljer att justera för strukturella skillnader mellan regionerna – det vill säga demografi, geografi och annat som regioner själva inte kan påverka genom att förändra sin organisation eller sina arbetssätt.

3 Befolkningens hälsa och behov

Befolkningens hälsa och behov påverkas av hälso- och sjukvården, men också i hög grad av exempelvis sociala villkor och insatser från andra samhällsaktörer. Behoven av hälso- och sjukvård påverkas i sin tur av den övergripande hälsoutvecklingen i befolkningen. Vi inkluderar ett flertal indikatorer för befolkningens hälsa och behov som ett tolkningsunderlag för de övriga indikatorerna i uppföljningen, som direkt kan kopplas till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det handlar exempelvis om indikatorer för återstående medellivslängd, självskattad hälsa, förekomst av långvarig sjukdom och långvariga hälsobesvär och sjukdomsbörda.

Hälsan är god sett till förväntad medellivslängd, men det finns stora skillnader mellan grupper. Däremot är den självskattade hälsan relativt låg i Sverige jämfört med liknande länder, och den psykiska ohälsan ökar – liksom i jämförbara länder. Yngre vuxna sticker ut med en hög andel som rapporterar ohälsa i olika enkätundersökningar.

3.1 Befolkningens hälsa är relativt god, men ojämnt fördelad

Indikatorerna återstående livslängd och sjukdomsbörda visar att befolkningens hälsa är relativt god. Den förväntade återstående livslängden har ökat och är högre än i många jämförbara länder, samtidigt som sjukdomsbördan minskar för sjukdomar såsom cancer och hjärt- och kärlsjukdom. Däremot har sjukdomsbördan för psykisk ohälsa ökat. Andelen som uppger att deras hälsa är god har också minskat, särskilt jämfört med liknande länder. Hälsan är också ojämnt fördelad mellan grupper. Personer med högre utbildning både lever längre och har bättre självskattad hälsa än personer med lägre utbildning, medan kvinnor har lägre självskattad hälsa än män trots att de lever längre.

3.1.1 Medellivslängden är hög men den självskattade hälsan låg i internationell jämförelse

Medellivslängden har länge ökat, tack vare till exempel ökad tillgång till hälso- och sjukvård, ökad kvalitet i vården, ökad levnadsstandard, bättre utbildning och hälsosammare levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten 2025). Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder har ökat för nästan alla grupper, men från olika nivåer.

Samtidigt syns en nedåtgång i självskattad hälsa, framför allt bland personer i åldrarna 18–39 år och bland kvinnor. Sverige ligger också lägst i urvalet av länder i självskattad hälsa hos befolkningen i åldrarna 16–64 år, men ungefär i mitten när frågan ställts till personer 65 år och äldre.

3.1.2 Stora skillnader i utfall mellan utbildningsgrupper

Socioekonomiska faktorer såsom inkomst och utbildning har stor inverkan på hälsa och vårdbehov, bland annat genom levnadsvanor som påverkas av bland annat skillnader i resurser och sociala och fysiska levnadsvillkor (Folkhälsomyndigheten 2025). Levnadsvanor påverkar risken för flera stora sjukdomar och därmed hälsoutfallen för olika grupper. Både livslängden och den självskattade hälsan är högre bland personer med hög utbildning än bland personer med lägre utbildning. Den förväntade återstående medellivslängden vid 30 års ålder var 57 år för personer med eftergymnasial utbildning och 51 år för personer med förgymnasial utbildning 2024. Skillnaden var större, nästan åtta år, mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och män med förgymnasial utbildning. Skillnaden mellan utbildningsgrupper har också ökat något över tid. Även den självskattade hälsan är betydligt högre för personer med eftergymnasial utbildning.

Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper är relativt stora i både Sverige och övriga nordiska länder, med tanke på ländernas omfattande välfärdsstatsprogram och det starka fokuset på universalism och jämlikhet (Fritzell & Fors 2025). Dessutom ökar skillnaderna.
Kvinnor har en högre förväntad livslängd än män. Den förväntade återstående livslängden vid 30 år är 56 år för kvinnor och 53 år för män, enligt data för 2024. Däremot är det en mindre andel kvinnor som uppger att deras hälsa är god, och kvinnor uppger i högre grad att de har en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsoproblem, även med hänsyn tagen till ålder.

3.1.3 Sjukdomsbördan för psykisk ohälsa ökar

Kroniska och icke-smittsamma sjukdomar står för merparten av sjukdomsbördan och dödsfallen i EU. Hit räknas bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, diabetes och kroniska luftvägssjukdomar samt psykiska och neurologiska sjukdomar (European Commission 2025b). Icke-smittsamma sjukdomar står för över 91 procent av dödsfallen och mer än 87 procent av den samlade sjukdomsbördan i EU (European Commission 2025a).

Psykisk ohälsa har på kort tid gått om cancer och hjärt- och kärlsjukdom i sjukdoms-börda, det vill säga antalet friska levnadsår som förloras till följd av för tidig död i sjukdom, eller sjuklighet och funktionsnedsättning. Det är särskilt ångest och depression som ökar (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022). För psykisk ohälsa handlar sjukdomsbördan framför allt om icke-dödlig sjukdomsbörda, det vill säga levnadsår med nedsatt hälsa (European Commission 2025a; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022).

3.2 Yngre vuxna uppger låg livskvalitet – ett visst trendbrott

Vi har undersökt befolkningens hälsorelaterade livskvalitet med hjälp av formuläret EQ-5D-Y-5L (EuroQol Research Foundation 2025). Det innehåller frågor om olika

hälsotillstånd (rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet) med syfte att jämföra de olika hälsotillstånden på en gemensam skala.

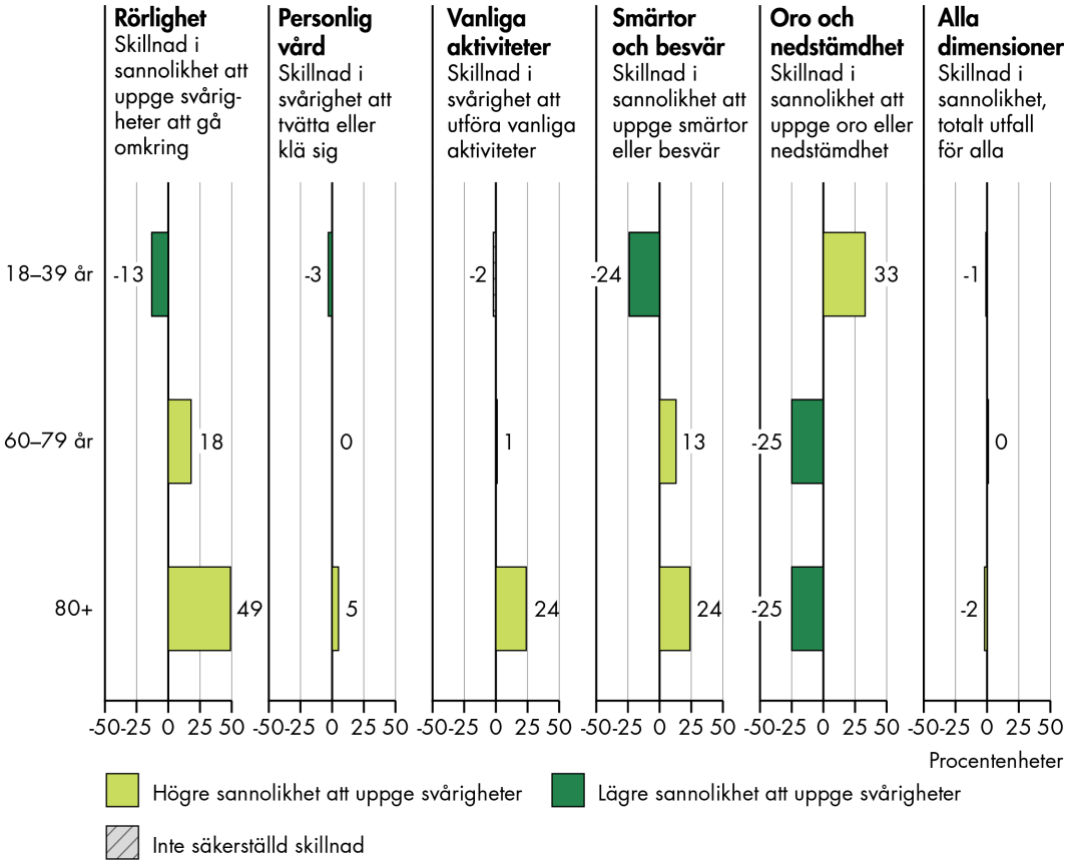
3.2.1 Unga upplever mer oro och nedstämdhet än äldre

Män uppger högre hälsorelaterad livskvalitet än kvinnor, och högutbildade uppger högre hälsorelaterad livskvalitet än personer med lägre utbildning. Resultaten ligger i linje med tidigare svenska studier, som även visar ett positivt samband mellan hög inkomst och hög livskvalitet (se t.ex. Teni m.fl. 2022).

Resultaten visar också att den hälsorelaterade livskvaliteten är lägst i de yngsta (18– 29 år) och de äldsta (över 80 år) åldersgrupperna, medan personer däremellan rapporterar högre nivåer. Dessa resultat beror framför allt på att yngre i relativt hög grad uppger att de har besvär av oro och nedstämdhet, medan personer över 80 år har större problem med rörlighet, personlig omvårdnad, smärta och besvär än övriga åldersgrupper.

Figur 3 visar sannolikheten för olika åldersgrupper att uppge svårigheter för de olika hälsotillstånden, jämfört med personer i åldrarna 40–59 år. En lägre sannolikhet innebär mindre svårigheter och en högre innebär större svårigheter.

Figur 3. Skillnad i sannolikhet att uppge svårigheter med olika hälsotillstånd när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt, jämfört med personer i åldrarna 40–59 år.



Sammantaget har personer 80 år och äldre större problem i samtliga dimensioner utom oro och nedstämdhet. Men när resultaten vägs samman och justeras för övriga faktorer

gör de yngres högre nivåer av psykisk ohälsa att gruppen har näst lägst total livskvalitet (efter personer 80 år och äldre).

3.2.2 Tydlig förskjutning i hälsorelaterad livskvalitet mellan åldersgrupper

Relationen mellan hälsorelaterad livskvalitet och ålder har varierat mellan populationer och med tiden, men tidigare studier som har använt formuläret EQ-5D-Y-5L visar ett tydligt negativt samband mellan ålder och hälsorelaterad livskvalitet, där livskvaliteten minskar med stigande ålder (Kind m.fl. 1998; Ara & Brazier 2010; Janssen & Szende 2014). Relativt nya data visar mycket små skillnader mellan åldersgrupper; yngre uppger mer oro och nedstämdhet och större svårigheter med personlig vård, medan äldre i högre grad rapporterar problem med rörlighet, vanliga aktiviteter och smärta (Hernández Alava, Pudney & Wailoo 2022). Sammantaget ger detta liknande totalnivåer mellan åldersgrupper, trots skillnader i problemens karaktär. . En svensk undersökning visar ett svagt negativt samband mellan hälsorelaterad livskvalitet och ålder (att livskvaliteten minskar med ökande ålder), som blir tydligt efter 80 års ålder (Teni m.fl. 2022). Påverkan av oro och nedstämdhet var dock vanligare bland yngre och äldre, och mindre vanligt i åldersgrupperna däremellan. I en dansk studie rapporterade unga kvinnor oftare problem med oro och nedstämdhet, men i övrigt var skillnader mellan könen och åldersgrupper små (Jensen m.fl. 2023).

En svensk studie om lycka och välmående visar stora generationsskillnader och att den klassiska ”U-kurvan” för lycka inte syns i Sverige. Unga vuxna mår betydligt sämre än äldre sett till nästan alla livsområden, med lägre livstillfredsställelse, mindre mening i livet och sämre ekonomisk trygghet. De rapporterar också betydligt högre nivåer av ensamhet, depression och ångest än äldre personer. Samtidigt rapporterar äldre svenskar högt välbefinnande i en internationell jämförelse, med starkare nära relationer och lägre ensamhet än yngre åldersgrupper. (Bittár m.fl. 2026). Skillnaderna mellan åldersgrupperna är dessutom större än skillnaderna som är kopplade till kön eller födelseland. Trots lågt välbefinnande har unga höga förväntningar på framtiden, vilket forskarna menar kan hänga samman med höga ambitioner och påverkan från sociala medier.

4 Hälsoutfallet av vården

Hälso- och sjukvårdens mål är att bidra till hälsa och livskvalitet, och de insatser som görs behöver leda till ett så bra utfall som möjligt utifrån patienternas individuella förutsättningar och behov. Vi belyser kvalitetsområdet om vårdens hälsoutfall med tre indikatorer om hälso- och sjukvårdens förmåga att möta både hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov, det vill säga både botande och symtomlindrande åtgärder:

- sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- hälsogapet mellan personer med och utan långvarig sjukdom
- patienters upplevelse om deras behov av hälso- och sjukvård har blivit tillgodosett.

Måtten avspeglar både ett medicinskt perspektiv och patienternas och befolkningens perspektiv.

Figur 4 visar hur de tre indikatorerna utvecklats i riket, hur spridningen mellan regionerna ser ut och hur Sveriges resultat förhåller sig till liknande länders. Överlag är resultaten relativt goda när det gäller utvecklingen i riket och i en internationell jämförelse, men det finns regionala skillnader i utfall.

Figur 4. Övergripande resultat för vårdens hälsoutfall på nationell nivå, i regional jämförelse, i internationell jämförelse och i jämförelse mellan grupper.

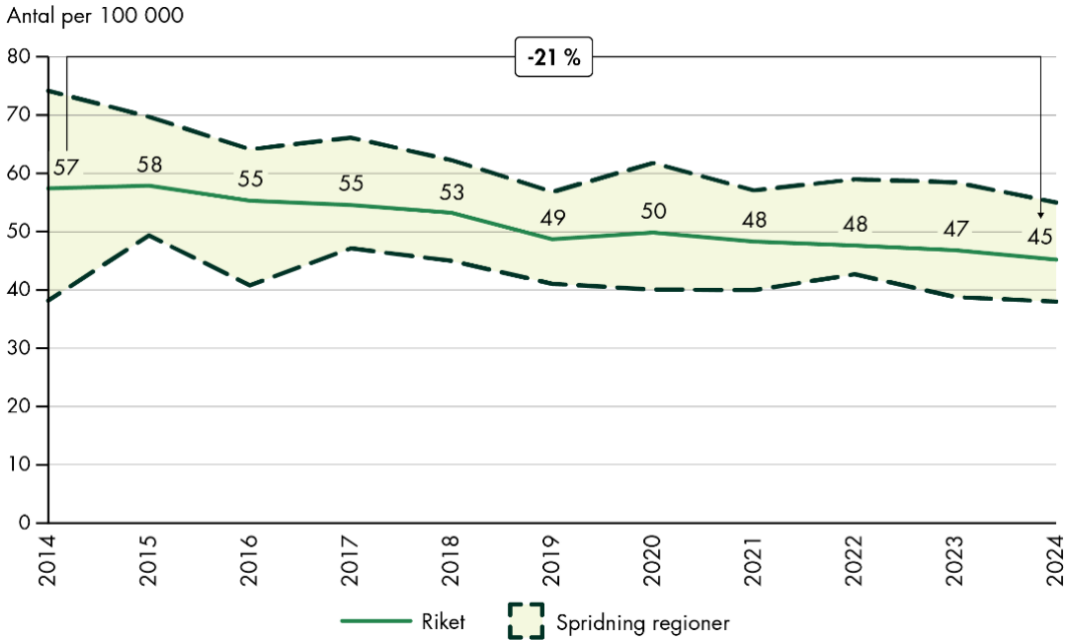
Hälsoutfall av vården	Nationell trend	Regioner	Internationell jämförelse	Skillnader mellan befolkningsgrupper
Åtgärdbar dödlighet	**Positiv utveckling i hälsoutfall** • Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har minskat mycket under hela perioden, och var 45 per 100 000 invånare 2024.	**Det finns tydliga regionala skillnader** • Det finns medelstora skillnader mellan regioner. • Variationskoefficienten har varit 8–12 procent sedan 2014.	**Sverige presterar väl i internationell jämförelse** • Sveriges åtgärdbara dödlighet är bara högre än den i Schweiz, Norge och Nederländerna. • Sveriges åtgärdbara dödlighet är cirka 2/3 av genomsnittet för EU27.	**Det finns skillnader mellan grupper** • Personer med lägre utbildning har högre sannolikhet att avlida i åtgärdbara sjukdomar. Även personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige.
Hälsogapet	**Hälsogapet ligger stabilt** • Skillnaden i självskattad hälsa mellan personer med och utan långvarig sjukdom har minskat hela perioden 2016–2024, men inte sedan 2022.	**Det finns tydliga regionala skillnader** • Det finns medelstora skillnader mellan regioner i hälsogapet. • Variationskoefficienten har varit 7–10 procent 2022–2024.	**Det finns ingen jämförbar indikator**	**Vi mäter inte skillnader mellan grupper för hälsogapet**
Tillgodosett vårdbehov	**Tecken på förbättring** • Andelen som upplever att deras vårdbehov har blivit tillgodosett har varit runt 82 procent de senaste åren, utan förändring över tid.	**Det finns små skillnader mellan regioner** • Det finns små skillnader mellan regioner. • Variationskoefficienten har varit 2 procent 2016–2024.	**Det finns ingen jämförbar indikator**	**Det finns skillnader mellan grupper** • Yngre rapporterar sämre upplevelser av tillgodosett vårdbehov än äldre. • Kvinnor rapporterar i lägre grad tillgodosett vårdbehov än män, och högutbildade i lägre grad än personer med lägre utbildning.
	Positiv utveckling Oförändrad utveckling Negativ utveckling	+- 5 procent avvikelse i variationskoefficient +- 5–15 procent avvikelse i variations-koefficient +- 15+ procent avvikelse i variations-koefficient	Gott resultat i jämförelse Neutralt resultat i jämförelse Negativt resultat i jämförelse	Det finns skillnader mellan grupper Resultaten visar inga skillnader

Not. Den nationella trenden visar om utvecklingen sedan den förra uppföljningen (2022) är positiv eller negativ (i den önskvärda riktningen) för varje indikator. Senaste mätår varierar mellan 2023 och 2025 beroende på indikator. Spridningen mellan regioner anger variationskoefficienten, det vill säga hur stora skillnaderna är i förhållande till medelvärdet. Det gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden.

4.1 Hälsoutfallen utvecklas positivt i Sverige

På riksnivå förbättras hälsoutfallen, sett till det medicinska perspektivet. Trenden är fortsatt mycket positiv för den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, som visar om hälso- och sjukvården kan förhindra dödsfall i sjukdomar där hälso- och sjukvårdens insatser har stor betydelse för överlevnaden. Dödligheten minskade 2015–2024, från drygt 57 dödsfall per 100 000 invånare 0–74 år till färre än 45 dödsfall, vilket är en minskning på 21 procent. Sverige har också mycket goda resultat för åtgärdbar dödlighet i vårt urval av jämförelseländer. För övriga indikatorer har vi inga internationella motsvarigheter.

Figur 5. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 i befolkningen, 2014–2024.



Källa: Socialstyrelsen 2026.

Vår uppföljning inkluderar inga diagnosspecifika indikatorer för hälsoutfall, men den positiva utvecklingen gäller även för flertalet sådana indikatorer. Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt och dödligheten inom 90 dagar efter en förstagångsstroke minskar, den påverkbara slutenvården (antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare), utvecklas i positiv riktning, och femårsöverlevnaden vid cancer har ökat påtagligt (Socialstyrelsen 2026).

När det gäller de patientrapporterade indikatorerna är trenden oförändrad. Hälsogapet ska fånga livskvaliteten hos personer med långvarig sjukdom, och har legat relativt stabilt sedan 2016. Det var 38 procentenheter 2024 och gäller skillnaden i andelen som har en god hälsa bland personer med kontra utan långvarig sjukdom. 82 procent av patienterna anser att deras vårdbehov har blivit tillgodosett. Inte heller denna andel har förändrats nämnvärt sedan 2016.

I vår befolkningsenkät får svarspersonerna ange hur de upplever att olika kvalitetsområden fungerar, och hälsoutfall får näst högst betyg efter personcentrering: 60 procent av befolkningen upplever att hälsan förbättras efter kontakter med hälso- och sjukvården.

4.2 Det finns vissa regionala skillnader i hälsoutfall

Spridningen mellan regionerna när det gäller sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet minskade fram till 2022, men ökade igen 2023. Spridningen mellan regioner är medelhög i jämförelse med andra indikatorer. Det skiljer 17 dödsfall per 100 000 invånare mellan regionen med högst resultat och den med lägst år 2024, vilket är få personer men en relativt stor skillnad i och med att rikssnittet är under 50 personer per 100 000 invånare.

Även hälsogapet har en medelhög spridning, alltså skillnaden i självskattad hälsa mellan personer med kontra utan långvarig sjukdom. Skillnaderna mellan regionerna i andelen patienter som upplever att de har fått sitt vårdbehov tillgodosett är däremot små.

4.3 Grupper med sämre hälsoutfall rapporterar bättre upplevelser av vården

Vi undersöker också om det finns skillnader mellan befolkningsgrupper (män och kvinnor samt personer i olika åldrar och med olika utbildningsbakgrund och födelseland).

Det är naturligt att hälsoutfallen skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper, och att äldre personer har sämre hälsoutfall än yngre, särskilt för exempelvis åtgärdbar dödlighet. När det gäller upplevelsen av att vårdbehovet har blivit tillgodosett är sambandet dock det motsatta: äldre är mer nöjda med detta än yngre. Andelen som tycker att vårdbehovet blir tillgodosett är lägst i gruppen 18–39 år och högst bland personer över 60, särskilt de över 80 år. En möjlig förklaring är att förväntningarna på vården sjunker ju äldre man blir, och att upplevelsen av vården då stämmer bättre med förväntningarna (Jaipaul och Rosenthal 2003). På motsvarande sätt kan de yngsta ha högst förväntningar, och därmed tycka att vårdbehovet inte blir tillgodosett. Dessutom visar forskning att benägenheten att uppleva negativa känslor sjunker med ålder, samtidigt som viljan att vara tillmötesgående ökar. Även detta kan påverka människors svar på enkätundersökningar (Tourangeau och Yan 2007; Soubelet och Salthouse, 2011; Vigil-Colet, Morales-Vives & Lorenzo-Seva 2013). Liknande skillnader ses mellan personer med olika utbildningsbakgrund. Personer med förgymnasial utbildning har högre sannolikhet att avlida i åtgärdbara sjukdomar än personer med gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning. Samtidigt har personer med eftergymnasial utbildning något lägre sannolikhet att se sitt vårdbehov som tillgodosett än personer med lägre utbildning. En möjlig förklaring är att personer med lägre utbildning i vissa enkätundersökningar har en tendens att hålla med om påståenden (Rammstedt, Goldberg & Borg 2010).

Liknande skillnader i hälsoutfall finns även mellan könen. Kvinnor har en lägre sannolikhet att avlida i en åtgärdbar sjukdom än män, men upplever i lägre utsträckning att deras vårdbehov har blivit tillgodosett. Skillnaden är dock relativt liten.

5 Personcentrering

Personcentrering handlar om hur väl vården anpassar sina insatser till individens behov och förutsättningar, alltså om patienten och hens närstående blir sedda, respekterade och inkluderade i vården utifrån sina behov, preferenser och resurser. Personcentrerad vård är ett mål i sig, men det ökar också förutsättningarna för goda hälsoutfall. Indikatorerna för personcentrering består av patientrapporterade upplevelsemått (så kallade PREM), där patienterna värderar sina erfarenheter av vårdmötet och av vårdens samordning. Viktiga aspekter är delaktighet i beslut, stöd till egenvård, ett respektfullt bemötande, god information och kommunikation samt samordning.

Figur 6 visar hur de två indikatorerna utvecklats i riket, hur spridningen mellan regionerna ser ut och hur Sveriges resultat förhåller sig till jämförbara länders. Vi ser inga större förändringar när det gäller personcentrering i riket eller i spridningen mellan regioner. Sverige har fortsatt låga resultat jämfört med liknande länder när det gäller personcentrering i primärvård.

Figur 6. Övergripande resultat för personcentrering på nationell nivå, i regional jämförelse, i internationell jämförelse och i jämförelse mellan grupper.

Person-centrering	Nationell trend	Regioner	Internationell jämförelse	Skillnader mellan befolkningsgrupper
Upplevelse av vård-mötet	**Marginell förändring i upplevelse** • Andelen som upplever ett positivt vårdmöte har varit 85 procent 2022-2024. En svag uppgång kan ses över längre tid, sedan 2016.	**Det finns små skillnader mellan regioner** • Skillnaderna mellan regioner är små med en variationskoefficient som har legat på 2 procent sedan 2016.	**Sverige presterar lågt i internationell jämförelse** • Sverige presterar lågt i önskad delaktighet, begripliga förklaringar och vänligt och respektfullt bemötande. • Sverige presterar medel för delaktighet i specialiserad vård.	**Det finns skillnader mellan grupper** • Yngre och personer med högre utbildning rapporterar sämre upplevelser än personer över 60 och personer med lägre utbildning. • Kvinnor rapporterar sämre upplevelser av vårdmötet än män.
Upplevelse av sam-ordning	**Marginell förändring i samordning** • Andelen som upplever att vården samordnar deras kontakter är 77 procent, utan större förändring över tid.	**Det finns små skillnader mellan regioner** • Skillnaderna mellan regioner är små med en variationskoefficient som har legat på 3 procent sedan 2016.	**Sverige presterar lågt i informationsöverföring** • En hög andel i Sverige anser att deras ordinarie mottagning i primärvården saknat information från läkare i specialistvården. För specialistvården har Sverige bättre resultat i jämförelse.	**Det finns skillnader mellan grupper** • Yngre rapporterar sämre upplevelser av vårdens samordning än personer över 60. • Kvinnor rapporterar sämre upplevelser av vårdens samordning än män.
	Positiv utveckling Oförändrad utveckling Negativ utveckling	+- 5 procent avvikelse i variationskoefficient +- 5–15 procent avvikelse i variations-koefficient +- 15+ procent avvikelse i variations-koefficient	Gott resultat i jämförelse Neutralt resultat i jämförelse Negativt resultat i jämförelse	Det finns skillnader mellan grupper Resultaten visar inga skillnader

Not. Den nationella trenden visar om utvecklingen sedan den förra uppföljningen (2022) är positiv eller negativ (i den önskvärda riktningen) för varje indikator. Senaste mätår varierar mellan 2023 och 2025 beroende på indikator. Spridningen mellan regioner anger variationskoefficienten, det vill säga hur stora skillnaderna är i förhållande till

medelvärdet. Det gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden.

5.1 Marginell förändring över tid

Utvecklingen för andelen som upplever ett positivt vårdmöte har inte förändrats sedan senaste uppföljningen 2022, men den har har ökat från 83 procent 2016. Resultaten är sämre för primärvården än den specialiserade vården; exempelvis beskriver 91 procent sitt vårdmöte i den öppna specialiserade vården som positivt, men enbart 81 procent gör desamma i primärvården. Andelen som upplever att vården samordnar deras kontakter i den utsträckning de önskar har minskat lite sedan 2022, men det är små förändringar och den har varierat runt 77 procent sedan 2016.

I vår befolkningsenkät får personcentrering högst betyg av alla kvalitetsområden. Totalt 68 procent av befolkningen upplever att de blir sedda, respekterade och inkluderade i kontakter med hälso- och sjukvården.

5.2 Små skillnader mellan regioner i patientrapporterade utfall

Det skiljer bara cirka 6 procentenheter mellan regionerna med högst kontra lägst resultat 2023-2024 i andelen som upplever att de haft ett positivt vårdmöte. Detta gäller även för andelen som upplever att deras vård är samordnad; skillnaden mellan regionerna är 10 procentenheter över hela perioden, en låg spridning.

5.3 Bättre upplevelser av personcentrering bland grupper med högre vårdbehov

Kvinnor, yngre personer och personer med högre utbildning har överlag sämre upplevelser av personcentrering. Personer i åldern 18–39 år har mindre positiv upplevelse av vårdmötet och samordningen än de som är 40–59 år, medan äldre personer (grupperna 60–79 år och 80 år och äldre) i högst grad tycker att vårdmötena är bra och att vården är samordnad. Personer med eftergymnasial utbildning tycker också i lägst utsträckning att vården är samordnad, medan personer med förgymnasial utbildning har mest positiv syn på samordningen. Indikatorerna för personcentrering omfattar inte data om födelseland.

Det är väl känt att svarspersonernas förväntningar påverkar patientrapporterade erfarenhetsmått (KCE 2018), och att förväntningarna hänger ihop med exempelvis ålder och utbildningsnivå (se avsnitt 4.3). Detta kan innebära att utfallen speglar gruppernas skilda förväntningar, snarare än faktiska skillnader i exempelvis bemötande.

5.4 Jämfört med andra länder har Sverige svagare resultat för personcentrering i primärvården

För personcentrering finns inga direkt jämförbara internationella indikatorer, utan vi använder närliggande frågor från International Health Policy Survey (IHP). De gäller både primärvård och specialiserad vård.

I primärvården upplever 64 procent att de blir involverade i beslut, 88 procent att de blir bemötta med vänlighet och respekt, och 76 procent att saker förklaras på ett sätt som är lätt att förstå när de har kontakt med läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal. Uppgifterna gäller 2023. För alla tre frågor ligger Sverige lägst i urvalet, och för två av tre var andelen lägre än 2020. Sverige får dock bättre resultat när frågorna ställs enbart till personer med en fast läkarkontakt, något som bekräftats i flera återkommande IHP-undersökningar. Bristen på fasta läkare i primärvården kan därmed förklara Sveriges svaga resultat på frågorna om personcentrering. Bara 32 procent i Sverige anger att de har en fast läkarkontakt i primärvården, medan genomsnittet är 81 procent bland de länder som ingår i undersökningen. (Vård- och omsorgsanalys 2024b).

Frågorna ställs också om sjukhusvård, och här är de svenska resultaten något bättre. Totalt 90 procent anser att de var tillräckligt delaktiga i besluten om sin vård och behandling vid den senaste sjukhusvistelsen, enligt data för 2023. Det var en liten minskning sedan 2020 men Sverige hamnar i den övre delen av jämförelseländerna. Samma andel, 90 procent, tycker också att de bemöttes med vänlighet och respekt under senaste sjukhusvistelsen, men det är ett lågt resultat i jämförelse med andra länder.

För att belysa samordning i både primärvård och specialiserad vård använder vi patienternas svar på frågor om ifall deras ordinarie mottagning saknat information från läkare i specialistvården eller ifall specialistvården saknat information från deras ordinarie mottagning. I primärvården upplever 35 procent att mottagningen saknat information från specialistvården, vilket är näst högst i urvalet. I specialistvården upplever däremot bara 14 procent att deras läkare saknat information från den ordinarie mottagningen, näst lägst i urvalet. Svenska patienter är alltså mindre nöjda med informationsöverföringen från specialistvård till primärvård, och resultaten har försämrats mellan 2020 och 2023.

Upplevelsen av samordning och kontinuitet påverkas bland annat av andelen som har en fast läkarkontakt i primärvården eller motsvarande. Det inverkar också hur tillgänglig patientens medicinska information är för alla vårdgivare, exempelvis genom journaler och remissystem (Kringos m.fl. 2015). Primärvårdsläkare som i högre utsträckning uppger att de vanligtvis eller ofta får information om ändringar från specialistvården svarar i högre utsträckning att deras vårdcentral ofta samordnar patienternas vård med andra delar av vården (Vård- och omsorgsanalys 2026).

6 Väntetider och tillgänglighetsbarriärer

Tillgänglighet handlar om att kunna komma i kontakt med vården och att inte behöva vänta för länge när kontakten väl är tagen – det vill säga väntetider och så kallade barriärer till att söka vård (tillgänglighetsbarriärer).

Figur 7 visar de övergripande resultaten för tillgänglighet, i form av väntetider. Vi belyser väntetiderna med tre olika indikatorer:

- första bedömning i primärvården inom 3 dagar
- första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar
- åtgärd eller behandling i den specialicerade vården inom 90 dagar.

Figur 7. Övergripande resultat för väntetider på nationell nivå, i regional jämförelse, i internationell jämförelse och i jämförelse mellan grupper.

Väntetider	Nationell trend	Regioner	Internationell jämförelse	Skillnader mellan befolkningsgrupper
Medicinsk bedömning i primär-vård	**Positiv utveckling i primärvården** • Andelen patienter som får en första bedömning i primärvården har ökat successivt sedan 2019 och var 90 procent år 2025.	**Det finns större regionala skillnader** • Det finns en tydlig skillnad mellan regioner och variationskoefficienten har legat kring 9 procent sedan 2019.	**Långa väntetider i internationell jämförelse** • Sverige ligger lägst avseende andelen patienter som uppger att de fått ett besök samma eller nästa dag 2023.	**Det finns skillnader mellan grupper** • Skillnaderna gäller framför allt besök till olika yrkeskategorier.
Väntetid till första besök i speciali-serad vård	**Ökar senaste perioden** • Väntetiden till första besök i specialiserad vård var i stort sett oförändrad 2022–2024, runt 68 procent väntade högst 90 dagar. • 2025* ökade andelen till 73 procent.	**Det finns större regionala skillnader** • Det finns stora skillnader mellan regioner i väntetider. Variationskoefficienten var 15 procent 2025 har inte understigit den nivån sedan 2020.	**Långa väntetider i internationell jämförelse** • Sverige har låga resultat för patientrapporterade väntetider till besök 2023. • Resultaten är något bättre än Frankrike och Storbritannien men betydligt sämre än Nederländerna, Schweiz och Tyskland.	**Vi mäter inte skillnader mellan grupper**
Väntetid till behandling i speciali-serad vård	**Ökar senaste perioden** • Väntetiden för behandling i specialistvården var i stort sett oförändrad 2022–2024, men ökade 2025* från 59 till 65 procent som fått behandling inom 90 dagar. • Under 2021 sjunker nivån till 54 procent och det sista året (2025) ökar nivån till 65 procent.	**Det finns större regionala skillnader** • Det finns stora skillnader mellan regioner i väntetider. Variationskoefficienten var ca 20 procent 2022–2024 men ökade 2025 till 23 procent.	**Långa väntetider i internationell jämförelse** • Sverige ligger lägst och näst lägst i urvalet avseende andelen patienter som uppger att de fått en icke-akut eller planerad kirurgisk operation inom en eller två månader 2023.	**Vi mäter inte skillnader mellan grupper**
	Positiv utveckling Oförändrad utveckling Negativ utveckling	+- 5 procent avvikelse i variationskoefficient +- 5–15 procent avvikelse i variations-koefficient +- 15+ procent avvikelse i variations-koefficient	Gott resultat i jämförelse Neutralt resultat i jämförelse Negativt resultat i jämförelse	Det finns skillnader mellan grupper Resultaten visar inga skillnader

Not. * Data för 2025 saknas för vissa regioner på grund av byte av vårdinformationssystem. Det gäller regionerna Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.
Den nationella trenden visar om utvecklingen sedan den förra uppföljningen (2022) är positiv eller negativ (i den önskvärda riktningen) för varje indikator. Senaste mätår varierar mellan 2023 och 2025 beroende på indikator.
Spridningen mellan regioner anger variationskoefficienten, det vill säga hur stora skillnaderna är i förhållande till medelvärdet. Det gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden.

Barriärer till att söka vård handlar om sådant som gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan exempelvis vara fysiska (som avstånd, kostnadsmässiga, informationsmässiga eller språkliga). Vi belyser tillgänglighetsbarriärer med tre olika indikatorer:

- upplevelsen av att ha tillgång till den vård man behöver (tillgång till vård)
- avstått från vård
- telefontillgänglighet i primärvården.

Figur 8. Övergripande resultat för barriärer till att söka vård på nationell nivå, i regional jämförelse, i internationell jämförelse och i jämförelse mellan grupper.

Barriärer till att söka vård	Nationell trend	Regioner	Internationell jämförelse	Skillnader mellan befolkningsgrupper
Tillgång till vård	**Positiv utveckling i tillgång till vård** • Andelen i befolkningen som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den vård de behöver har ökar från 85 procent 2022 till 87 procent 2024.	**Det finns små skillnader mellan regioner** • Spridningen mellan regionerna är relativt låg under perioden. • Variationskoefficienten mellan regioner har legat stabilt runt 3 procent.	**Det finns ingen jämförbar indikator**	**Det finns skillnader mellan grupper** • Äldre, personer med lägre utbildning och personer födda i Sverige uppger högre tillgång till vård.
Avstått från vård	**Stabil hög nivå** • Andelen som har avstått från att söka vård på grund av kostnader, restid eller väntetider har inte förändrats 2022–2024.	**Det finns större skillnader mellan regioner** • Det finns stora skillnader mellan regioner i andelen som avstår från vård. Variationskoefficienten har varierat mellan 33 och 49 procent sedan 2018. De få observationerna gör dock variabeln mycket känslig.	**Sverige presterar medel i andel som avstått från att söka vård** • Sverige ligger i mitten avseende andelen som har har avstått vård på grund av kostnader, restid eller väntetider. • Resultaten drivs nästan enbart av väntetider.	**Det finns skillnader mellan grupper** • De största skillnaderna i jämförelse med referensgruppen finns i ålder där yngre grupper avstår vård i högre utsträckning.
Samtal primär-vården	**Ökar senaste perioden** • Andelen patienter som har fått svar på sitt samtal till primärvården inom en dag eller mindre var 91 procent 2025, en ökning sedan 2022.	**Det finns tydliga skillnader mellan regioner** • Variationskoefficienten mellan regioner har legat stabilt runt 8 procentenheter.	**Medel telefon-tillgänglighet i Sverige** • Sverige ligger i mitten avseende andelen patienter som får svar samma dag när de kontaktar ordinarie vårdcentral.	**Vi mäter inte skillnader i samtal primärvården**
	Positiv utveckling Oförändrad utveckling Negativ utveckling	+- 5 procent avvikelse i variationskoefficient +- 5–15 procent avvikelse i variations-koefficient +- 15+ procent avvikelse i variations-koefficient	Gott resultat i jämförelse Neutralt resultat i jämförelse Negativt resultat i jämförelse	Det finns skillnader mellan grupper Det finns inga uppmätta skillnader

Not. Den nationella trenden visar om utvecklingen sedan den förra uppföljningen (2022) är positiv eller negativ (i den önskvärda riktningen) för varje indikator. Senaste mätår varierar mellan 2023 och 2025 beroende på indikator.
Spridningen mellan regioner anger variationskoefficienten, det vill säga hur stora skillnaderna är i förhållande till medelvärdet. Det gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden.

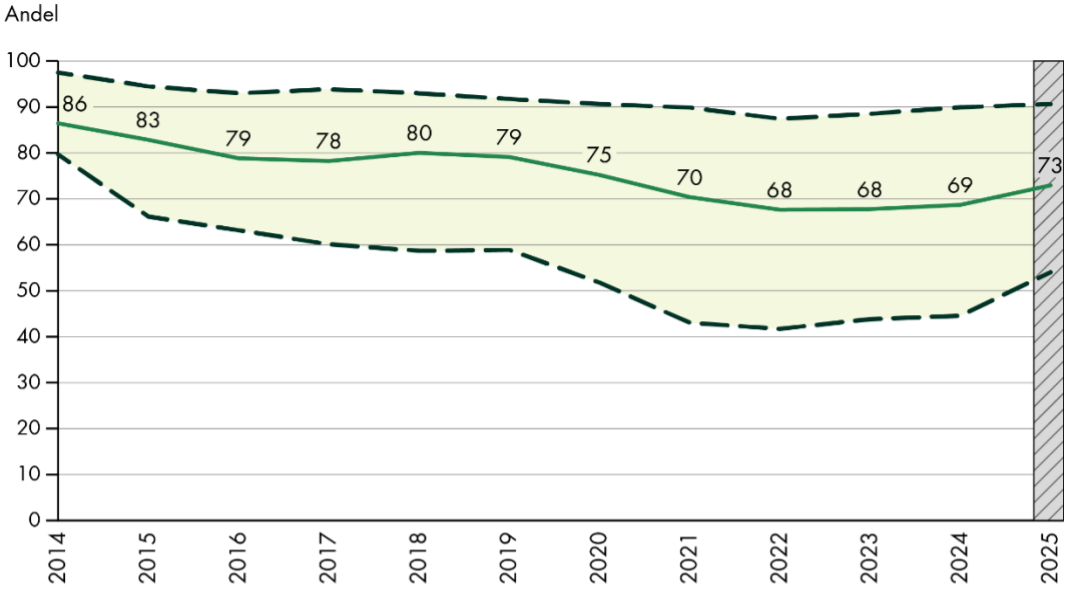
6.1 Väntetiderna har minskat 2025

Sedan uppföljningen 2022 har väntetiderna minskat till både specialiserad vård och primärvård. Andelen som får en bedömning i primärvården inom 3 dagar har ökat från ett rikssnitt motsvarande 79 procentenheter 2019 till 90 procentenheter 2025. För den specialiserade vården handlar det om förbättringar från låga nivåer, som orsakades av kraftigt ökade väntetider till både första besök och behandling under pandemin. Andelen som väntat i mindre än 90 dagar på ett första besök minskade från 86 procent till 68 procent 2014–2022. Efter det har andelen varit relativt konstant men ökade till 73 procent 2025.

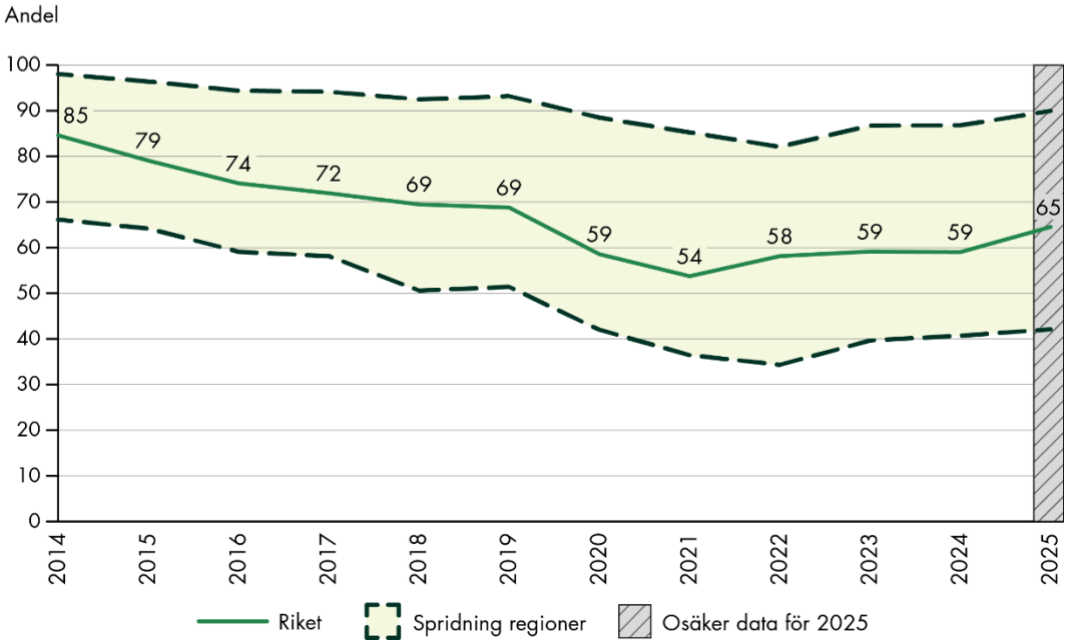
Andelen som väntat på operation eller behandling i mindre än 90 dagar minskade från 86 procent till 54 procent 2014–2021, och har varit runt 59 procent fram till 2025 då den ökar till 65 procent. Resultaten inkluderar inte återbesök eftersom vårdgarantin sätter ramarna för våra mått på tillgänglighet. Som figur 9 visar finns också vissa osäkerheter för 2025 då flera regioner bytt vårdinformationssystem, vilket påverkat rapporteringar och har medfört bortfall i registreringarna.

Figur 9. Andel som väntat högst 90 dagar på ett första besök respektive operation eller behandling i specialiserad vård, 2014–2025, riket och regional spridning.

Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök



Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på operation eller åtgärd



Not. Data för 2025 saknas för vissa regioner på grund av byte av vårdinformationssystem. Det gäller regionerna Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

När det gäller barriärer ses en ökning i andelen som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver: från 85 procent 2022 till 87 procent 2024. Sedan 2016 har andelen varierat mellan 82 och 89 procent, med en särskild ökning under pandemin.

Vi ser ingen förändring i andelen som har avstått att söka vård på grund av ekonomiska skäl, restid eller väntetider bland personer som upplevt ett vårdbehov under de senaste 12 månaderna. Andelen som fått telefonkontakt med primärvården inom en dag har ökat, från 86 procent 2022 till 91 procent 2025. Sedan 2017 ses en större variation med en minskning 2020 under pandemin.

Vår befolkningsenkät från 2025 bekräftar att befolkningen upplever både väntetider och tillgänglighet som en utmaning. Mindre än hälften (48 procent) tycker att det är enkelt att söka hjälp av sjukvården. Bara 27 procent tycker att väntetiderna är bra eller ganska bra medan hälften, 51 procent, tycker att väntetiderna fungerar dåligt eller mycket dåligt.

6.2 Stora skillnader mellan regioner i väntetid till specialiserad vård

När det gäller andelen som får ett första besök i primärvården inom 3 dagar finns skillnader mellan regioner, men de är inte särskilt stora. Det finns däremot stora skillnader mellan regioner när det gäller andelen som väntat mindre än 90 dagar på första besök eller behandling i den specialiserade vården. Det skiljer 37 procentenheter mellan den region som har högst respektive lägst andel som väntat mindre än 90 dagar på första besök. För andelen som väntat mindre än 90 dagar på operation eller behandling är motsvarande siffra 48 procentenheter 2025.

Spridningen mellan regionerna är låg när det gäller andelen patienter som upplever att de har tillgång till den vård som de behöver, och den har varit stabil under hela perioden. Spridningen mellan de regioner som har högst och lägst resultat i telefontillgänglighet är medelhög och har varit 6–9 procent sedan 2017. Skillnaderna mellan regionerna ökade relativt kraftigt under 2021, vilket var en effekt av covid-19-pandemin. Det är stora skillnader sett till andelen som avstått från att söka vård, men få observationer gör att även små skillnader i procentenheter skapar stora variationer.

6.3 Yngre har i högre grad avstått från vård

Personer som är över 60 år upplever i högre grad att de har tillgång till behövlig vård jämfört med dem i åldern 40-59 år, men skillnaderna är små mellan åldersgrupperna 40–59 år och 18–39 år. Däremot anger yngre (18–39 år) i högre grad att de avstått från att söka vård. Personer med lägre utbildning tycker att de har bättre tillgång till vård än personer med högre utbildning men har däremot inga skillnader i att avstå från att söka vård.

Personer som är födda i ett annat europeiskt land eller i övriga världen har i högre utsträckning avstått från vård än personer födda i Sverige. Personer födda i Europa, och de som är födda utanför Europa, upplever sämre tillgång till den vård som de behöver jämfört med personer födda i Sverige.

6.4 Svenska patienter upplever långa väntetider

Det finns begränsande möjligheter att jämföra olika länders väntetider med hjälp av registerdata, så vi använder självupplevda väntetider till icke-akut vård, till specialistvård och till operationer från IHP-undersökningarna 2020 och 2023. Den självupplevda väntetiden till primärvård är längst i urvalet, och patienter i Sverige upplever även jämförelsevis långa väntetider till besök och operationer i specialiserad vård. De svenska resultaten var i stort sett oförändrade 2020–2023, men många länder närmar sig de svenska resultaten på grund av försämrade upplevelser av väntetider 2020–2023.

Enligt de registerbaserade indikatorerna har väntetiderna i Sverige minskat senaste året, men vi kan inte jämföra uppdaterade patientupplevelser med andra länder eftersom nästa befolkningsundersökning görs 2026.

Även i andra länder minskar de registerbaserade väntetiderna, ett tecken på att man har betat av större delen av det uppdämda vårdbehov som pandemin ledde till. I Danmark var 2024 års väntetider till specialiserad vård på samma nivå som före pandemin (Danske regioner 2024). I Norge minskade den genomsnittliga väntetiden 2025 till under 2019 års nivå (Folkehelseinstituttet 2026).

Sverige har inte särskilt höga tillgänglighetsbarriärer jämfört med andra länder. Få avstår från vård på grund av restid eller av ekonomiska skäl, men att väntetiderna upplevs som ett skäl till att avstå från att söka vård förhindrar att Sverige placerar sig högre än mitten. Sverige har även ett medelhögt resultat när det gäller andelen patienter som får svar samma dag när de kontaktar sin ordinarie vårdcentral. År 2023 var andelen i Sverige 72 procent, jämfört med 78 procent 2020.

7 Resurser

Hälso- och sjukvården har både ekonomiska resurser och reala resurser i form av personal och vårdplatser. Vi belyser ekonomiska resurser med hälso- och sjukvårds-kostnad per invånare och och reala resurser med personalresurser per 1 000 invånare samt disponibla vårdplatser per 1 000 invånare. Figur 10 sammanfattar de viktigaste resultaten.

Figur 10. Övergripande resultat för hälso- och sjukvårdens kostnader och reala resurser (personal och vårdplatser) på nationell nivå, i regional jämförelse och i internationell jämförelse.

	Nationell trend	Regioner	Internationell jämförelse
Kostnader	**Kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar** • Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat 2022–2024. • Det är framförallt kostnader för somatisk vård som ökat.	**Det finns tydliga regionala skillnader** • Det finns tydliga regionala skillnader i kostnaderna per invånare. • Det finns också vissa regionala skillnader i fördelning mellan verksamhetsområden.	**Sverige har medelhöga kostnader** • Sverige ligger i mitten av liknande länder avseende både kostnad per invånare och kostnad som andel av BNP 2024. • Sverige ligger däremot högt jämfört med hela EU.
Personella resurser	**Personalutvecklingen ser olika ut för olika grupper** • Antalet läkare per invånare ökar något, men andelen specialister i allmänmedicin sjunker. • Antalet sjuksköterskor har också ökat 2016–2024, men i lägre utsträckning än läkare.	**Regionala skillnader i både personal och vårdplatser** • Det finns tydliga skillnader mellan regioner i andelen specialistläkare och specialistsjuksköterskor. • Skillnaderna mellan regioner är särskilt stora för andelen specialister i allmänmedicin.	**Mycket personal men få vårdplatser** • Sverige ligger medelhögt i antalet läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare år 2024. • Däremot har Sverige få allmänläkare i förhållande till övriga länder.
Disponibla vårdplatser	**Antalet vårdplatser minskar** • Antalet disponibla vårdplatser har minskat sedan 2015 från 2,42 per 1 000 invånare till 1,85 per 1 000 invånare 2024. • Minskningen sker främst inom den specialiserade somatiska vården.	**Det finns tydliga regionala skillnader** • Det finns tydliga skillnader mellan regioner i disponibla vårdplatser per 1 000 invånare. Variationskoefficienten (runt 12 procent) har inte förändrats sedan 2022.	**Få vårdplatser i internationell jämförelse** • Sverige har lägst antal disponibla vårdplatser bland jämförbara länder och bland alla länder i EU 2023. • Alla ländernas disponibla vårdplatser sjunker över tid.
	Ökat Oförändrad utveckling Minskat	+- 5 procent avvikelse i variationskoefficient +- 5–15 procent avvikelse i variationskoefficient +- 15+ procent avvikelse i variationskoefficient	Högre resultat i jämförelse Neutralt resultat i jämförelse Lägre resultat i jämförelse
	Resurser är gråmarkerade på grund av att positiv eller negativ riktning inte kan bedömas utifrån enbart mått på resurser.		

Not. Den nationella trenden visar utvecklingen sedan den förra uppföljningen (2022). Senaste mätår varierar mellan 2023 och 2025 beroende på indikator. Spridningen mellan regioner anger variationskoefficienten, det vill säga hur stora skillnaderna är i förhållande till medelvärdet. Det gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden.

7.1 Ökande kostnader i hälso- och sjukvården

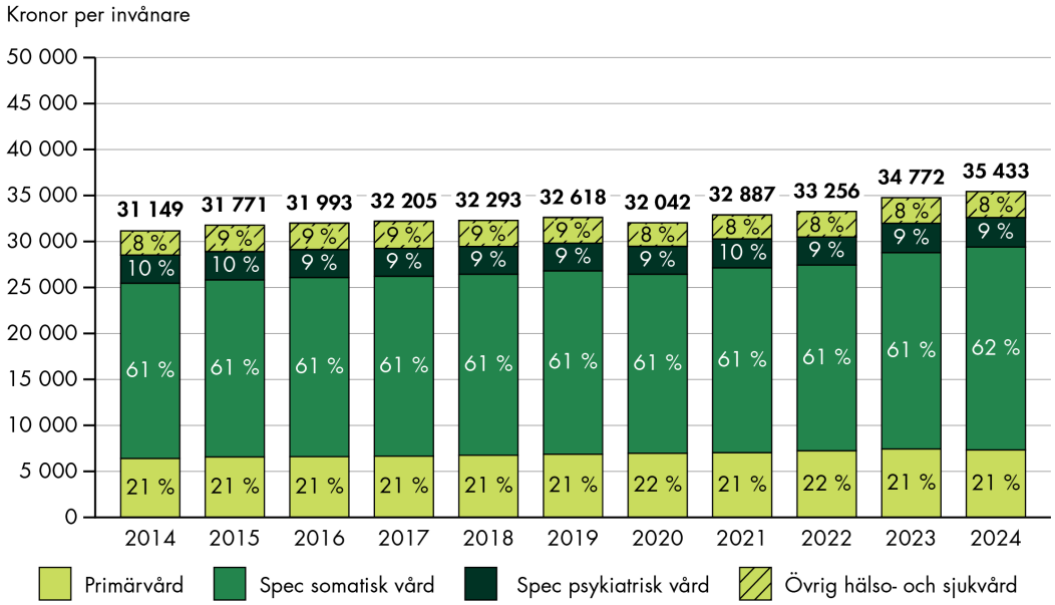
Hälso- och sjukvårdens kostnader och andel av ekonomin har ökat över tid, men utvecklingen ligger i nivå med jämförbara länder. Kostnaderna har ökat mest i den

specialiserade vården, medan primärvårdens andel är i stort sett oförändrad. Ökningen drivs främst av personal- och lönekostnader samt köp av verksamhet. Analyser av kostnadsökningarna under de senaste åren tyder på att de framför allt beror på ambitionshöjningar, men att den demografiska utvecklingen också spelar in.

7.1.1 Kostnaderna har ökat mest inom den specialiserade vården

Under de senaste tio åren har regionernas samlade nettokostnader för hälso- och sjukvård i riket ökat med 13,8 procent. Det motsvarar en årlig real kostnadsökning på 1,3 procent per invånare. Se figur 11. Den visar också att kostnadsandelarna per verksamhetsområde har varit relativt stabila. Kostnaderna för specialiserad somatisk sjukvård ökade mest 2014–2024 (med 16 procent), särskilt efter 2022. Sedan dess är den procentuella kostnadsökningen störst inom primärvården (14 procent). Ökningen är minst inom den specialiserade psykiatriska vården.

Figur 11. Nettokostnader för regional hälso- och sjukvård inklusive läkemedelskostnader per invånare 2014–2024, totalt samt andel per verksamhetsområde (exkl. politisk ledning).



Not. Figuren visar nettokostnader för hälso- och sjukvård inklusive läkemedel i 2024 års fasta priser (enligt LPIK), uppdelat i andel per verksamhetsområde för respektive år (exkl. kostnader för politisk ledning). I måttet ingår nettokostnaden för verksamheterna primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och övrig hälso- och sjukvård.

Primärvårdens kostnadsandel har i princip varit oförändrad, trots ambitionen att öka den i och med omställningen till en god och nära vård. En bidragande orsak är troligtvis att det saknas konkreta mål och konkreta tidshorisonter för den sortens ökning. Bland annat har primärvården inte fått tillräckligt goda ekonomiska eller personella förutsättningar, målen har varit många och delvis otydliga, och den statliga styrningen har också saknat tydliga mekanismer för prioritering, uppföljning och ansvarsutkrävande. Därför har omställningen hittills inte fått tillräckligt genomslag i regionernas formella styrning, exempelvis genom förändrade uppdrag eller tydligare resursfördelning till vårdcentralerna. (Vård- och omsorgsanalys 2025).

7.1.2 Kostnadsutvecklingen drivs främst av löner och övriga personalkostnader

Inom den somatiska specialiserade vården är det framför allt löne- och personalkostnader, kostnad för köp av annan verksamhet än från kommuner och regioner, materialkostnader och fördelade kostnader från serviceverksamheter som står för kostnadsökningarna 2014–2024, med knappt 20 procent vardera. Löner och övriga personalkostnader står tillsammans för 37 procent av kostnadsökningen. Inom primärvården är det köp av verksamhet som främst driver kostnadsutvecklingen, med 35 procent. Detta kan jämföras med 19 procent i den somatiska vården. En viss skillnad i driftsredovisningen är väntad i och med att primärvården har privatiserats i högre grad än den somatiska vården under de senaste tio åren.

En viktig fråga är varför kostnaderna ökar. En vanlig förklaring är att befolkningen blir äldre och att äldre i genomsnitt använder mer vård. Men kostnadsökningar kan också bero på att vården gör allt mer avancerade insatser per person och att vårdens omfattning och innehåll ökar utöver det som befolkningens ålder och behov kräver (Vård- och omsorgsanalys 2024a). En ytterligare förklaring är pris- och löneökningar, eftersom vården är personalintensiv och lönerna måste följa den allmänna utvecklingen trots att vården har svårt att öka produktiviteten i samma takt som andra delar av ekonomin. Vården får då relativt sett betala mer för att kunna behålla en stor mängd högutbildad personal.

Vi har tidigare uppskattat att den totala kostnadsutvecklingen 2001–2019 till cirka 32 procent berodde på befolkningsutvecklingen, till 48 procent på ambitionsförhöjning och till 20 procent på relativa pris- och löneeffekter (Vård- och omsorgsanalys 2024a). SKR uppskattar att runt 60 procent av kostnadsökningarna 2014–2024 beror på den demografiska utvecklingen (SKR 2025a). Analysen beräknas på fasta priser, vilket tar bort effekten av pris- och löneeffekter. Internationell forskning visar snarare att kostnadsutvecklingen drivs av höjda ambitioner samt ökade priser och löner, än av befolkningsutvecklingen. OECD:s modeller visar att befolkningsutvecklingen står för ungefär 5–10 procent av kostnadsökningarna i vården (Lorenzoni m.fl. 2019). En större del förklaras i stället av höjda ambitioner och utökade insatser i vården. OECD uppskattar att sådana faktorer står för omkring 35 procent av kostnadsökningarna (Marino & Lorenzoni 2019). Därtill bedöms ökade priser och löner (”baumoleffekter”) stå för cirka 25–40 procent av kostnadsutvecklingen (Lorenzoni m.fl. 2019).

7.1.3 Kostnadsökningen störst i de regioner som redan hade höga kostnader

Skillnaderna mellan regioner har också ökat, och det är framför allt de regioner som redan hade högst kostnader som har drivit den utvecklingen. Fördelningen mellan primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och övrig vård var ungefär densamma 2024 som 2014, men det finns en viss variation i hur stor andel som varje region lägger på primärvård respektive specialiserad vård.

7.1.4 Kostnadsutvecklingen liknar den i andra länder

Sveriges vårdkostnader ligger i mitten av de jämförbara länderna, med lägre kostnader (2023) än Tyskland, Schweiz, Norge, Nederländerna och Österrike. Kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat för alla europeiska länder de senaste tio åren, inklusive de länder som bedöms vara mer jämförbara. Även hälso- och sjukvårdens andel av BNP i Sverige ligger i nivå med jämförbara länders, drygt 11 procent. Andelen har ökat svagt under de senaste tio åren och utvecklingen är ungefär densamma i resterande jämförbara länder.

7.2 Svensk vård har viss kapacitetsbrist

Antalet vårdplatser har minskat 2015–2025, men hur mycket varierar mellan regionerna. Den vårdplatsbrist som uppmärksammats på senare år beror delvis på personalbrist. Internationellt sett har Sverige medelhög läkar- och sjuksköterskетäthet, men det råder brist på personal i vissa regioner och specialiteter, däribland allmänläkare och vissa sjuksköterskespecialiteter. Sverige har även få allmänläkare i förhållande till befolkningen, jämfört med liknande länder.

7.2.1 Färre vårdplatser än i andra länder

Antalet disponibla vårdplatser fortsatte att minska 2015–2024 i hela landet. Det varierar dock mellan regionerna i hur stor minskningen har varit och denna variation har ökat över tid. Sverige har det lägsta antalet disponibla vårdplatser i EU, vilket är ett direkt resultat av en långvarig utveckling där vården flyttas till öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård och digitala miljöer. En liknande utveckling ses i hela EU. Denna slimmade modell har visserligen lyckats hålla nere kostnaderna och främja integrerad vård, men är nu under press på grund av ökad efterfrågan, vilket leder till betydande kapacitetsbegränsningar (OECD/European Observatory 2025).

7.2.2 Sverige har få allmänläkare

Antalet sysselsatta läkare per invånare ökade 2016–2024. Det gjorde även antalet sjuksköterskor, fast i väsentligt lägre utsträckning. Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning har varit oförändrad sedan 2019, men sedan mätperiodens start 2016 ses en minskning. Det finns även stora regionala skillnader i personaltillgången, särskilt antalet läkare per invånare. I jämförelse med liknande länder ligger Sveriges sjuksköterske- och läkartäthet ungefär i mitten. Antalet allmänläkare per 1 000 invånare är dock den lägsta bland länderna.

Ökningen av specialister i allmänmedicin har under lång tid varit svag i förhållande till både befolkningsutvecklingen och ökningen inom andra specialiteter. Tillgången till allmänläkare har länge varit mindre än efterfrågan, och mindre jämfört med både befolkningsutvecklingen och ökningen inom andra specialiteter. Flera orsaker är strukturella. Det tar lång tid att utbilda specialister, planeringen av tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST-tjänster) har varit bristfälligt samordnad och primärvården har periodvis haft svaga incitament att utbilda fler specialister (Vård- och omsorgsanalys 2018). Brist på handledare och hög arbetsbelastning i primärvården har

också hindrat en snabb ökning av antalet ST-läkare. Välfärdsyrken med lång och specialiserad utbildning är ofta svåra att bygga ut snabbt när behoven ökar (SNS 2026). Även SKR:s analyser pekar på utmaningar för primärvårdens kompetensförsörjning, samtidigt som en åldrande befolkning ökar trycket på vårdens personal, ekonomi och kapacitet. Behovet av en väl bemannad primärvård förstärks också av ambitionen om ökad kontinuitet och fast läkarkontakt (SKR 2022; SKR 2025a).

I en internationell jämförelse rapporterar svenska allmänläkare högre stress och högre psykisk ohälsa än sina motsvarigheter i liknande länder. De är också mindre nöjda med tiden per patient, trots att svenska läkare träffar relativt få patienter, även i förhållande till länder med ett liknande sjukvårdssystem. Den relationella kontinuiteten är även låg i Sverige och det kan ta mycket tid att träffa nya patienter. Svenska primärvårdsläkare sticker ut genom att rapportera många och/eller komplexa behov hos sina patienter. Svenska läkare är dock mer nöjda med att arbeta som läkare jämfört med andra, och få planerar att sluta. (Vård- och omsorgsanalys 2026).

8 Produktivitet och effektivitet

Hälso- och sjukvården står inför en rad utmaningar, bland annat demografiska förändringar som väntas öka behoven av hälso- och sjukvård. Eftersom resurserna är begränsade är det viktigt att de används på rätt sätt. I det sista kapitlet i den sammanfattande rapporten kombinerar vi andra indikatorer i uppföljningen för att beräkna produktivitet och effektivitet.

Produktivitet är relationen mellan insatserna (det vill säga hur mycket vård som kan produceras, till exempel läkarbesök eller operationer) och resurserna som används (vi använder de kostnader som beskrivs i kapitel 7). Produktiviteten kan förstärkas genom till exempel nya behandlingsmetoder eller arbetssätt. Den säger däremot ingenting om utfallet eller resultatet för patienten. Produktivitet kan beskrivas som en delmängd av begreppet *effektivitet*, som handlar om de resultat som ska uppnås i relation till resursersförbrukningen. Vi mäter effektiviteten som relationen mellan resursförbrukningen (kostnaderna i kapitel 7) och ett index baserat på kvalitetsindikatorerna för personcenterring, hälsoutfall och tillgänglighet som presenterats i kapitel 4–6.

8.1 Kostnaden per insats har totalt sett ökat

Det är svårt att ge en bra bild av produktivitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården, eftersom de insatser vi har möjlighet att mäta inte alltid kan spegla förändringar i vårdens innehåll, arbetssätt, prioriteringar och patienternas vårdbehov. En ytterligare komplexitet är covid-19-pandemin, som förändrade vårdens innehåll och produktion tillfälligt, vilket fortfarande syns i den långsiktiga utvecklingen. Trots tolkningssvårigheterna är det värdefullt att följa utvecklingen, eftersom den ger en utgångspunkt till hur vårdens resurser används i förhållande till de insatser vi kan mäta, vilket kan bidra till lärande.

Mellan 2021 och 2024 har den uppskattade produktiviteten ökat i primärvården men sjunkit i den specialiserade somatiska vården. Den samlade produktiviteten i både primärvården och den specialiserade vården minskade med 9 procent 2020–2023. Visserligen ökade den under 2021 och 2022, men produktiviteten blev sedan väsentligt sämre 2023, vilket framförallt drivs av minskad produktivitet i den specialiserade vården.

8.1.1 Minskad produktivitet i specialiserad vård beror på ökade kostnader och minskad vårdkonsumtion

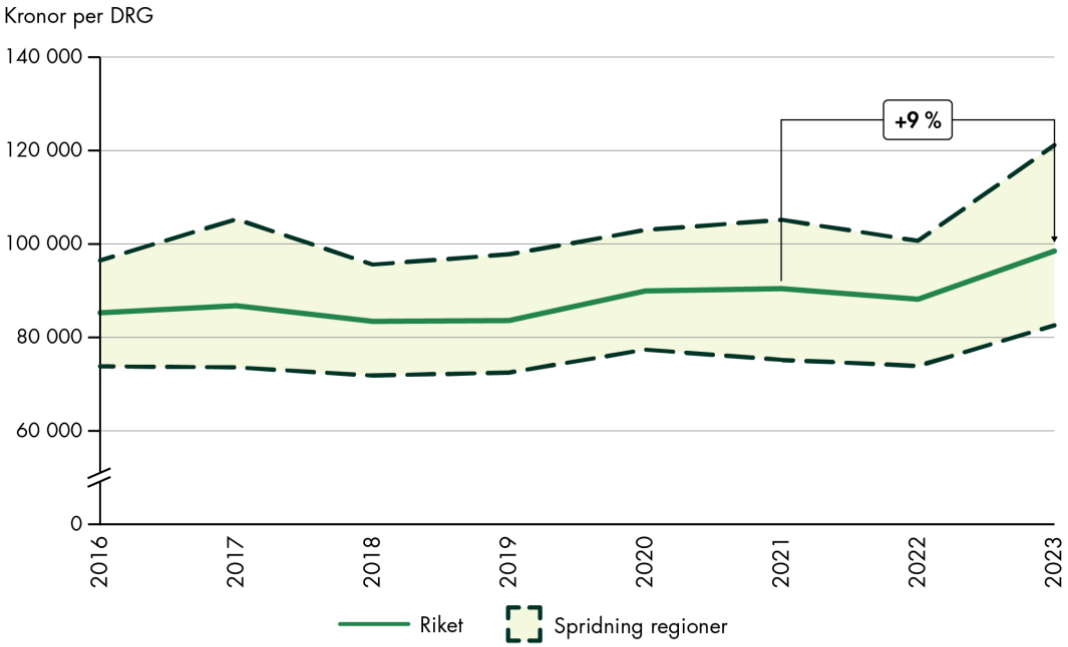
För den specialiserade somatiska vården mäter vi insatser genom antalet konsumerade DRG-poäng (DRG står för diagnosrelaterade grupper). DRG-poängen tar hänsyn till hur resurskrävande olika vårdtillfällen är, vilket gör måttet mer rättvisande än exempelvis antalet besök som inte säger så mycket om innehållet.

Det är framför allt i den specialiserade slutenvården som vi ser lägre produktion, där konsumtionen av slutenvård per invånare minskade kontinuerligt 2015–2023. Inom den specialiserade öppenvården ökade i stället vårdkonsumtionen per invånare, vilket är i linje med en pågående utveckling där allt fler insatser kan göras som dagkirurgiska ingrepp i öppenvården eller behandlas med läkemedel, utan att patienten läggs in över natten. Den stora ökningen i kostnad per konsumerad DRG syns dock från 2022 till 2023. Det beror både på ökade kostnader och att vårdkonsumtionen i både slutenvård och öppenvård minskade (se figur 12). Det kan bero på en minskad produktivitet, men också på att vi inte kan fånga förändringar i behandlingsmetoder och arbetssätt.

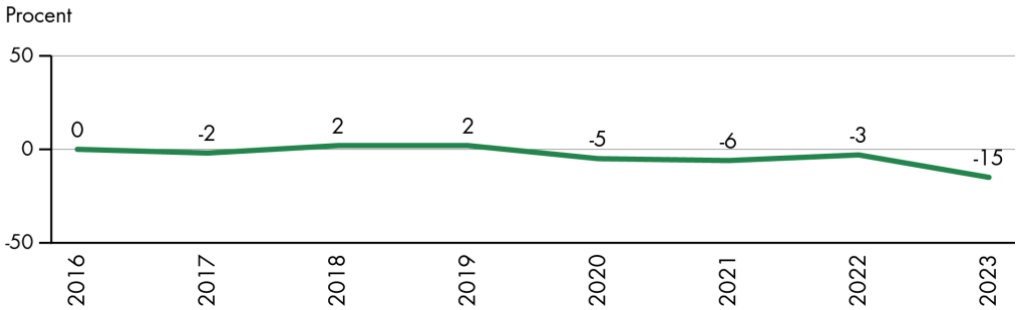
För att kunna jämföra vårdkonsumtionen i DRG över tid använder vi vikter från 2020. En stor nackdel med DRG är därför att vi kan missa en övergång till nya arbetssätt, och därmed överskatta produktivitetsminskningen i den specialiserade vården. Det kan både handla om förflyttningar mellan vårdområden, som att behandlingar som tidigare utfördes i slutenvården kan genomföras i öppenvård, och medicinska framsteg såsom att operationer ersätts med läkemedel.

Figur 12. Utveckling i kostnad per insats i specialiserad vård 2016–2023.

Kostnad per DRG i somatisk specialiserad vård och spridning mellan regioner, 2016–2023



Produktivitetsutveckling, procent sedan 2016



8.1.2 Ökad produktivitet i primärvården kan bero på att vi mäter fler digitala besök över tid

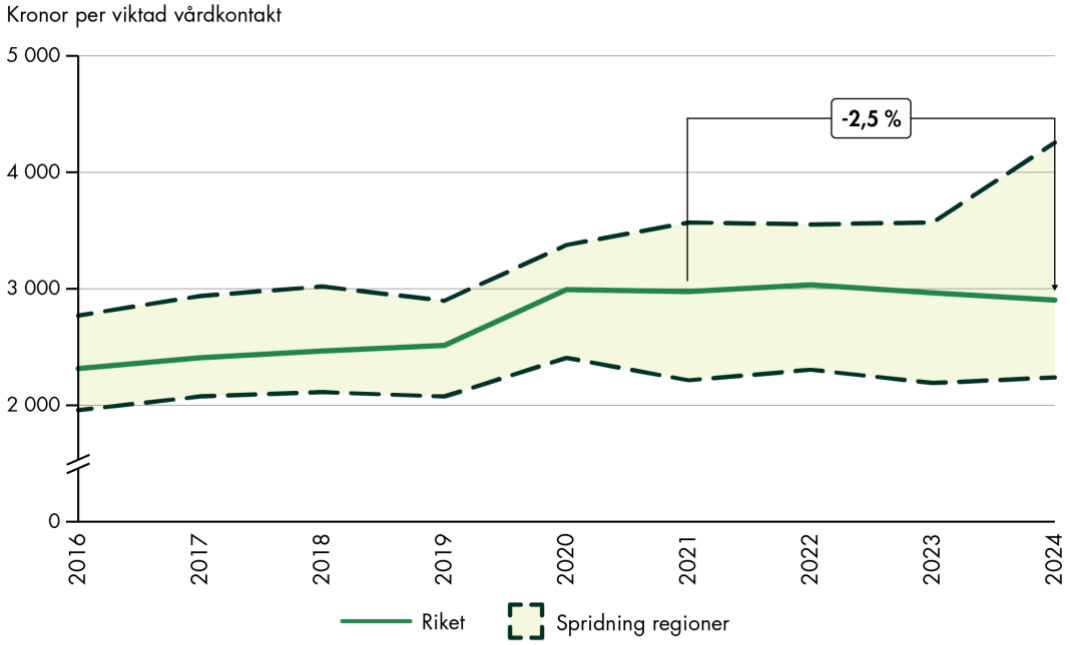
För primärvården mäter vi produktivitet som kostnaden per viktat primärvårdsbesök. Viktade vårdbesök inkluderar både fysiska och digitala besök till flera personalkategorier som viktas samman utifrån den genomsnittliga resursförbrukningen vid olika besök. Högre kostnad per besök innebär lägre produktivitet, och en minskad kostnad per besök ger högre produktivitet.

Under 2021–2024 minskade kostnaden per viktat primärvårdsbesök med runt 2 procent, vilket innebär att produktiviteten i primärvården ökade (se figur 13). Till viss del kan den ökade produktiviteten i primärvården bero på återhämtningseffekter efter pandemin. Kostnaden per besök ökade ganska kraftigt 2020 när de fysiska besöken hastigt avtog på grund av pandemin. Minskningen i besök under pandemin berodde i första hand på färre fysiska besök till läkare, de besök som får störst vikt i modellen. De fysiska besöken till exempelvis sjuksköterskor minskade inte lika mycket. Samtidigt ökade de digitala vårdkontakterna. De får dels en lägre vikt enligt modellen, men det finns också brister i täckningsgraden gällande hur stor del av de digitala besöken vi kan mäta.

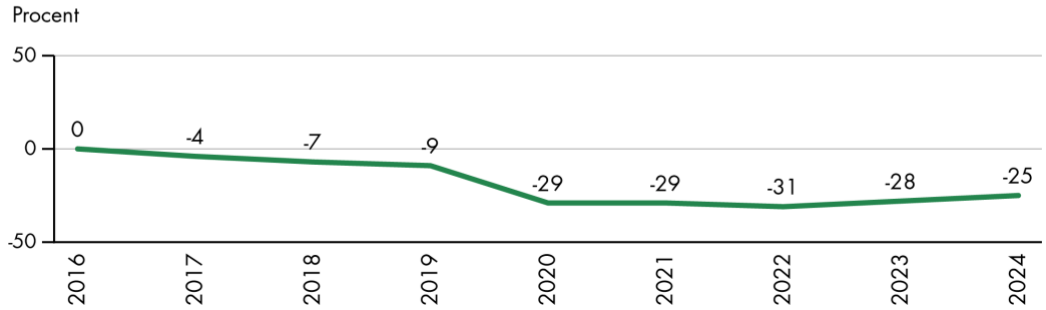
Eftersom vi inte kan fånga samtliga digitala besök inom primärvården, är minskningen av de viktade primärvårdbesöken under pandemin troligtvis överskattad. Det innebär att en del av produktivitetsökningen i primärvården 2021–2024 kan bero på en successiv återgång till fysiska besök tillsammans med att fler digitala vårdbesök kan mätas.

Figur 13. Utveckling i kostnad per insats i primärvård, 2016–2024.

Kostnad per viktad vårdkontakt i primärvården och spridning mellan regioner, 2016–2024



Produktivitetsutveckling, procent sedan 2016



8.2 Tre regioner utmärker sig i alla analyser av måluppfyllelse kopplat till resurser

Produktivitetsmått visar hur mycket vård som produceras, men fångar inte kvalitet eller förändrade arbetssätt. Därför ger effektivitetsmått en mer heltäckande bild, eftersom de väger in både resultat och resurser. Effektivitet syftar till att fånga hur väl de övergripande målen med hälso- och sjukvården uppnås i förhållande till de resurser som används. Vi utgår från de indikatorer för måluppfyllelse som ingår i uppföljningen och använder flera metoder. Samtidigt är det metodologiskt komplext att mäta effektivitet i hälso- och sjukvården, och det finns inget enskilt mått som fullt ut fångar vårdens mål. I alla metoder används kostnader per invånare, justerade för skillnader i behov och struktur, som mått på resursanvändning. För att få mer tillförlitliga resultat används fleråriga uppföljningar.

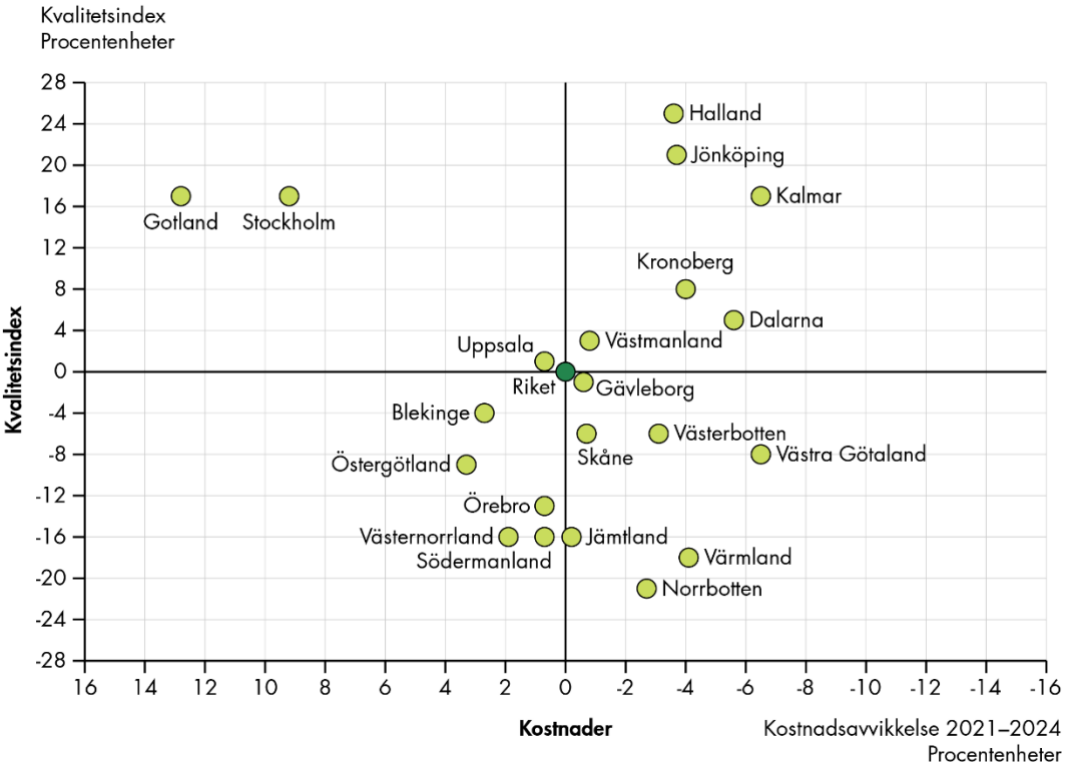
Vi ser positiva samband mellan våra skattningar av produktivitet och effektivitet på regionnivå. Regionerna Halland, Kalmar och Jönköping har genomgående bättre sammanvägda kvalitetsresultat för de fyra kvalitetsområdena än snittet för riket samt lägre justerade kostnader per invånare än snittet för riket. I den senaste uppföljningsperioden (2021–2024) hade de även bättre resultat än rikssnittet för sammanvägd produktivitet. Halland, Kalmar och Jönköping ligger också alla på effektivitetsfronten i vår DEA-skattning.

8.2.1 Halland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Dalarna och Västmanland effektivast i matrisen

I den första analysen jämför vi ett samlat kvalitetsindex, som är baserat på de 11 kvalitetsindikatorerna sammanvägda utifrån hur viktiga de är enligt befolkningen, med kostnader per invånare i en matris. Metoden visar vilka regioner som kombinerar hög kvalitet med låga kostnader.

Sex regioner – Halland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Dalarna och Västmanland – har både högre sammanvägda kvalitetsresultat och lägre kostnader än genomsnittet i riket (se figur 14). De kan alltså sägas vara relativt sett effektivare än de fem regioner – Sörmland, Västernorrland, Blekinge, Östergötland och Örebro – som har både lägre kvalitetsresultat och högre kostnader än genomsnittet i riket. Övriga regioner har antingen högre kvalitet och högre kostnader än genomsnittet i riket, eller lägre kvalitet och lägre kostnader än genomsnittet i riket.

Figur 14. Effektivitetsmatris 2021–2024.



Not. Regioners avvikelser från rikssnittet för kvalitetsindex 2021–2024 (lodrät axel) och genomsnittlig kostnad per invånare för hälso- och sjukvård 2021–2024 (vågrät axel). Kostnaden på invånare är struktur- och behovsjusterad med kostnadsutjämningen.

Med motsvarande analys för tidsperioden 2017–2020 hamnar regionerna Jönköping, Kalmar, Kronoberg och Halland fortsatt i rutan med både högre kvalitetsresultat och lägre kostnader än genomsnittet i riket. Vi har tidigare genomfört analyserna med andra indikatorer, normaliserade värden och en alternativ kostnadsutjämning för struktur-justering (Ekonomistyrningsverket 2025). Användning av andra (men liknande) mått på måluppfyllelse ger inga stora effekter på resultaten. Däremot blir det stora förändringar för de regioner som påverkas mycket av en alternativ kostnadsutjämning.

8.2.2 Halland, Jönköping och Kalmar mest effektiva enligt DEA-analysen

Vi gör också en så kallad Data Envelopment Analysis (DEA-analys) – en statistisk metod som väger samman flera resultatmått och kostnader till ett enda effektivitetsmått per region (se bilaga 2). Den visar vilka regioner som är mest effektiva i förhållande till övriga och hur stor förbättringspotentialen är för övriga regioner. Vår DEA-skattning av regionernas relativa effektivitet 2021–2024 visar att Halland, Jönköping och Kalmar har en effektivitetsscore på 1. De definierar alltså de mest effektiva regionerna i analysen.

Den genomsnittliga effektiviteten bland regioner är 0,93, vilket kan ses som att det finns en förbättringspotential på 7 procent bland regionerna för att nå fronten där Halland, Jönköping och Kalmar befinner sig. I en motsvarande analys, men med andra insats-indikatorer, beräknas effektiviseringspotentialen till 21 procent (Mosaddegh & Angelov 2025). Det visar att valet av insatsvariabler kan ha stor effekt på resultatet i DEA-analyser.

8.2.3 Samband mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och kostnader

Vi har också studerat den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten i regionerna 2021–2023 i förhållande till kostnad per invånare. Resultaten pekar på att Region Halland är en av de mest effektiva regionerna enligt detta mått, med lägst sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare och fjärde lägsta kostnaderna för hälso- och sjukvård per invånare (korrigerade för strukturella och behovsmässiga faktorer enligt befintligt utjämningssystem). Totalt sett ser vi ett mycket svagt samband mellan dödlighet och kostnader. Sambandet är relativt starkt om vi exkluderar Region Stockholm, vars kostnader per invånare är mycket högre än övriga regioner med undantag av Gotland.

Fördjupad resultatredovisning

9 Indikatorerna i ramverket speglar hälso- och sjukvårdens mål

Uppföljningen utgår från ett ramverk som kopplar vårdens lagstadgade mål till konkreta kvalitetsområden och indikatorer samt beskriver hur de relaterar till varandra. I urvalet har vi lagt särskilt vikt vid kvalitetsområden och indikatorer som är viktiga ur patienternas perspektiv, genom enkäter och diskussioner med patient- och brukarföreträdare. Vi har även tidigare använt ramverket för att följa upp hälso- och sjukvårdens resultat (Vård- och omsorgsanalys 2019; Vård- och omsorgsanalys 2022b).

Ramverket (figur 15) visar hur uppföljningens olika delar hänger ihop och påverkar varandra. Samtidigt är sambanden komplexa: kvalitet, jämlikhet och effektivitet påverkas av resurser och insatser, men också av befolkningens hälsa, behov och tillgång till vård. Ett antagande i uppföljningen är att indikatorerna på ett rimligt sätt speglar centrala dimensioner av indikatorområdena, såsom hälsoutfall, personcentrering och effektivitet. För samtliga indikatorer finns dock olika mätproblem. Därför har vi sökt efter indikatorer som kompletterar varandra, och det är viktigt att tolka indikatorerna som en helhet och inte var för sig. I det här kapitlet redovisar vi ramverket, indikatorerna och målen som de relaterar till. Mer information om metod finns i bilaga 1.

Figur 15. Indikatorområden i ramverket för nationell uppföljning.

Ramverket innehåller både resultatindikatorer, processindikatorer och strukturindikatorer:

- Resultatindikatorer, eller kvalitetsindikatorer, mäter vad som uppnås, det vill säga slutresultatet för patienten, såsom hälsa eller upplevelse.
- Processindikatorer mäter något som antas ha betydelse för vårdprocessens resultat, alltså aktiviteter som går att mäta i antal insatser eller åtgärder.
- Strukturindikatorer mäter förutsättningarna för att uppnå goda resultat, alltså de samhälleliga strukturer som utgör ramarna för både verksamheter och en god och jämlik hälsa, exempelvis tillgång till personal med en viss utbildning eller befolkningens underliggande hälsa.

9.1 Kvalitetsindikatorer för vårdens hälsoutfall, personcentrering och tillgänglighet

Den översta delen av figuren består av kvalitetsindikatorer för tre indikatorområden som utgår från hälso- och sjukvårdens mål – goda hälsoutfall, ett personcentrerat arbetssätt och tillgänglighet (väntetider och barriärer till att söka vård).

9.1.1 Tre indikatorer för vårdens hälsoutfall

Hälso- och sjukvårdens övergripande mål är att främja god hälsa och erbjuda vård på lika villkor för hela befolkningen (se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Vi belyser **vårdens hälsoutfall** med tre indikatorer som visar hur väl hälso- och sjukvården möter både medicinska behov och behov som rör livskvalitet:

- *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* är ett mått på om hälso- och sjukvården kan förhindra dödsfall i sjukdomar där hälso- och sjukvårdens insatser har stor betydelse för överlevnaden.
- *Hälsogapet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen* fångar livskvaliteten hos personer med sjukdom.
- *Patienters upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett* fångar hur väl vården motsvarar patienternas behov.

9.1.2 Två indikatorer för personcentrering

Vården ska också vara personcentrerad, det vill säga bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (se 5 kap. 1 § HSL samt 1 kap. 6–7 §§ och 2 kap. 1 § patientlagen [2014:821], PL). Med **personcentrering** avses alltså hur väl vården anpassar sina insatser till individens behov och förutsättningar. Att vården är personcentrerad är ett mål i sig, men det ökar också förutsättningarna för goda hälsoutfall. Indikatorerna för personcentrering består av patientrapporterade upplevelsemått som sammanställs i två indikatorer:

- *Upplevelse av vårdmötet* belyser det patientupplevda självbestämmandet, integriteten och personkontakten under vårdtillfällen. Resultaten anger hur stor andel (i procent) som har haft en god upplevelse av vårdmötet. Upplevelsen är en samlad bedömning utifrån svar på flera frågor om vårdmötet.
- *Upplevelse av samordning* belyser hur patienten upplevde samordningen i vården, vilket är nära sammankopplat med kontinuiteten och säkerheten. Resultaten anger hur stor andel (i procent) som instämmer helt eller delvis i påståendet att deras vård har varit samordnad.

9.1.3 Tillgänglighet illustreras av tre indikatorer för barriärer och tre indikatorer för väntetider

Vården ska också vara lättillgänglig, och om det behövs ska patienten snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (se 5 kap. 1 § 5 HSL och 2 kap. 1 § PL). Det handlar dels om möjligheten att komma i kontakt med vården, dels om väntetiden till ett besök eller en behandling när kontakten väl är tagen.

Barriärer till att söka vård *(*tillgänglighetsbarriärer*)* är i figur 15 en ram runt vårdsystemet för att åskådliggöra att det handlar om barriärer att få tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser och insatser. Det kan till exempel handla om att patienter har svårt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården på telefon eller svårt att ta sig till hälso- och sjukvården. Vi följer upp tillgänglighetsbarriärer med tre indikatorer:

- *Tillgång till vård* belyser den patientupplevda tillgången. Resultaten anger hur stor andel (i procent) som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den vård som de behöver.
- *Personer som uppger att de trots upplevt behov inte blivit undersökta eller fått vård på grund av kostnad, reseavstånd eller väntetid (avstått från att söka vård)* visar andelen i befolkningen som har upplevt ett vårdbehov men undvikt att söka vård på grund av någon av de tre anledningarna.
- *Telefontillgänglighet i primärvården* anger andelen av telefonsamtalen (som handlar om rådgivning eller tidsbokning) till vårdcentraler under ordinarie öppettider som besvaras samma dag.

Långa **väntetider** till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men väntetiden kan vara påfrestande även om det medicinska resultatet inte påverkas, exempelvis på grund av oro, stress och obehag. Samtidigt finns det många tillstånd där en viss väntetid är befogad, och väntetid i sig är därför inte nödvändigtvis något negativt. Vi inkluderar tre indikatorer för väntetid, vilka fastställs i den nationella vårdgarantin (se 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] HSF):

- andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar efter första kontakt
- andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården

- andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på behandling i den specialiserade vården.

De två sista kopplar vi även till andelen som fått ett besök eller en behandling inom vårdgarantins tidsgränser.

9.2 Indikatorer för insatser och resurser för att följa den övergripande utvecklingen

Ramverket omfattar också process- och strukturindikatorer för hälso- och sjukvårdens insatser och resurser.

För att uppnå god kvalitet görs olika **insatser** inom vården, exempelvis förebyggande insatser, besök hos vårdpersonal, operationer och behandlingar. Vi följer några av de insatser som görs i primärvården och den specialiserade vården, men har inte möjlighet att följa alla.

För att kunna producera insatser används **resurser**, även kallat produktionsfaktorer. Kostnaderna är mängden av alla produktionsfaktorer som används som resurser, exempelvis personal, medicinteknik, lokaler och infrastruktur, multiplicerat med priset på dessa. Det innebär att kostnadsökningar kan förklaras av ökningar i både mängd och pris.

9.3 Jämlikhet mellan befolkningsgrupper och regioner är ett viktigt mål

Jämlikhet – det vill säga avsaknad av omotiverade skillnader mellan regioner eller grupper i befolkningen – spänner tvärs över vårdens kvalitetsområden, insatser och resurser. En utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen (se 3 kap. 1 § HSL). Vad det innebär beskrivs närmare i den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården, som består av tre principer (se prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. s. 114). Begreppet ”vård på lika villkor” utgår från människovärdesprincipen och innebär att alla ska ha rätt till samma vård vid behov – oavsett kön, ålder, initiativförmåga, utbildningsnivå, betalningsförmåga, födelseland, kulturella olikheter eller bostadsort. Människovärdesprincipen är nära kopplad till behovs- och solidaritetsprincipen, som anger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Principen innebär att hälso- och sjukvården inte bara ska främja en så god hälsa som möjligt i befolkningen, utan att den också ska bidra till att minska skillnaderna i hälsoutfall (den har ett kompensatoriskt uppdrag, vilket innebär att den ska bidra till att minska skillnader i hälsa som beror på exempelvis kön, genetiska faktorer, ålder och socioekonomiska förhållanden).

Vård på lika villkor innebär dock inte jämlikhet i utfall. Skillnader kan vara motiverade om de beror på olika medicinska behov, olika åldersstruktur eller olika sjukdomsbörda. Det är de omotiverade skillnaderna som strider mot principen om vård på lika villkor, och som styrs av exempelvis individens resurser, efterfrågeförmåga eller samhällsposition snarare än behovet av vård. Vård- och omsorgsanalys (2014) har tidigare definierat

omotiverade skillnader som ”skillnader i vård, behandling, bemötande eller utfall mellan olika grupper i befolkningen som **inte** kan förklaras av skillnader i behov, patientpreferenser eller medicinsk evidens, och där det inte finns sakliga, etiskt godtagbara skäl för skillnaden”.

Vi inkluderar inte jämlikhet som ett eget indikatorområde i årets uppföljning, men i samband med andra analyser undersöker vi vissa skillnader mellan grupper.

9.4 Resurser relateras till andra indikatorer för att mäta produktivitet och effektivitet

Ramverket inkluderar även indikatorer för hur resurserna förhåller sig till insatserna som produceras (produktivitet) och resultaten som ska uppnås, mätt genom kvalitetsindikatorerna (effektivitet).

Den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården består även av en tredje princip, kostnadseffektivitetsprincipen, som är underordnad de två andra principerna (se prop. 1981/82:97 s. 114). Den innebär att hälso- och sjukvården är skyldig att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska alltså prioriteras framför lindrigare åkommor, även om vården av de svåra tillstånden är dyrare. Även HSL anger att hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL).

Effektivitet avser något förenklat förhållandet mellan de resurser som används och hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse. Hög måluppfyllelse tillsammans med låga kostnader innebär hög effektivitet. I den här rapporten använder vi de kvalitetsindikatorer vi inkluderar i uppföljningen, som är utvalda för att spegla hälso- och sjukvårdens mål. Det finns dock målkonflikter mellan de övergripande målen, alltså att vården ska både bidra till god hälsa, vara resurseffektiv, ges där behoven är störst och ges på lika villkor. De är viktiga att ta hänsyn till vid analyser och jämförelser på systemnivå. Till exempel kan hög effektivitet uppnås genom att resurser används för att öka hälsan för ett fåtal mycket hälsosamma individer, om det leder till att höja genomsnittet i hälsa. Det stider dock mot principen om vård efter behov.

Produktivitet kan beskrivas som en del av effektiviteten och avser förhållandet mellan resurserna och det som vården ”presterar”, eller insatserna, exempelvis läkarbesök, operationer och behandlingar. En jämförelsevis låg kostnad per utförd insats indikerar här bättre produktivitet. En utmaning med produktivitet är att det säger väldigt lite om hälso- och sjukvårdens faktiska resultat. Det finns i dagsläget inga produktivitetsmått som kan mäta vårdens utveckling på ett rättvisande sätt (se exempelvis Ellegård, Gerdtham och Heckley, 2026).

9.5 Befolkningens hälsa och behov är en viktig analysram

Till sist innehåller ramverket också indikatorer för befolkningens **hälsa** och **behov**. Information om befolkningens hälsa är grundläggande för att identifiera behovet av hälso- och sjukvård och bedöma om den tillgängliga vården motsvarar dem. Samtidigt

påverkas underliggande hälsa och behov inte enbart av hälso- och sjukvårdens insatser, utan till stor del också av faktorer som ligger utanför vad hälso- och sjukvården kan påverka. Befolkningens hälsa och behov ligger därför längst ner som en ”grund” till ramverket. Vi inkluderar indikatorer men analyserar dem inte som kvalitetsindikatorer, utan snarare som en underliggande förutsättning och ett tolkningsunderlag för kvalitets- och processindikatorerna, som direkt kan kopplas till hälso- och sjukvårdens verksamhet.

9.5.1 Sociala faktorer har stor betydelse för vårdens utfall

Hälso- och sjukvården ska genom förebyggande arbete samt utredning och behandling av sjukdom bidra till god hälsa i befolkningen. En utgångspunkt i etablerade ramverk är att sjukvården bidrar till hälsan (Vård- och omsorgsanalys 2019). Samtidigt är sambandet mellan hälsa och vårdens hälsoutfall komplext eftersom vårdens insatser påverkar både dagens och framtidens hälsa och vårdbehov, samtidigt som befolkningens hälsa också kommer påverka vårdens utfall. Förebyggande arbete, behandling, vaccinationer och screening kan minska sjukligheten och dödligheten, vilket gör det svårt att avgöra om bättre utfall beror på lägre behov eller mer effektiv vård. Detta är ett grundläggande kausalitetsproblem.

Befolkningens hälsa, behov och hälsoutfall påverkas också i stor utsträckning av faktorer utanför hälso- och sjukvårdens insatser. Det handlar exempelvis om insatser från kommunal omsorg, socialtjänst och hälso- och sjukvård, elevhälsan, idrottsrörelsen och nationella myndigheter. Forskning om hälsans sociala bestämningsfaktorer visar att hälsoskillnader i hög grad formas av de villkor som människor föds, växer upp, lever, arbetar och åldras under, snarare än av vården (SOU 2017:47). Studier som försökt uppskatta vårdens relativa bidrag tyder dessutom sociala förhållanden och levnadsvanor har större betydelse än tillgång till vård (Marmot 2005; McGinnis m.fl. 2002; Kaplan & Milstein 2019).

9.5.2 Viktigt att försöka justera för sociala faktorer som vården inte kan påverka

För att kunna jämföra exempelvis kvalitet och effektivitet är det viktigt att skilja mellan å ena sidan strukturella skillnader (som skillnader i behov) mellan länder, regioner och befolkningsgrupper, och å andra sidan skillnader i utfall som beror på de insatser som hälso- och sjukvården gör.Vi justerar för vissa sådana faktorer i jämförelser mellan regioner.

10 Fördjupade resultat per indikator

10.1 Befolkningens hälsa och behov

I det här kapitlet presenterar vi utvecklingen av befolkningens hälsa och behov. Syftet är att ge en övergripande bild av hur behoven av hälso- och sjukvård förändras över tid och hur de varierar geografiskt och socioekonomiskt, som underlag för bedömningar av jämlikhet och resursfördelning. Vi redovisar följande indikatorer:

- självskattad hälsa
- förekomst av långvarig sjukdom och hälsobesvär
- hälsorelaterad livskvalitet.

För riket som helhet och i vissa fall regionerna redovisar vi också

- kompletterande strukturindikatorer: förväntad återstående medellivslängd, befolkningsutveckling och sjukdomsbörda samt den behovsrelaterade kostnadsutjämningen mellan regioner.

Indikatorerna i kapitlet används framför allt som ett tolkningsunderlag för övriga indikatorer, eftersom ålderssammansättning och behov i regionen kommer att påverka vårdbehovet eller utfallen i medicinska kvalitetsindikatorer. Därför inkluderar vi även kostnadsutjämningen, som vi använder för att justera effektivitets- och produktivitetsjämförelser.

10.1.1 Självskattad hälsa

Den självskattade hälsan fångar den självrapporterade hälsorelaterade livskvaliteten hos befolkningen. Självskattad hälsa har i flera studier visat sig vara en viktig prediktor för framtida dödlighet och sjukvårdskonsumtion (KCE 2018; Thomas m.fl. 2024). Indikatorn baseras på en fråga i Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor, och visar andelen som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”.

10.1.2 Långvarig sjukdom och långvariga hälsobesvär

Långvarig sjukdom och långvariga hälsobesvär är ett självrapporterat mått som visar andelen av befolkningen som anger att de har en långvarig sjukdom eller långvariga hälsoproblem. Sådana sjukdomar och hälsobesvär kräver ofta tät kontakt med hälso- och sjukvården och ibland livslång behandling. Sammantaget står kroniska sjukdomar för majoriteten av dödsfallen och sjukdomsbördan i Europa (European Commission 2025b). Men de patienter som får rätt behandling kan ofta leva med god hälsa. Indikatorn baseras på en fråga i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning Hälsa på lika villkor och visar

andelen som svarat ja på frågan ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?”.

10.1.3 Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)

Indikatorn baseras på resultat från vår befolkningsenkät, som inkluderade ett formulär baserat på EQ-5D-Y-5L (EuroQol Research Foundation 2025). EQ-5D-Y-5L är ett instrument från EuroQol som mäter hälsorelaterad livskvalitet (PROM) i fem dimensioner: rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärta och besvär samt oro och nedstämdhet. Varje dimension har fem svarsnivåer, från inga problem till stora svårigheter. Detta innebär att den som svarar kan gradera exempelvis sin rörlighet från att inte kunna gå omkring
(motsvarar 5) till att inte ha några svårigheter med att gå omkring (motsvarar 1). Respondenten får även ge en helhetsbedömning av sin hälsa med en visuell skala (VAS). Svaren omvandlas till ett sammanvägt index (vikter) baserat på ett svenskt värdeset (Sun m.fl. 2022). Vikterna beräknas statistiskt och gör det möjligt att jämföra olika hälsotillstånd på en gemensam skala.

10.1.4 Strukturindikatorer – hälsa och behov i riket och i regioner

Vi kompletterar indikatorerna ovan med information om förväntad återstående medel-livslängd, befolkningsutveckling, sjukdomsbörda och kostnadsutjämningen för att få en mer heltäckande bild av hälsan i befolkningen.

Återstående livslängd vid 30 års ålder

Återstående livslängd vid 30 års ålder är ett hypotetiskt mått som indikerar hur många ytterligare år en person i 30-årsåldern i genomsnitt lever, baserat på dödligheten i alla åldrar under ett visst år (SCB 2026). Beräkningen bygger alltså på att dödligheten inte förändras för det aktuella året. Syftet med indikatorn är att möjliggöra jämförelser av dödlighet mellan grupper, exempelvis utifrån utbildningsnivå, utan att resultaten påverkas av utbildningsnivån hos personer i yngre åldrar. Förväntad livslängd påverkas av både folkhälsa och hälso- och sjukvård, och ökade hälso- och sjukvårdsutgifter, tillsammans med medicinska framsteg och förbättrade levnadsförhållanden, har bidragit till en långsiktig ökning av den förväntade medellivslängden (OECD 2025a).

Befolkningsutveckling

Den demografiska utvecklingen har stor betydelse för det totala behovet av hälso- och sjukvård. Därför inkluderar vi information om befolkningsutvecklingen 2005–2025 samt prognosen för 2045 i riket och i regionerna. Informationen är hämtad från SCB.

Sjukdomsbörda

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård kan också mätas som sjukdomsbörda per sjukdomstillstånd i form av förlorade levnadsår – DALY (disability-adjusted life years). DALY är ett mått på antalet år som förloras till följd av för tidig död i sjukdom, och på antalet levnadsår med sjuklighet och funktionsnedsättning, jämfört med ett ”idealiskt” hälsotillstånd där alla i befolkningen lever opåverkade av sjukdom och till den förväntade medellivslängden. Data kommer från globala sjukdomsbördeprojektet (GBD) och har hämtast från GBD-databasen genom verktyget GBD Results, tillgängligt på https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/ under maj 2026. Beräkningarna omfattar

hälsotillstånd som definieras med sjukdomsklassifikationen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Indikatorn fångar i första hand nedsatt hälsa i form av definierade sjukdomstillstånd. Data från vårddatabaser över sjukvårdsbesök med epidemiologiska befolkningsstudier och enkätundersökningar inkluderas också, vilket ger en mer heltäckande bild av sjukdomsförekomst i befolkningen, oavsett om de är upptäckta av vården eller inte.

Kostnadsutjämningen

Till sist beskriver vi geografiska skillnader i förutsättningar och behov mellan regioner genom kostnadsutjämningen. För hälso- och sjukvården består den av en standardkostnad som räknas ut för varje region. Syftet är att ge regionerna likvärdiga ekonomiska förutsättningar genom att kompensera för skillnader i behov och strukturella kostnader som regionerna inte själva kan påverka, till exempel geografi och befolkningens ålder och hälsa. På så sätt ska alla kunna erbjuda likvärdig service oavsett förutsättningar. Beräkningen bygger dels på att regionernas befolkning har olika vårdbehov, dels på strukturella skillnader mellan regioner (merkostnadskomponenterna vård i glesbygd, skillnader i bemanning i glesbygd och löner).

Vårdbehovet motsvarar mer än 90 procent av den totala uppskattade standardkostnaden för alla regioner och är därmed den viktigaste posten för att bestämma fördelningen av kostnadsutjämningens medel. För att beräkna vårdbehovet används historisk vårdkonsumtion och vårdkostnad, justerade för strukturella faktorer. Det är alltså en indirekt skattning av vårdbehov via kostnadsdata, snarare än en epidemiologisk behovsmodell. De strukturella faktorer som kostnaderna delas upp efter är ålder, inkomst, utbildningsnivå och boendestatus. Data samlas in från de tre regionerna Skåne, Norrbotten och Västra Götaland, och används för att skapa prislappar för de olika socioekonomiska grupperna. Ålder är den mest avgörande faktorn. Dessa prislappar används sedan för att beräkna vårdbehovet i varje region, givet befolkningssammansättningen (sett till ålder, inkomst, utbildningsnivå och boendestatus) (SOU 2024:50).

Den övriga fördelningen ska kompensera för strukturella skillnader mellan regionerna. När det gäller vård i glesbygd handlar det exempelvis om gles bebyggelsestruktur och behov av sjukresor, som skapas till ett index och kopplas till vårdbehovet i regionen, för att följa kostnadsutvecklingen för verksamheten. Bemanning i glesbygd utgår från det statistiska sambandet mellan gleshet och hyrkostnader. Komponenten tillkom 2020 på grund av svårigheter att besätta fasta tjänster i glesbygd, som leder till extrakostnader för att hyra in personal. Beräkningen för strukturellt löneläge bygger på exempelvis andelen sysselsatta i andra sektorer än kommuner och regioner samt tätortsgrad, lönenivå i privat sektor, arbetslöshet i länet och andel av de förvärvsarbetande i länet som pendlar över kommungräns.

I kommande kapitel använder vi kostnadsutjämningen för att behovsjustera flera andra indikatorer när det gäller hälso- och sjukvårdens resurser.

SJÄLVSKATTAD HÄLSA

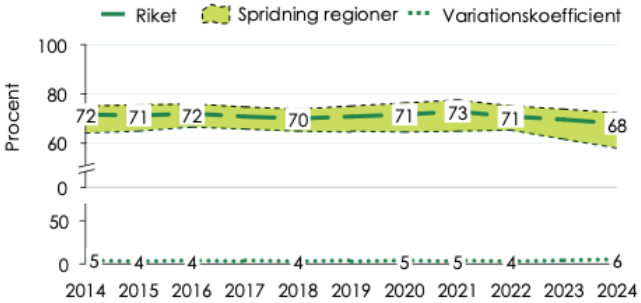
Fångar den självrapporterade hälsorelaterade livskvaliteten hos befolkningen. Indikatorn visar andelen som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på enkätfrågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”. Höga värden är önskvärda.

Källa: Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten).

- **68 PROCENT** har en god självskattad hälsa, en minskning sedan 2022
- **HÖGUTBILDADE**, män och personer födda i Sverige har bättre självskattad hälsa
- **SMÅ** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

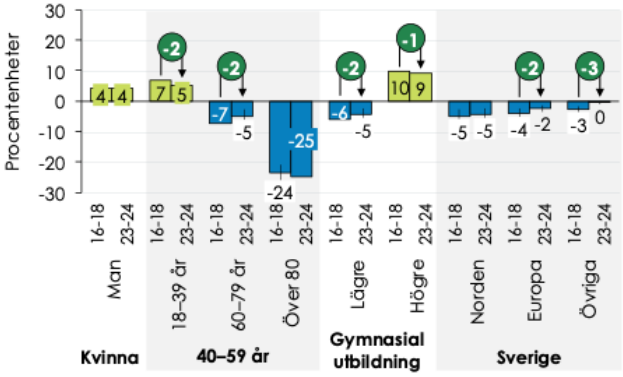
Figur 1. Andelen i befolkningen (85 år och yngre) som har en bra självskattad hälsa 2014–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid).



- Andelen av befolkningen som uppger en bra självskattad hälsa har varierat mellan 68 och 73 procent i riket 2014–2024.
- En tydlig nedgång i bra självskattad hälsa har skett mellan 2022 och 2024. Minskningen gäller för alla åldersgrupper men framför allt för de yngre åldersgrupperna (18–39 år).
- Det är relativt små skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är låg och varierar mellan 4 och 6 procent under perioden.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att uppge en bra självskattad hälsa jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016–2018 och 2022–2024.

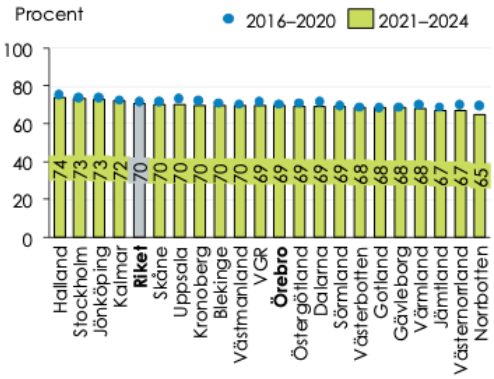


Högre Lägre Inte säkerställd skillnad Ökad skillnad Minskad skillnad

- Män uppger oftare bra självskattad hälsa än kvinnor, utan förändring över tid.
- Yngre uppger bättre hälsa än referensgruppen (personer 40–59 år), men skillnaden har minskat över tid. Personer 60–79 år uppger sämre hälsa än personer 40–59 år, och även mellan dessa åldersgrupper har skillnaden minskat. Personer över 80 år uppger betydligt sämre hälsa, utan tydlig förändring över tid.
- Personer med lägre utbildning uppger sämre hälsa än dem med gymnasial utbildning, medan personer med eftergymnasial utbildning uppger betydligt bättre hälsa. Skillnaderna har minskat något över tid.
- Personer födda utanför Sverige, särskilt i övriga Norden och Europa, uppger sämre hälsa än personer födda i Sverige. Skillnaderna har minskat för personer födda i Europa och övriga världen.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen i befolkningen som har god självskattad hälsa 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Under perioden 2021–2024 har Halland (74 procent), Stockholm (73 procent) och Jönköping (73 procent) högst andel i befolkningen som uppger bra självskattad hälsa. Jämtland (67 procent), Västernorrland (67 procent) och Norrbotten (65 procent) ligger lägst.
- De flesta regioner har haft en negativ utveckling sedan 2016–2020.
- Alla värden är standardiserade för skillnader i ålder, kön och utbildning mellan regioner. När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Örebro) har Halland, Stockholm och Jönköping högre andel och Norrbotten lägre.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2021–2024.

LÅNGVARIG SJUKDOM ELLER LÅNGVARIGA HÄLSOBESVÄR

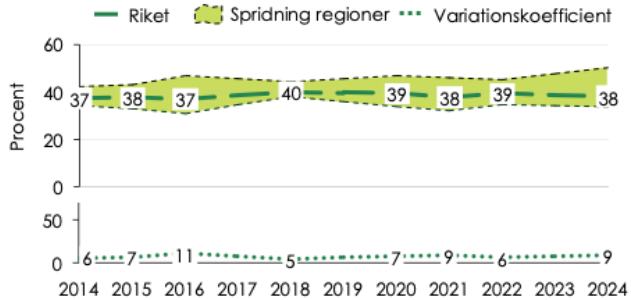
Andel som svarat ja på enkätfrågan "Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?". Låga värden är önskvärda.

Källa: Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten).

- **38 PROCENT** har en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsobesvär
- **PERSONER FÖDDA I SVERIGE** har oftare långvariga sjukdomar än personer födda utanför Norden
- **MEDELSTORA** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

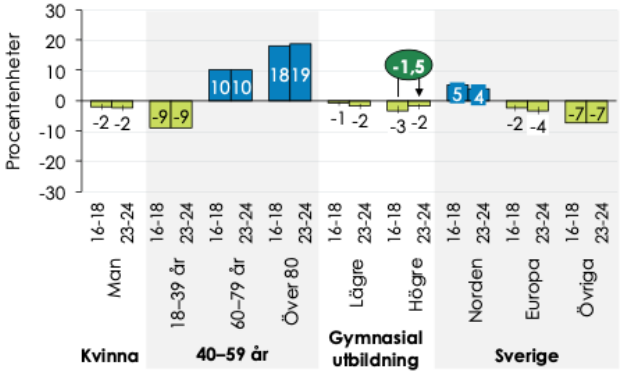
Figur 1. Andelen i befolkningen (85 år och yngre) som har en långvarig sjukdom eller långvariga hälsoproblem 2014–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid).



- Andelen av befolkningen som har någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem har varierat mellan 37 och 40 procent i riket 2014–2024.
- Det har skett en liten minskning sedan 2022, men den är inte signifikant.
- Skillnaderna mellan regionerna är medelstora. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner varierar mellan 5 och 11 procent under perioden, och var 9 procent år 2024.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att ha långvarig sjukdom eller långvariga hälsoproblem jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016–2018 och 2022–2024.

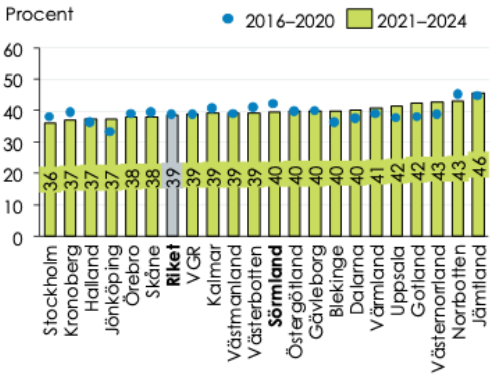


Högre Lägre Inte säkerställd skillnad Ökad skillnad Minskad skillnad

- Män har långvariga sjukdomar eller hälsoproblem i lägre utsträckning än kvinnor, utan förändring över tid.
- Yngre har långvariga sjukdomar eller hälsoproblem i lägre utsträckning än kvinnor, utan tydlig förändring över tid.
- Personer med lägre utbildning (förgymnasial) uppger mer sällan långvariga sjukdomar och hälsoproblem än dem med gymnasial utbildning. Även personer med högre utbildning än gymnasial uppger mer sällan att de har långvariga sjukdomar eller hälsoproblem. Skillnaden mellan personer med gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning har minskat något.
- Personer födda i andra länder i Norden än Sverige har långvariga sjukdomar i högre grad än personer födda i Sverige. Personer födda i Europa och övriga världen har däremot har inte långvariga sjukdomar i samma utsträckning som personer födda i Sverige.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen i befolkningen som har en långvarig sjukdom eller långvariga hälsoproblem 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- 2021–2024 har Stockholm (36 procent), samt Kronoberg, Halland och Jönköping (37 procent) lägst andel i befolkningen som har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem. Jämtland Härjedalen (46 procent) samt Norrbotten och Västernorrland (43 procent) ligger högst.
- Utvecklingen mellan de två perioderna varierar mellan regioner.
- Alla värden är standardiserade för skillnader i ålder, kön och utbildning mellan regioner. När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Sörmland) har Stockholm lägre andel och Jämtland Härjedalen högre.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2021–2024.

HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET (EQ-5D)

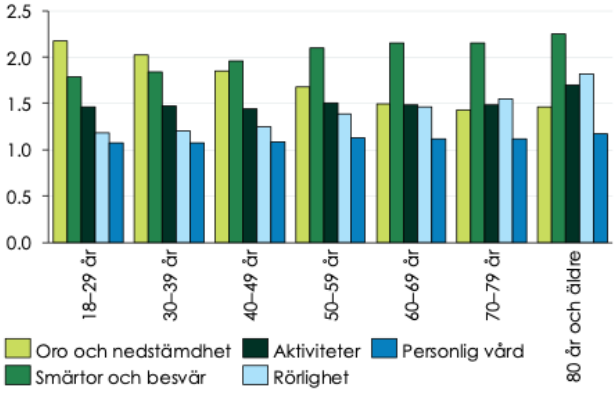
Mäter hälsorelaterad livskvalitet i fem dimensioner. Redovisas separat per dimension (indikatorn i riket) samt på gemensam skala för alla dimensioner (skillnader mellan grupper och regioner).

Källa: Vård- och omsorgsanalys befolkningsenkät för nationell uppföljning 2025.

- **YNGRE PERSONER** har mer problem med oro och nedstämdhet och äldre har mer problem med fysiska smärtor och rörlighet
- **PERSONER MED HÖGRE UTBILDNING** och män har högre hälsorelaterad livskvalitet

Indikatorn i riket

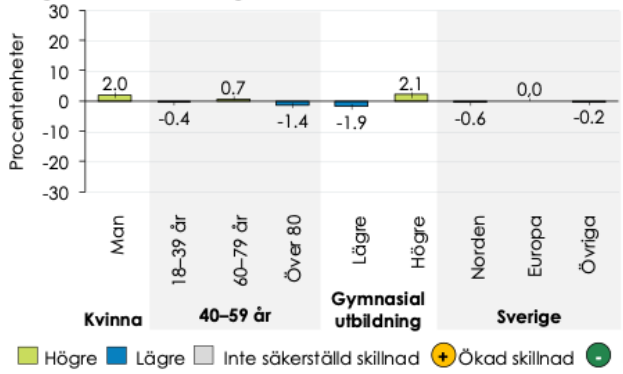
Figur 1. Hälsorelaterad livskvalitet för de olika dimensionerna 2014–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid). Låga värden är önskvärda.



- Figuren visar hur olika åldersgrupper i befolkningen skattar sin hälsorelaterade livskvalitet för fem dimensioner: rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärta och besvär samt oro och nedstämdhet.
- Andelen som upplever god hälsorelaterad livskvalitet i dimensionerna aktiviteter och personlig vård är relativt lika mellan åldersgrupperna, medan oro och nedstämdhet, smärtor och besvär och rörlighet skiljer sig tydligare mellan grupper.
- Personer över 80 år har sämre rörlighet, problem med personlig vård, problem med vanliga aktiviteter och smärtor och besvär. Yngre åldersgrupper upplever däremot i högre utsträckning oro och nedstämdhet.
- När vi väger samman alla dimensioner till en skala har personer 80 år och äldre lägst hälsorelaterad livskvalitet, följt av personer i åldrarna 18–29 år.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

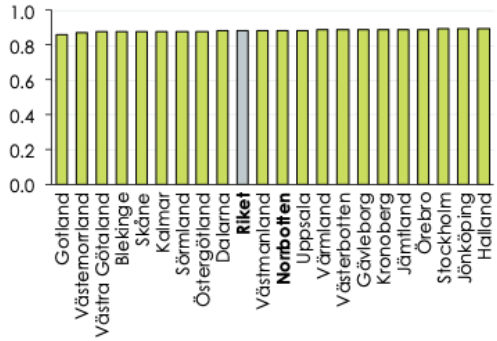
Figur 2. Skillnad i sannolikhet att uppge god hälsorelaterad livskvalitet jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt, 2024.



- I figur 2 har svaren omvandlats till ett sammanvägt mått för att kunna jämföra olika hälsotillstånd på en gemensam skala.
- Män uppger högre hälsorelaterad livskvalitet än kvinnor.
- Personer som är 60–79 år uppger högre hälsorelaterad livskvalitet än referensgruppen (40–59 år) medan gruppen som är 80 år och över uppger lägre livskvalitet.
- Personer med lägre utbildning uppger lägre hälsorelaterad livskvalitet medan personer med högre utbildning uppger högre hälsorelaterad livskvalitet.
- Det finns ingen skillnad mellan personer födda i och utanför Sverige.

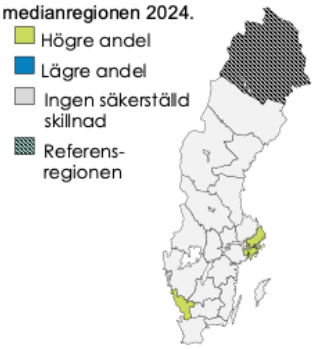
Skillnader mellan regioner

Figur 3. Hälsorelaterad livskvalitet 2024 per region (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Halland, Jönköping och Stockholm har högst resultat för hälsorelaterad livskvalitet medan Gotland, Västernorrland och Västra Götaland har lägst resultat. Skillnaderna mellan regioner är överlag mycket små.
- Alla värden är standardiserade för skillnader i ålder, kön och utbildning mellan regioner. När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Norrbotten) har Stockholm och Halland högre hälsorelaterad livskvalitet.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2024.



HÄLSA OCH BEHOV I RIKET

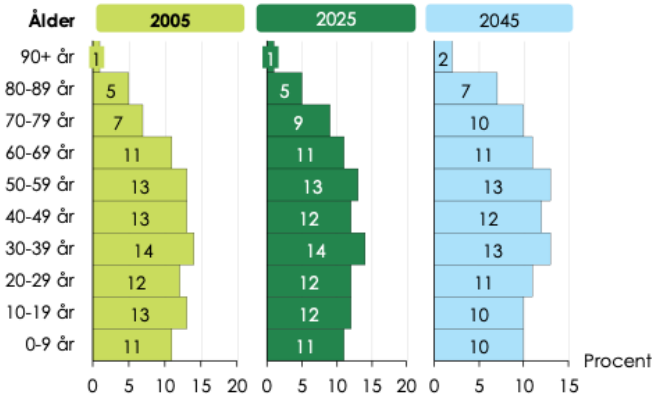
För en mer heltäckande nationell bild av hälsa och behov inkluderar vi befolkningsutveckling, återstående medellivslängd vid 30 års ålder och sjukdomsbörda för riket som helhet. Höga värden är önskvärda för återstående medellivslängd medan låga värden är önskvärda för sjukdomsbörda.

- **ÖVER 7 ÅR LÄNGRE** förväntas en kvinna med eftergymnasial utbildning leva jämfört med en man med förgymnasial utbildning.
- **PSYKISK OHÄLSA** har större sjukdomsbörda än hjärt-kärlsjukdomar och cancer

▶ Befolkningsutveckling

Källa: SCB 2026a.

Figur 1. Befolkningsfördelning per åldersgrupp 2005, 2025 och 2045.

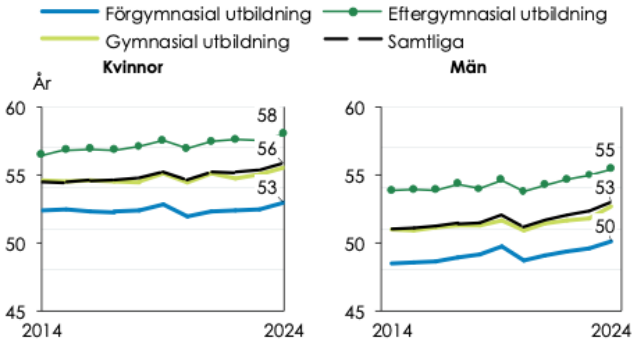


- Andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdsystemet eftersom ålder är den största determinanten till hälso- och sjukvårdsbehov.
- 2005–2025 visar befolkningsutvecklingen en liten ökning i andelen personer 70–79 år i befolkningen, från 7 till 9 procent.
- Andelen personer i äldre åldersgrupper förväntas öka ytterligare 2025–2045. 2025 var personer över 80 runt 6 procent, och fram till 2045 beräknas denna andel stiga till 9 procent.
- Andelen personer i de yngre åldersgrupperna (0–39 år) förväntas minska. Däremot förväntas andelarna i åldersgrupper 40–69 år inte förändras.

▶ Återstående medellivslängd

Källa: SCB 2026b.

Figur 2. Beräknad återstående medellivslängd vid 30 års ålder för personer med olika utbildningsnivå, uppdelat på kön. 2014–2024

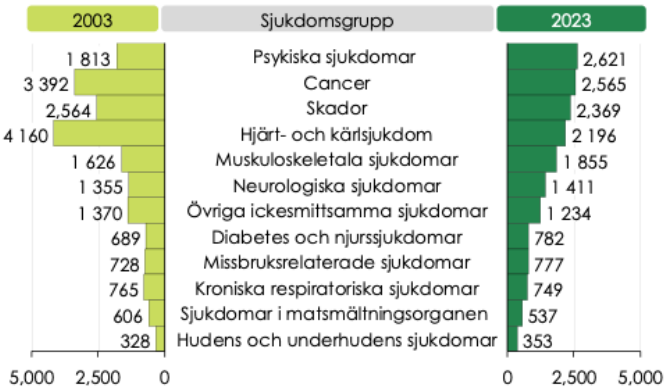


- Den långsiktiga trenden är en ökande medellivslängd. Den återstående medellivslängden vid 30 år i befolkningen har ökat från 53 år 2014 till 54 år 2024.
- Kvinnor har en högre förväntad livslängd än män (figur 2). Den förväntade återstående livslängden är 56 år för kvinnor och 53 år för män 2024. Skillnaden mellan män och kvinnor har minskat något över tid.
- Det finns stora skillnader mellan utbildningsgrupper. Skillnaden i medellivslängd mellan en man med förgymnasial utbildning och en kvinna med eftergymnasial utbildning var över 7 år 2024. Den förväntade medellivslängden vid 30 års ålder är 57 år för personer med eftergymnasial utbildning och 51 år för personer med förgymnasial utbildning 2024. Skillnaden mellan utbildningsgrupper har också ökat något över tid.

▶ Sjukdomsbörda

Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Figur 3. DALYs (Disability-adjusted life years) per sjukdomsgrupp 2003 och 2023. Åldersstandardiserade tal per 100 000 i befolkningen.



- Psykiska sjukdomar, följt av cancer och hjärt-kärlsjukdomar, är de sjukdomstillstånd som är förenade med störst sjukdomsbörda.
- Sjukdomsbördan för psykiska sjukdomar har ökat 45 procent mellan 2003–2023, vilket innebär att den har gått om cancer och hjärt-kärlsjukdomar i sjukdomsbörda. En stor del av sjukdomsbördan för psykisk ohälsa består av levnadsår med sjuklighet och funktionsnedsättning, snarare än för tidig död.
- Sjukdomsbördan förknippad med hjärt-kärlsjukdomar har minskat kraftigt med 47 procent mellan år 2003 och 2023, vilket framför allt beror på att överlevnaden i hjärt- och kärlsjukdomar har förbättrats mycket.

HÄLSA OCH BEHOV I REGIONERNA

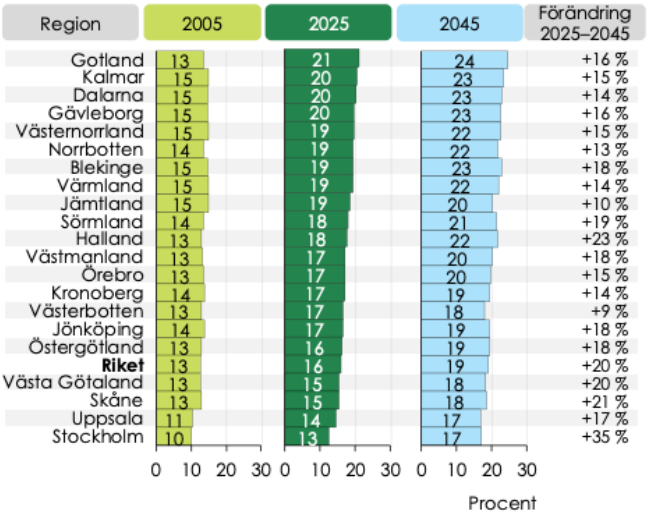
För en mer heltäckande regional bild av hälsa och behov inkluderar vi befolkningsutveckling, återstående medellivslängd vid 30 års ålder och kostnadsutjämningen. Höga värden är önskvärda för återstående medellivslängd.

- **ANDELEN I BEFOLKNINGEN ÖVER 70** ökar i alla regioner
- **KVINNOR HAR HÖGRE FÖRVÄNTAD LIVSLÄNGD** i alla regioner

Befolkningsutveckling

Källa: SCB 2026a.

Figur 1. Andel av befolkningen som är 70 år eller äldre 2005, 2025 och 2045.

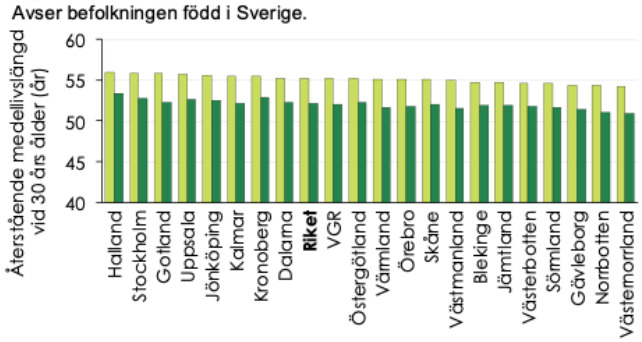


- Andelen i befolkningen som är 70 år och äldre har ökat i alla regioner 2005–2025 och förväntas fortsätta öka 2025–2045
- Andelen var över 20 procent i Gotland, Kalmar, Dalarna och Gävleborg, och mindre än 15 procent i Stockholm och Uppsala år 2025.
- Andelen av befolkningen som är över 70 har ökat mer 2005–2025 än vad den förväntas göra fram till 2045 i alla regioner utom Stockholm och Skåne. Andelen förväntas öka långsammare i regioner med redan höga andelar, vilket innebär att andelen jämnas ut något över landet.

Återstående medellivslängd

Källa: SCB 2026b.

Figur 2. Antal återstående år vid 30, män och kvinnor, 2021–2024. Avser befolkningen född i Sverige.

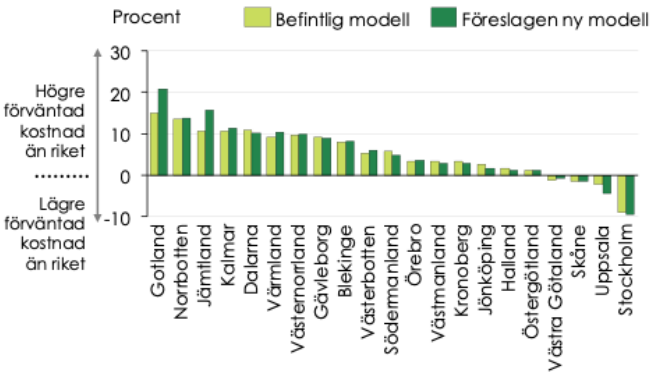


- Kvinnor har högre förväntad återstående livslängd vid 30 år i alla regioner. Den genomsnittliga skillnaden mellan kvinnor och män är drygt 3 år.
- Det finns skillnader i förväntad återstående medellivslängd vid 30 år mellan både kvinnor och män i regionerna. Kvinnor i regionen med högst förväntad återstående livslängd vid 30 års ålder lever 1,7 år längre än kvinnor i den med lägst. För män är motsvarande siffra 2,5 år.

Kostnadsutjämningen

Källa: SCB 2026; SOU 2024:50.

Figur 3. Kostnadsutjämning för hälso- och sjukvården.



- Syftet med kostnadsutjämningen är att ge regionerna likvärdiga ekonomiska förutsättningar genom att kompensera för skillnader i behov och strukturella kostnader som regionerna inte själva kan påverka, till exempel geografi och befolkningens ålder och hälsa.
- Regioner med lägre förväntad kostnad än rikssnittet är Stockholm, Uppsala, Skåne och Västra Götalandsregionen. Övriga regioner har högre förväntad kostnad än rikssnittet.
- I den senaste föreslagna kostnadsutjämningen får Gotland och Jämtland betydligt mer pengar, medan Uppsala får mindre. För övriga regioner är förändringarna mindre.

10.2 Hälsoutfallet av vården

Hälso- och sjukvårdens mål är att bidra till hälsa och livskvalitet. Det är viktigt att de insatser som görs leder till ett så bra utfall som möjligt, utifrån patienternas individuella förutsättningar och behov. Vi använder tre indikatorer för att följa upp hälsoutfallet av vården:

- sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- hälsogapet mellan långvarigt sjuka och den friska befolkningen
- upplevelse av om vårdbehovet blivit tillgodosett.

Valet av indikatorer är tänkt att avspegla hälso- och sjukvårdens förmåga att möta både hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov, det vill säga både botande och symtomlindrande åtgärder. Måtten avspeglar både ett medicinskt perspektiv, patienternas perspektiv och befolkningens perspektiv.

10.2.1 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är ett mått på om hälso- och sjukvården kan förhindra för tidig dödlighet (under 75 år) i sjukdomar där hälso- och sjukvårdens insatser har stor betydelse för överlevnaden. Indikatorn består av antalet dödsfall för personer 0–74 år som orsakats av sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall som orsakas av en rad sjukdomar, till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och olika cancersjukdomar. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och visar antal dödsfall per 100 000 invånare 0–74 år. OECD och Eurostat har enats om utformningen av måttet. Datakvaliteten bedöms vara mycket god.

När vi gör jämlikhetsanalyser för indikatorn använder vi en något annorlunda definition, där vi också inkluderar vissa dödsfall som i OECD:s och Eurostats definition klassas som hälsopolitiskt åtgärdbara. Vi är försiktiga med att dra slutsatser från dessa analyser i de fall vi inte kunnat bekräfta liknande resultat från studier som använder indikatorn med OECD:s och Eurostats definition.

10.2.2 Hälsogapet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen

Hälsogapet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen ger en indikation om i vilken utsträckning hälso- och sjukvården bidrar till livskvaliteten hos personer med kronisk sjukdom. Tanken är att indikatorn ska visa hur väl hälso- och sjukvården kompenserar eller utjämnar hälsan hos personer med långvarig sjukdom gentemot den friska befolkningen, det vill säga uppfyller sitt kompensatoriska uppdrag. Syftet är alltså att fånga hur hälso- och sjukvården bidrar till att förbättra livskvaliteten hos dem med långvarig sjukdom, relativt den friska befolkningen. Indikatorn baseras på en fråga i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning Hälsa på lika villkor där de svarande får ange hur de upplever sitt allmänna hälsotillstånd. Beräkningen bygger på andelen personer som anger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, och hälsogapet är skillnaden i andel mellan en grupp med en långvarig sjukdom eller ett

hälsoproblem och en grupp utan långvarig sjukdom. Längre tids uppföljning visar hur hälsan hos personer som lever med någon sjukdom ändras i förhållande till den övriga befolkningen.

Vi bedömer att datakvaliteten är god. Indikatorn är åldersstandardiserad för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning över tid, men i måttets nuvarande utformning kan vi inte ta hänsyn till förändringar i sammansättningen av sjukdomar i gruppen med en långvarig sjukdom. Därför bör indikatorn tolkas med försiktighet.

10.2.3 Patienters upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett

Indikatorn baseras på en enkätfråga i Nationell patientenkät där patienterna får ta ställning till påståendet att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett. Vårdbehovet bedöms vara tillgodosett om patienten har svarat 4 eller 5 på en femgradig skala där 5 innebär "ja, helt och hållet". Indikatorn är avsedd att fånga patienternas egen uppfattning om hur deras hälsa har påverkats efter kontakten med vården.

Nationell patientenkät samlar regelbundet in data för patienter som besökt primärvård, akutmottagning, öppen och sluten specialiserad somatisk vård, barn- och vuxenpsykiatri (öppen och sluten) och rättspsykiatri. Vår analys inkluderar primärvården (finns insamlingar för 2017, 2019, 2021 och 2023), akutmottagningar (2016, 2020, 2022 och 2024) och specialiserad somatisk vård (2016, 2018, 2021 och 2023). Resultaten är därför sammanvägda i perioder (2–3 år) för att varje period ska innehålla både primärvård, specialiserad somatisk vård och akutvård. Region Gotland har tagits bort från den första perioden eftersom man då inte samlade in data från alla sjukvårdsområden och därmed får missvisande resultat. Vi bedömer att datakvaliteten är god för uppföljning på övergripande nationell och regional nivå. Eftersom svaren kan avspegla skilda förväntningar bör resultaten tolkas med försiktighet.

Alla data från Nationell patientenkät är bortfallsviktade för att svarspersonerna bättre ska representera de som har besökt sjukvården. För att beräkna vikterna har vi utgått från alla patienter som fått enkäten och använt kön, åldersgrupp och region för att skapa en målfördelning utifrån den senaste mätperioden (2023–2024). Med vikterna uppnår vi en fördelning för varje enskild bakgrundsvariabel som ligger nära motsvarande fördelning hos patienter som besökt vården under den senaste perioden.

SJUKVÅRDSRELATERAD ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

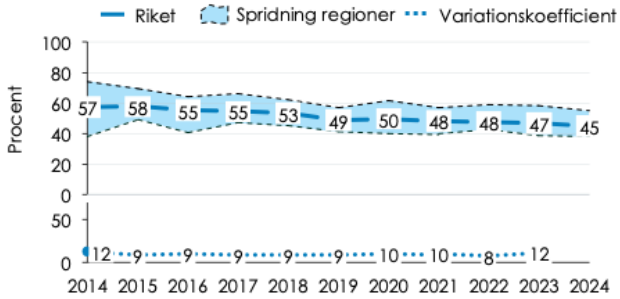
Indikatorn består av antalet dödsfall för personer 0–74 år som orsakats av sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser och tidig upptäckt. Låga värden är önskvärda.
Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) (skillnader mellan grupper) eller Socialstyrelsen (2026).

- **45 PERSONER PER 100 000** avlider i åtgärdbara sjukdomar, en minskning sedan 2022.
- **MEDELSTORA** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

Källa: Socialstyrelsen 2026.

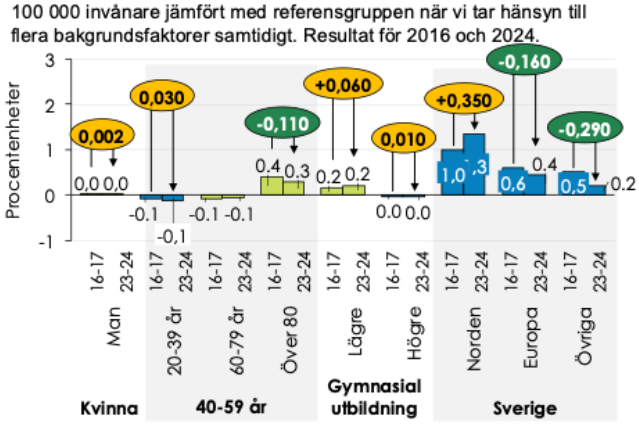
Figur 1. Antal avlidna i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling per 100 000 invånare 2014–2024, riket samt regional spridning.



- Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskar över tid och ligger på en historiskt låg nivå. Den har minskat från drygt 57 dödsfall i riket per 100 000 invånare 0–74 år 2014 till 45 dödsfall 2024, en minskning på 21 procent.
- Det finns skillnader mellan regioner i åtgärdbar dödlighet. Spridningen minskar något under perioden, men ökar igen 2023.
- Värdena är åldersstandardiserade enligt OECD:s standardbefolkning för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning mellan grupper och över tid.

Skillnader mellan grupper i befolkningen inkluderar även hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att avlida i en åtgärdbar sjukdom per 100 000 invånare jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016 och 2024.



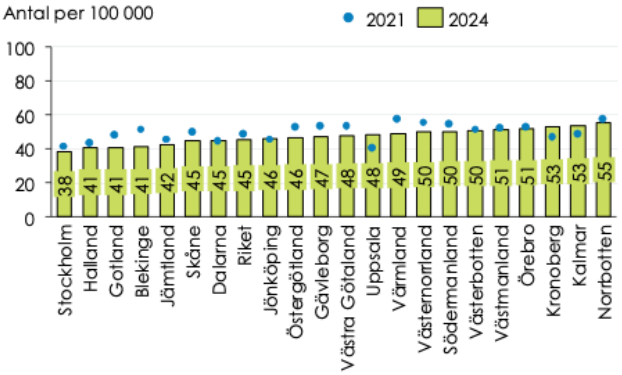
Högre | Lägre | Inte säkerställd skillnad | Ökad skillnad | Minskad skillnad

- I analysen inkluderas även vissa hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall, se avsnitt 10.2.1. Det innebär att resultaten i figur 2 inte är direkt jämförbara med resultaten i figur 1 och 3.
- Jämfört med personer med gymnasial utbildning har personer med förgymnasial utbildning högre sannolikhet att avlida och personer med eftergymnasial lägre sannolikhet. Skillnaderna har ökat något över tid.
- Personer som är födda i utanför Sverige har högre sannolikhet att avlida i en åtgärdbar sjukdom (jämfört med personer födda i Sverige). Detta gäller speciellt för de som är födda i ett annat nordiskt land.

Skillnader mellan regioner

Källa: Socialstyrelsen 2026.

Figur 3. Antal avlidna per 100 000 invånare 2024 jämfört med 2021. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.



- 2024 hade Stockholm (38), Halland (41), Gotland (41) och Blekinge (41) lägst antal avlidna per 100 000 invånare. Kronoberg (53), Kalmar (53) och Norrbotten (55) hade högst antal avlidna per 100 000 invånare.
- Den långsiktiga trenden är en minskat sjukvårdrelaterad dödlighet i alla regioner. Antal avlidna i sjukvårdsrelaterade åtgärdbara sjukdomar har minskat i de flesta regioner men inte alla mellan 2021 och 2024.

HÄLSOGAPET

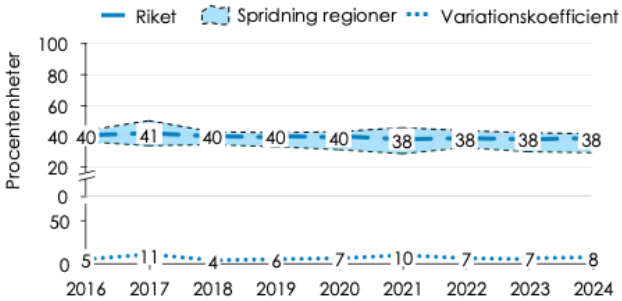
Indikatorn baseras på en enkätfråga där de svarande får ange hur de upplever sitt allmänna hälsotillstånd. Hälsogapet är skillnaden i andelen personer som uppger en god eller mycket god hälsa mellan personer med och utan långvarig sjukdom. Låga värden är önskvärda.

Källa: Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten).

- **38 PROCENTENHETER** skillnad i andelen som har bra självskattad hälsa mellan personer med och utan långvarig sjukdom
- **MEDELSTORA** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

Figur 1. Hälsogapet 2016–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid). Rullande treårsgenomsnitt.



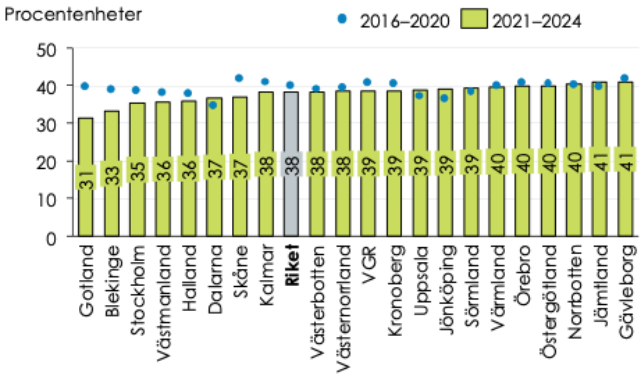
- Hälsogapet, det vill säga skillnaden i självskattad hälsa mellan personer med och utan långvarig sjukdom eller hälsoproblem, har varierat mellan 38 och 40 procentenheter i riket 2016–2024.
- Hälsogapet har minskat något sedan 2016, men har inte minskat 2022–2024..
- Skillnaderna mellan regioner är medelstora. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner varierar mellan 4 och 11 procent under perioden.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Vi kan inte analysera denna indikator utifrån flera bakgrundsfaktorer.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Hälsogapet 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020. Standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner.



- Under perioden 2021–2024 har Gotland (31 procentenheter), Blekinge (33 procentenheter) och Stockholm (35 procentenheter) lägst hälsogap. Gävleborg och Jämtland (41 procentenheter), samt Norrbotten, Östergötland, Värmland och Örebro (40 procentenheter) har högst hälsogap.
- Utvecklingen över tid varierar mellan regioner. Hälsogapet har minskat i flera regioner mellan 2016–2020 och 2021–2024. Det har minskat särskilt mycket i de regioner som nu har lägst hälsogap.
- I ett fåtal regioner har hälsogapet ökat mellan perioderna.

TILLGODOSETT VÅRDBEHOV

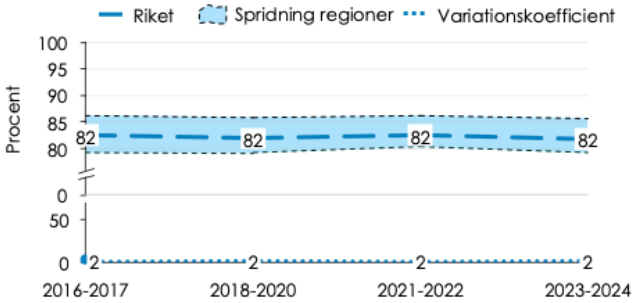
Indikatorn baseras på en enkätfråga i Nationell patientenkät där patienterna får ta ställning till påståendet att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett. Höga värden är önskvärda.

Källa: Nationell patientenkät (SKR).

- **82 PROCENT** av patienterna upplever att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett
- **ÄLDRE**, män och personer med lägre utbildning upplever i högre grad att vårdbehovet blivit tillgodosett
- **SMÅ** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

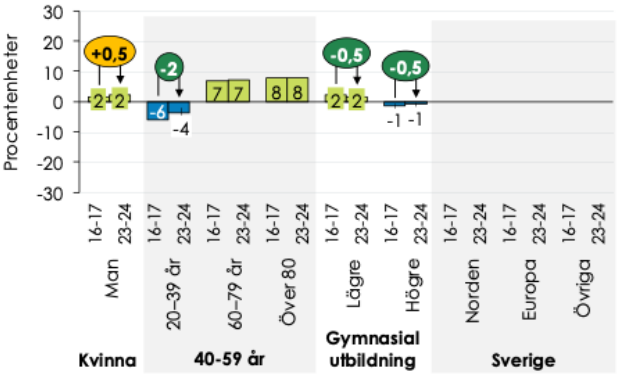
Figur 1. Andelen av patienterna som upplever att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett 2016–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid).



- Andelen av patienterna som upplever att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett har varit runt 82 procent i riket 2016–2024. Det har inte skett någon förändring över tid.
- Det är små skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är runt 2 procent under perioden.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att ha upplevt tillgodosett vårdbehov jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016–2017 och 2023–2024.

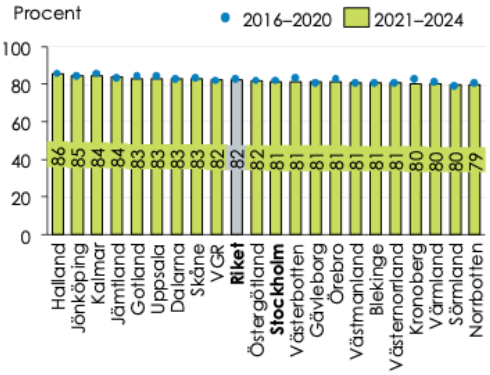


Högre | Lägre | Inte säkerställd skillnad | Ökad skillnad | Minskad skillnad

- Män upplever i högre grad att deras vårdbehov blivit tillgodosett än kvinnor. Skillnaden har ökat något över tid.
- Yngre (personer 20–39 år) upplever i lägre grad att deras vårdbehov blivit tillgodosett än referensgruppen (personer 40–59 år), men skillnaden har minskat över tid. Personer 60–79 år och över 80 år upplever däremot i större utsträckning att deras vårdbehov blivit tillgodosett än personer 40–59 år. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper är relativt stora.
- Personer med lägre utbildning än referensgruppen (personer med gymnasial utbildning) upplever i högre utsträckning att deras vårdbehov har blivit tillgodosett. Personer med eftergymnasial utbildning upplever däremot i lägre grad att deras vårdbehov blivit tillgodosett. Skillnaderna har minskat över tid.

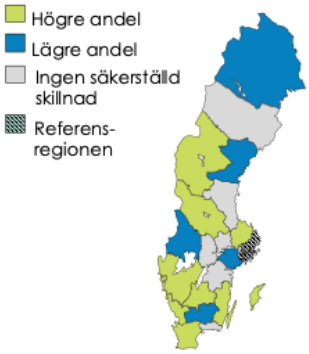
Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen av patienterna som upplever att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Under perioden 2021–2024 har Halland (86 procent), Jönköping (85 procent) samt Kalmar och Jämtland Härjedalen (84 procent) högst andel som upplever att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett. Norrbotten (79 procent) samt Sörmland, Värmland och Kronoberg (80 procent) ligger lägst. Utvecklingen över tid varierar mellan regioner.
- När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Stockholm) har flera regioner högre andel, som Gotland, Halland, Jönköping, Kalmar och Dalarna. Norrbotten, Västernorrland, Värmland, Sörmland och Kronoberg har lägre andel.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2021–2024.



10.3 Personcentrering

Våra indikatorer för personcentrering består av patientrapporterade upplevelsemått (så kallade PREM):

- patienternas upplevelse av vårdmötet
- patienternas upplevelse av vårdens samordning.

Båda baseras på SKR:s nationella patientenkät. Data samlas regelbundet in för patienter som besökt primärvård, akutmottagning, öppen och sluten specialiserad somatisk vård, barn- och vuxenpsykiatri (öppen och sluten) och rättspsykiatri. Vår analys inkluderar primärvården (finns insamlingar för 2017, 2019, 2021 och 2023), akutmottagningar (2016, 2020, 2022 och 2024) och specialiserad somatisk vård (2016, 2018, 2021 och 2023). Resultaten är därför sammanvägda i perioder (2–3 år) för att varje period ska innehålla både primärvård, specialiserad somatisk vård och akutvård. Region Gotland har tagits bort från den första perioden eftersom man då inte samlade in data från alla sjukvårdsområden och därmed får missvisande resultat. Vi bedömer att datakvaliteten är relativt god för båda indikatorerna, för uppföljning på övergripande nationell och regional nivå.

Alla data från Nationell patientenkät är bortfallsviktade för att svarspersonerna bättre ska representera de som har besökt sjukvården. För att beräkna vikterna har vi utgått från alla patienter som fått enkäten och använt kön, åldersgrupp och region för att skapa en målfördelning utifrån den senaste perioden (2023–2024). Med vikterna uppnår vi en fördelning för varje enskild bakgrundsvariabel som ligger nära motsvarande fördelning hos patienter som besökt vården under den senaste perioden.

10.3.1 Upplevelse av vårdmötet

Indikatorn baseras på en sammanvägning av fem enkätfrågor där ett svar motsvarande 4 eller 5 räknas som ett gott resultat. De fem frågorna avspeglar fyra olika dimensioner av personcentrering, i mötet mellan patienten och hälso- och sjukvården: delaktighet, medskapande och stöd till egenvård, bemötande samt kommunikation och information. En av dimensionerna är en sammanvägning av två frågors resultat.

Varje dimension utgör en fjärdedel av indikatorn, eftersom de är starkt förknippade med varandra och delvis överlappande. Resultatet anges på en skala mellan 0 och 100, där ett högre värde innebär en bättre upplevelse. Andelen som upplevt ett gott vårdmöte baseras på alla individer som fått över 75 i indexet.

10.3.2 Upplevelse av samordning

Indikatorn baseras på en enkätfråga där patienterna får ta ställning till frågan ”Anser du att personalen i hälso- och sjukvården samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?”. Indikatorn anger andelen som svarar 4 eller 5 på en femgradig skala. Här handlar det alltså om patientens bedömning av hälso- och sjukvårdens arbetssätt snarare än innehållet i själva vårdmötet.

UPPLEVELSE AV VÅRDMÖTET

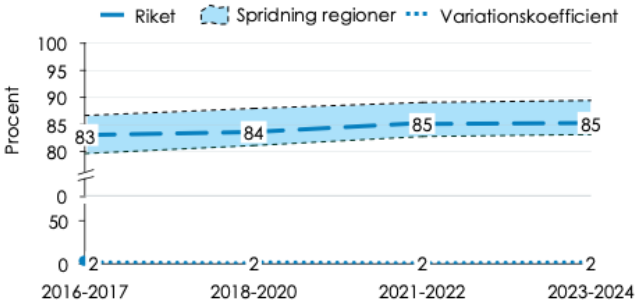
Indikatorn baseras på ett index som utgörs av enkätfrågor som avspeglar olika dimensioner av personcentrering: delaktighet, medskapande och stöd till egenvård, bemötande samt kommunikation och information. Höga värden är önskvärda.

Källa: Nationell patientenkät (SKR).

- **85 PROCENT** upplever att de haft ett positivt vårdmöte, en ökning sedan 2016 men inte sedan 2022
- **ÄLDRE** har en bättre upplevelse av vårdmötet än yngre
- **SMÅ** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

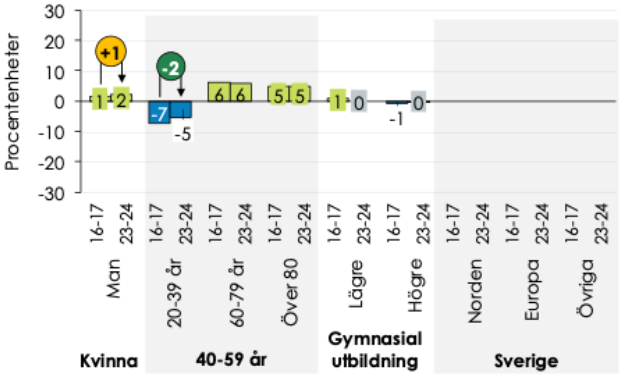
Figur 1. Andelen av patienterna som har upplevt ett positivt vårdmöte 2016–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid).



- Andelen av patienterna som upplever ett positivt vårdmöte har varierat mellan 83 och 85 procent i riket 2016–2024.
- Andelen som upplever ett positivt vårdmöte har ökat över tid, men inte sedan vår senaste uppföljning.
- Det är relativt små skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är låg och är runt 2 procent under perioden.
- Varje period innehåller både primärvård, specialiserad somatisk vård och akutvård. Patienter har bättre upplevelser av vårdmötet i den specialiserade öppenvården och slutenvården, och något sämre i primärvården följt av akutvården.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att ha upplevt ett positiv vårdmöte jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016–2017 och 2023–2024.

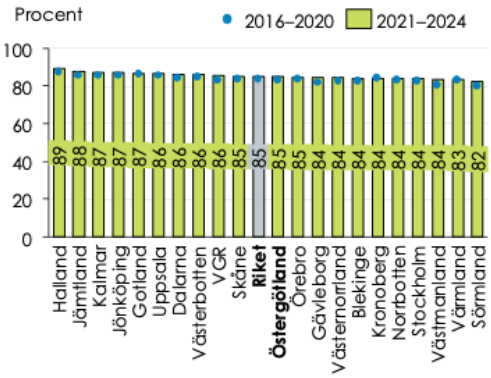


Högre | Lägre | Inte säkerställd skillnad | Ökad skillnad | Minskad skillnad

- Män har en bättre upplevelse av vårdmötet än kvinnor men skillnaden är liten. Skillnaden har ökat något över tid.
- Yngre (personer 20–39 år) har sämre upplevelser av vårdmötet än referensgruppen (personer 40–59 år), men skillnaden har minskat över tid. Personer 60–79 år och över 80 år har bättre upplevelser av vårdmötet än personer 40–59 år. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper är relativt stora.
- Personer med lägre utbildning än referensgruppen (personer med gymnasial utbildning) har något bättre upplevelser av vårdmötet 2016–2017, men det finns ingen skillnad mellan grupperna 2023–2024. Personer med eftergymnasial utbildning har en något sämre upplevelse än personer med gymnasial utbildning 2016–2017, men det finns ingen skillnad i nuvarande period.

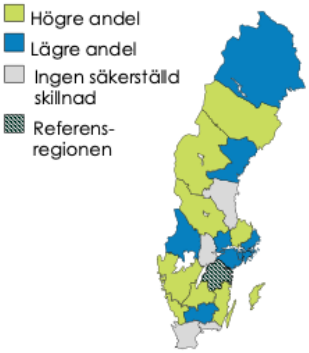
Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen av patienterna som upplever ett positivt vårdmöte 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Under perioden 2021–2024 har Halland (89 procent), Jämtland-Härjedalen (88 procent) och Kalmar, Jönköping och Gotland (87 procent) högst andel som har upplevt ett positivt vårdmöte. Värmland (83 procent och Sörmland (82 procent) ligger lägst. De flesta regioner har haft en positiv utveckling sedan 2016–2020.
- När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Östergötland) har flera regioner högre andel, som Gotland, Halland, Jönköping, Kalmar och Dalarna. Norrbotten, Värmland, Kronoberg, Sörmland. Västmanland och Uppsala har lägre andel.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2021–2024.



UPPLEVELSE AV SAMORDNING

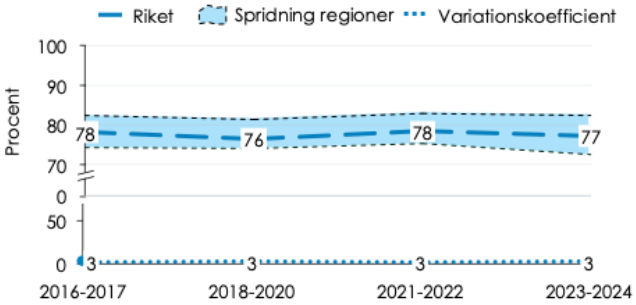
Indikatorn baseras på en enkätfråga där patienterna får ta ställning till frågan "Anser du att personalen i hälso- och sjukvården samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?". Höga värden är önskvärda.

Källa: Nationell patientenkät (SKR).

- **77 PROCENT** upplever att vården samordnar deras vårdkontakter i den utsträckning de behöver
- **ÄLDRE** har en mer positiv upplevelse av att vården samordnar deras vårdkontakter.
- **SMÅ** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

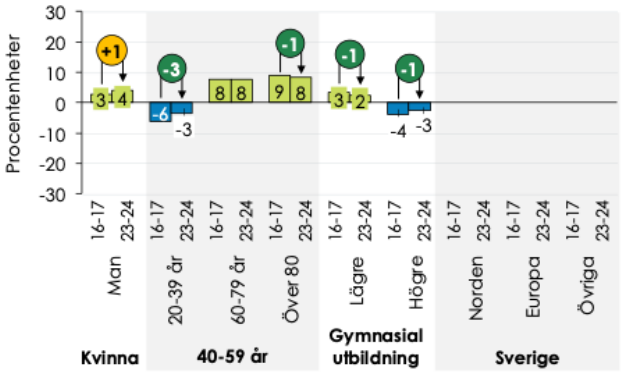
Figur 1. Andelen av patienterna som upplever att vården samordnat deras kontakter i den utsträckning de behöver 2016–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid).



- Andelen av patienterna som upplever att vården samordnar deras kontakter i den utsträckning de behöver har varierat mellan 76 och 78 procent i riket 2016–2024.
- Andelen har minskat över tid, men förändringen är liten.
- Det är relativt små skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är låg, runt 3 procent under hela perioden.
- Varje period innehåller både primärvård, specialiserad somatisk vård och akutvård. Patienter har bäst upplevelser av samordningen i den specialiserade öppenvården och slutenvården, och sämre upplevelser i akutvården följt av primärvården.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att ha upplevt att vården samordnat kontakter jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016–2017 och 2023–2024.

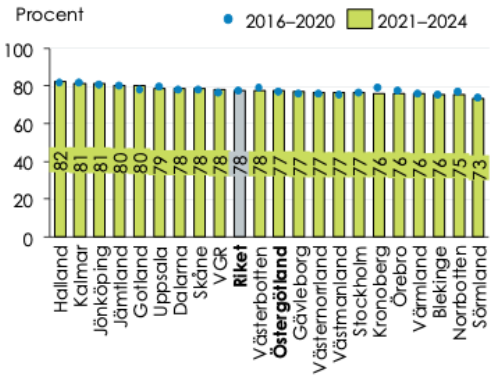


Högre | Lägre | Inte säkerställd skillnad | Ökad skillnad | Minskad skillnad

- Män upplever i större utsträckning att vården samordnar deras kontakter i den utsträckning de behöver än kvinnor. Skillnaden har ökat något över tid.
- Yngre (personer 20–39 år) har sämre upplevelser av att vården är samordnad än referensgruppen (personer 40–59 år), men skillnaden har minskat över tid. Personer 60–79 år och över 80 år har bättre upplevelser av att vården är samordnad än personer 40–59 år. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper är relativt stora
- Personer med lägre utbildning har bättre upplevelser av att vården är samordnad än referensgruppen (personer med gymnasial utbildning). Personer med eftergymnasial utbildning har sämre upplevelser av att vården är samordnad än personer med gymnasial utbildning). Skillnaderna mellan utbildningsgrupper har minskat över tid.

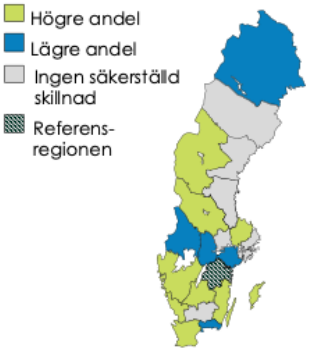
Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen av patienterna som upplever att vården samordnat kontakter i den utsträckning de behöver 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Under perioden 2021–2024 har Halland (82 procent), Kalmar (81 procent) och Jönköping (81 procent) högst andel som tycker att deras vård är samordnad. Norrbotten (75 procent) och Sörmland (73 procent) ligger lägst.
- Utvecklingen över tid varierar mellan regioner.
- När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Östergötland) har flera regioner högre andel, som Gotland, Uppsala Jönköping, Kalmar och Dalarna. Norrbotten, Värmland, Blekinge, Örebro och Sörmland har lägre andel.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2021–2024.



10.4 Väntetider

Indikatorerna för väntetider är baserade på data från SKR:s väntetidsdatabas och de tidsgränser som fastställs i den nationella vårdgarantin (se 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF). Vi har valt de indikatorer som vi bedömer ger det mest generella måttet på väntetider och täcker en bred patientpopulation:

- första bedömning i primärvård inom 3 dagar
- första besök i specialiserad vård inom 90 dagar
- åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar.

Data inkluderar bara väntetider till de besök som fastställs i den nationella vårdgarantin, så återkommande besök ingår exempelvis inte. Det innebär att indikatorerna inte ger en fullständig bild av väntetidssituationen. Det finns också vissa utmaningar med jämförbarhet över tid och mellan regioner, bland annat eftersom verksamheterna kan tolka och rapportera väntetider på skilda sätt. Ett annat skäl är att ekonomiska incitament periodvis har kopplats till väntetiderna. För uppföljning på nationell nivå bedömer vi dock att statistiken bidrar med en övergripande bild.

Indikatorerna exkluderar patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan i och med att dessa inte ska räknas in i vårdgarantin (se 6 kap. 2 § HSF). Patientvald väntan handlar om att patienter erbjudits en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns men själva valt att vänta längre, till exempel för att få komma till en viss vårdgivare. Medicinskt orsakad väntan är när hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att patientens hälsotillstånd (av medicinska skäl) inte tillåter vårdbesöket. Det finns ganska stora regionala variationer i andelen patientvald och medicinskt orsakad väntan.

Uppföljningen för 2025 påverkas av att drygt hälften av alla regioner byter vårdinformationssystem (journalsystem) under 2025 och 2026 (SKR 2026a; SKR 2026c). Bytet kan påverka regionernas rapportering. Regionerna Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro är inte med i rapporteringen för specialiserad vård 2025.

10.4.1 Första bedömning i primärvård inom 3 dagar

Indikatorn består av andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar efter att de tagit kontakt. Bedömningsgarantin förändrades 2019, från 7 dagar för läkarbesök till 3 dagar för medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (prop. 2017/18:83). Förändringen medför att vi endast kan redovisa indikatorn från 2019 och framåt.

10.4.2 Första besök i specialiserad vård inom 90 dagar

Indikatorn består av andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården, i förhållande till samtliga personer som väntar på ett första sådant besök. Vi presenterar även andelen patienter som har fått ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar.

10.4.3 Åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar

Indikatorn består av andelen patienter som har väntat i högst 90 dagar på behandling eller operation, i förhållande till samtliga som väntar på behandling eller operation i den specialiserade vården. Vi presenterar även andelen patienter som har fått behandling eller operation i den specialiserade vården inom 90 dagar.

FÖRSTA BEDÖMNING I PRIMÄRVÅRDEN INOM 3 DAGAR

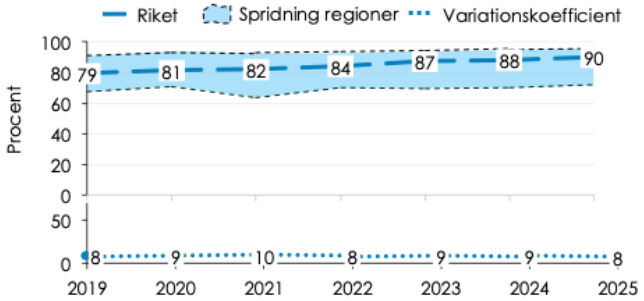
Indikatorn består av andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Höga värden är önskvärda.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

- **90 PROCENT** av patienterna har fått en första medicinsk bedömning inom 3 dagar
- **ANDELEN HAR ÖKAT** sedan senaste uppföljningen
- **MEDELSTORA** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

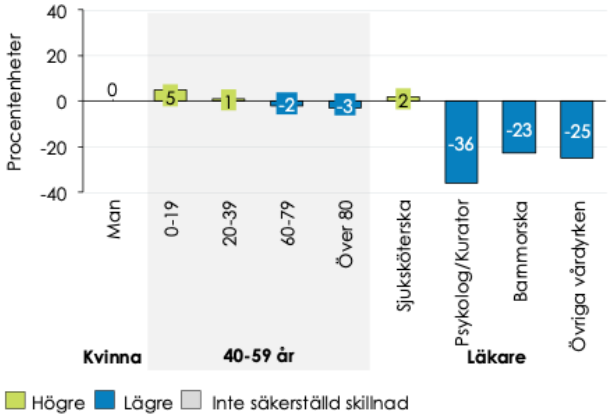
Figur 1. Andelen som fått en första medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar 2019–2025, riket samt regional spridning.



- Andelen som fått en första medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar har ökat från 79 procent till 90 procent 2019–2025.
- Skillnaderna mellan regioner är medelstora. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är runt 8 procent under hela perioden.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

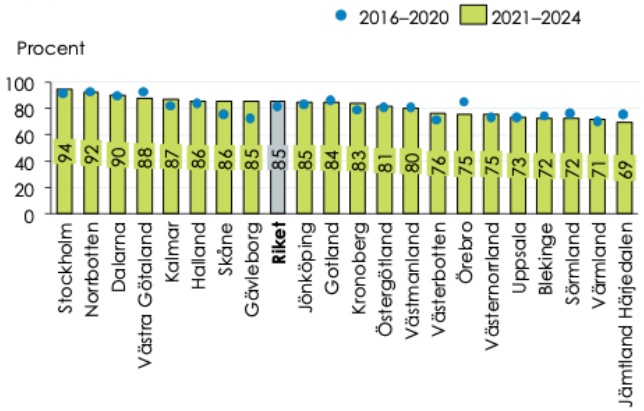
Figur 2. Skillnad i sannolikhet att få en medicinsk bedömning inom 3 dagar jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt, 2024.



- Det finns en mycket liten skillnad mellan kvinnor och män.
- Barn (0–19 år) och yngre (personer 20–39 år) får oftare en medicinsk bedömning inom 3 dagar jämfört med referensgruppen (personer 40–59 år). Äldre (personer 60 år och äldre) har lägre sannolikhet att få en medicinsk bedömning inom 3 dagar jämfört med personer 40–59 år. Skillnaderna mellan personer i olika åldrar är små.
- Väntetiden till psykologer och kuratorer är längst i primärvården med 36,5 procentenheter lägre sannolikt att få en första bedömning inom tre dagar hos en psykolog eller kurator jämfört med sannolikheten hos en läkare.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen patienter som fått en första medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020.



- Under perioden 2021–2024 har Stockholm (94 procent), Norrbotten (92 procent) och Dalarna (90 procent) högst andel som får en första bedömning inom primärvården inom 3 dagar. Sörmland (72 procent), Värmland (71 procent) och Jämtland-Härjedalen (69 procent) ligger lägst.
- Utvecklingen över tid varierar mellan regioner. Många regioner har en högre andel som fått en första bedömning 2021–2024 jämfört med 2019–2020. Region Gävleborg utmärker sig som den regionen som har gjort den största positiva förflyttningen under det tidsintervallet.

FÖRSTA BESÖK I SPECIALISERAD VÅRD INOM 90 DAGAR

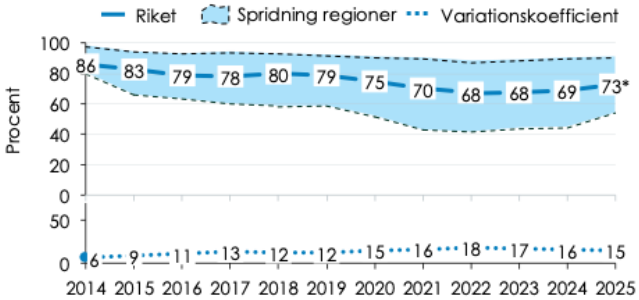
Indikatorn består av andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i specialiserad vård. Den kompletteras med andelen som fått ett första besök inom 90 dagar. Höga värden är önskvärda.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

- **73 PROCENT** av de som väntar på första besök har väntat i mindre än 90 dagar 2025, en förbättring från tidigare år
- **86 PROCENT** av de som fått ett första besök har fått det inom 90 dagar
- **STORA** skillnader mellan regioner

Andelen som väntat i högst 90 dagar i riket

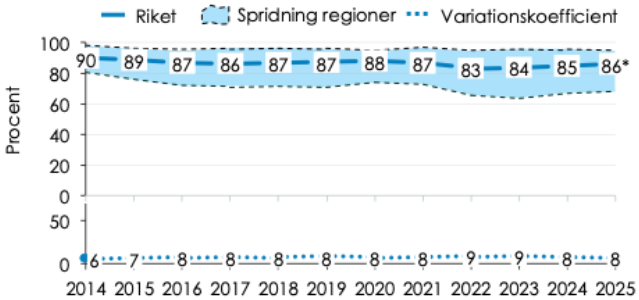
Figur 1. Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården 2014–2025, riket samt regional spridning.



- Andelen patienter som har väntat på ett första besök i specialiserad vård i 90 dagar eller mindre har varierat mellan 86 och 68 procent i riket 2014–2024. Andelen har minskat över tid, med stora minskningar under pandemin. Andelen har ökat något de senaste åren, från 68 procent 2022 till 73 procent 2025.
- Det finns stora skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner har ökat från 6 procent 2014 till 15 procent 2025.

Andelen som fått ett besök inom 90 dagar i riket

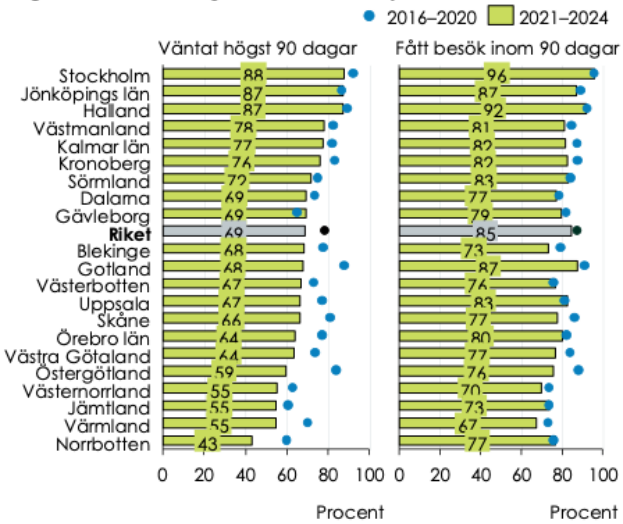
Figur 2. Andelen patienter som har fått ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar 2014–2025, riket samt regional spridning.



- Andelen patienter som har fått ett besök i den specialiserade vården inom 90 dagar har varierat mellan 90 och 83 procent i riket 2014–2024. Andelen har minskat över tid, med stora minskningar under pandemin. Andelen har ökat något de senaste åren, från 83 procent 2022 till 86 procent 2025.
- Andelen som får ett första besök inom 90 dagar har minskat över tid, men betydligt mindre än andelen som väntar på ett första besök. Det visar att det framför allt är de långa väntetiderna som har ökat.
- Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner har ökat från 6 procent 2014 till 8 procent 2025, men är mindre för andelen som fått ett besök än för andelen som väntar på ett besök.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Väntetider i regionerna 2021–2024 jämfört med 2016–2020.



- Under perioden 2021–2024 har Stockholm (88 procent), Jönköpings län (87 procent) och Halland (87 procent) högst andel som har väntat på ett första besök i specialistvården i mindre än 90 dagar. Regionerna Jämtland Härjedalen, Värmland och Västernorrland (55 procent), samt Norrbotten (43 procent) ligger lägst.
- De flesta regioner har haft en negativ utveckling sedan 2016–2020 i andelen som väntat högst 90 dagar. Det är framförallt regionerna som redan hade många väntande som haft en stor negativ utveckling.
- Andelen som fått besök inom 90 dagar är högst i Stockholm (96 procent), Halland (92 procent) samt Jönköping och Gotland (87 procent) 2021–2024. Andelen är lägst i Värmland (67 procent) och Västernorrland (70 procent).
- Minskningen i andelen som fått besök inom 90 dagar är betydligt mindre i de flesta regioner än för andelen som väntat högst 90 dagar. Regioner med många som väntat länge och generellt högre andel som får besök, men det gäller inte alla regioner.

* År 2025 till 2026 byter flera regioner journalsystem vilket påverkar datakvaliteten. Vi har valt att exkludera dessa regioner år 2025.

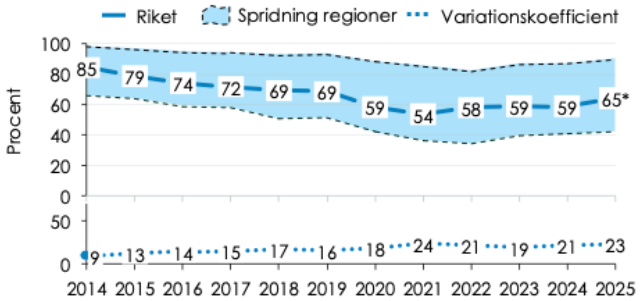
ÅTGÄRD I SPECIALISERAD VÅRD INOM 90 DAGAR

Indikatorn består av andelen av de som väntar på ett första besök som väntat i högst 90 dagar på operation eller behandling. Vi inkluderar också andelen som fått åtgärd inom 90 dagar. Höga värden är önskvärda.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

- **65 PROCENT** av de som väntar på operation eller behandling har väntat mindre än 90 dagar
- **87 PROCENT** av de som har fått operation eller behandling har fått det inom 90 dagar
- **STORA** skillnader mellan regioner

Andelen som väntat i högst 90 dagar i riket

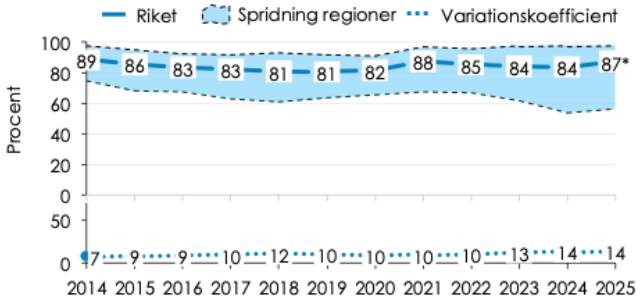
Figur 1. Andelen som väntat i högst 90 dagar på åtgärd i den specialiserade vården 2014–2025, riket samt regional spridning.



- Andelen bland de som väntar på operation eller åtgärd i specialiserad vård i 90 dagar eller mindre har varierat mellan 85 och 54 procent i riket 2014–2024. Andelen har minskat över tid, med stora minskningar under pandemin. Andelen har ökat något de senaste åren, från 58 procent 2022 till 65 procent 2025.
- Det finns stora skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner har ökat från 9 procent 2014 till 23 procent 2025.

Andelen som fått åtgärd inom 90 dagar i riket

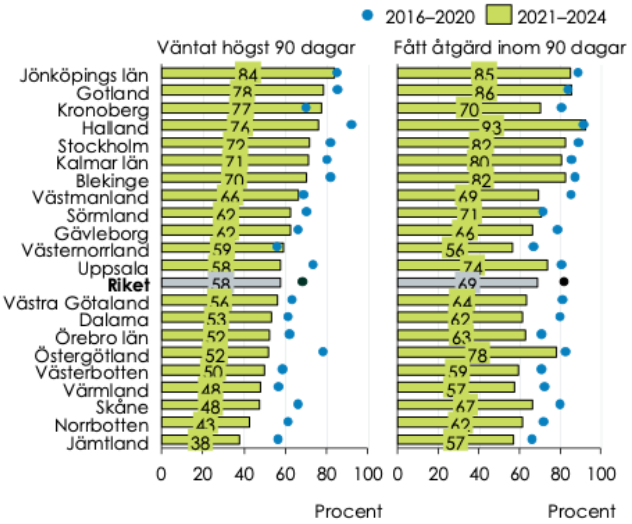
Figur 2. Andelen som har fått åtgärd i den specialiserade vården inom 90 dagar 2014–2025, riket samt regional spridning.



- Andelen som har fått en operation eller behandling i den specialiserade vården inom 90 dagar har varierat mellan 89 och 81 procent i riket 2014–2024. Andelen har ökat något de senaste åren, från 85 procent 2022 till 87 procent 2025.
- Minskningen i andelen som väntat längre än 90 dagar under pandemin syns inte för andelen som fått operation eller behandling, som snarare ökar under 2021.
- Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner har ökat från 7 procent 2014 till 14 procent 2025, men är mindre för andelen som fått operation eller åtgärd än för andelen som väntar.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Väntetider i regionerna 2021–2024 jämfört med 2016–2020.



- Under perioden 2021–2024 har Jönköping (84 procent), Gotland (78 procent) och Kronoberg (77 procent) högst andel som har väntat på operation eller behandling i specialistvården i mindre än 90 dagar. Regionerna Skåne (48 procent), Norrbotten (43 procent) och Jämtland-Härjedalen (38 procent) ligger lägst.
- De flesta regioner har haft en negativ utveckling sedan 2016–2020 i andelen som väntat högst 90 dagar. Det är framförallt regionerna som redan hade många väntande som haft en stor negativ utveckling.
- Andelen som fått operation eller behandling inom 90 dagar är högst i Halland (93 procent) Gotland (86 procent) samt Jönköping (85 procent) 2021–2024. Andelen är lägst i Västernorrland (56 procent) samt Värmland och Jämtland-Härjedalen (57 procent).
- De flesta regioner har också haft en negativ utveckling i andelen som fått operation eller behandling inom 90 dagar. Det är framförallt regionerna som redan hade låga andelar som haft de största minskningarna.

* År 2025 till 2026 byter flera regioner journalsystem vilket påverkar datakvaliteten. Vi har valt att exkludera dessa regioner år 2025.

10.5 Tillgänglighetsbarriärer

Vi belyser barriärer för att söka vård med tre indikatorer:

- upplevelsen av tillgång till vård
- andelen som avstått från vård
- telefontillgänglighet i primärvården.

De första två är breda mått som kan fånga olika typer av barriärer. Den tredje indikatorn fångar hur det lätt det är att komma i kontakt med primärvården.

10.5.1 Upplevelsen av tillgång till vård

Indikatorn baseras på en enkätfråga i SKR:s årliga undersökning till befolkningen, Hälso- och sjukvårdsbarometern. Svarspersonerna får ta ställning till påståendet ”Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver”. Resultatet avser andelen som svarat att de instämmer helt eller delvis. Vi bedömer att datakvaliteten i undersökningen är relativt god.

10.5.2 Avstått från att söka vård

Indikatorn baseras på frågor i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Resultaten visar andelen av befolkningen (i procent) som uppger att de under de senaste 12 månaderna avstått från undersökning eller vård som de behövt, på grund av kostnaden, reseavståndet eller väntetiden. Vi bedömer att datakvaliteten i undersökningen är relativt god.

10.5.3 Telefontillgänglighet i primärvården

Indikatorn är baserad på data från SKR:s väntetidsdatabas. Den anger andelen (i procent) av telefonsamtalen till vårdcentraler under ordinarie öppettider som besvaras samma dag. Syftet är att fånga hur det lätt det är att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, i första hand primärvården.

Det finns några kvalitetsbrister i de data som används. Mätperioderna är kända på förhand, så vårdcentralerna har möjlighet att anpassa sig efter det. Många vårdgivare har även andra kontaktvägar, exempelvis chattfunktioner, för patienter att komma i kontakt med sjukvårdspersonal. Sju regioner har samlat och presenterat information om tillgänglighet för chatt 2024–2025 (Blekinge, Halland, Jämtland Härjedalen, Jönköpings län, Skåne, Uppsala och Västerbotten). Alla hade över 90 procent besvarade chattar och genomsnittet var 94 procent (SKR 2026b). Vi har inte inkluderat chatt eftersom datainsamlingen ännu inte är heltäckande.

Drygt hälften av regionerna byter vårdinformationssystem (journalsystem) 2025–2026, vilket kan påverka deras rapportering till nationella väntetidsdatabasen.

UPPLEVELSEN AV TILLGÅNG TILL VÅRD

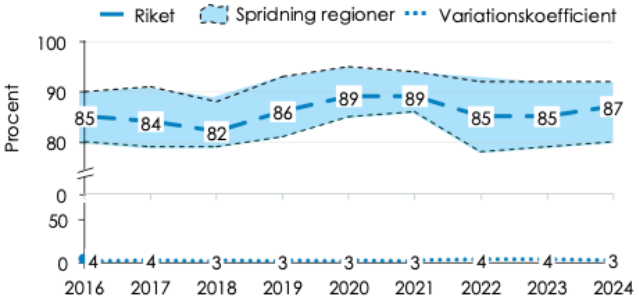
Indikatorn baseras på en enkätfråga där svarspersonerna får ta ställning till påståendet "Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver". Resultatet avser andelen som svarat att de instämmer helt eller delvis. Höga värden är önskvärda.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKR).

- **87 PROCENT** upplever att de har tillgång till den vård de behöver.
- **UTLANDSFÖDDA** har en sämre upplevelse av att ha tillgång till den vård de behöver
- **SMÅ** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

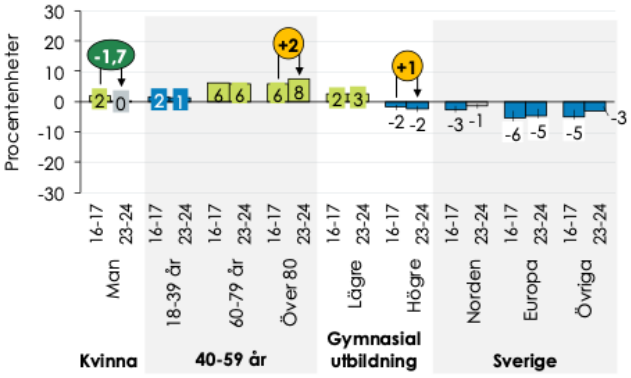
Figur 1. Andelen av befolkningen som uppger att de har tillgång till den vård de behöver 2016–2024, riket samt regional spridning (åldersstandardiserad över tid).



- Andelen av befolkningen som upplever att de har tillgång till den vård de behöver har varierat mellan 82 och 89 procent i riket 2016–2024.
- Andelen har ökat från 81 procent 2016 till 85 procent 2024, och från 85 procent 2022 till 87 procent 2024. Samtidigt syns ingen tydlig trend, utan andelen har ökat och minskat under perioden. Särskilt ökade andelen som upplever att de har tillgång till den vård de behöver under 2020 och 2021, det vill säga under covid-19 pandemin.
- Det är relativt små skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är låg, 3–4 procent under perioden.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att ha upplevt tillgång till den vård man behöver jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2016–2017 och 2023–2024.

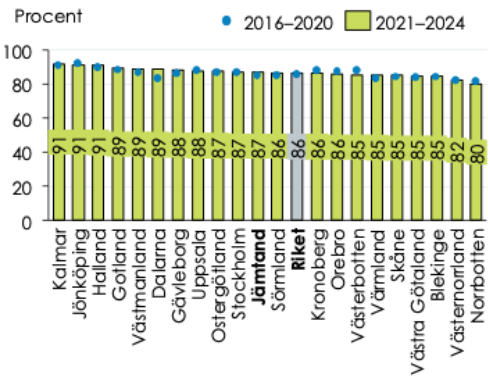


Högre | Lägre | Inte säkerställd skillnad | Ökad skillnad | Minskad skillnad

- Det finns inga skillnader mellan män och kvinnor i perioden 2023–2024. I den tidigare perioden upplevde män något bättre tillgång till vård.
- Yngre (personer 18–39 år) har något sämre upplevelser av tillgång till vård än referensgruppen (personer 40–59 år). Personer 60–79 år och över 80 år har upplever i högre utsträckning tillgång till den vård de behöver än personer 40–59 år.
- Det finns ingen skillnad mellan personer med olika utbildning 2023–2024. Personer med lägre utbildning än referensgruppen (personer med gymnasial utbildning) har något bättre upplevelser av att ha tillgång till vård 2016–2017, och personer med högre utbildning sämre upplevelse.
- Personer födda utanför Sverige upplever sämre tillgång till vård än personer födda i Sverige.

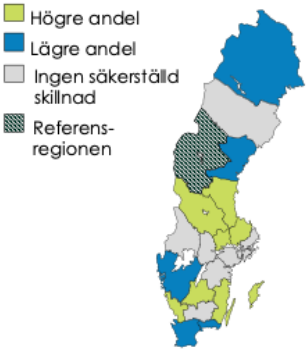
Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen av befolkningen som upplever att de har tillgång till den vård de behöver 2021–2024 jämfört med perioden 2016–2020 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Under perioden 2021–2024 har Kalmar, Jönköping och Halland (91 procent), Jämtland-Härjedalen (88 procent) och Kalmar, Jönköping och Gotland (87 procent) högst andel som upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Norrbotten (80 procent) och Västernorrland (82 procent) ligger lägst.
- Resultaten 2021–2024 i jämförelse med 2016–2020 varierar mellan regioner.
- När vi undersöker om skillnaderna är statistiskt säkerställda jämfört med medianregionen (Jämtland Härjedalen) har flera regioner högre andel, som Gotland, Uppsala, Jönköping, Kalmar och Dalarna.

Figur 4. Regioner med högre eller lägre andel jämfört med medianregionen 2021–2024.



ANDELEN SOM AVSTÅTT FRÅN VÅRD

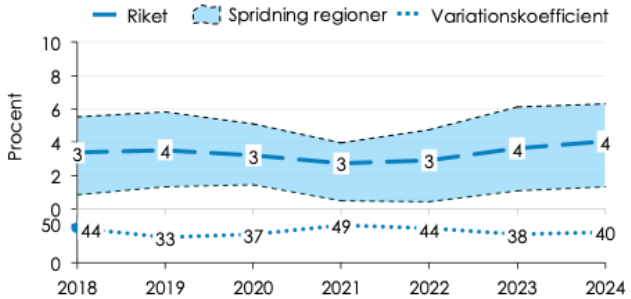
Indikatorn baseras på en enkätfråga och visar andelen av befolkningen som uppger att de under de senaste 12 månaderna avstått från undersökning eller vård som de behövt, på grund av kostnaden, reseavståndet eller väntetiden. Låga värden är önskvärda.

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) (SCB).

- **4 PROCENT** har avstått vård vid behov på grund av kostnader, restid eller väntetider
- **ÖVER TID** har det inte skett någon förändring
- **YNGRE** uppger oftare att de har avstått från att söka vård

Indikatorn i riket

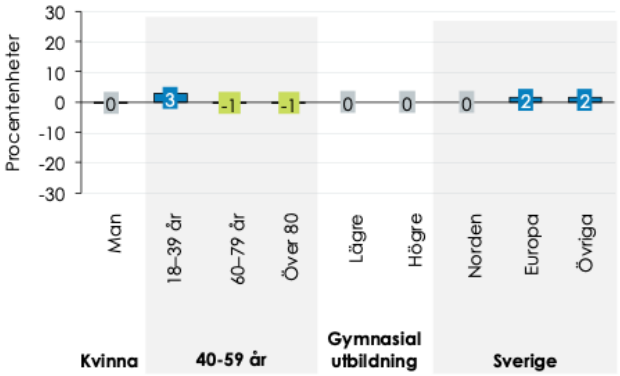
Figur 1. Andelen av befolkningen som avstått från att söka vård som de behövt 2018–2024, riket samt regional spridning. Rullande tvåårsgenomsnitt, åldersstandardiserad.



- Andelen av befolkningen som avstått att söka vård på grund av kostnader, restid eller väntetider bland personer som upplevt ett vårdbehov de senaste 12 månaderna har varierat mellan 3 och 4 procent i riket 2018–2024. Även om andelen ökat något, är förändringen inte signifikant.
- Skillnaderna är stora mellan regioner, vilket till viss del beror på att det är en så liten andel från början som väljer att avstå från vård. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är 33—49 procent under perioden.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Figur 2. Skillnad i sannolikhet att ha avstått från att söka vård jämfört med referensgruppen när vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Resultat för 2017–2024.

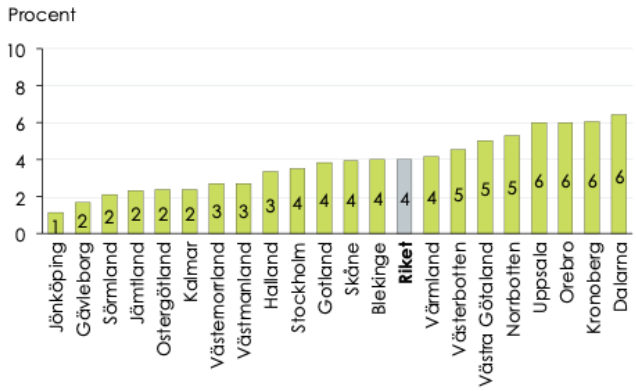


Högre Lägre Inte säkerställd skillnad Ökad skillnad Minskad skillnad

- Det finns inga skillnader mellan män och kvinnor.
- Yngre (personer 18–39 år) uppger i högre utsträckning att de har avstått från att söka vård de haft behov av än referensgruppen (personer 40–59 år). Personer 60–79 år och över 80 år uppger i lägre utsträckning än personer 40–59 år att de har avstått från att söka vård de har behov av.
- Det finns ingen skillnad mellan personer med olika utbildning 2023–2024.
- Det finns ingen skillnad mellan personer födda i andra länder i Norden och personer födda i Sverige. Personer födda i övriga Europa och övriga världen har högre sannolikhet att uppge att de har avstått från att söka vård de har behov av jämfört med personer födda i Sverige.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen av befolkningen som avstått från att söka vård som de behövt 2018–2024, riket samt regional spridning. Genomsnitt 2027–2024 (standardiserad för kön, ålder och utbildning mellan regioner).



- Andelen av befolkningen som uppger att de under de senaste 12 månaderna avstått från undersökning eller vård som de behövt, på grund av kostnaden, reseavståndet eller väntetiden varierar mellan regioner. Notera att värdena är mycket små, vilket gör att skillnaderna i figur 3 ser stora ut men handlar om några procentenheter.
- Andelen som avstått från att söka vård är lägst i Region Jönköping (1 procent), samt i Gävleborg, Sörmland, Jämtland-Härjedalen, Östergötland och Kalmar (2 procent). Andelen är högst i regionerna Uppsala, Örebro, Kronoberg och Dalarna (6 procent).

TELEFONTILLGÄNGLIGHET I PRIMÄRVÅRDEN

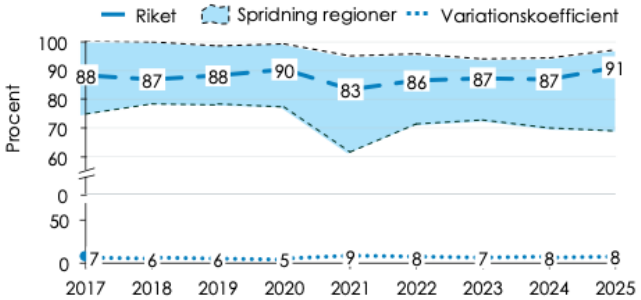
Andelen av telefonsamtalen till vårdcentraler under ordinarie öppettider som besvaras samma dag. Höga värden är önskvärda.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

- **91 PROCENT** av telefonsamtalen besvaras samma dag
- **POSITIV UTVECKLING** från de stora minskningar som skedde 2021
- **STORA** skillnader mellan regioner

Indikatorn i riket

Figur 1. Andelen av telefonsamtalen till vårdcentraler som besvaras samma dag 2017–2025, riket samt regional spridning.



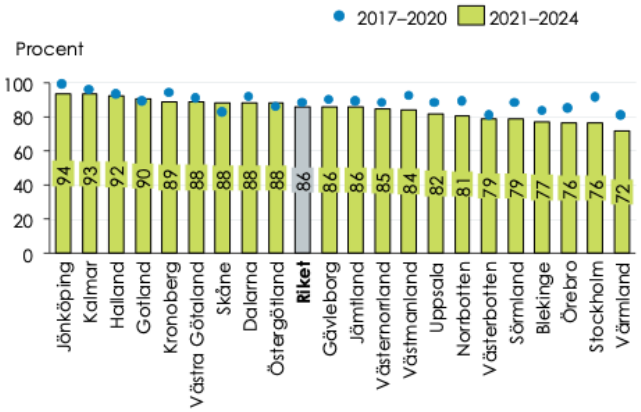
- Andelen patienter som har fått svar på sitt samtal till primärvården samma dag har varierat mellan 83 och 91 procent i riket 2017–2024.
- Utvecklingen har varit positiv under de senaste åren efter stora minskningar 2021, under covid-19 pandemin. Andelen besvarade samtal var på ungefär samma nivå 2020 som 2025.
- Det är relativt stora skillnader mellan regioner. Spridningen i relation till medelvärdet mellan regioner är har varit 5–9 procent under perioden och fördubblades nästan 2020–2021. Sedan dess har spridningen legat runt 8 procent.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Vi kan inte analysera denna indikator utifrån flera bakgrundsfaktorer.

Skillnader mellan regioner

Figur 3. Andelen av telefonsamtalen till vårdcentraler som besvaras samma dag 2021–2024 jämfört med perioden 2017–2020.



- Under perioden 2021–2024 har Region Jönköpings län (94 procent), Kalmar (93 procent) och Halland (92 procent) högst andel besvarade samtal samma dag. Värmland (72 procent), Stockholm (76 procent) och Västra Götalandsregionen (76 procent) ligger lägst.
- Många regioner höjer resultaten från perioden 2021–2024 till 2024 vilket tyder på en positiv utveckling.
- Not: Stockholm har inte uppmätt värde 2023 eller 2024.

10.6 Resurser

I det här kapitlet redovisar vi de resurser som hälso- och sjukvården har till sitt förfogande – både ekonomiska och reala. De reala resurserna består här av personal och vårdplatser. Indikatorerna är

- hälso- och sjukvårdskostnad per invånare
- personalresurser per 1 000 invånare
- disponibla vårdplatser per 1 000 invånare.

Kostnadsmåttet används även i produktivitets- och effektivitetsberäkningarna som presenteras i avsnitt 10.8 och 10.9.

10.6.1 Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare

Indikatorn baseras på SCB:s räkenskapssammandrag för kommuner och regioner. Det finns olika mått för att följa hälso- och sjukvårdens kostnader i Sverige. Vi använder huvudsakligen nettokostnad, som speglar kostnader som täcks av kommunalskatt och generella statsbidrag. Nettokostnaden motsvarar regionernas totala kostnad (brutto-kostnad) för hälso- och sjukvården efter att intäkter har dragits av, till exempel patient-avgifter, statsbidrag och intäkter från lokaluthyrning och regionala bolag. Fördelen med att använda nettokostnad för regionala jämförelser är att måttet är oberoende av skillnader i omfattningen av köp mellan och inom regionerna samt skillnader i vilken utsträckning regionerna äger offentligt ägda bolag. Nettokostnaden speglar den faktiska ekonomiska belastningen för regionen. Ett exempel är ett offentligt ägt sjukhus som utför två identiska operationer, en inom ordinarie verksamhet och en som utförs på uppdrag (säljs) till ett offentligt ägt vårdbolag. Bruttokostnaden visar den totala kostnaden för båda operationerna. I nettokostnaden tar man bort de intäkter som regionen får från bolaget, och den speglar därmed den faktiska kostnaden för det offentliga sjukhusets ordinarie verksamhet. Nettokostnad används i regionernas ekonomistatistik och som grund för jämförelser mellan regioner, bland annat i SKR:s sammanställningar av ekonomi- och verksamhetsstatistik (SKR 2023).

Vi redovisar nettokostnad för riket som helhet. För att få ett mer rättvisande mått i de regionala jämförelserna inkluderar vi två intäkter i kostnadsmåttet: patientavgifter och riktade statsbidrag. De adderas till regionernas nettokostnader, varpå kostnaden blir högre än den rena nettokostnaden från vilken alla intäkter har dragits av. Patientavgifter inkluderas eftersom vi bedömer att det ger en mer rättvis bild. Avgifterna står för en liten del av regionernas intäkter, men det innebär en viss förskjutning av kostnader till patienter. På samma sätt är riktade statsbidrag avsedda för specifika ändamål och ska inte finansiera ordinarie verksamhet. Vi inkluderar här alla riktade statsbidrag eftersom vi inte kan separera ut de riktade statsbidrag som ligger inom olika utgiftsområden. Totalt 80 procent av de riktade statsbidragen ligger dock inom utgiftsområdet hälso- och sjukvård och social omsorg (Statskontoret 2025).

I kostnaderna ingår primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och övrig hälso- och sjukvård samt förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel. Tandvård och primärvårdsansluten hemsjukvård är exkluderade. Kostnaderna redovisas

i 2024 års fasta priser. De har räknats om med SKR:s prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner, LPIK inklusive läkemedel, som används för att fastprisberäkna regionernas kostnadsutveckling (SKR 2025b). Kostnaderna redovisas per invånare och har beräknats med befolkningsuppgifter från SCB (SCB 2024).

10.6.2 Personella resurser per 1 000 invånare

För att följa bemanningen inom hälso- och sjukvården redovisar vi antalet legitimerade läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare. Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården under november månad det aktuella året. Både privat och offentligt driven verksamhet ingår i statistiken om sysselsatta personer. Indikatorn baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

10.6.3 Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Vi redovisar antalet vårdplatser per 1 000 invånare i somatisk slutenvård och psykiatrisk heldygnsvård. Indikatorn baseras på SKR:s verksamhetsstatistik. Platser i boenden för vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning ingår inte. Däremot ingår vårdplatser på sjukhus för bland annat rehabilitering och långtidsvård. Antalet vårdplatser speglar inte enbart det fysiska utbudet av platser, utan påverkas också av bemanning, vårdens organisation och arbetssätten samt av hur vårdplatserna används. Skillnader mellan länder kan därför bero på kapacitet, men även på hur vården styrs och organiseras genom exempelvis betalningssystem, inklusive incitament att behandla patienter i sluten vård eller i andra vårdformer (OECD 2025a).

EKONOMISKA RESURSER

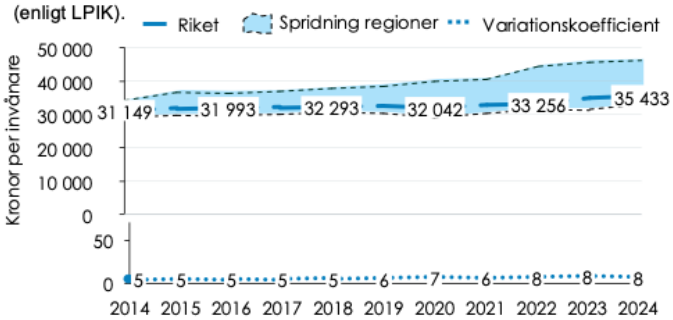
De ekonomiska resurserna består av regionernas nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare. I analyserna av kostnader i riket exkluderar vi politisk ledning. I analyserna där vi jämför regioner inkluderar vi även patientavgifter och riktade statsbidrag.

Källa: Räkenskapssammandraget (SCB).

- **35 433 KRONOR PER INVÅNARE** var kostnaden för hälso- och sjukvården år 2024
- **SKILLNADERNA** mellan regioner i kostnad per invånare har ökat sedan 2021, vilket framförallt drivs av de regioner som haft högst kostnader

► Indikatorn i riket

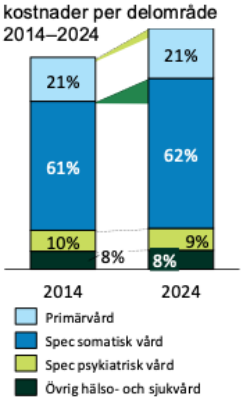
Figur 1. Kostnad för regional hälso- och sjukvård per invånare 2014–2024), riket samt max och min bland regionerna, 2024 års fasta priser (enligt LPIK).



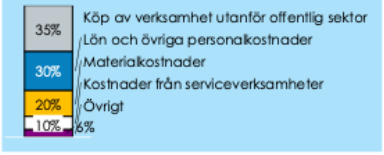
- I 2024 års fasta priser har regionernas samlade nettokostnader för hälso- och sjukvård i riket ökat från 31 149 kr per invånare år 2014 till 35 433 kr år 2024. Det motsvarar en årlig real kostnadsökning om 1,3 procent per invånare i snitt under perioden, och sammanlagt en ökning om 13,8 procent.
- Samtidigt har variationen mellan regionerna i kostnader per invånare ökat över tid. Det är framför allt de regioner som har höga kostnader som under perioden avviker mer och mer från rikssnittet.

► Verksamhetsområdens kostnadsutveckling på nationell nivå över tid

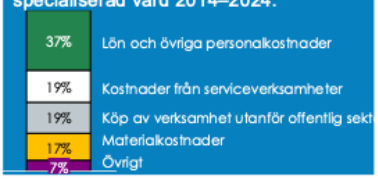
Figur 2. Utveckling Andel av hälso- och sjukvårdens kostnader per delområde 2014–2024



Figur 3. Ökning av driftskostnader primärvård 2014–2024



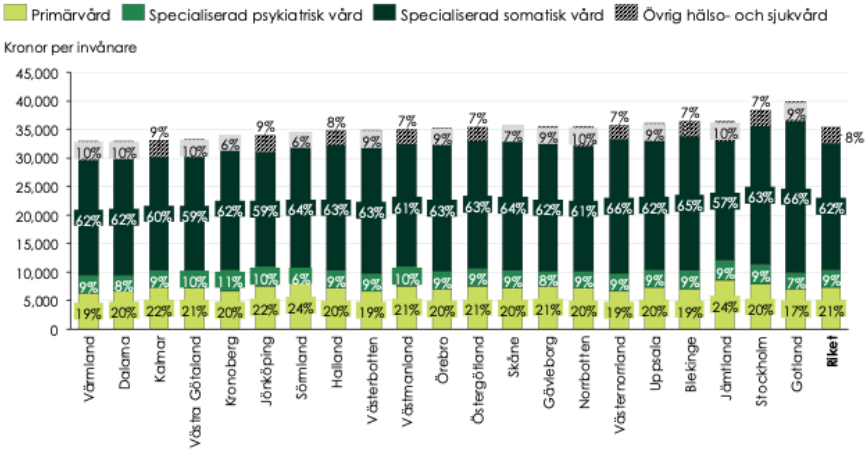
Figur 4. Ökning av driftskostnader specialiserad vård 2014–2024.



- Fördelningen av kostnader mellan verksamhetsområden är stabil över tid. De senaste 10 åren har andelen av de totala sjukvårdskostnaderna som går till primärvården inte förändrats, medan andelen till den specialiserade somatiska vården har ökat något.
- Kostnadsökningen i primärvården har framför allt drivits av ökade kostnader för köp av verksamhet utanför offentlig sektor (35 procent), följt av kostnader för lön och övriga personalkostnader i primärvården (30 procent). Inom den specialiserade somatiska vården drivs redovisade kostnader framför allt av löner och övriga personalkostnader, följt av köp av verksamhet utanför offentlig sektor, materialkostnader och serviceverksamhet (samtliga 17–19 procent). Driftskostnader är inte kostnadsökningen i hela vården. Exempelvis kan köp av verksamhet och tjänster utgöra personalkostnader i en annan organisation.

► Skillnader mellan regioner och verksamhetsområden

Figur 5 Totala kostnader och kostnadsandel per verksamhetsområdet 2020–2024 (justerade nettokostnader för hälso- och sjukvård per invånare inkl. läkemedel) per region



- Det finns skillnader mellan regioner i andel kostnader per område.
- Det sker inga stora förändringar 2014–2024 i hur stor andel regionerna lägger på respektive verksamhetsområde, även om förändringar sker i några regioner.
- Det kan finnas skillnader i hur regionerna fördelar olika typer av vård mellan verksamhetsområden vilket kan påverka jämförelsen.

REALA RESURSER

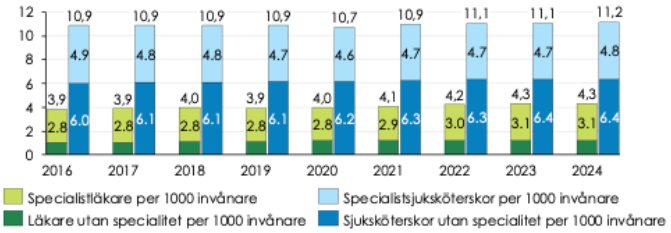
För att följa utvecklingen av hur många som arbetar inom hälso- och sjukvården, redovisar vi antalet legitimerade läkare och sjuksköterskor som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 1 000 invånare. Indikatorn för disponibla vårdplatser visar hur många vårdplatser som finns per 1 000 invånare i somatisk slutenvård och psykiatrisk heldygnsvård.

- **ANTAL LÄKARE** per invånare ökar över tid men andelen som är allmänspecialister minskar
- **SJUKSKÖTERSKOR** per invånare ökar i lägre utsträckning

► Antal sysselsatta läkare och sjuksköterskor

Källa: Socialstyrelsen, HOSP

Figur 1. Antal sysselsatta läkare och sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per 1000 invånare 2016–2024.

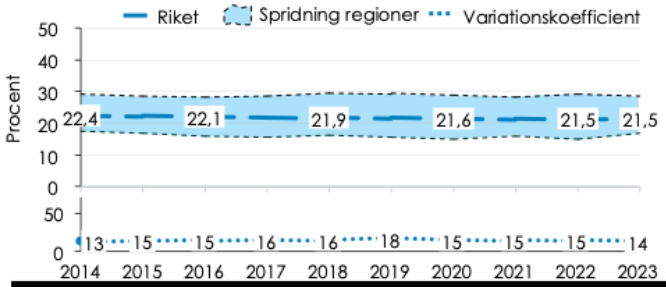


- På riksnivå ökar antalet sysselsatta läkare 2016–2024 från 3,9 till 4,3 per 1 000 invånare, en ökning på 12,8 procent. Även antalet specialistläkare ökar, från 2,8 till 3,1 per 1 000 invånare, vilket motsvarar 10,3 procent.
- Även antalet sjuksköterskor ökar 2016–2024, men i lägre utsträckning: från 10,9 till 11,2 per 1000 invånare, vilket motsvarar 2,6 procent.
- Antalet specialistutbildade sjuksköterskor minskar dock i förhållande till befolkningen, och går från 4,9 till 4,8 per 1 000 invånare, en minskning på 1,2 procent.

► Specialistläkare i allmänmedicin

Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen).

Figur 2. Andel specialistläkare i allmänmedicin av samtliga specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 2014–2023.

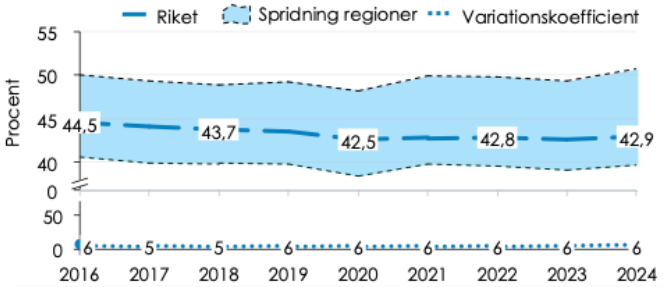


- Andelen specialistläkare i allmänmedicin av samtliga specialistläkare har minskat succesivt över tid, från 22,4 procent 2014 till 21,5 procent 2023.
- Antalet specialister i allmänmedicin ökar dock, men i lägre utsträckning än andra specialiteter. Antalet specialistläkare i allmänmedicin per 1 000 invånare har ökat 6,2 procent 2016–2023 (motsvarande för andra specialister är 9,1 procent).
- Det finns en betydande spridning mellan regionerna i andelen specialister i allmänmedicin av samtliga specialistläkare.

► Specialistsjuksköterskor

Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen).

Figur 3. Andel specialistsjuksköterskor av samtliga sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvården, 2016–2024.

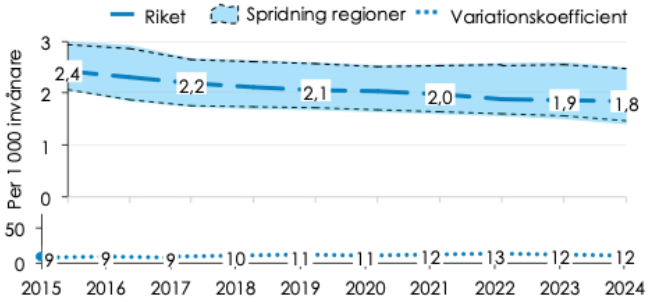


- Genomsnittet för andelen specialistsjuksköterskor av alla sjuksköterskor var 43 procent 2024. Nivån har legat nästan exakt på 43 procent sedan 2019 och innan låg nivån om något aningen högre.
- Variationen mellan regioner i andelen specialistsjuksköterskor av alla sjuksköterskor har legat stabilt på 5–6 procent mellan 2016 och 2024

► Disponibla vårdplatser

Källa: Verksamhetsstatistiken (SKR).

Figur 4. Antal disponibla vårdplatser i specialiserad slutenvård per 1 000 invånare 2015–2024, riket och regional spridning



- Från 2015 har antalet platser per 1 000 invånare sjunkit från 2,42 år 2015 till 1,85 platser per 1 000 invånare år 2024, vilket motsvarar en minskning på 23 procent.
- Av denna minskning berodde cirka 90 procent på minskade vårdplatser i den specialiserade somatiska vården och cirka 10 procent på minskade vårdplatser i den specialiserade psykiatriska vården.

10.7 Insatser

I det här kapitlet redovisar vi översiktligt hälso- och sjukvårdens insatser i form av de vårdbesök och vårdinsatser som produceras i varje region. De indikatorer som ingår är

- primärvårdsbesök per 1 000 invånare
- viktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare
- vårdkonsumtion i somatisk öppenvård
- vårdkonsumtion i somatisk slutenvård.

Indikatorerna ingår som underlag i produktivitetsberäkningarna i avsnitt 10.8.

10.7.1 Primärvårdsbesök per 1 000 invånare

Fysiska besök (mottagnings- och hembesök) hos läkare och annan vårdpersonal mäts med hjälp av SKR:s verksamhetsstatistik. Data bedöms vara relativt heltäckande. För att bryta ner informationen på till exempel patienternas kön och ålder använder vi SKR:s väntetidsdatabas. Väntetidsdatabasen innehåller dock bara besök för patienter som söker vård vid nya besvär.

Digitala besök hos läkare och annan vårdpersonal baseras på flera datakällor eftersom det saknas samlad nationell statistik över antalet digitala besök.

Användningen av digitala kontakter startade på allvar 2016, och ett skäl var lagstiftning som gav nya möjligheter till så kallade nätläkare (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Dessa besök är möjliga att mäta. Uppgifterna för 2016–2017 avser de digitala vårdgivare som då var etablerade i Region Jönköpings län och via så kallade utomlänsbesök erbjöd digital vård till hela riket. Under 2018–2019 verkade digitala vårdgivare i Region Sörmland på samma sätt, så uppgifterna för dessa år avser båda regionerna. Från och med 2020 avser uppgifterna endast vårdgivare som är verksamma i Region Sörmland, eftersom i princip samtliga vårdgivare som erbjuder digitala utomlänsbesök till hela riket nu är etablerade där.

Fram till 2020 kan vi alltså enbart mäta de nationella digitala vårdgivare som ersätts med den så kallade utomlänsersättningen. Inga vårdgivare inom regionens vårdval ingår, varken privata eller offentliga. Sedan 2020 ingår dock de digitala besök som i SKR:s väntetidsdatabas kallas för vårdgarantibesök, det vill säga kontakter som rör en ny medicinsk problematik. Här ingår digitala besök till vårdgivare som är verksamma i regionen (så kallade inomlänsbesök). Men väntetidsdatabasen fångar inte de digitala kontakter som rör befintliga medicinska besvär (exempelvis uppföljning av personer med kroniska besvär) utan enbart nybesök. Täckningsgraden för digitala besök är därmed osäker.

10.7.2 Viktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare

Indikatorn viktade vårdbesök visar den samlade besöksutvecklingen i primärvården och inkluderar både fysiska och digitala besök till all personal. I beräkningen använder vi en viktningsmodell som utvecklats av SKR, där besökstyperna viktas för att bättre spegla

resursåtgången vid olika former av fysiska besök (SKL 2009). I modellen antas ett hembesök motsvara samma resursåtgång som två mottagningsbesök. Digitala besök antas motsvara 33 procent av resursåtgången vid ett mottagningsbesök. Ett besök till en annan personalkategori än läkare antas motsvara 40 procent av resursåtgången vid ett läkarbesök. Även denna indikator påverkas av att det saknas nationella besöksdata över alla digitala besök.

Syftet med viktningen är att mäta primärvårdens samlade besök på ett rättvisande sätt. Vi fångar dock inte primärvårdens alla insatser och förhållandet mellan insatserna när det gäller resursåtgång är en uppskattning. Det finns också nackdelar med att försöka rensa besöken för sammansättningsförändringar, särskilt över tid och särskilt när vi vill mäta produktivitet. Exempelvis kan ett distansbesök ha samma värde och resursåtgång som ett fysiskt besök, eftersom vi inte har information om besökens längd och innehåll. Detsamma gäller exempelvis läkarbesök och besök hos andra personalgrupper, som sjuksköterskor.

10.7.3 Vårdkonsumtion i somatisk öppenvård

Antalet konsumerade DRG-poäng kan användas för att uppskatta hälso- och sjukvårdens insatser. Måttet belyser antalet vårdkontakter, justerat för vårdtyngd, och uttrycker därmed både antalet insatser och insatsernas omfattning. DRG-poängen tar hänsyn till hur resurskrävande olika vårdtillfällen är, vilket gör måttet mer rättvisande än exempelvis antalet vårdbesök eftersom omfattningen, som besökens längd och innehåll, varierar mycket.

När en patient söker vård registreras vilken diagnos som är den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten. Dessutom redovisas de åtgärder som genomförts i utredande, behandlande eller förebyggande syfte. Baserat på bland annat diagnosen och åtgärderna grupperas sedan vårdkontakterna till en DRG-grupp. DRG tar också hänsyn till regionens patientmix, till exempel patienternas ålder och hur allvarliga sjukdomar de har. Med hjälp av SKR och deras databas för kostnad per patient (KPP) beräknas en genomsnittlig kostnad per DRG-grupp.

I nästa steg jämförs genomsnittskostnaden för DRG-gruppen med den genomsnittliga kostnaden för samtliga vårdkontakter (den resursåtgången får vikten 1). DRG-poängen är därigenom ett uttryck för den genomsnittliga resursåtgången för patienter i den aktuella DRG-gruppen. Ju högre DRG-poäng, desto större resursåtgång och högre behandlingskostnader (Socialstyrelsen 2025). Antalet konsumerade DRG-poäng i en region är summan av alla de vårdkontakter som invånarna i regionen genomfört, multiplicerat med vikten för respektive vårdkontakt. För att beräkna DRG-poäng per invånare divideras sedan det totala antalet DRG-poäng med antalet invånare i regionen. Nya diagnosgrupper tillkommer och befintliga DRG-grupper ändras mellan åren, så för att kunna följa utvecklingen har vi använt vikter från 2020 som bas för att skatta följande års vikter.

Vi relaterar även DRG till vårdbesök i den specialiserade öppenvården för att få en bättre bild av vårdkonsumtionen. Vårdbesöken inkluderar inte hemsjukvårdsbesök.

10.7.4 Vårdkonsumtion i somatisk slutenvård

För den specialiserade slutenvården mäter vi insatser genom konsumerade DRG-poäng (se beskrivning ovan). Vi relaterar även DRG till besök och vårdtillfällen i specialiserad slutenvård för att få en bättre bild av vårdkonsumtionen.

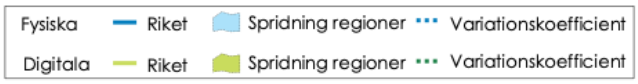
PRIMÄRVÅRDSBESÖK PER 1 000 INVÅNARE

Fysiska och digitala besök per 1 000 invånare i primärvården, uppdelat på läkare och övrig personal (till exempel sjuksköterskor och fysioterapeuter).

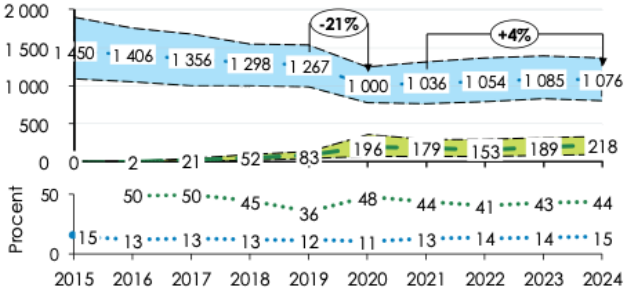
Källa: Verksamhetsstatistiken (SKR), Region Sörmland, Region Jönköping, Väntetidsdatabasen (SKR).

- **DIGITALA BESÖK** ökade mycket under pandemin men har nu återgått till en mer långsiktig trend enligt den data vi har tillgång till
- **STOR SKILLNAD** i antal digitala besök mellan regioner , men på grund av bristande täckningsgrad vet vi inte hur stor andel av besöken vi mäter

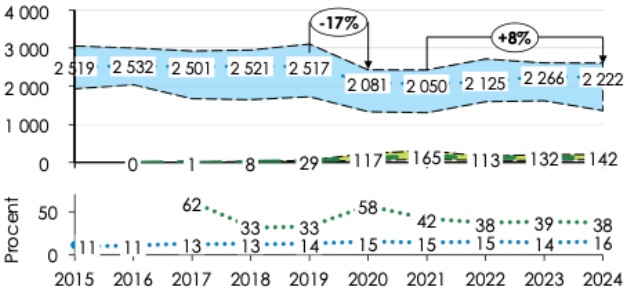
Utveckling i riket över tid



Figur 1. Antal läkarbesök i primärvården per 1000 invånare, 2015–2024.



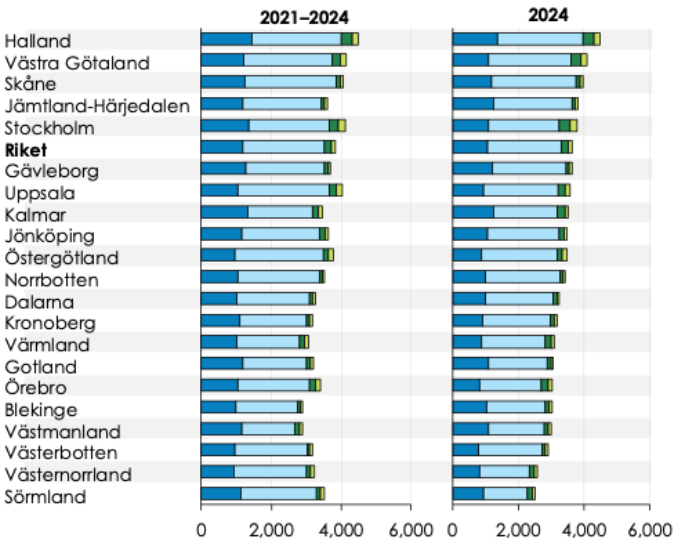
Figur 2. Antal besök hos personal utöver läkare i primärvården per 1000 invånare, 2015–2024.



- Täckningsgraden för fysiska besök är god men det finns brister i täckningsgrad för de digitala besöken. Det är därför svårt att göra en helhetsbedömning av besöksutvecklingen, och vi delar upp redovisningen av de fysiska och digitala besöken.
- Antalet fysiska läkarbesök på mottagning eller i hemmet har minskat med 26 procent 2015–2024. Det skedde en stor minskning (21 procent) under pandemin, då många fysiska besök ersattes med digitala.
- Digitala läkarbesök har ökat snabbt sedan 2016 och det sker en skarp ökning under covid-19-pandemin. Från 2021 då flera restriktioner släpptes syns en tydlig återgång i antalet digitala läkarbesök som sedan på längre sikt övergår i en uppåtgående trend.
- En liknande utveckling syns för besök hos övriga personalgrupper, som minskat med 12 procent 2015–2024 och minskade med 17 procent 2019–2020. Samtidigt ökar de digitala besöken.
- Skillnaderna mellan regionerna är relativt små för fysiska besök, både hos läkare och övriga personalgrupper. Spridningen minskade lite under pandemin, vilket till störst del drevs av att de regioner som låg högst sjönk.
- Skillnaderna mellan regioner i antal digitala läkarbesök har däremot varit hög under hela tidsperioden. Den långsiktiga utvecklingen är en minskad variation med en temporär ökning vid covid-19-pandemins första år.

Skillnad mellan regioner

Figur 3. Antal besök hos vårdpersonal i primärvården per 1 000 invånare per region. Genomsnitt för 2021–2024 jämfört med 2024.



- 2024 har regionerna Halland, Västra Götalandsregionen, Skåne och Jämtland-Härjedalen flest totala besök. Samma regioner har haft flest besök under 2021–2024, tillsammans med Uppsala och Stockholm där besöken minskat. I de flesta regioner har besöken ökat något totalt sett, men några regioner har även haft stora minskningar.
- Halland, Jämtland och Kalmar har flest fysiska läkarbesök per 1 000 invånare medan Örebro, Västernorrland och Västerbotten har minst. Halland, Stockholm och Västra Götalandsregionen har flest digitala läkarbesök per 1 000 invånare medan Jämtland, Västerbotten och Norrbotten har minst.
- Halland, Skåne och Västra Götaland har flest fysiska besök hos annan personal än läkare, och Västermanland, Västernorrland och Sörmland minst. Stockholm, Västra Götalandsregionen och Halland flest digitala, Norrbotten, Blekinge och Jämtland-Härjedalen minst.

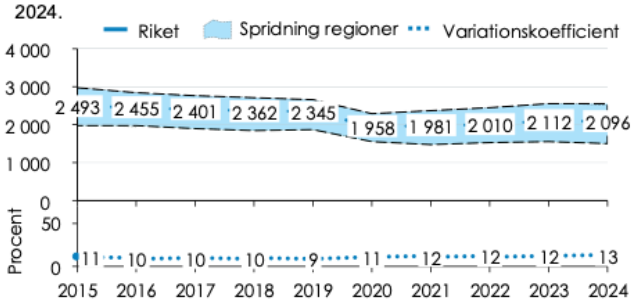
VIKTADE PRIMÄRVÅRDSBESÖK PER 1 000 INVÅNARE

Visar den samlade besöksutvecklingen i primärvården, både fysiska och digitala besök till flera personalkategorier. Besöken viktas samman utifrån den genomsnittliga resursförbrukningen.
Källa: Verksamhetsstatistiken (SKR), Region Sörmland, Region Jönköping, Väntetidsdatabasen (SKR).

- **BESÖKEN I PRIMÄRVÅRDEN MINSKAR** när vi ser till utvecklingen av besök hos alla personalkategorier, men vi saknar information om många digitala besök
- **FYSISKA BESÖK TILL LÄKARE** har minskat mest

Viktade besök i primärvården

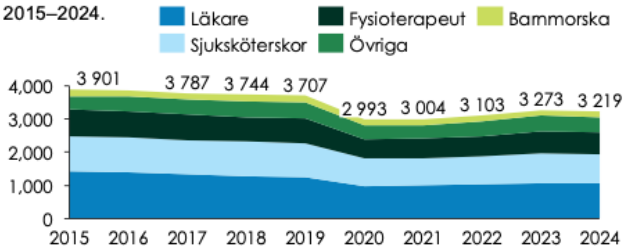
Figur 1. Antal viktade besök i primärvården per 1000 invånare, 2015–2024.



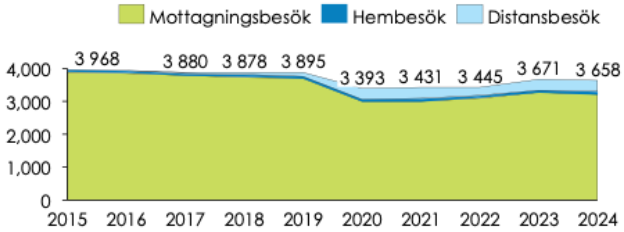
- Antalet viktade besök i primärvården minskar med 16 procent 2015–2024. Nedgången drivs helt av en minskning i fysiska besök, särskilt under pandemin.
- Minskningen drivs framförallt av en stor minskning i fysiska läkarbesök. Även fysiska besök hos andra personalgrupper minskar under perioden men inte lika mycket, och även om de är fler till antalet viktas effekten av dessa ner i modellen.
- Digitala besök viktas ner i modellen, men som figur 3 visar ersätter de inte helt fysiska besök. Den totala minskningen som syns i figur 1 är troligtvis en överskattning eftersom vi inte har information om de inomlänsbesök som inte är första besök.

Viktade besök – uppdelning i yrkesgrupper och besökstyper

Figur 2. Fysiska besök i primärvården per 1 000 invånare per yrke, 2015–2024.



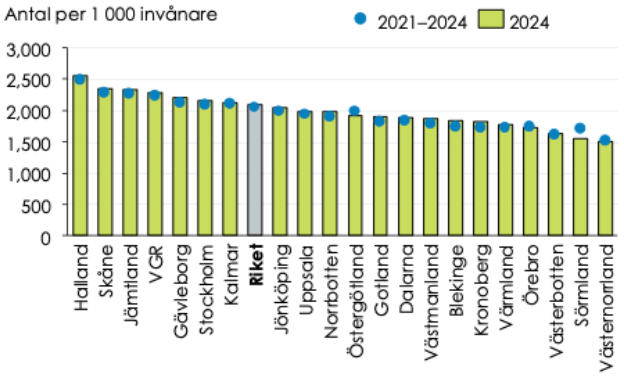
Figur 3. Mottagningsbesök, hembesök och digitala besök i primärvården per 1 000 invånare, 2015–2024.



- Figurerna visar en uppdelning av de viktade besöken, utan vikter. Huvuddelen av besöken i primärvården utgörs av andra personalgrupper än läkare (figur 2). De största personalgrupperna är sjuksköterskor och fysioterapeuter. Övriga personalgrupper utgörs exempelvis av arbetsterapeuter.
- Fysiska besök hos läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och fysioterapeuter har minskat. Besök hos övriga personalgrupper har däremot ökat. Sett till totalt antal minskar dessa besök mer än läkarbesöken, men procentuellt sett betydligt mindre (12 procent jämfört med 26 procent). Den effekten blir något mindre när dessa besök viktas ner till 40 procent av ett läkarbesök.
- Figur 3 visar mottagningsbesök, hembesök samt de distansbesök vi kan mäta. Figuren visar att minskningen är betydligt mindre (8 procent över perioden) när vi inte viktar ner de digitala besöken.
- Besöksutvecklingen är en underskattning eftersom det saknas samlad nationell statistik över antalet digitala besök

Viktade besök - skillnad mellan regioner

Figur 3. Antal viktade besök i primärvården per 1000 invånare per region, 2024 jämfört med genomsnitt för 2021–2024.



- Regionerna Halland, Skåne, Jämtland-Härjedalen och Västragötalandsregionen har flest viktade besök i primärvården.
- Utvecklingen i antalet vårdbesök varierar mellan regioner. Östergötland och Sörmland har en något tydligare minskning i antalet viktade besök i primärvården de senaste åren.

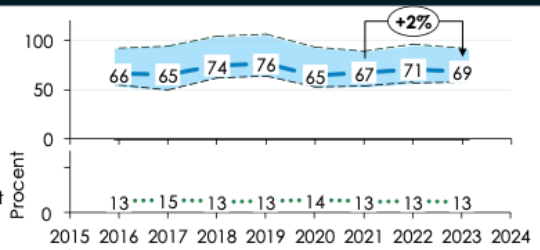
VÅRDKONSUMTION I SOMATISK ÖPPENVÅRD

Vi mäter vårdkonsumtion genom DRG-poäng, som sorterar vårdbesök utifrån medicinskt tillstånd och resursförbrukning och kan användas för att jämföra vårdkonsumtion mellan grupper. Vi relaterar även DRG till antalet vårdbesök.
Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), befolkningsstatistik (SCB).

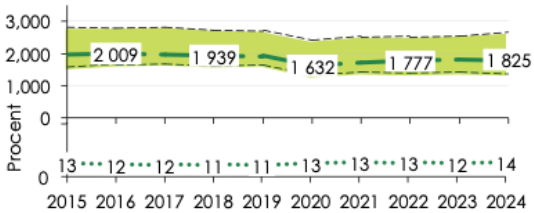
- **VÅRDKONSUMTIONEN HAR ÖKAT** sedan minskningarna under covid-19-pandemin, men inte till samma nivåer som innan
- **MÄN HAR HÖGRE** vårdkonsumtion i åldrarna 80 år och äldre, och kvinnor har högre vårdkonsumtion i yngre åldersgrupper

Utveckling över tid

Figur 1. Konsumerade DRG-poäng per 1 000 invånare 2016–2023.



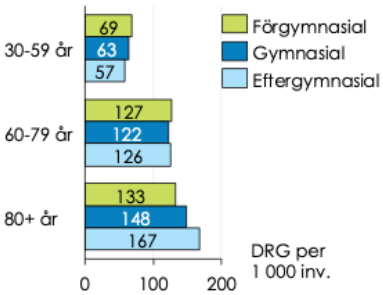
Figur 2. Vårdbesök per 1 000 invånare 2015–2024.



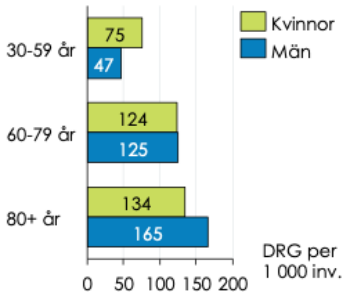
- Konsumerade DRG-poäng i den somatiska öppenvården har ökat över tid från riksnitt motsvarande 66 DRG-poäng per 1 000 invånare år 2015 till 69 DRG-poäng 2023.Det sker stora minskningar under covid-19-pandemin. Utvecklingen är åldersstandardiserad över tid.
- Antalet vårdbesök per 1 000 invånare minskar mycket under covid-19-pandemin. Den ökar något under senare år, men inte till samma nivåer som innan pandemin.
- Den samlade vårdkonsumtionen har ökat sedan minskningarna under covid-19-pandemin, men inte till samma nivåer som innan.

Skillnader mellan grupper

Figur 3. DRG-poäng per 1 000 invånare, utbildningsgrupper. Genomsnitt 2022–2023.



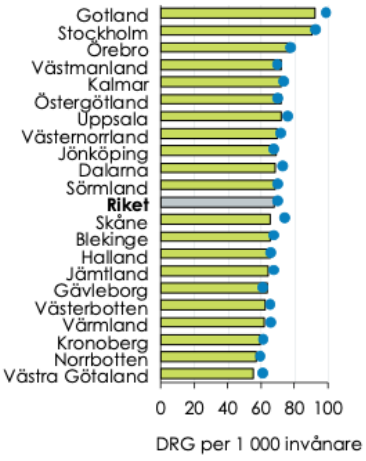
Figur 4. DRG-poäng per 1 000 invånare, per kön. Genomsnitt 2022–2023.



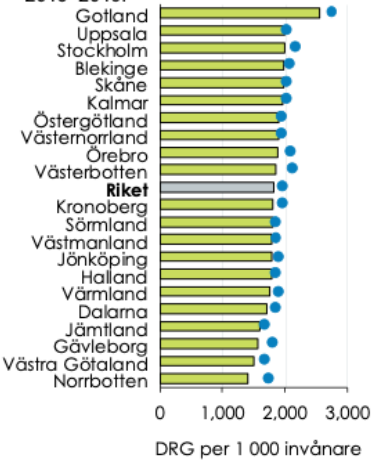
- Personer med högre utbildning har färre konsumerade DRG-poäng än personer med lägre utbildning i åldrarna 30-59 år, men fler i åldrarna 80 år och äldre.
- Män och kvinnor konsumerar ungefär lika många DRG-poäng i åldrarna 60-79 år. I övriga åldersgrupper finns en påtaglig skillnad mellan könen i konsumerade DRG-poäng. Kvinnor som är mellan 30-59 har en högre DRG-poäng än män i samma ålder. Män i åldrarna 80 år och äldre har däremot en betydligt högre vårdkonsumtion än kvinnor.

Skillnader mellan regioner

Figur 5. DRG-poäng per 1 000 invånare, Genomsnitt för 2020–2023 jämfört med 2016–2019.



Figur 6. Vårdbesök per 1 000 invånare, Genomsnitt för 2020–2023 jämfört med 2016–2019.



2016–2019 2020–2023

- Gotland (92), Stockholm (91) och Örebro (78) är de regioner som har högst genomsnittlig DRG-poäng per 1 000 invånare perioden 2020–2023.
- Det finns stora skillnader i DRG-poäng per 1 000 invånare. Konsumerade DRG-poäng har minskat i nästan alla regioner mellan perioden 2016–2019 och 2020–2023, vilket troligtvis påverkas av den minskade vårdkonsumtionen under pandemin.
- I jämförelsen av DRG-poäng per 1 000 invånare mellan regionerna tar vi hänsyn till skillnader i ålder, kön och utbildning mellan regionerna.

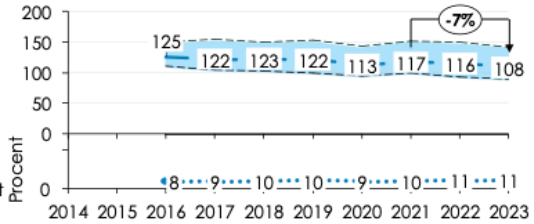
VÅRDKONSUMTION I SOMATISK SLUTENVÅRD

Vi mäter vårdkonsumtion genom DRG-poäng, som sorterar vårdbesök utifrån medicinskt tillstånd och resursförbrukning och kan användas för att jämföra vårdkonsumtion mellan grupper. Vi relaterar även DRG till antalet vårdtillfällen.
Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), befolkningsstatistik (SCB).

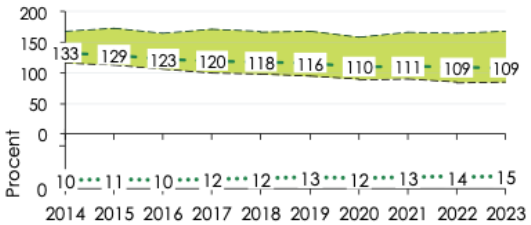
- **VÅRDKONSUMTIONEN MINSKAR** över tid, både när det gäller DRG-poäng och vårdtillfällen per 1 000 invånare
- **MÄN HAR HÖGRE** vårdkonsumtion i åldersgrupperna 60–79 år och över 80 år, medan kvinnor har högre vårdkonsumtion i åldersgruppen 30-59 år

Utveckling över tid

Figur 1. Konsumerade DRG-poäng per 1 000 invånare 2014–2023.



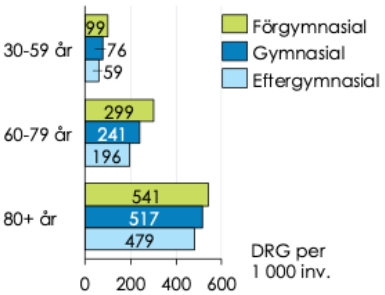
Figur 2. Vårdtillfällen per 1 000 invånare 2014–2023.



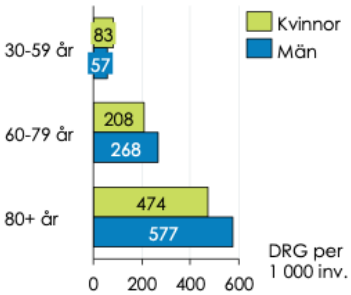
- Konsumerade DRG-poäng i den somatiska slutenvården har minskat över tid. 2014–2023 har genomsnittet i riket minskat från 125 DRG-poäng per 1 000 invånare till 108 DRG-poäng per 1 000 invånare. Konsumtionen minskade något under pandemin. Utvecklingen är åldersstandardiserad över tid.
- 2014–2023 har antalet vårdtillfällen per 1 000 invånare minskat från 133 tillfällen per 1 000 invånare till 109 tillfällen per 1 000 invånare.
- Skillnaderna mellan regionerna har ökat något över tid när det gäller vårdtillfällen. Det drivs framförallt av att minskningar i antalet vårdtillfällen inte skett i de regioner med flest besök.

Skillnader mellan grupper

Figur 3. DRG-poäng per 1 000 invånare, utbildningsgrupper. Genomsnitt 2022–2023.



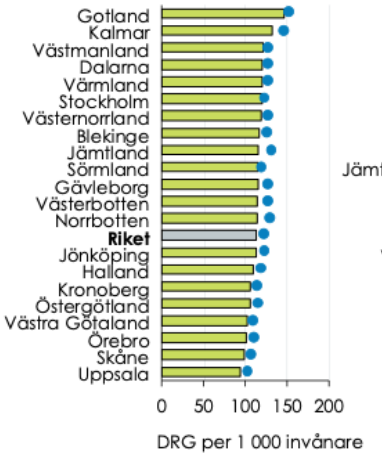
Figur 4. DRG-poäng per 1 000 invånare, per kön. Genomsnitt 2022–2023.



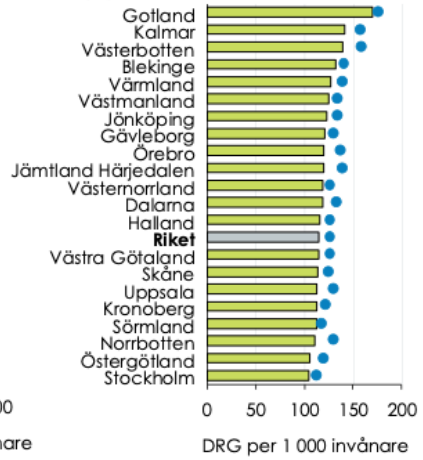
- Personer med högre utbildning har färre konsumerade DRG-poäng än personer med lägre utbildning. Skillnaden är särskilt i stor i åldersgruppen 60-79 år.
- Det finns en påtaglig skillnad mellan könen i konsumerade DRG-poäng. Kvinnor i åldrarna 30-59 år konsumerar betydligt fler DRG-poäng än män. I åldrarna 60-79 år och över 80 år har män däremot en betydligt högre vårdkonsumtion än kvinnor.

Skillnader mellan regioner

Figur 5. DRG-poäng per 1 000 invånare, 2020–2023 jämfört med perioden 2016–2019.



Figur 6. Vårdtillfällen per 1 000 invånare, 2020–2023 jämfört med perioden 2016–2019.



2016-2019 2020-2023

- Gotland (146), Kalmar (132) och Stockholm (121) är de regioner som har högst genomsnittlig DRG-poäng per 1 000 invånare perioden 2020–2023.
- Det finns stora skillnader i DRG-poäng per 1 000 invånare.
- Konsumerade DRG-poäng har minskat i alla regioner mellan perioden 2016–2019 och 2020–2023. Även antalet vårdtillfällen minskar i alla regioner.
- I jämförelsen av DRG-poäng per 1 000 invånare mellan regionerna tar vi hänsyn till skillnader i ålder, kön och utbildning mellan regionerna.

10.8 Produktivitet

I det här avsnittet redovisar vi hur produktiviteten i hälso- och sjukvården utvecklas, för primärvården och för den specialiserade vården samt sammantaget. Produktiviteten är ett mått på hur mycket vård som kan produceras med en given insats, till exempel hur många besök eller operationer som en läkare kan genomföra under en dag. För att mäta produktivitet använder vi indikatorerna för vårdens insatser från avsnitt 10.7 och sätter dem i relation till kostnaderna för hälso- och sjukvård. Indikatorerna är

- produktivitet i primärvård
- produktivitet i specialiserad somatisk vård
- produktivitet i primärvård och specialiserad somatisk vård.

Det finns utmaningar med produktivitetsmätningar i hälso- och sjukvården. Mått såsom antal vårdbesök och vårdkonsumtion fångar främst hur mycket vård som produceras, exempelvis antal besök eller behandlingar, och säger mindre om vårdens värde för patienten. En ökad vårdkonsumtion behöver därför inte innebära högre produktivitet om den inte leder till bättre hälsa, ökad livskvalitet eller mer ändamålsenlig vård. Måtten riskerar också att gynna hög aktivitet snarare än effektiva arbetssätt, förebyggande insatser eller vård som minskar behovet av framtida vårdkontakter (Ellegård, Gerdtham och Heckley, 2026). En ytterligare utmaning är att effektiva arbetssätt som minskar behovet av fysiska besök eller vårdtillfällen kan tolkas som lägre produktion. Ett tydligt exempel är magsårssjukdom. Tidigare behandlades svåra eller återkommande magsår oftare kirurgiskt, men tack vare nya läkemedel har det behovet minskat kraftigt. Om produktivitet mäts med antal operationer eller vårdtillfällen kan utvecklingen därför se ut som minskad produktion, trots att vården i praktiken kan ha blivit mer effektiv och skapat större patientnytta, färre komplikationer och lägre resursåtgång. Det illustrerar varför aktivitetsmått behöver tolkas försiktigt över tid (Lanas och Chan, 2024; McCarty och Edwards, 2024).

Eftersom produktivitetsmått inte tar hänsyn till insatsernas kvalitet kompletterar vi analysen med effektivitetsanalyser i avsnitt 10.9.

10.8.1 Produktivitet i primärvård

Produktiviteten i primärvården skattas genom att vårdkonsumtionen, i form av viktade primärvårdsbesök från avsnitt 10.7, relateras till kostnaderna per invånare från avsnitt 10.6.1.

Kostnad per viktat primärvårdsbesök gäller fysiska och digitala kontakter i primärvården i förhållande till de totala primärvårdskostnaderna per region. Avsikten är att beräkna hur mycket vård som primärvården kan producera utifrån tillgängliga resurser. Om vårdbesöken blir fler samtidigt som kostnaderna är oförändrade, har produktiviteten ökat (allt annat lika). De regionala kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar. Samtidigt kan jämförelser mellan regioner påverkas av hur vårdkontakter registreras, hur vården är organiserad och vilka yrkesgrupper som tar emot patienterna.

Relativ produktivitetsmatris för primärvård används för att jämföra produktiviteten i primärvården mellan regioner (se figur 16). Matrisen visar antalet prestationer i primärvården i förhållande till kostnaden. Den lodräta axeln gäller viktade primärvårdsbesök per invånare i regionerna i förhållande till viktade primärvårdsbesök per invånare i riket för 2021–2024. Den vågräta axeln visar regionens nettokostnad för primärvården i förhållande till medelvärdet av nettokostnaderna för primärvården i riket 2021–2024. De regionala kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar.

10.8.2 Produktivitet i specialiserad somatisk vård

Produktiviteten i specialiserad somatisk vård skattas genom att vårdkonsumtionen, i form av konsumerade DRG-poäng per region från avsnitt 10.7, relateras till kostnaderna per invånare från avsnitt 10.6.1. Styrkan med DRG-poäng är att det även ser till vårdtyngden för besök och vårdtillfällen, genom att det viktas utifrån den genomsnittliga resursförbrukningen för olika DRG-grupper. Sedan viktar vi samman och jämför antalet DRG-poäng med kostnaderna för att följa produktiviteten, det vill säga antalet vårdtillfällen och besök som kan produceras med hälso- och sjukvårdens resurser. Nya diagnosgrupper tillkommer och befintliga DRG-grupper ändras mellan åren, så för att kunna följa utvecklingen har vi använt vikter från 2020 som bas för att skatta följande års vikter. Kostnaderna som används är strukturjusterade nettokostnader, exklusive läkemedel, för specialiserad somatisk vård, uttryckta i 2024 års fasta priser.

Relativ produktivitetsmatris för specialiserad somatisk vård används för att jämföra produktiviteten i den specialiserade somatiska vården mellan regioner (se figur 16 samt ovan).

10.8.3 Produktivitet i primärvård och specialiserad vård

Vi har gjort en DEA-analys för den samlade produktivitetsutvecklingen. Vi genomför dels en jämförelse mellan regioner, dels en analys av den sammantagna produktivitetsutvecklingen över tid, enligt det som kallas för Malmquists produktivitetsindex. Med metoden kan vi beräkna relativ produktivitet för både primärvård, specialiserad vård och sektorerna sammanvägt per år över tid baserat på vårdkonsumtion i både primärvården och den specialiserade vården, i relation till kostnaderna. Metoden beskrivs närmare i bilaga 2.

Som komplement till analysen redovisar vi också utvecklingen av den samlade vårdkonsumtionen uppdelad i typ av insats, samt analyserar sambandet mellan produktivitet och andra faktorer.

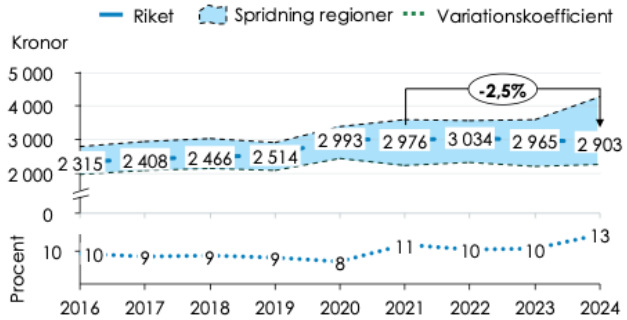
PRODUKTIVITET I PRIMÄRVÅRD

Produktiviteten i primärvården skattas genom att vårdkonsumtionen, i form av viktade primärvårdsbesök från avsnitt 10.7, relateras till kostnaderna per invånare från avsnitt 10.6.1. Låga värden är önskvärda.
Källa: Verksamhetsstatistiken (SKR), Räkenskapssammandraget (SCB).

- **KOSTNADEN PER BESÖK MINSKAR 2021–2024**, men vi vet inte om utvecklingen beror på en produktivitetsökning eller nya arbetssätt
- **SKILLNADERNA** i kostnad per besök mellan regionerna har ökat

Indikatorn i riket

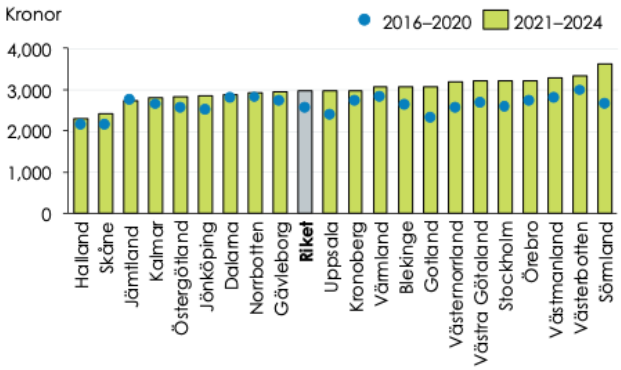
Figur 1. Kostnad per viktat primärvårdsbesök, 2021–2024. 2024 års fasta priser (enligt LPIK).



- Kostnaden per viktat primärvårdskontakt ökade med cirka 25 procent 2016–2024. Den tydligaste ökningen sker under pandemin beror på att antalet fysiska vårdbesök minskar samtidigt som digitala vårdkontakter ökar.
- Kostnaden per besök i primärvården minskar med 2,5 procent 2021–2024. Eftersom vi inte fångar utvecklingen av de digitala besöken fullt ut borde det inte bero på en underrapportering. Dock viktas digitala kontakter ner i analysen vilket kan påverka resultaten.
- Skillnaderna i kostnad per besök mellan regionerna har ökat, särskilt under 2024. Den ökade skillnaden kan påverkas av skillnader i hur vårdkontakter registreras.

Skillnader mellan regioner

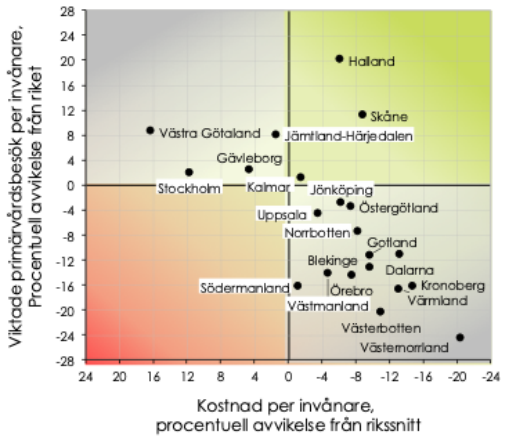
Figur 2. Kostnad per viktat primärvårdsbesök. 2024 års fasta priser (enligt LPIK). Genomsnitt för 2016–2020 och 2021–2024.



- Halland, Skåne och Jämtland-Härjedalen har lägst kostnad per viktat vårdbesök 2021–2024. Kostnaden per viktat besök i Halland är exempelvis 2 290 kr, vilket 23 procent lägre än genomsnittet i riket.
- Sörmland, Västerbotten och Västmanland har högst kostnader per viktat besök 2021–2024. Kostnaden per viktat besök i Sörmland är exempelvis 3 614 kr, vilket är 22 procent högre än genomsnittet i riket.
- Kostnaderna per viktat vårdbesök har ökat mellan perioden 2016–2020 och 2021–2024 i de flesta regioner.
- Kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar. Jämförelserna kan dock påverkas av skillnader i hur vårdkontakter registreras och vilka yrkesgrupper som tar emot patienterna.

Relativ produktivitetsmatris för primärvård

Figur 3. Relativ produktivitetsmatris för primärvården, genomsnitt för 2021–2024.



- Matrisen visar antalet prestationer i primärvården i förhållande till kostnaden. Den lodräta axeln gäller viktade primärvårdsbesök per invånare i regionerna i förhållande till viktade primärvårdsbesök per invånare i riket. Den vågräta axeln visar regionens nettokostnad för primärvården i förhållande till medelvärdet av nettokostnaderna i riket. Kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar.
- Halland, Skåne och Kalmar har lägre kostnader jämfört med genomsnittet i riket samtidigt som dessa regioner har fler viktade vårdbesök per invånare. Ingen region har högre kostnader och samtidigt färre viktade besök inom primärvården än rikssnittet.
- Analysen visar vilka regioner som har en relativt högre produktivitet än andra. Jämförelserna kan påverkas av skillnader i hur vårdkontakter registreras och vilka yrkesgrupper som tar emot patienterna.

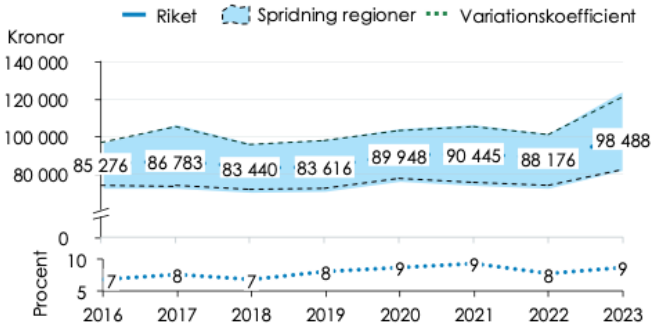
PRODUKTIVITET I SPECIALISERAD SOMATISK VÅRD

Produktiviteten i specialiserad somatisk vård skattas genom att konsumerade DRG-poäng från avsnitt 10.7, relateras till kostnader per invånare från 10.6.1. Låga värden är önskvärda.
Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Räkenskapssammandraget (SCB).

- **KOSTNADEN PER DRG-POÄNG ÖKAR** i den specialiserade somatiska vården under 2023, vilket kan bero på produktivitetsminskning men också förändrade arbetssätt
- **REGIONERNA MED HÖGST KOSTNAD** per DRG-poäng har haft störst ökningar

Indikatorn i riket

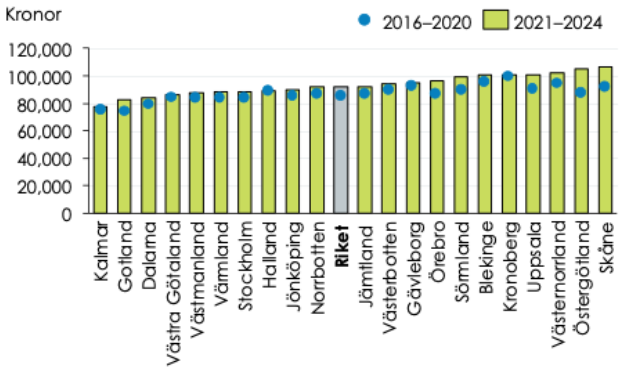
Figur 1. Kostnad per konsumerad DRG-poäng 2016–2023. 2024 års fasta priser (enligt LPIK).



- Kostnaden per DRG-poäng ökar med 9,5 procent 2016–2023. Det är framförallt sista perioden, 2012–2023 som det sker en stor ökning till följd av både ökade kostnader och minskad vårdkonsumtion.
- Det kan bero på produktivitetsminskningar, men det kan också finnas andra förklaringar. Möjligheten att behandla fler utanför slutenvården, genom exempelvis läkemedelsbehandling, kan med detta sätt att mäta tolkas som minskad produktivitet om kostnaderna är konstanta, samtidigt som värdet för patienterna blivit större.
- Skillnaderna i kostnad per DRG-poäng mellan regionerna har inte förändrats mycket under perioden.

Skillnader mellan regioner

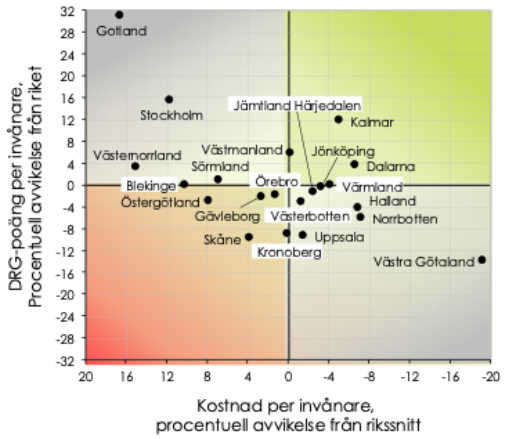
Figur 2. Kostnad per konsumerad DRG-poäng. 2024 års fasta priser (enligt LPIK). Genomsnitt för 2016–2020 och 2021–2024.



- Kalmar, Gotland och Dalarna har lägst kostnad per DRG-poäng 2021–2023. Kostnaden per DRG-poäng i Kalmar är exempelvis 16 procent lägre än genomsnittet i riket.
- Skåne, Östergötland och Västernorrland har högst kostnader per DRG-poäng 2021–2023. Kostnaden per DRG-poäng i Skåne är exempelvis 15 procent högre än genomsnittet i riket.
- Kostnaderna per DRG-poäng har inte ökat så mycket i de flesta regioner mellan perioden 2016–2020 och 2021–2024. De regioner med högst kostnad per DRG-poäng har dock haft stora ökningar.
- Kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar. Jämförelserna kan dock påverkas av skillnader i hur vården organiseras mellan regioner.

Relativ produktivitetsmatris för specialiserad somatisk vård

Figur 3. Relativ produktivitetsmatris för specialiserad somatisk vård, genomsnitt för 2021–2024.



- Matrisen visar antalet prestationer i den specialiserade vården i förhållande till kostnaden. Den lodräta axeln visar konsumerade DRG-poäng per invånare i regionerna i förhållande till konsumerade DRG per invånare i riket. Den vågräta axeln visar regionernas nettokostnad för specialiserad vård i förhållande till medelvärdet i riket. Kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar.
- Kalmar, Västmanland och Dalarna har lägre kostnader jämfört med genomsnittet i riket samtidigt som dessa regioner har fler DRG-poäng per invånare. Skåne, Östergötland, Gävleborg och Örebro har högre kostnader och samtidigt färre DRG-poäng per invånare än rikssnittet.
- Analysen visar vilka regioner som har en relativt högre produktivitet än andra. Jämförelserna kan påverkas av skillnader i hur vårdkontakter registreras och vilka yrkesgrupper som tar emot patienterna.

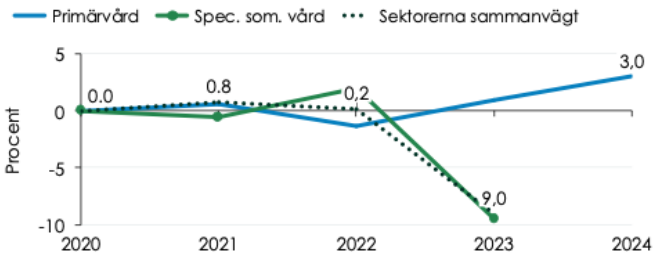
PRODUKTIVITET I PRIMÄRVÅRD OCH SPECIALISERAD VÅRD

Vi analyserar den samlade produktiviteten med en DEA-analys för att beräkna den relativa produktivitet för både primärvård, specialiserad vård och sektorerna sammanvägt. Metoden beskrivs i bilaga 2.
Källor: Patientregistret (Socialstyrelsen), Verksamhetsstatistiken (SKR).

- **ÖKAD PRODUKTIVITET** i primärvård 2022–2024
- **MINSKAD PRODUKTIVITET** i specialiserad vård 2022–2024
- **FÖRÄNDRADE ARBETSSÄTT** påverkar troligtvis resultaten

Indikatorn i riket

Figur 1. Produktivitetsutveckling på riksnivå för primärvård, specialiserad vård samt sektorerna sammanvägt 2020–2024.

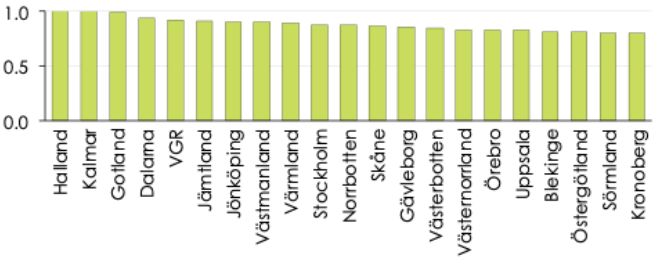


Figur 2. Produktivitetsutveckling på riksnivå för primärvård och specialiserad vård 2016–2024.

- Figur 1 och 2 visar produktivitetsutvecklingen över tid, enligt det som kallas för Malmquists produktivitetsindex (se bilaga 2). Metoden visar om produktiviteten, det vill säga relationen mellan vårdbesök eller konsumerade DRG-poäng och kostnaderna, ökat eller minskat.
- Produktivitetsutvecklingen (figur 1) är positiv fram till 2022, men den minskar med 9 procent under 2023, vilket drivs av en försämring i den specialiserade vården. Försämringen beror i första hand på att produktionsfronten har krympt, alltså att den högsta uppmätta produktionsnivån, givet resurserna, har minskat. Det kan i sin tur bero på de ökade kostnaderna inom framför allt den specialiserade vården men också på en minskad vårdkonsumtion särskilt i den specialiserade vården under 2023, men också i primärvården.
- För att få en uppfattningen av utvecklingen över tid gör vi även en analys med start 2016. Den visar stora produktivitetsminskningar i både primärvård och specialiserad vård. Framförallt minskningarna i primärvården drivs till stor del av covid-19-pandemin.

Skillnader mellan regioner

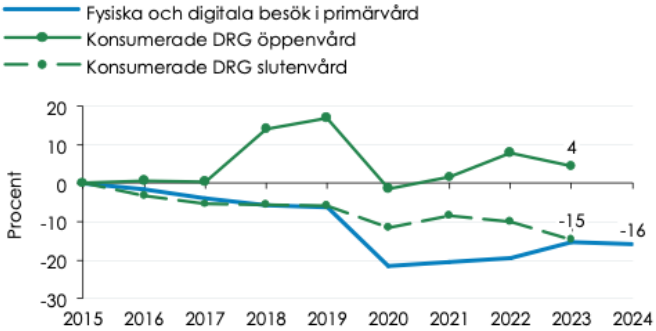
Figur 3. Produktivitet på regional nivå för sektorerna sammanvägt, 2021–2023.



- Grafen visar avstånd till fronten i DEA-analysen, där 1 innebär mest produktiv. Två regioner befinner sig vid produktivitetsfronten: Halland och Kalmar.
- Alla regioner befinner sig 0,2 eller mindre från fronten. De regioner som ligger lägst är Östergötland, Södermanland och Kronoberg.
- Kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar. Jämförelserna kan dock påverkas av skillnader i hur vården organiseras mellan regioner.

Samlad besöksutveckling i primärvård och specialiserad vård

Figur 4. Utveckling av vårdkonsumtionen i primärvård och specialiserad vård, 2015–2024.



- Som komplement till analysen redovisar vi också utvecklingen av den samlade vårdkonsumtionen uppdelad i besök och konsumtion
- Vårdkonsumtionen minskade för alla insatser under 2020 (covid-19-pandemin). Primärvårdsbesöken har minskat sett till hela perioden (16 procent), men ökar efter 2021. Konsumerade DRG-poäng ökar efter 2021 och har en total ökning på 4 procent över hela perioden. Konsumerade DRG i slutenvården minskar 16 procent under hela perioden, och har även minskat under perioden sedan 2021.

10.9 Effektivitet

Hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). På systemnivå handlar effektivitet om hur väl de övergripande målen med hälso- och sjukvården uppnås i förhållande till de resurser som används.

Det är metodologisk komplext att undersöka effektivitet i hälso- och sjukvården och det finns inga fullständiga eller enskilda mått som kan sägas fånga dessa mål fullt ut. Vi har valt att definiera effektivitet som nytta i förhållande till kostnader, och nytta som uppfyllelse av målen i HSL. Därför utgår vi från kvalitetsindikatorerna för personcenterring, hälsoutfall och tillgänglighet vi valt ut för måluppfyllelse i denna uppföljning.

För att mäta effektivitet kombinerar vi indikatorer från avsnitt 10.2–10.5 och avsnitt 10.6. I alla analyser använder vi genomsnittlig nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare (inklusive läkemedel) och per region, justerat enligt utjämningsindexet som ett samlat resursmått. Kostnaderna är korrigerade för skillnader i vårdbehov och strukturella skillnader enligt utjämningssystemet.

I syfte att jämföra den relativa effektiviteten mellan regioner använder vi tre olika angreppsätt: effektivitetsmatriser, DEA-metodik och analys av regionernas åtgärdbara dödlighet per invånare i förhållande till kostnaden för hälso-och sjukvård per invånare. Vi kompletterar också effektivitetsanalyserna med analyser för att testa sambandet mellan effektivitet och andra faktorer.

10.9.1 Relativ effektivitetsmatris

Effektivitetsmatrisen (se figur 16) relaterar vårt kvalitetsindex till resursanvändningen. Kvalitetsindexet är ett sammanvägt mått på respektive regions resultat för de indikatorer som ingår i vårt urval av indikatorer för hälso- och sjukvårdens kvalitet inom områdena hälsoutfall av vården, personcentrering och tillgänglighet. För varje indikator beräknar vi först regionernas procentuella avvikelse från rikssnittet, och summerar dem till en total avvikelse. I sammanräkningen får kvalitetsområdena olika vikter som baseras på resultaten från en befolkningsenkät där de svarande värderade olika kvalitetsområden i förhållande till varandra (Vård- och omsorgsanalys 2019):

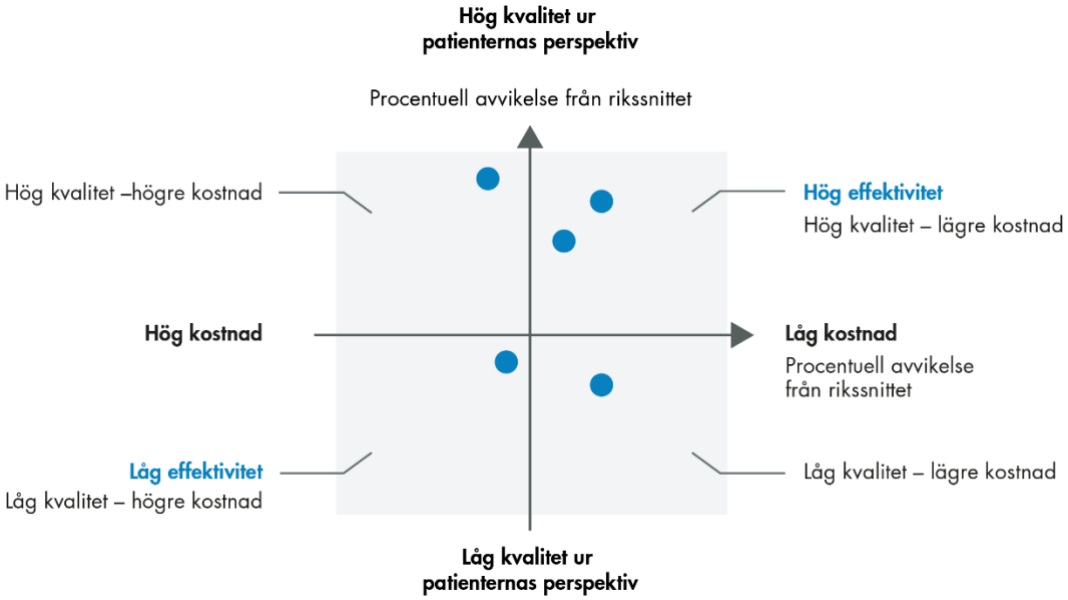
- hälsoutfall: 40 procent
- personcentrering: 20 procent
- väntetider: 20 procent
- tillgänglighetsbarriärer: 20 procent.

Personcentrering, väntetider och tillgänglighetsbarriärer var alltså lika viktiga för svarspersonerna, och hälsoutfallet dubbelt så viktigt som de övriga.

Den vågräta axeln visar använda resurser per region i form av hälso- och sjukvårdens nettokostnader, inklusive läkemedel, som är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionernas skilda förutsättningar. Axeln är omvänd så att lägre kostnader än rikssnittet finns på höger sida.

En region bedöms ha högre relativ effektivitet om den har bättre kvalitetsresultat än rikssnittet (högre upp på den lodräta axeln) och lägre kostnader än rikssnittet (längre till höger på den vågräta axeln). Däremot visar inte analysen om effektiviteten sammantaget är hög eller låg.

Figur 16. Effektivitetsmatris.



10.9.2 DEA- och sambandsanalys

Vi skattar också effektiviteten via en **DEA-analys**, vilken ger ett sammanvägt effektivitetsmått per region. Metoden i sin helhet beskrivs i bilaga 2. I en DEA-analys skattas förmågan att producera en maximal output (hälsoresultat eller prestationer) från en given input (resurser).

Vi använder sex indikatorer för att mäta output eller resultat. Det gäller de tre indikatorerna för hälsoutfall:

- sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- hälsogap mellan dem med långvarig sjukdom och övrig befolkning
- tillgodosett vårdbehov.

Dessutom har vi ett samlat mått för vart och ett av de övriga kvalitetsområdena

- personcentrering
- väntetider
- tillgänglighetsbarriärer.

Indikatorerna för dessa tre områden har viktats ihop till ett mått per område (med lika vikt för alla indikatorer).

Analysen inkluderar alltså samtliga indikatorer inom området hälsoutfall. Skälet är att de inte går att vikta samman till ett gemensamt mått utan att de relativa skillnaderna per

indikator förändras. Som input eller resursmått används den genomsnittliga nettokostnaden för hälso- och sjukvård per invånare, inklusive läkemedel, per region under perioden 2021–2024. Kostnaderna per region har justerats enligt utjämningssystemet för att ta hänsyn till skillnader i behov och strukturella förutsättningar.

10.9.3 Sambandet mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och kostnader

För att undersöka samlad effektivitet på systemnivå kan man även koppla det kliniska kvalitetsmåttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (se avsnitt 10.2.1) till ett jämförbart kostnadsmått. Det tillvägagångssättet har använts i en rad internationella jämförelser av exempelvis OECD och European Observatory.

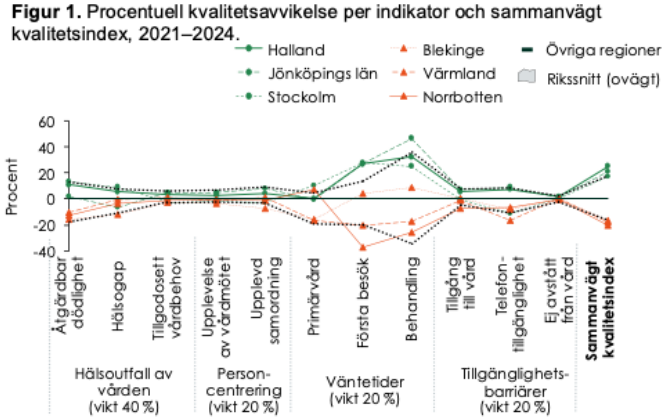
RELATIV EFFEKTIVITETSMATRIS

Effektivitetsmatrisen relaterar vårt kvalitetsindex till resursanvändningen. Kvalitetsindexet är ett sammanvägt mått på respektive regions resultat för de indikatorer som ingår i vårt urval av indikatorer för hälso- och sjukvårdens kvalitet inom områdena hälsoutfall av vården, personcentrering och tillgänglighet.

- **HALLAND, JÖNKÖPING OCH KALMAR** placerar sig bäst i effektivitetsmatrisen
- **VÄNTETIDERNA PÅVERKAR** regionernas placering i kvalitetsindex eftersom det finns stora skillnader i väntetider mellan regionerna

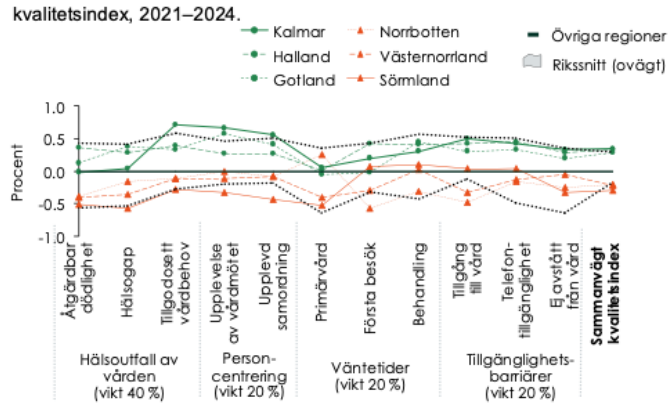
Kvalitetsindex

Figur 1. Procentuell kvalitetsavvikelse per indikator och sammanvägt kvalitetsindex, 2021–2024.



- Figur 1 visar regionernas procentuella avvikelse från riksnittet för kvalitetsindikatorerna som ingår i uppföljningen. Positiva värden innebär bättre resultat än riket, omvänt gäller för negativa värden. Längst till höger i figuren har resultaten för indikatorerna viktats samman till ett kvalitetsindex. Viktningen baseras på befolkningens värdering av de olika kvalitetsområdena.
- I grafen illustreras de tre regioner som placerar sig högst i det sammanvägda kvalitetsindexet i grön färg (med cirklar): Halland, Jönköping och Stockholm. De tre som placerar sig lägst redovisas i röd färg (med trianglar): Blekinge, Värmland och Norrbotten.
- Ingen region placerar sig högst eller lägst för samtliga indikatorer. Variationen mellan regionerna är störst inom de indikatorer som rör väntetider och minst inom de indikatorer som rör personcentrering.

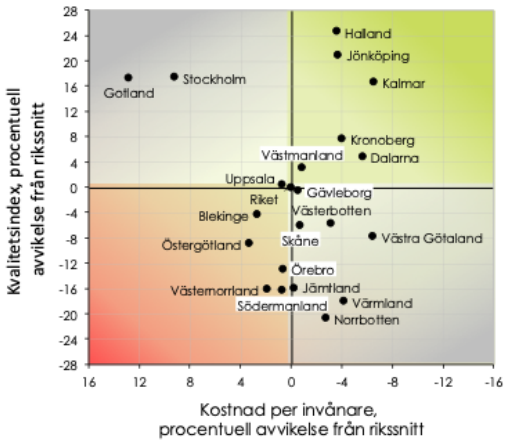
Figur 2. Normaliserad kvalitetsavvikelse per indikator och sammanvägt kvalitetsindex, 2021–2024.



- Genom att normalisera indikatorerna till en skala 0–1 kan vi undvika att en eller flera indikatorer får ett oproportionerligt inflytande till följd av att de mäts på olika skalor. Nackdelen är att alla skillnader inordnas inom ett absolut intervall vilket även kan ta bort skillnader i magnitud.
- I det normaliserade kvalitetsindexet har Kalmar, Halland och Gotland högst resultat, och Norrbotten, Västernorrland och Sörmland lägst. Att resultaten skiljer sig från figur 1 beror bland annat på att det finns stora procentuella skillnader mellan regioner i väntetider, vilket gynnar regioner som har goda resultat för väntetider. När vi normaliserar resultaten får alla indikatorer lika stor vikt

Relativ effektivitetsmatris

Figur 3. Effektivitetsmatris av procentuella avvikelser från riket för kvalitetsindex (2021–2024) och kostnad per invånare för hälso- och sjukvård 2021–2024 (struktur- och behovsjusterade).



- Effektivitetsmatrisen visar den procentuella avvikelsen från riket för kvalitetsindex (lodrät axel) och kostnader (vågrät axel) för respektive region. Kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar.
- Halland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Dalarna och Västmanland har högre resultat för kvalitetsindex och lägre kostnader än riket. Sörmland, Västernorrland, Blekinge, Östergötland och Örebro har både lägre kvalitetsresultat och högre kostnader än genomsnittet i riket.
- Vid en jämförelse av vår analys för tidsperioden 2017–2020 så hamnar Jönköping, Kalmar, Kronoberg och Halland fortsatt i rutan med både högre kvalitetsresultat och lägre kostnader än riket. Resultaten förändras inte heller när vi genomför samma analys med det normaliserade kvalitetsindexet och ett normaliserat kostnadsmått.

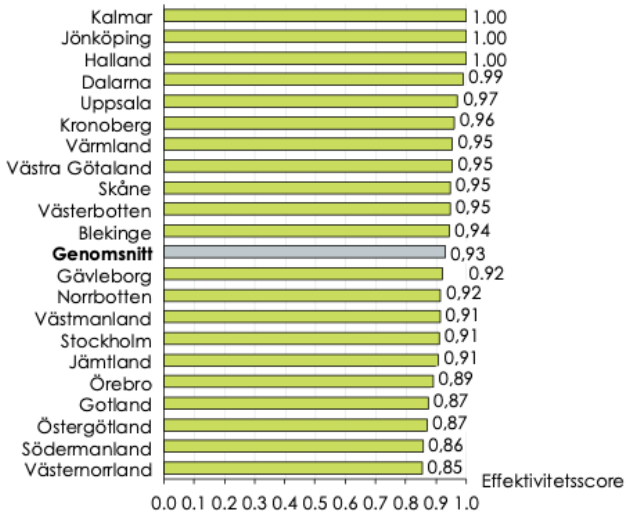
DEA-ANALYS

DEA-analysen identifierar de observationer med den högsta relationen mellan kvalitet och kostnader i en "front", där fronten uttrycker den relativt sett mest effektiva regionen (se bilaga 2).
Vi kompletterar DEA-analysen med två **sambandsanalyser** (matriser) där vi jämför regionernas effektivitetsresultat med deras resultat för produktivitet och jämlikhet.

- **HALLAND, JÖNKÖPING och KALMAR** är mest effektiva enligt DEA-analysen
- **DET FINNS ETT SAMBAND** mellan goda resultat för produktivitet och effektivitet, men sambandet kan bero på faktorer som vi inte har kontrollerat för i analysen

Effektivitetsscore DEA-analys

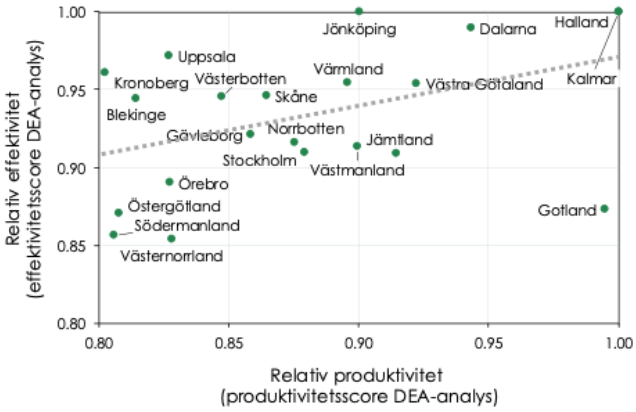
Figur 1. DEA-score per region, 2021–2024



- Analysen relaterar kvalitetsindikatorerna till kostnader för hälso- och sjukvård, justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i vårdbehov och strukturella förutsättningar.
- Halland, Jönköping och Kalmar har en effektivitetsscore på 1 och är därmed relativt sett mest effektiva enligt analysen.
- Den genomsnittliga effektiviteten bland regioner är 0,93, vilket kan ses som att det (givet dagens teknologi) finns en förbättringspotential på 7 % bland regionerna för att nå fronten där Halland, Jönköping och Kalmar befinner sig.

Samband mellan effektivitetsscore och produktivitet

Figur 2. Samband mellan effektivitetsscore vid DEA-skattning (2021–2024) och produktivitetsscore vid DEA-skattning (2021–2023) per region.



- Vi har genomfört en sambandsanalys mellan regionernas effektivitetsresultat från DEA-analysen (effektivitetsscore) och den samlade produktiviteten i primärvård och specialiserad vård 2021–2023 från avsnitt 10.8.3. Det verkar finnas en svag positiv korrelation (0,43) mellan produktivitets- och effektivitetsresultaten. Sambanden kan bero på andra faktorer som vi inte har kontrollerat för i analysen .
- Vi undersöker även om det finns samband mellan hög effektivitet utifrån DEA-analysen (relativt övriga regioner) och olika organisations- och strukturella faktorer som kan tänkas påverka regionernas möjligheter att bedriva vård. Analysen genomförs genom att testa effektivitetsresultaten utifrån DEA-analysen mot regionernas värde för de olika faktorerna. Regionerna delas in i två grupper, de över och under medianvärdet. För universitetssjukhus ordnas grupperna utifrån förekomst av detta eller ej per region.
- Resultaten visar inte på några skillnader vad gäller förekomst av universitetssjukhus, hög och låg privatiseringsgrad, hög eller låg utjämning, hög eller låg förekomst av vårdplatser, läkare eller allmänläkare samt hög och låg andel köp av specialiserad vård från andra regioner. Vi har även testat om motsvarande variabler har korrelerar med effektivitetsresultaten, och även vid denna analys ses inga samband.
- Det finns också samband mellan produktivitet och resurssammansättningen i regionerna. Fler vårdplatser och fler allmänläkare per invånare hänger ihop med högre produktivitet, medan fler läkare totalt sett per invånare inte gör det. Andelen privat vård och förekomsten av universitetssjukhus har ingen tydlig betydelse.

SJUKVÅRDSRELATERAD ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET OCH KOSTNADER

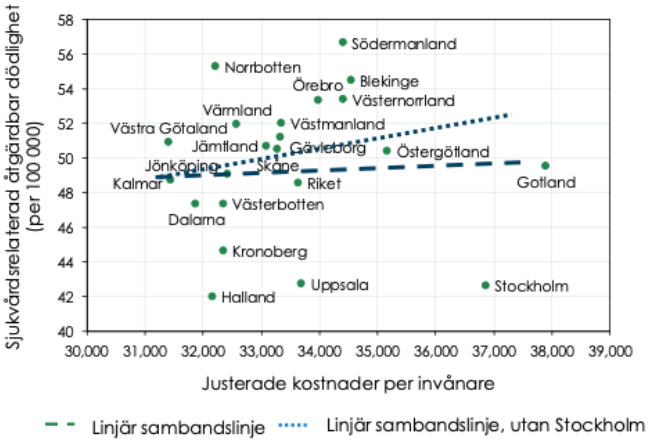
Analysen relaterar det kliniska kvalitetsmåttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (se avsnitt 10.2.1) till hälso- och sjukvårdskostnader per invånare.

Källa: Socialstyrelsen 2026, Räkenskapssammandraget (SCB).

- **HALLAND** har lägst åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare bland regionerna samtidigt som kostnaderna är fjärde lägst bland regionerna
- **STOCKHOLM** har låg sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet men också höga kostnader för hälso- och sjukvård

► Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och kostnader

Figur 1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare (2021–2023) i relation till struktur- och behovsjusterade kostnader per invånare för hälso- och sjukvård, (2021–2023).



- Figuren relaterar den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten under perioden 2021–2023 till ett snitt av den årliga nettokostnaden för hälso- och sjukvård per invånare under samma period (uttryckt i 2024 års fasta priser). Kostnaderna är korrigerade för behov och strukturella skillnader enligt utjämningssystemet.
- Halland har lägst åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare bland regionerna samtidigt som kostnaderna är fjärde lägst bland regionerna. Några ytterligare regioner, till exempel Kronoberg, Dalarna, Västerbotten och Uppsala, kombinerar också lägre kostnader än riket med lägre resultat för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.
- Den linjära sambandlinjen visar på ett mycket svagt samband mellan dödlighet och kostnader. Det innebär att kostnadsnivån på regionnivå inte har ett förklaringsvärde för nivån på dödligheten på regionnivå. Om vi exkluderar Stockholm, som tillsammans med Gotland har höga kostnader för hälso- och sjukvård, föreligger ett visst samband mellan övriga regioner. Samtidigt rör det sig om få observationer.

11 Indikatorerna i internationell jämförelse

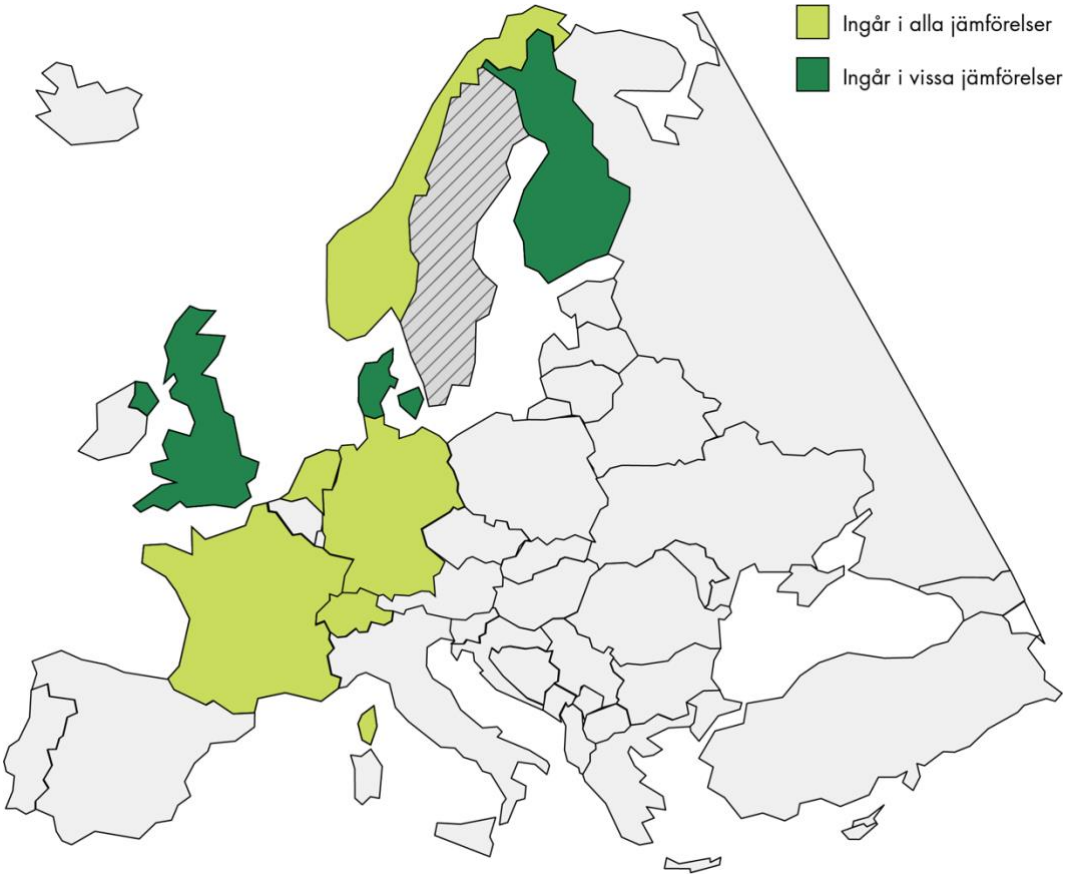
I det här kapitlet jämför vi indikatorerna med motsvarande resultat för liknande länder och där det är möjligt även med EU-genomsnittet. Syftet med jämförelsen är att övergripande studera den svenska hälso- och sjukvårdens styrkor och svagheter – inte att avgöra vilka länder som har bättre eller sämre sjukvård än Sverige. Sådana jämförelser kräver en betydligt djupare analys på grund av skillnader i exempelvis finansierings-former samt fördelning och organisering av resurser inom sjukvårdsystemet. Sådana skillnader samt att skillnader i rapportering och definitioner av indikatorer kan skilja sig mellan länder är viktiga att beakta i tolkningen av resultaten.

11.1 Länder som ingår

Urvalet består av de europeiska länder som ingår i IHP (se exempelvis Vård- och omsorgsanalys 2024a), och i jämförelsen ingår Frankrike, Nederländerna, Norge, Schweiz, Storbritannien, Sverige och Tyskland. För vissa indikatorer har vi även inkluderat Danmark och Finland samt EU-genomsnittet. I EU-genomsnittet ingår EU:s 27 medlemsländer, det vill säga inte Norge, Schweiz eller Storbritannien. De länder som inte ingår i IHP finns inte med i jämförelsen av indikatorerna för personcentrering och väntetider eller indikatorn svar samma dag (som används som internationell motsvarighet till indikatorn i avsnitt 10.5.3, telefontillgänglighet i primärvården).

Länderna som ingår är jämförbara med Sverige när det gäller ekonomisk standard, inkomstfördelning och allmän tillgång till sjukvårdstjänster via i huvudsak offentlig finansiering, även om Sverige finns bland länderna med högst andel hälso- och sjukvårdskostnader som finansieras av offentliga utgifter. I drygt hälften av länderna är hälso- och sjukvården skattefinansierad (Danmark, Finland, Norge, Storbritannien och Sverige) och i hälften finns obligatoriska sjukförsäkringar (Frankrike, Nederländerna, Schweiz och Tyskland). I länder med obligatoriska sjukförsäkringssystem finansieras vården ofta genom en kombination av sociala avgifter, premier och statliga överföringar. Statliga medel används bland annat för att säkerställa täckning för grupper som inte själva bidrar genom arbetsinkomstbaserade avgifter, exempelvis personer utanför arbetskraften.

Figur 17. Länder som ingår i uppföljningen.



Not. Norge, Nederländerna, Frankrike, Tyskland och Schweiz ingår i alla jämförelser. För vissa indikatorer finns inte data för Danmark, Finland och Storbritannien. EU-genomsnittet inkluderas i den jämförelser där det är möjligt. I EU-genomsnittet ingår EU:s 27 medlemsländer, det vill säga inte Norge, Schweiz eller Storbritannien.

11.2 Befolkningens hälsa och behov

Befolkningens hälsa och behov kan variera mellan länder på grund av bland annat inkomstnivå, demografi, hälso- och sjukvårdens preventiva insatser samt miljö- eller beteenderelaterade riskfaktorer. I det här avsnittet ser vi närmare på indikatorerna för befolkningens grundläggande hälsa och behov i avsnitt 10.1. Vi jämför de svenska resultaten med liknande länder för 4 av indikatorerna.

11.2.1 Förväntad medellivslängd

Information om förväntad medellivslängd kommer från Eurostat som samlar information från ländernas officiella statistikmyndigheter (Eurostat 2026d). Indikatorn är inte helt jämförbar med indikatorn i avsnitt 0, eftersom vi har ersatt återstående medellivslängd vid 30 års ålder med återstående medellivslängd vid födseln.

11.2.2 Självskattad hälsa

Indikatorn baseras på frågan "Hur tycker du att din hälsa är i allmänhet?" och visar andelen som svarat 1 eller 2 på en femgradig skala, där 1 innebär "Mycket bra".

Den är delvis jämförbar med indikatorn i avsnitt 10.1.1, men kommer från en annan undersökning. Frågeformuleringen skiljer sig något mellan undersökningarna.

Indikatorn kommer från Eurostats årliga levnadsundersökningar EU-SILC (The EU Statistics on Income and Living Conditions) som genomförs i EU:s medlemsländer och även inkluderar bland andra Schweiz, Norge och Storbritannien. I Sverige samlas data in av SCB (ULF/SILC). EU-SILC-undersökningen ställer samma frågor till deltagarna i alla länder. Kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader mellan länder (Eurostat 2025). Vi har inte haft möjlighet att åldersstandardisera indikatorerna för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning, vare sig mellan länderna eller över tid.

11.2.3 Långvarig sjukdom och långvariga hälsobesvär

Indikatorn visar andelen som svarat ja på frågan "Har du någon långvarig sjukdom eller hälsoproblem? Räkna även med funktionsnedsättning. Besvär som varat, eller beräknas vara, minst 6 månader.". Den är delvis jämförbar med indikatorn i avsnitt 10.1.2, men kommer från en annan enkätundersökning. Frågeformuleringen skiljer sig något mellan undersökningarna.

Indikatorn baseras på en fråga i EU-SILC (se avsnitt 11.2.2). Kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader mellan länder (Eurostat 2025). Vi har inte haft möjlighet att åldersstandardisera indikatorerna för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning, vare sig mellan länderna eller över tid.

11.2.4 Sjukdomsbörda

Indikatorn kommer precis som indikatorn i avsnitt 10.1 från globala sjukdomsbördeprojektet (GBD) och indikatorerna är jämförbara.

Indikatorn fångar i första hand nedsatt hälsa i form av definierade sjukdomstillstånd, vilket innebär att skillnader mellan länder i hur sjukdomar registreras och diagnostiseras kan påverka utfallen för indikatorn. Data från vårddatabaser över sjukvårdsbesök med epidemiologiska befolkningsstudier och enkätundersökningar inkluderas dock också, vilket ger en mer heltäckande bild av sjukdomsförekomst i befolkningen, oavsett om de är upptäckta av vården eller inte.

BEFOLKNINGENS HÄLSA OCH BEHOV

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.1, befolkningens hälsa och behov.

- **Förväntad medellivslängd** skiljer sig från indikatorn i 10.1.1 och mäter livslängd från födseln istället för vid 30 års ålder.
- **Självskattad hälsa** skiljer sig i formulering från indikatorn i 10.1.2.

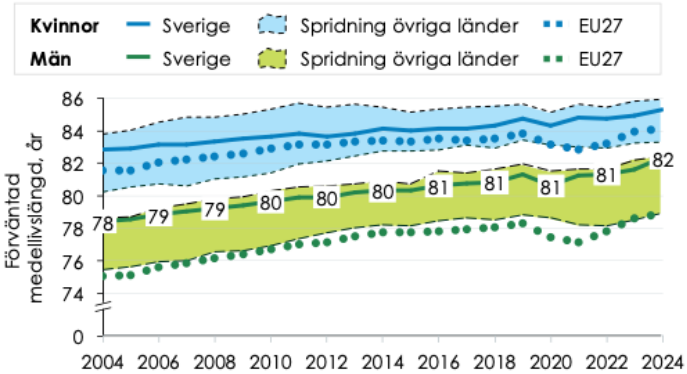
HÖG FÖRVÄNTAD MEDELLIVSLÄNGD i Sverige jämfört med liknande länder

LÅG SJÄLVSKATTAD HÄLSA hos personer under 65 år i Sverige och det har skett en stor minskning sedan senaste uppföljningen

► Förväntad medellivslängd

Källa: Eurostat (2026d).

Figur 1. Förväntad medellivslängd vid födseln, 2004–2024.

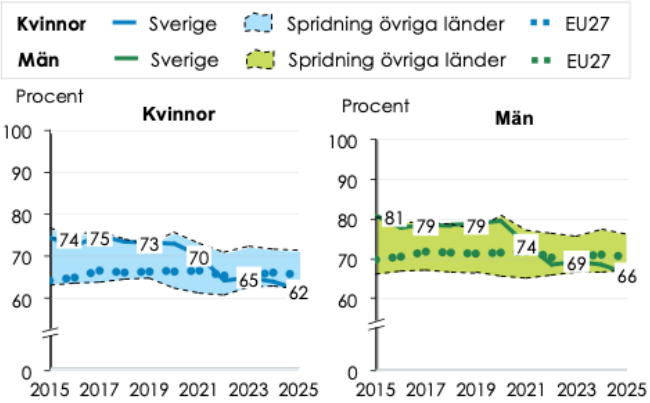


- Både kvinnor och män har en hög förväntad medellivslängd i Sverige jämfört med övriga länder och genomsnittet i EU.
- Schweiz och Frankrike har högre förväntad medellivslängd för kvinnor än Sverige år 2024 (85,9 och 85,8 jämfört med 85,3 år).
- Sverige och Schweiz har högst förväntad medellivslängd för män (drygt 82 år).
- Sedan 2014 har den förväntade medellivslängden ökat mer för män än för kvinnor i alla länder. Den har ökat mest i Danmark och minst i Tyskland för både kvinnor och män. Sverige har haft en genomsnittlig ökning för både kvinnor och män.

► Självskattad hälsa

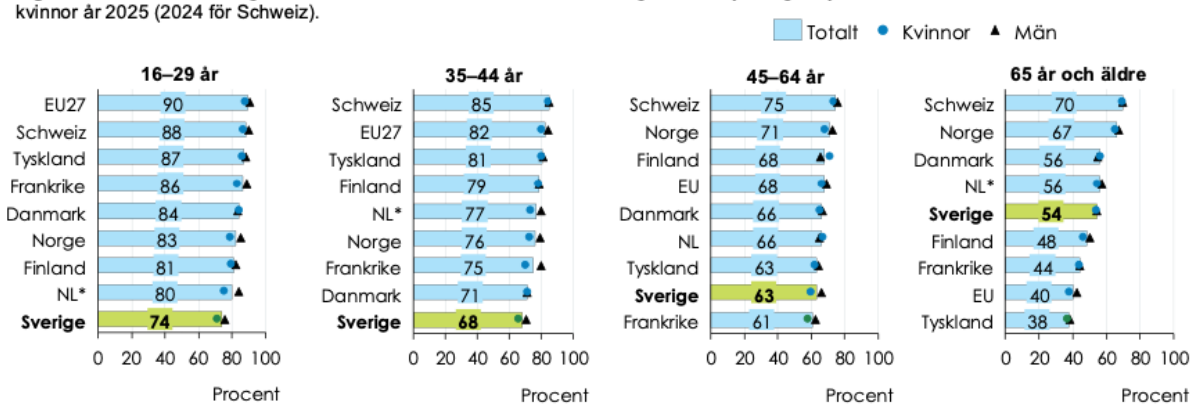
Källa: Eurostat (2026c).

Figur 2. Andel av befolkningen 16 år och äldre med god eller mycket god självskattad hälsa, 2015–2025.



- Andelen i Sverige som uppger att de har god hälsa har minskat under de senaste tio åren. Sverige gick från att ha bättre resultat än jämförelseländerna fram till 2020 till att 2025 ha lägst självskattad hälsa bland både kvinnor och män.
- År 2025 uppgav 66 procent av männen och 64 procent av kvinnorna i Sverige att de hade god hälsa. Det är något lägre än Frankrike, som ligger lägst bland övriga länder. Det är nästan 10 procentenheter lägre än Schweiz, som ligger högst, för både män och kvinnor.
- Den självskattade hälsan minskar med ålder i alla länder, men Sverige utmärker sig särskilt bland yngre. Sverige ligger runt medelvärdet bland personer över 65 år, men lägst i åldersgrupperna 16–29 år och 35–44 år. Kvinnor uppger sämre hälsa än män i nästan alla länder. I Sverige är könsskillnaderna medelstora till stora i åldrarna under 65 år, men saknas bland personer över 65 år.

Figur 3. Andel av befolkningen 16–29 år, 25–64 år samt över 65 år med god eller mycket god självskattad hälsa, totalt samt män och kvinnor år 2025 (2024 för Schweiz).



BEFOLKNINGENS HÄLSA OCH BEHOV

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i kapitel 11, befolkningens hälsa och behov.

- **Sjukdomsbörda** är jämförbar med indikatorn i 10.1.7.
- **Långvarig sjukdom** skiljer sig i frågeformulering från indikatorn i 10.1.3.

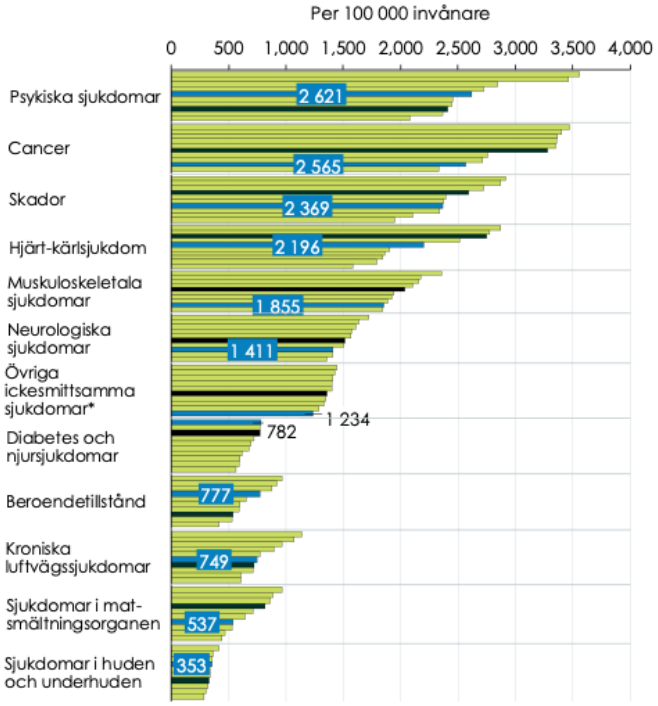
CANCER HAR LÅG SJUKDOMSBÖRDA i Sverige jämfört med övriga länder

DIABETES OCH NJURSJUKDOMAR HAR HÖG sjukdomsbörda i Sverige jämfört med övriga länder

► Sjukdomsbörda

Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Figur 1. DALYs (Disability-adjusted life years, funktionsjusterade levnadsår) per 100 000 i befolkningen per sjukdomsgrupp, 2023. Åldersstandardiserad.



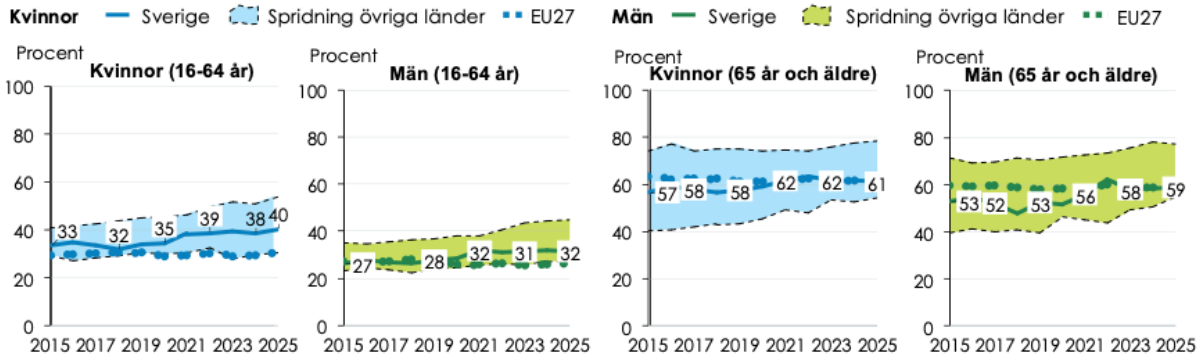
- Sjukdomsbörda, mätt i DALYs, är ett mått på förlorade levnadsår till följd av sjukdom och för tidig död i olika sjukdomar, jämfört med ett "idealiskt" hälsotillstånd där alla i befolkningen lever opåverkade av sjukdom och till den förväntade medellivslängden.
- Psykiska sjukdomar, cancer, och hjärt-kärlsjukdomar är de sjukdomstillstånd som är förenade med högst sjukdomsbörda. Övriga skador bidrar också till hög sjukdomsbörda.
- Sverige har en låg sjukdomsbörda kopplat till cancer, muskuloskeletala sjukdomar, övriga icke-smittsamma sjukdomar, neurologiska sjukdomar och sjukdomar i matsmältningsorganen jämfört med de övriga länderna och genomsnittet i EU.
- Sverige har en genomsnittlig sjukdomsbörda kopplat till psykiska sjukdomar, skador, hjärt- och kärlsjukdom, kroniska luftvägssjukdomar, sjukdomar i huden och underhuden och beroendetillstånd.
- Sverige har en hög sjukdomsbörda för diabetes och njursjukdomar jämfört med de övriga länderna och genomsnittet i EU.

*Övriga icke-smittsamma sjukdomar inkluderar bland annat sjukdomar i urinvägarna och fortplantningssystemet, gynekologiska sjukdomar och sjukdomar som drabbar munnen.

► Långvarig sjukdom eller långvariga hälsobesvär

Källa: Eurostat (2026c).

Figur 2. Andel 16–64 år och över 65 år som har en långvarig sjukdom eller hälsobesvär, totalt samt män och kvinnor 2015–2025.



- I åldrarna 16–64 år har Sverige en hög andel med långvarig sjukdom eller långvariga hälsobesvär år 2025, men inte jämfört med de övriga nordiska länderna. 40 procent av kvinnorna i Sverige uppger att de har en långvarig sjukdom eller långvariga hälsobesvär, jämfört med 54 procent i Finland och 44 procent i Norge. Andelen är lägst i Tyskland (31 procent). Bland män är det 32 procent i Sverige som uppger att de har en långvarig sjukdom eller långvariga hälsobesvär, vilket är lägre än Finland (45 procent), Norge (39 procent) och Danmark (33 procent). Kvinnor uppger i högre grad än män att de har en långvarig sjukdom eller ett hälsobesvär i alla länder.
- För personer över 65 år ligger Sverige ungefär i mitten. Bland kvinnor är andelen 61 procent och bland män 59 procent. Skillnaderna är mindre mellan könen i de äldre åldersgrupperna.

11.3 Hälsoutfallet av vården

I den internationella jämförelsen kan vi analysera hälsoutfall utifrån indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Den har blivit viktig i internationella jämförelser, eftersom måttet bortser från exempelvis miljö- och beteenderelaterade riskfaktorer. Vi har inte identifierat någon jämförbar indikator för patienters upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett. Vi har inte heller haft möjlighet att analysera indikatorn hälsogapet, det vill säga skillnaden i livskvalitet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen, med nya data i ett internationellt perspektiv.

11.3.1 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn är hämtad från Eurostat och inkluderar dödsfall i sjukdomar som definieras som åtgärdbara enligt Eurostat och OECD:s definition från 2018 (OECD/Eurostat 2022). Måttet är åldersstandardiserat utifrån OECD:s standardbefolkning. Skillnader mellan länder i hur sjukdomar registreras och diagnostiseras kan påverka utfallen för indikatorn, men sådana skillnader kan även påverka jämförbarheten inom Sverige.

HÄLSOUTFALLET AV VÅRDEN

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.2, hälsoutfallet av vården.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är jämförbar med indikatorn i avsnitt 10.2.1.

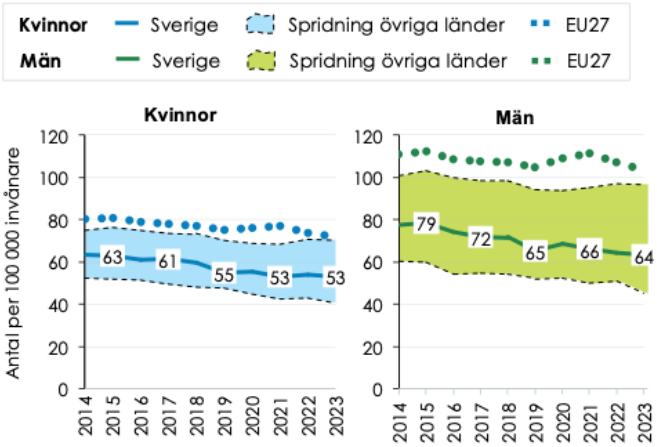
LÄGRE ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET än alla länder i jämförelsen utom Norge och Schweiz

FÖR MÄN i Sverige har den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskat mycket jämfört med övriga länder

► Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

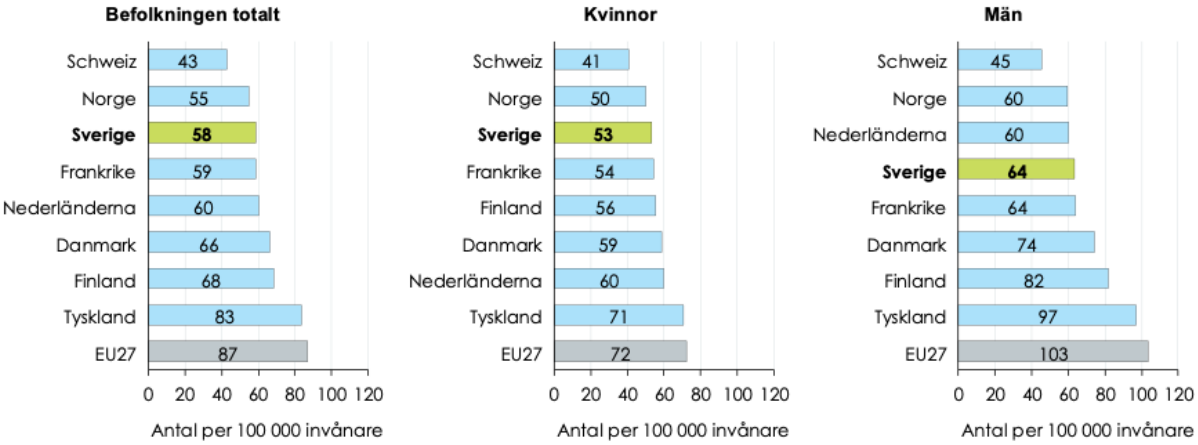
Källa: Eurostat (2026a).

Figur 1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare, 2014–2023 Åldersstandardiserad enligt OECD:s standardbefolkning.



- Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten sjunker i alla jämförelseländer för både män och kvinnor.
- I Sverige har den sjunkit med 10 dödsfall per 100 000 invånare 2014–2023 för kvinnor, till 53 per 100 000 invånare 2023. För kvinnor är det en genomsnittlig minskning jämfört med övriga länder. Danmark, Norge och Schweiz har haft större minskningar men övriga länder mindre.
- För män är motsvarande minskning 14 dödsfall per 100 000 invånare, till 64 per 100 000 invånare 2023. För män har den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten bara minskat mer i Schweiz.
- Skillnader mellan länder i hur sjukdomar registreras och diagnostiseras kan påverka utfallen för indikatorn, men sådana skillnader kan även påverka jämförbarheten inom Sverige.

Figur 2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare för befolkningen totalt, män och kvinnor år 2023. Åldersstandardiserad enligt OECD:s standardbefolkning



- Sverige har en låg sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet jämfört med många av länderna i jämförelsen. För hela befolkningen var den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten 58 dödsfall per 100 000 invånare år 2023. Det är bara Schweiz och Norge som har lägre åtgärdbar dödlighet, och genomsnittet i EU27 ligger på 87 dödsfall per 100 000 invånare.
- Sverige ligger något bättre när det gäller den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten för kvinnor än för män. För kvinnor har Sverige lägre sjukvådsrelaterad åtgärdbar dödlighet än alla länder utom Schweiz och Norge. För män har även Nederländerna en lägre sjukvådsrelaterad åtgärdbar dödlighet.
- Skillnaderna är stora mellan män och kvinnor i alla länder utom Schweiz och Nederländerna. I Sverige skiljer det drygt 10 dödsfall mellan män och kvinnor, vilket liknar flera av de övriga länderna men är lägre än skillnaden mellan könen för genomsnittet i EU.

11.4 Personcentrering

Att främja personcentrerad vård har blivit allt viktigare i många länder. Inom OECD och EU har detta bland annat lett till ett ökat fokus på patientrapporterade mått, såsom PREM och PROM, för att följa upp vårdens kvalitet utifrån patienters erfarenheter (OECD & European Commission 2024; OECD 2026). Indikatorerna i avsnitt 10.3 baseras på den nationella patientenkäten. Det finns ingen internationell motsvarighet, och vi har därför använt närliggande frågor från IHP för att jämföra personcentrering av hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv. Frågorna är ställda på ett annat sätt än i nationella patientenkäten men vi bedömer att indikatorerna ändå återspeglar svar på liknande frågor. I undersökningen inkluderas vård hos allmänläkare, hos familjeläkare eller på vårdcentraler samt vård på sjukhus. Indikatorerna kommer från 2020 och 2023 års enkätundersökningar (Vård- och omsorgsanalys 2021; Vård- och omsorgsanalys 2024b).

11.4.1 Upplevelse av vårdmötet

Den svenska indikatorn för upplevelse av vårdmötet baseras på en sammanvägning av fem enkätfrågor som avspeglar fyra dimensioner av personcentrering: delaktighet, medskapande och stöd till egenvård, bemötande samt kommunikation och information. I den internationella jämförelsen kan vi studera tre av de fyra dimensioner som indikatorn i avsnitt 10.3.1 baseras på: delaktighet, bemötande samt kommunikation och information. Vi har inte kunnat väga samman resultaten från IHP-undersökningen på samma sätt och redovisar därför dimensionerna separat.

- Indikatorn för delaktighet utgörs av andelen som upplever att de varit delaktiga i beslut om sin vård och behandling hos ordinarie läkare eller vårdpersonal samt under sjukhusvistelse.
- Indikatorn för kommunikation och information utgörs av andelen som anser att läkare eller ordinarie vårdpersonal förklarar på ett sätt som är lätt att förstå.
- Indikatorn för bemötande består av andelen som anser att de behandlades med vänlighet och respekt vid den senaste sjukhusvistelsen.

Undersökningen ställer samma frågor till deltagarna i alla länder. Språkliga faktorer och skillnader i vårdens organisering kan påverka skillnader mellan länder.

11.4.2 Upplevelse av samordning

Den svenska indikatorn för upplevd samordning i avsnitt 10.3.2 baseras på frågan ”Anser du att personalen i hälso- och sjukvården samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?” Vi har ingen internationell motsvarighet utan använder två frågor där de svarande får ange om de upplevt att den ordinarie läkaren eller specialistläkaren saknat information om deras tidigare vård.

PERSONCENTRERING – UPPLEVELSE AV VÅRDMÖTET

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i kapitel 10.3, personcentrering. **Upplevelse av vårdmötet** mäts genom tre enkätfrågor om delaktighet, bemötande och kommunikation från IHP och är inte direkt jämförbar med indikatorn i kapitel 10.3.1.

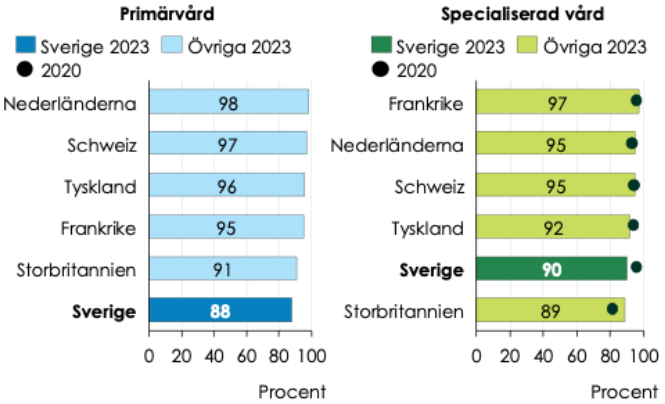
LÄGST RESULTAT I PRIMÄRVÅRDEN jämfört med övriga länder men något bättre resultat i den specialiserad vården

PERSONER MED FAST LÄKARKONTAKT har bättre resultat

► Bemötande (primärvård och specialiserad vård)

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 1. Andelen som instämmer i att de blir bemötta med vänlighet och respekt hos ordinarie vårdpersonal (primärvård) och av sjuksköterskor vid sjukhusvistelse (specialiserad vård), 2023 (och 2020).

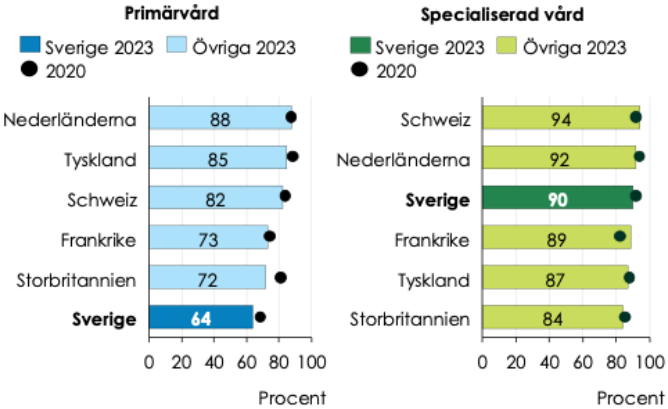


- 2023 instämmer 88 procent i Sverige i att deras läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal på deras vårdcentral bemöter en med vänlighet och respekt. Det är lägst bland länderna i urvalet. Vi kan inte jämföra resultaten över tid eftersom frågeformuleringen har ändrats sedan undersökningen som genomfördes 2020.
- De övriga länderna får samma resultat när frågan ställs enbart till personer som uppger att de har en fast läkare. Sveriges resultat är dock bättre bland personer med fast läkare, 93 procent uppger då att de blir bemötta med vänlighet och respekt.
- Andelen som oftast eller alltid bemöts med respekt och vänlighet av sjuksköterskor under sin sjukhusvistelse var 90 procent i Sverige år 2023. Även detta är relativ lågt jämför med övriga länder. Andelen har sjunkit 6 procentenheter 2020–2023, en stor minskning jämfört med övriga länder.

► Delaktighet (primärvård och specialiserad vård)

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 2. Andel som tycker att vårdpersonal involverar dem i beslut (primärvård) och andel som varit så delaktiga som de önskade vid senaste sjukhusvistelse (specialiserad vård), 2023 jämfört med 2020.

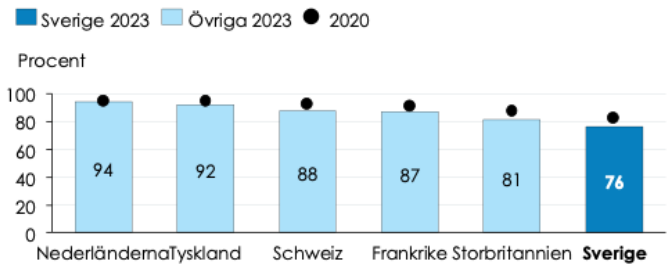


- 2023 instämmer 64 procent i Sverige att de är så involverade som de önskar i beslut om vård eller behandling på vårdcentral, en betydligt längre andel än övriga länder i jämförelsen. Andelen har sjunkit fem procentenheter 2020–2023, från 69 procent, en relativt stor minskning men lägre än Storbritannien som gått från 81 till 72 procent.
- De övriga länderna får liknande resultat när frågan ställs enbart till personer som uppger att de har en fast läkare. Sveriges resultat är betydligt bättre bland personer med fast läkare – 77 procent – vilket innebär att Sverige placerar sig i mitten av urvalet.
- 90 procent anser att de varit så delaktiga som de önskade i besluten om sin vård och behandling vid den senaste sjukhusvistelsen, vilket innebär att Sverige placerar sig i mitten av jämförelseländerna. Andelen har sjunkit två procentenheter 2020–2023.

► Kommunikation och information (primärvård)

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 3. Andelen som instämmer i att ordinarie vårdpersonal förklarar på ett sätt som är lätt att förstå.



- År 2023 var andelen som instämmer i att läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal på deras vårdcentral förklarar på ett sätt som är lätt att förstå i Sverige 76 procent. Sverige ligger lägst av länderna. Andelen har sjunkit 6 procentenheter 2020–2023.
- Andelen som svarar positivt i Sverige är högre bland personer med fast läkare, 83 procent jämfört med 76 procent. För övriga länder finns inga sådana skillnader, vilket beror på att en mycket hög andel i övriga länder har fast läkarkontakt – 97 procent i Nederländerna, 94 procent i Tyskland, 88 procent i Frankrike, 87 procent i Schweiz och 82 procent i Storbritannien, jämfört med 32 procent i Sverige.

PERSONCENTRERING – UPPLEVELSE AV SAMORDNING

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.3, personcentrering. **Upplevelse av samordning** mäts genom två enkätfrågor om samordning från IHP och är inte direkt jämförbar med indikatorn i 10.3.2.

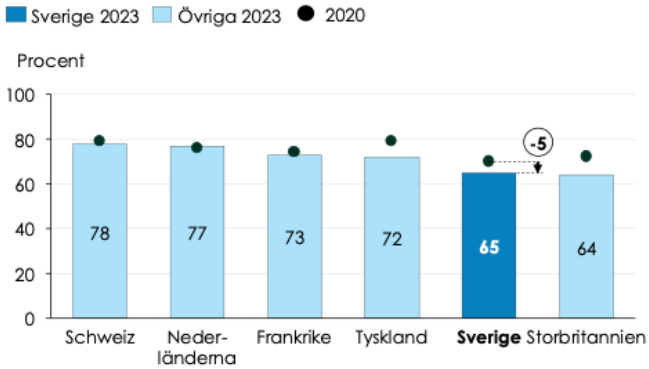
35 PROCENT har upplevt att primärvården saknat information från läkare i specialistvården

14 PROCENT har upplevt att specialistvården saknat information från primärvården

► Samordning specialiserad vård till primärvård

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 1. Andel som svarade att läkarna eller personalen på deras ordinarie mottagning verkade vara informerade och uppdaterade om vården de fått i specialiserad vård, 2023 jämfört med 2020.

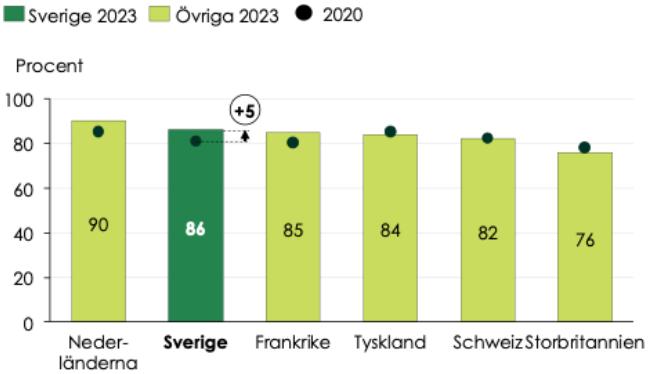


- I Sverige upplevde 65 procent att läkarna på deras ordinarie mottagning verkade informerade och uppdaterade om den vård de fått i den specialiserade vården år 2023. Det innebär att 35 procent har upplevt att deras ordinarie mottagning saknat information från läkare i specialistvården.
- Utöver Storbritannien (64 procent) har Sverige lägst resultat bland länderna i undersökningen.
- Andelen som upplever att ordinarie mottagning fått information från specialistvården har minskat med 5 procentenheter sedan 2020, från 70 procent.

► Samordning primärvård till specialiserad vård

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 2. Andel som svarade att läkarna i specialiserad vård verkade vara informerade och uppdaterade om vården de fått på sin ordinarie mottagning, 2023 jämfört med 2020.



- När det gäller andelen som upplever att specialistvården haft information om besöket från ordinarie mottagning har Sverige bättre resultat. 86 procent har svarat att läkare i specialistvården var uppdaterade på information eller provresultat från ordinarie mottagning. 14 procent har alltså upplevt att specialistvården saknat information från primärvården.
- Sverige har näst högst resultat bland länderna i jämförelsen, efter Nederländerna.
- Andelen har ökat med 5 procentenheter sedan undersökningen 2020.
- Personer med en fast vårdkontakt har mindre ofta än personer utan en fast kontakt varit med om att deras ordinarie mottagning eller specialistvården inte har tillgång till den information som de behöver (Vård- och omsorgsanalys 2024b).

11.5 Patientupplevda väntetider

Det är dock svårt att jämföra väntetider med hjälp av registerdata, på grund av skillnader i vilka väntetider som mäts, vilka vårdområden och ingrepp som ingår och hur start- och sluttidpunkter definieras. OECD:s väntetidsstatistik omfattar främst utvalda, planerade operationer och kräver landsspecifik metodinformation för att kunna tolkas korrekt (OECD & European Commission 2024; OECD 2025h). I Sverige och de flesta andra OECD-länder mäts väntetiden till planerad kirurgi från det att patienten har bedömts av specialist och lagts till på väntelista för behandling. Det innebär att tiden från remiss till specialistbedömning normalt inte ingår. I Norge börjar mätningen tidigare i vårdprocessen, från det datum då läkare remitterar patienten till specialistbedömning, vilket gör att norska väntetider kan framstå som längre i internationella jämförelser (OECD 2025a).

Vi använder patientupplevda mått för att redovisa väntetider i den internationella jämförelsen. Indikatorerna kommer från 2020 och 2023 års IHP-undersökning (Vård- och omsorgsanalys 2021; Vård- och omsorgsanalys 2024a). Undersökningen för 2020 genomfördes till stora delar före utbrottet av covid-19-pandemin, och undersökningen för 2023 efter pandemin.

11.5.1 Väntetid till besök i primärvården

Indikatorn kommer från IHP och består av andelen som svarat inom en dag eller inom 7 dagar på frågan ”Senaste gången du var sjuk eller behövde vård, hur snabbt kunde du få en tid hos en läkare eller sjuksköterska utan att besöka en akutmottagning?”. Frågan gäller alla sorters besök (fysiskt, telefon eller video). Frågan specificerar inte om väntetiden gäller primärvård eller ordinarie mottagning, men mäter vårdinstansen patienter kontaktar först vilket oftast är en vårdcentral eller motsvarande. Indikatorn skiljer sig från den i avsnitt 10.4.1 eftersom den rapporterar patientupplevda väntetider inom andra tidsgränser.

11.5.2 Väntetid till besök i specialiserad vård

Indikatorn kommer från IHP och består av andelen som fick träffa en specialistläkare inom 1 eller 2 månader, efter att de blivit hänvisade till eller bestämt sig för att träffa en sådan. Indikatorn skiljer sig från den i avsnitt 10.4.2 eftersom den rapporterar patientupplevda väntetider inom andra tidsgränser.

11.5.3 Väntetid till planerad operation

Indikatorn kommer från IHP och består av andelen som fick en icke-akut eller planerad operation inom 1 eller 3 månader, efter att de fått rekommendation om en sådan. Indikatorn skiljer sig från den i avsnitt 10.4.3 eftersom den rapporterar patientupplevda väntetider inom andra tidsgränser.

PATIENTUPPLEVDA VÄNTETIDER

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.4, väntetider.
Väntetider till besök i primärvård samt till **besök och operation i specialiserad vård** mäts genom enkätfrågor från IHP och är inte jämförbara med indikatorerna i 10.4.1–10.4.3.

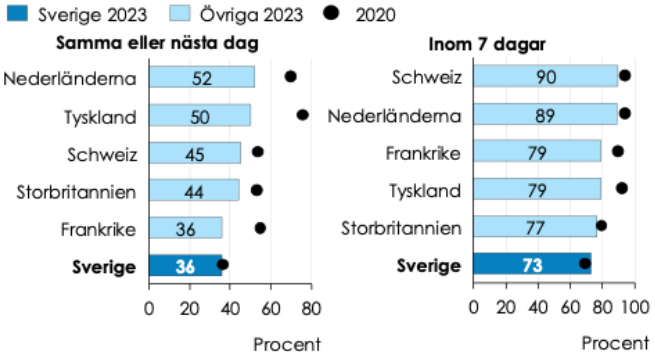
36 PROCENT i Sverige fick tid inom en dag senast de behövde vård, lägst ibland länderna

49 PROCENT fick en planerad operation inom 2 månader vilket är näst lägst bland länderna

▶ Väntetid till besök i primärvården

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 1. Andel som fick tid hos en läkare eller sjuksköterska senast de behövde vård (akutmottagningar på sjukhus ingår inte), 2023 jämfört med 2020.

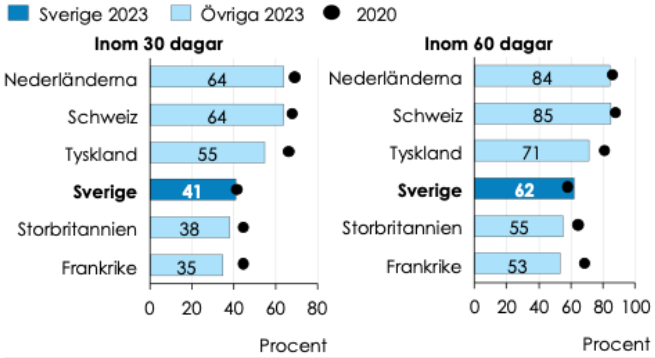


- Andelen som fick tid samma dag eller nästa var 36 procent i Sverige år 2023, vilket är lägst bland de jämförda länderna tillsammans med Frankrike.
- Andelen har sjunkit 1 procentenhet i Sverige från 2020 till 2023. I övriga länder har andelen sjunkit betydlig mer, 9–26 procentenheter.
- Fler får ett besök inom 7 dagar, 73 procent. Sverige ligger dock lägst i urvalet även här.
- Frågan gäller andelen som svarat inom en dag eller inom 7 dagar på frågan "Senaste gången du var sjuk eller behövde vård, hur snabbt kunde du få en tid hos en läkare eller sjuksköterska utan att besöka en akutmottagning?" och gäller alla sorters besök (fysiskt, telefon eller video).

▶ Väntetid till besök i specialiserad vård

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 2. Andelen som fick besök hos en läkare i specialiserad vård, 2023 jämfört med 2020.

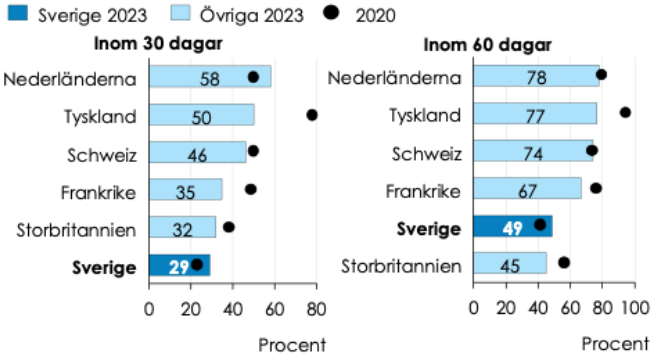


- Andelen som fick besök hos en läkare inom specialistvården inom en månad var 41 procent i Sverige 2023. Sverige ligger tillsammans med Storbritannien och Frankrike i en grupp med betydligt lägre resultat än Nederländerna, Schweiz och Tyskland. Andelen har sjunkit 1 procentenhet från 2020 till 2023, en lägre minskning än övriga länder.
- Sverige ligger även i mitten av länderna för andelen som uppger att de fått besök hos en läkare i specialiserad vård inom 2 månader.
- Gäller frågan: "Efter att du blev hänvisad eller bestämde dig för att träffa en specialist, hur lång tid behövde du vänta för att få en tid?" Patienter uppmanas fokusera på det senaste tillfället och om de inte fått ett besök, att svara hur länge de väntat vid mättillfället.

▶ Väntetid till planerad operation

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 3. Andel som fått en icke-akut eller planerad kirurgisk operation, 2023 jämfört med 2020.



- Andel som fått en icke-akut eller planerad kirurgisk operation inom en månad var 29 procent i Sverige 2023. Det är lägst i urvalet men det har skett en förbättring med 6 procentenheter sedan 2020.
- Sverige ligger även lågt 2023 avseende andelen patienter som fått en icke-akut eller planerad kirurgisk operation inom 2 månader, 49 procent. Andelen har ökat med 7 procentenheter sen 2020.
- Gäller frågan: "Efter att du fick rekommendationen om att bli opererad, hur lång tid behövde du vänta på den icke-akuta eller planerade kirurgin?" Patienter uppmanas fokusera på det senaste tillfället. Om de inte fått ett besök uppmanas de att svara hur länge de väntat vid mättillfället.

11.6 Barriärer för att söka vård

Tillgänglighetsbarriärer till hälso- och sjukvård gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Skillnader mellan länder kan till exempel bero på hur hälso- och sjukvården finansieras. Vi följer upp två av indikatorerna i avsnitt 10.5 i en internationell jämförelse: personer som uppger att de avstått från att söka vård på grund av restid, kostnader eller väntetider samt telefontillgänglighet i primärvården, där vi istället använder en patientrapporterad indikator (svar samma dag).

11.6.1 Avstått från att söka vård

Indikatorn baseras på två frågor i EU-SILC (se avsnitt 11.2.2) och visar andelen som anger att de har avstått läkarvård eller läkarundersökning på grund av att de inte hade råd, att väntetiderna var långa eller att reseavståndet var för långt. Den är delvis jämförbar med indikatorn i avsnitt 10.5.2 men baseras på hela befolkningen istället för enbart de som uppger att de haft ett behov av vård, vilket innebär att resultaten skiljer sig något. 10.5.3

Samma frågor ställs till deltagarna i alla länder men eventuella skillnader i databearbetning mellan SCB och Eurostat samt kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader mellan länder (Eurostat 2025). Vi har inte haft möjlighet att åldersstandardisera indikatorerna för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning, vare sig mellan länderna eller över tid.

11.6.2 Svar samma dag (patientupplevd)

Indikatorn i avsnitt 10.5.3 baseras på registerdata från Väntetidsdatabasen. Det finns ingen internationell motsvarighet, och vi har därför använt en fråga från 2020 och 2023 års enkätundersökningar av IHP (Vård- och omsorgsanalys 2021; Vård- och omsorgsanalys 2024b). Den handlar inte specifikt om kontakt via telefon utan gäller andelen som uppger att de får svar samma dag när de kontaktar sin ordinarie vårdmottagning i ett medicinsk ärende under ordinarie mottagningstid.

BARRIÄRER FÖR ATT SÖKA VÅRD

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.5, barriärer för att söka vård..

- **Avstått från vård** är delvis jämförbar med indikatorn i 10.5.2 men beräknas på hela befolkningen och inte bara de som haft ett behov.
- **Svar samma dag (patientupplevd)** är inte direkt jämförbar med indikatorn i 10.5.3 men ska mäta samma kontaktväg.

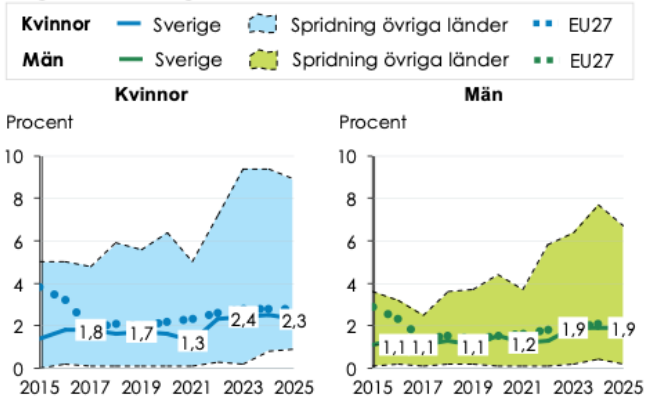
MEDELHÖGA BARRIÄRER i Sverige – framförallt på grund av att många upplever långa väntetider

BARRIÄRERNA HAR ÖKAT I DE FLESTA LÄNDER, inklusive Sverige, vilket till stor del verkar bero på att många upplever att väntetider är långa.

► Avstått från att söka vård

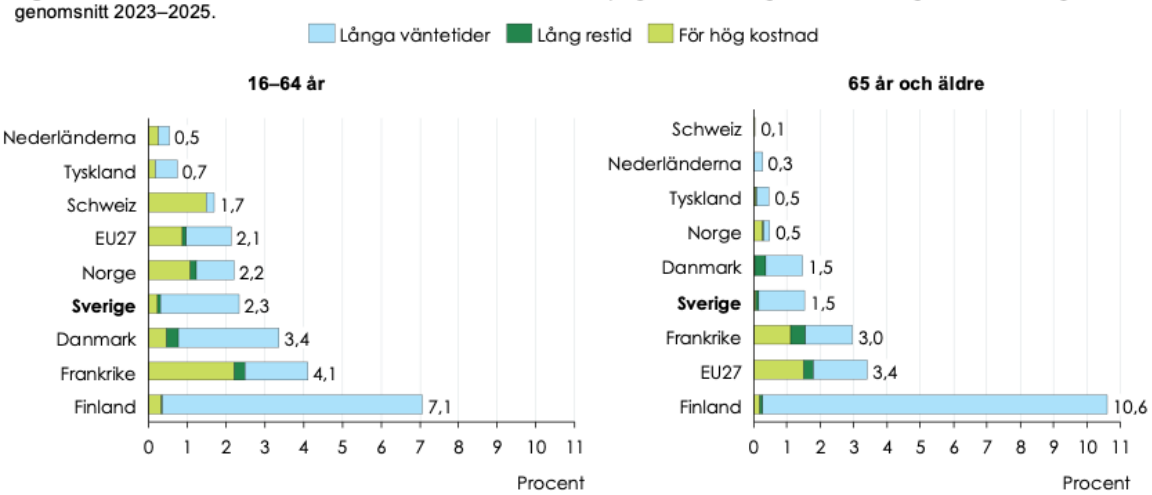
Källa: Eurostat (2026c).

Figur 1. Andelen som avstår från vård på grund av för hög kostnad, för lång resetid eller lång väntetid, män och kvinnor 2015–2025.



- Andelen som avstår från vård på grund av för hög kostnad, för lång resetid eller lång väntetid har ökat över tid i de flesta länder utom Schweiz, däribland Sverige. En särskild ökning ses efter 2021 och beror i de flesta fall på fler som uppger att de avstår från att söka vård på grund av långa väntetider.
- Sverige ligger i mitten av jämförbara länder avseende andelen som avstår från vård, drygt 2 procent av befolkningen uppger att de avstått att söka vård. Majoriteten av de som avstår vård gör det på grund av väntetider.
- I Sverige och de flesta övriga länder är det vanligare att personer i åldrarna 16-65 år har avstått vård än att personer över 65 år gjort det. Undantaget är Finland och genomsnittet i EU.

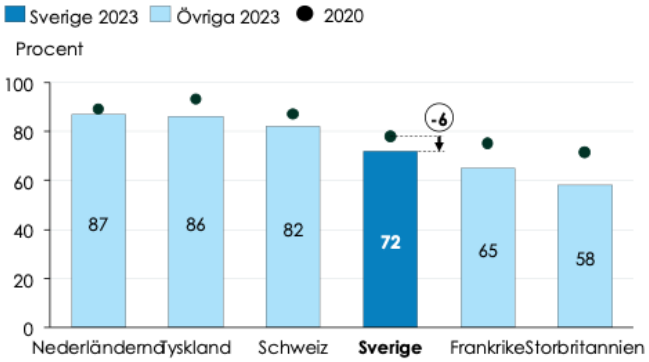
Figur 2. Andelen 16–64 år samt 65 år och äldre som avstår från vård på grund av för hög kostnad, för lång resetid eller lång väntetid, genomsnitt 2023–2025.



► Svar samma dag (patientupplevd)

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b.

Figur 3. Andel som får svar samma dag när de kontaktar ordinarie vårdcentral, 2023 jämfört med 2020.



- Andel som svarar att de får svar samma dag när de kontaktar ordinarie vårdcentral var 72 procent i Sverige 2023. Sverige ligger i mitten avseende andelen patienter som får svar samma dag när de kontaktar ordinarie vårdcentral.
- Andelen har sjunkit 6 procentenheter från 2020 till 2023. Även detta är en genomsnittlig minskning jämfört med de övriga länderna.
- Gäller frågan: "När du kontaktar din ordinarie vårdmottagning i ett medicinsk ärende under ordinarie mottagningstid, hur ofta får du svar samma dag?" Patienter uppges svara gällande kontakter som sker både genom telefon och digitalt.

11.7 Resurser

Även i den internationella jämförelsen kompletterar vi kvalitetsindikatorerna med information om hälso- och sjukvårdens resurser, det vill säga kostnader, personal och vårdplatser. Alla indikatorer i avsnitt 10.6 går att följa upp i ett internationellt perspektiv.

11.7.1 Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare

Indikatorn är jämförbar med den i avsnitt 10.6.1 i det att den utgår från nationalräkenskaperna. Kostnaderna redovisas enligt System of Health Accounts som syftar till att använda gemensamma begrepp, definitioner och redovisningsregler för att mäta konsumtion av hälso- och sjukvårdsvaror och tjänster (Eurostat 2026b). Löpande hälso- och sjukvårdsutgifter omfattar både individuella vårdtjänster (såsom vårdande och rehabiliterande vård, långtidsvård, läkemedel och andra medicinska varor), och kollektiva tjänster för hälso- och sjukvårdssystemet (såsom prevention och övergripande administration). Det innebär att områden som inte inkluderas i den svenska definitionen av hälso- och sjukvård kan medräknas, exempelvis vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning samt tandvård. Länders hälsoutgifter justeras för att ta hänsyn till de nationella valutornas olika köpkraft.

För att förenkla jämförelsen har vi inkluderat två kostnadsmått som inte är primära indikatorer. Det ena är hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP, och det måttet ingår eftersom nivån på hälso- och sjukvårdsutgifterna också beror på storleken på ekonomin som helhet. Det andra kostnadsmåttet gäller andelen av vården som finansieras av staten eller obligatoriska sjukvårdsförsäkringar respektive av egenavgifter och frivilliga sjukvårdsförsäkringar.

11.7.2 Personella resurser per 1 000 invånare

Indikatorn kommer från OECD och är jämförbar med den i avsnitt 10.6.2 eftersom de utgår från samma datakälla. Indikatorn inkluderar sjuksköterskor och läkare som arbetar direkt med patienter. I Frankrike ingår även sjuksköterskor som arbetar med forskning, administration och utbildning. I några länder (bland annat Finland och Schweiz) kan sjuksköterskor ha flera kvalifikationsnivåer, och ungefär en tredjedel är legitimerade sjuksköterskor med en lägre utbildningsnivå. Vårdbiträden och undersköterskor inkluderas inte. Alla länder har inte specialitetsspecifika data för läkare, så i vissa länder kan statistiken för allmänläkare även inkludera ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialistkompetens. (OECD 2025g, OECD 2025f).

11.7.3 Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Indikatorn kommer från OECD och avser antalet bemannade vårdplatser på sjukhus. Den är jämförbar med den svenska i avsnitt 10.6.3 och utgår från samma datakälla. Den omfattar vårdplatser på allmänna sjukhus, psykiatriska sjukhus och andra specialiserade sjukhus. Operationsbord och platser för dagvård ingår inte (OECD 2025e). Jämförelserna ska tolkas med viss försiktighet eftersom täckning och definitioner kan skilja sig åt mellan länder. Platser i boenden för vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning ingår inte. Däremot ingår långvårdsplatser som finns på sjukhus, eftersom

indikatorn omfattar vårdplatser på sjukhus uppdelade efter funktion, inklusive rehabilitering, långvård och andra vårdplatser (OECD 2025e).

RESURSER – KOSTNADER

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.6, resurser.

- **Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare** utgår från samma underlag som indikatorn i 10.6.1, men kan medräkna fler områden.
- Vi redovisar även kostnaderna som **andel av BNP** och **finansieringsform**

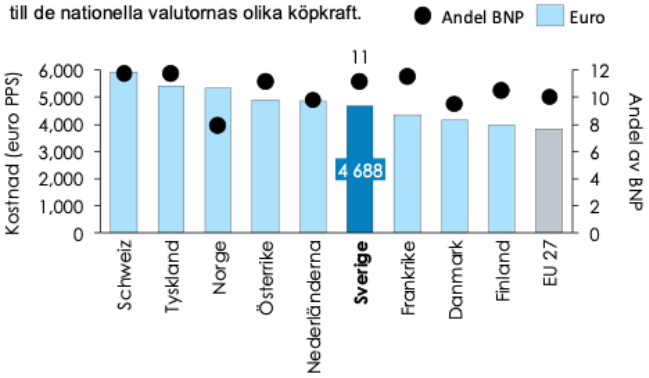
MEDELHÖGA KOSTNADER per invånare Sverige jämfört med liknande länder

HÖG OFFENTLIG FINANSIERING jämfört med liknande länder

▶ Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare

Källa: Eurostat 2026b.

Figur 1. Kostnad i euro (PPS) per invånare och som andel av BNP, 2023 eller senast tillgängliga år. Länders hälsoutgifter justeras för att ta hänsyn till de nationella valutornas olika köpkraft.

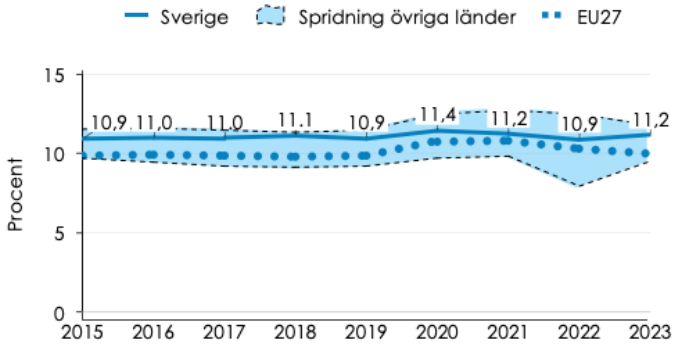


- De svenska kostnaderna för sjukvården per person är 4 688 euro per invånare (justerat för köpkraft), vilket innebär att Sverige placerar sig i mitten av länderna, med lägre kostnader (2023) än Tyskland, Schweiz, Norge, Nederländerna och Österrike.
- Jämfört med genomsnittet i EU har Sverige en hög kostnad per invånare.
- Kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat för alla europeiska länder de senaste 10 åren.

▶ Hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP

Källa: Eurostat 2026b.

Figur 2. Hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP 2015–2023.

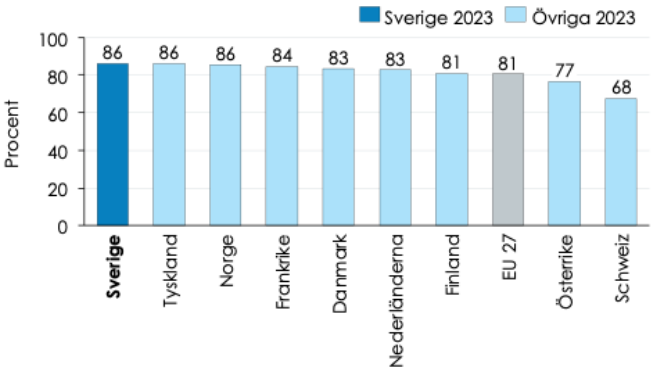


- Nivån på hälso- och sjukvårdsutgifterna beror även på storleken på ekonomin som helhet.
- 2015–2023 har cirka 11 procent av Sveriges BNP spenderats på vården. Även övriga länder har legat på relativt stabila nivåer fram till covid-19-pandemin, då det i flera länder sker en tillfällig ökning.
- Minskningen i miniminivån 2022 har makroekonomiska orsaker. Norges andel sjukvårdskostnader av BNP sjönk när landets BNP i löpande priser ökade kraftigt till följd av återhämtningen efter pandemin och stigande olje- och gaspriser efter Rysslands invasion av Ukraina.

▶ Finansieringsform

Källa: Eurostat 2026b.

Figur 3. Andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna som finansieras via beskattning eller obligatoriska försäkringar, 2023.



- Vi har även delat upp utgifterna i hur stor del av vården som finansieras av staten eller obligatoriska sjukvårdsförsäkringar respektive av egenavgifter och frivilliga sjukvårdsförsäkringar.
- Sverige ligger med 86,1 procent högst av alla länder i jämförelsen avseende andelen av hälso- och sjukvårdskostnaderna som finansieras via skatt eller obligatoriska försäkringar. Även Tyskland och Norge ligger på samma nivå.
- Den offentliga finansieringen är överlag hög bland övriga länder och i EU. För Sverige har det inte skett någon förändring under senare år, men många länder har ökat sin offentliga finansiering.

RESURSER – PERSONAL OCH VÅRDPLATSER

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.6, resurser.

- **Personella resurser per 1 000 invånare** är jämförbar med indikatorn i 10.6.2.
- **Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare** är jämförbar med indikatorn i avsnitt 10.6.3.

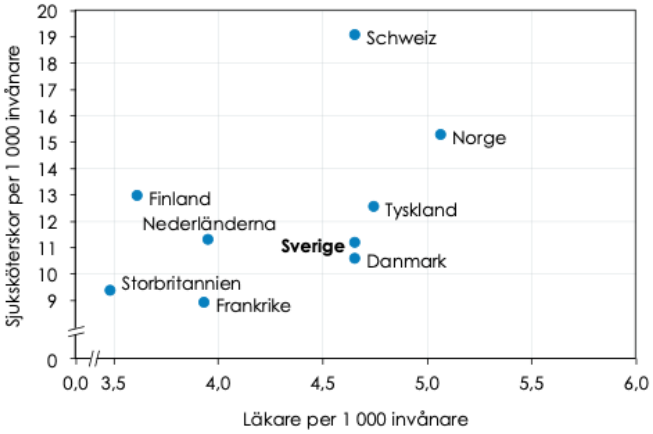
GENOMSNITTLIGT antal läkare och sjuksköterskor jämfört med övriga länder i urvalet

LÄGST ANTAL ALLMÄNLÄKARE per 1 000 invånare bland länderna i urvalet

► Personella resurser per 1 000 invånare

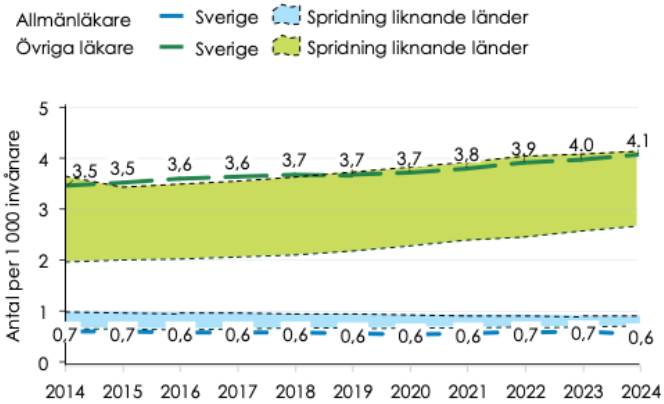
Källa: OECD 2025f, 2025g.

Figur 1. Praktiserande läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare, 2024 eller senast tillgängliga år.



- Indikatorn inkluderar sjuksköterskor och läkare som arbetar direkt med patienter.
- Sverige har drygt 11 sjuksköterskor och drygt 4,5 läkare per 1 000 invånare. Sverige ligger ungefär i mitten bland de jämförda länderna.
- Skillnader i vilka personalgrupper som inkluderas kan leda till överskattningar för vissa länder. I vissa länder kan exempelvis sjuksköterskor ha flera kvalifikationsnivåer, däribland Schweiz.

Figur 2. Praktiserande allmänläkare samt praktiserande läkare per 1 000 invånare, Sverige och spridningen i övriga länder 2014–2023.

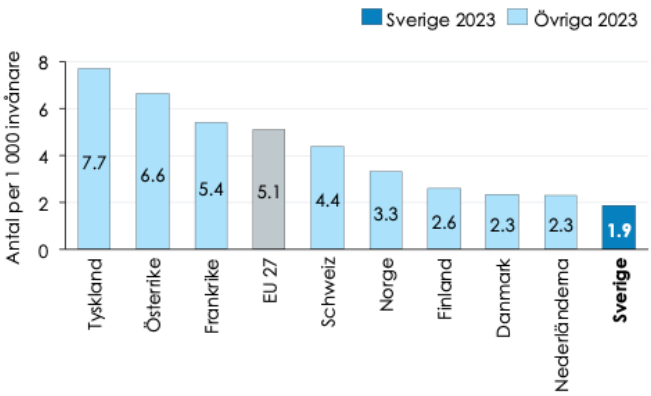


- Sverige har lägst antal allmänläkare per 1 000 invånare bland länderna i urvalet, drygt 0,6 per 1 000 invånare. Det är betydligt lägre än genomsnittet för övriga länder, på drygt 0,8 per 1 000 invånare.
- För övriga läkare (det vill säga som inte är specialister i allmänmedicin) ligger Sverige förhållandevis högt i jämförelsen.
- Jämförelsen gäller praktiserande läkare med definitionen "general practitioner", vilket i stort sett motsvarar betydelsen av specialist inom allmänmedicin i de flesta länder, men data ska tolkas med försiktighet eftersom definitioner kan skilja sig åt. Data saknas för Finland och Schweiz.

► Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Källa: OECD 2025e.

Figur 3. Antal disponibla vårdplatser per 1000 invånare, 2023.



- Sverige har lägst antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare bland länderna i jämförelsen.
- Platser i boenden för vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning ingår inte. Däremot ingår vårdplatser på sjukhus för bland annat rehabilitering och långtidsvård.
- Över tid har antalet disponibla vårdplatser sjunkit i alla länder, men i olika grad och särskilt mycket i Sverige. Det är svårt att säga om utvecklingen är positiv eller negativ. För få vårdplatser kan innebära att patienter inte får vård när de behöver den. Samtidigt kan färre vårdplatser på längre sikt vara ett tecken på en mer effektiv vård, där patienter behandlas snabbare och i större utsträckning nära hemmet.

11.8 Vårdens insatser

För att jämföra vårdens insatser mellan länder har vi använt antalet läkarkonsultationer per invånare. I de flesta länder är ett besök hos en läkare eller vårdpersonal i primärvården den vanligaste kontakten med vården, och oftast utgångspunkten för ytterligare medicinsk behandling.

11.8.1 Läkarkonsultationer per invånare

Indikatorn kommer från OECD och är delvis jämförbar med indikatorn i avsnitt 10.7, men data går inte att dela upp i primärvård och specialistvård. Indikatorn visar antalet fysiska läkarkonsultationer för både allmänläkare och specialistläkare. Med läkarkonsultationer avses besök och hembesök inom både primärvård och specialiserad vård. Andra typer av kontakter ingår inte, till exempel telefonkontakter och digitala besök (förutom för Nederländerna där de inte går att särskilja). Därmed kan sammansättningen av besökstyp påverka skillnaderna mellan länderna.

Det finns skillnader i metodologi mellan länderna, och framför allt Tyskland och Nederländerna avviker. För Tyskland förväntas en stor underrapportering. För Nederländerna inkluderas även telefonkontakter medan kontakter med barn- och mödraomsorgen är exkluderade. Data för Schweiz och Nederländerna kommer från hälsointervjuundersökningar. På grund av dessa skillnader ska resultaten tolkas med viss försiktighet. Indikatorn mäter enbart fysiska kontakter (förutom att data från Nederländerna delvis inkluderar telefonkontakter) (OECD 2025b).

En annan utmaning är att omfattningen och organiseringen av besök varierar mellan länder, bland annat när det gäller vilka ärenden som hanteras av läkare respektive andra professioner. I en del länder har sjuksköterskor en större roll i uppföljning av kroniska sjukdomar och enklare hälsoproblem, exempelvis Sverige, Finland och Storbritannien, och de kan därför ha färre registrerade läkarbesök (OECD 2025a). Antalet är i stället högre i länder där många läkare är egenföretagare, exempelvis Tyskland, och där läkare får betalt per besök, jämfört med länder där läkare främst är avlönade inom skattefinansierade verksamheter (exempelvis Sverige, Finland och Danmark) (OECD 2025a). Höga patientavgifter kan också resultera i färre konsultationer i länder där läkare får betalt per besök.

LÄKARKONSULTATIONER PER INVÅNARE

I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.7, insatser.

- **Läkarkonsultationer** är inte direkt jämförbar med indikatorerna i 10.7 men mäter antalet insatser för en yrkesgrupp i vården.

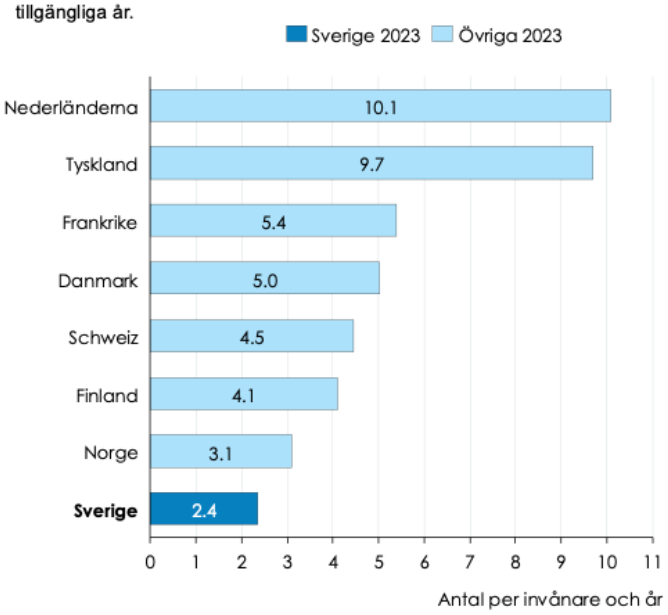
LÄGST antal läkarkonsultationer i Sverige jämfört med övriga länder, men det kan bero på skillnader i arbetssätt och finansiering av vårdbesök

LÄKARKONSULTATIONER SJUNKER över tid i de flesta länder, vilket troligtvis kan förklaras av ökande digitala besök

► Fysiska läkarkonsultationer

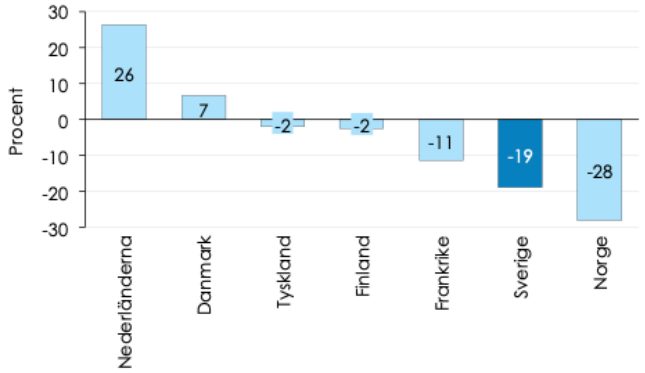
Källa: OECD 2025b.

Figur 1. Antal läkarkonsultationer per invånare och år, 2023 eller senast tillgängliga år.



- Sverige ligger lägst av alla länder i jämförelsen avseende antal läkarkonsultationer per invånare och år. Den relativa skillnaden är mycket hög upp till de länder som ligger högst där både Nederländerna och Tyskland har mer än fyra gånger så många läkarkonsultationer per invånare som Sverige har.
- Det finns dock utmaningar med jämförbarheten, och skillnader kan delvis förklaras av skillnader i rapportering, i fördelning av arbetsuppgifter i vården och i hur besöken finansieras. I Nederländerna rapporteras även telefonbesök.
- Variationer mellan länderna kan till viss del förklaras av arbetsfördelningen mellan läkare och annan vårdpersonal. I Sverige och Finland kan det låga antalet läkarkonsultationer delvis förklaras av att sjuksköterskor spelar en större roll i hanteringen av patienter med kroniska sjukdomar och i hanteringen av patienter med mindre hälsoproblem (OECD 2025a).

Figur 2. Antal läkarkonsultationer per invånare och år, procentuell förändring 2014–2023.



- 2014–2023 har antalet läkarkonsultationer per invånare och år minskat med 19 procent i Sverige. Antalet konsultationer har minskat mest i Sverige och Norge. Ökade digitala kontakter är troligtvis en förklaring, eftersom minskningen i Sverige sedan 2020 är betydligt mindre.
- Endast Nederländerna och Danmark har ökat antalet läkarkonsultationer sedan 2014 i jämförelsen. I Nederländerna räknas även telefonkontakter med, vilket troligtvis förklarar utvecklingen.
- Antalet fysiska besök har minskat sedan 2019 i 21 av 31 OECD-länder, vilket delvis kan förklaras av fler digitala vårdbesök. Denna förändring accelererade under pandemin då andelen digitala vårdbesök ökade kraftigt (OECD, 2025a).

11.9 Effektivitet

Vi kan följa upp en av indikatorerna i avsnitt 10.9 i ett internationellt perspektiv.

11.9.1 Sambandet mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och hälso- och sjukvårdskostnader

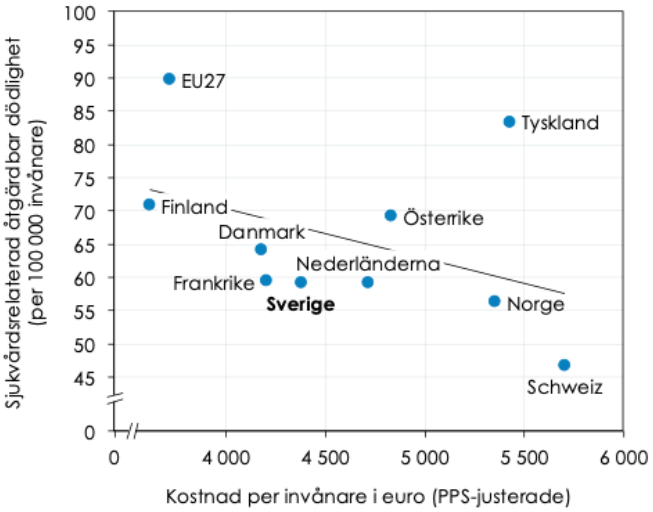
För att undersöka samlad effektivitet på systemnivå kan man även koppla det kliniska kvalitetsmåttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (se avsnitt 11.3.1) till ett jämförbart kostnadsmått. Det tillvägagångssättet har använts i en rad internationella jämförelser av exempelvis OECD och European Observatory. Indikatorn utgår från liknande data som den svenska i avsnitt 10.9.3 och är delvis jämförbar.

EFFEKTIVITET
I det här avsnittet jämför vi Sveriges resultat med länderna i urvalet för indikatorerna som presenteras i avsnitt 10.9, effektivitet.
Sambandet mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och kostnader är delvis jämförbar med analysen i 10.9.3. De ingående kostnaderna skiljer sig något (se avsnitt 11.7.1) och vi inte haft möjlighet att justera för skillnader i behov och strukturella förutsättningar.

SVERIGE HAR LÅG sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i förhållande till hälso- och sjukvårdens kostnader i jämförelse med liknande länder.

► Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och kostnader **Källa:** Eurostat 2026a, 2026b.

Figur 1. Samband mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (per 100 000 invånare 0–74 år) och kostnader för hälso- och sjukvård per invånare (köpkraftsjusterat enlig PPS), 2022.



- Matrisen visar sambandet mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (lodrät axel) och kostnader per invånare (vågrät axel). Vi har inte haft möjlighet att justera analysen för skillnader i vårdbehov eller strukturella förutsättningar mellan länderna.
- Länder som befinner sig längre åt vänster i matrisen har lägre kostnader, och länder som befinner sig åt höger har högre, relativt övriga länder. Länder högre upp i matrisen har högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare och länder som befinner sig längre ner har lägre, relativt övriga länder. Tyskland har exempelvis höga kostnader per invånare och hög sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet jämfört med övriga länder.
- Sverige har en låg sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare i förhållande till kostnader per 1 000 invånare jämfört med liknande länder. Sverige ligger i nivå med Frankrike, som har något lägre kostnader per invånare. Schweiz har lägre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, men betydligt högre kostnad per invånare.
- Det finns ett samband mellan högre kostnad per invånare och lägre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Förhållandet mellan sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och kostnader är bättre för flera av länderna, däribland Sverige, än vad som kan förväntas av sambandet.

Referenser

Ara, R. & Brazier, J.E. (2010). *Using health state utility values from the general population to approximate baselines in decision analytic models when condition specific data are not available*. HEDS Discussion Paper 10/11. University of Sheffield.

Bittár, N.H., Nilsson, A.H., Dahlen, M., Nathanson, M., Kajonius, P.J., Kjell, O., Lomas, T., Padgett, R.N., Case, B., Chen, Y., Cowden, R.G., Johnson, B.R. & VanderWeele, T.J. (2026). Flourishing in Sweden: Great overall—but not for all. *International Journal of Wellbeing*, 15(3).

Danske Regioner (2024). *Ventetider til behandling er nu som før corona*. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2024/december/ventetider-til-behandling-er-nu-som-foer-corona/ [2026-06-03].

Ellegård, L.M., Gerdtham, U. & Heckley, G. (2026). *Från volym till värde: nya metoder för produktivitetsmätning i svensk hälso- och sjukvård*. Rapport till Finanspolitiska rådet 2026/3. Finanspolitiska rådet.

Ekonomistyrningsverket (2025). *Regionernas ekonomi och effektivitet. Redovisning 2025: analysmodell och inledande analys*. (ESV 2025:32).

European Commission (2025a). *EU burden from non-communicable diseases and key risk factors*. Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway. https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/eu-burden-non-communicable-diseases-key-risk-factors_en [2026-06-18].

European Commission (2025b). *Non-communicable diseases: Overview*. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_en [2026-06-18].

Eurostat (2025). Methodological guidelines and description of EU-SILC target variables. 2019 operation (Version 2025 operation), Europeiska kommissionen.

Eurostat (2026a). Causes of death (hlth_cdeath). Reference Metadata in Single Integrated Metadata Structure (SIMS). Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union. https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_cdeath_sims.htm [2026-06-22].

Eurostat (2026b). Health care expenditure (SHA 2011) (hlth_sha11). Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS). Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union. Health care expenditure (SHA 2011) (hlth_sha11) [2026-04-22].

Eurostat (2026c). Health variables of EU-SILC. Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS). Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union. Health variables of EU-SILC. [2026-06-22].

Eurostat (2026d). Mortality (national level) (demo_mor). Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS). Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union. Mortality (national level) (demo_mor). [2026-06-22].

EuroQol Research Foundation (2025). *EQ-5D-5L User Guide. Version 4.0, August 2025*. Rotterdam: EuroQol Research Foundation. https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/?utm_source=chatgpt.com [2026-06-18].

Folkehelseinstituttet (2026). *Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetjenesten i 2025*. https://www.fhi.no/nyheter/2026/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-i-2025/ [2026-06-03].

Folkhälsomyndigheten (2025). Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2025.

Fritzell, J. & Fors, S. (2025). Health inequalities in the Nordic countries: A comparative overview and update. *Journal of Internal Medicine*, 298, s. 591–603.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), pp. 137–150.

Hernández Alava, M., Pudney, S. and Wailoo, A. (2022). *Estimating EQ-5D by age and sex for the UK*. NICE DSU Report. Sheffield: Decision Support Unit, School of Health and Related Research, University of Sheffield.

Hollingsworth, B. (2003). Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science*, 6(4), s. 203–218.

Jacobs, R., Smith, P.C. & Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge University Press.

Jaipaul, C.K. and Rosenthal, G.E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), pp. 23–30.

Janssen, B. & Szende, A. (2014). Population norms for the EQ-5D. I: Szende, A., Janssen, B. & Cabases, J. (red.) *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. Dordrecht: Springer, s. 19–30.

Jensen, M.B., Jensen, C.E., Gudex, C., Pedersen, K.M., Sørensen, S.S. & Ehlers, L.H. (2023). Danish population health measured by the EQ-5D-5L. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(2), s. 241–249..

Kaplan, R.M & Milstein A. Contributions of Health Care to Longevity: A Review of 4 Estimation Methods. Ann Fam Med. 2019 May;17(3):267-272.

KCE (2018). *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. KCE Reports 303. Belgian Health Care Knowledge Centre.

Kind, P., Dolan, P., Gudex, C. & Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ*, 316(7133), s. 736–741.

Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A. & Saltman, R.B. (red.) (2015). *Building primary care in a changing Europe*. Observatory Studies Series No. 38. European Observatory on Health Systems and Policies.

Lanas, A. & Chan, F.K.L. (2024). Peptic ulcer disease. *The Lancet*, 403(10446), s. 2140–2155.

Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D. & James, C. (2019). *Health spending projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology*. OECD Health Working Papers No. 110. OECD Publishing.

Marino, A. & Lorenzoni, L. (2019). *The impact of technological advancements on health spending: A literature review*. OECD Health Working Papers No. 113. OECD Publishing.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365 (9464), 1099–1104.

McCarty, T.R. & Edwards, J.P. (2024). Surgical therapy of gastric ulcer disease. *Surgical Clinics of North America*, 104(5), s. 855–869.

McGinnis, J.M., Williams-Russo P & Knickman J.R. (2002) The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood). Mar-Apr;21(2):78-93.

Mosaddegh, A. & Angelov, N. (2025) *Effektiviteten i Sveriges kommuner: Så kan vi spara miljarder utan att tumma på kvaliteten*. Svenskt Näringsliv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (Rapport 2014:7).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? En analys av specialistläkare i allmänmedicin* (Rapport 2018:5).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården* (Rapport 2019:2, del 1 och del 2).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020*. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (PM 2021:4).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022a). *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök* (Rapport 2022:1).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022b). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022* – Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet (PM 2022:3).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024a). *Redo för framtiden?* Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040 (Rapport 2024:1).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024b). *Vården ur befolkningens perspektiv* – International Health Policy Survey 2023 (PM 2024:3).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025). *Omtag för omställning*. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport (Rapport 2025:1).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2026). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv*. International Health Policy Survey 2025 (PM 2026:1).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025). *Sweden: Country Health Profile 2025*. State of Health in the EU. OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies. https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/soheu-2025-sweden-final-web.pdf [2026-06-22].

OECD/Eurostat (2022). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death.

OECD (2025a). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing.

OECD (2025b). *OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Consultations*. https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.

OECD (2025c). *OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Health expenditure and financing*. https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.

OECD (2025d). *OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Healthcare Coverage*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.

OECD (2025e). *OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Hospital beds*. https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.

OECD (2025f). OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Nurses. https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.

OECD (2025g). OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Physicians. https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.

OECD (2025h. OECD Health Statistics 2025: Waiting times. OECD Data Explorer. https://data-explorer.oecd.org/

OECD (2026). Improving quality of care through the OECD Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS): Using patient-reported data to support health policy. OECD Publishing.

OECD & European Commission (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing.

OECD & European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.

Rammstedt, B., Goldberg, L.R. & Borg, I. (2010). The measurement equivalence of Big-Five factor markers for persons with different levels of education. *Journal of Research in Personality*, 44(1), s. 53–61.

Statistiska centralbyrån (2024). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2024*. https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/.

Statistiska centralbyrån (2026). *Livslängden i Sverige 2021–2025*. https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/befolkningens-sammansattning-och-utveckling/demografisk-analys/produktrelaterat/rapporter/livslangden-i-sverige-20212025/.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.

Sveriges Kommuner och Regioner (2025a). *Ekonomirapporten oktober 2025*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2025b). *LPIK, landstingsprisindex inklusive läkemedel: prognos oktober 2025*. https://skr.se/ekonomiochbudgetplanering/prisindex.8274.html

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Läkartillgång i primärvården*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2023*. https://skr.se/halsaochsjukvard/ekonomiochavgiftersjukvard/ekonomiochverksamhetsstatistiksjukvard.7872.html.

Sveriges Kommuner och Regioner (2026a). *Medicinsk bedömning i primärvården*. Väntetider i vården. Medicinsk bedömning | Väntetider i vården | SKR [2026-08-28].

Sveriges Kommuner och Regioner (2026b). *Telefoni och chattillgänglighet*. Väntetider i vården. https://extra.skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/telefoniochchattillganglighet.84210.html [2026-06-03].

Sveriges Kommuner och Regioner (2026c). *Utökad uppföljning av specialiserad vård*. Väntetider i vården. Utökad uppföljning av specialiserad vård | Väntetider i vården | SKR [2026-08-28].

SNS (2026). Konjunkturrådets rapport 2026: Personalförsörjningen i välfärdssektorn. SNS Förlag.

SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Socialdepartementet.

SOU 2024:50. *Nätt och jämnt: Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn. Betänkande av Utjämningskommittén 2022*. Regeringskansliet.

Soubelet, A. & Salthouse, T.A. (2011). Influence of social desirability on age differences in self-reports of mood and personality. *Journal of Personality*, 79(4), s. 741–762.

Socialstyrelsen (2025). *DRG: Grundläggande begrepp och principer*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/drg-grundlaggande-begrepp-och-principer.pdf.

Socialstyrelsen (2026). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård: Lägesrapport 2025*. Socialstyrelsen. Artikelnummer: 2025-4-9486. https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/tillstandet-och-utvecklingen-inom-halso--sjuk--och-tandvard--lagesrapport-2025-2025-4-9486/.

Socialstyrelsen (u.å.). *Diagnosrelaterade grupper (DRG)*. https://www.socialstyrelsen.sedoi/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/ [2026-06-18].

Statskontoret (2025). *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024: Antal, omfattning och innehåll*. https://www.statskontoret.se/uppdrag-och-rapporter/rapporter/2025/statens-styrning-med-statsbidrag-till-kommuner-och-regioner-2024--antal-omfattning-och-innehall/.

Sun, S., Chuang, L. H., Sahlén, K. G., Lindholm, L., & Norström, F. (2022). Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden. Health and quality of life outcomes, 20(1), 167.

Teni, F.S., Gerdtham, U.-G., Leidl, R., Henriksson, M., Åström, M., Sun, S. & Burström, K. (2022). Inequality and heterogeneity in health-related quality of life: findings based on a large sample of cross-sectional EQ-5D-5L data from the Swedish general population. *Quality of Life Research*, 31, s. 697–712.

Thomas, J., Wruck, L.M., Loehr, L.R., Stearns, S.C., Hardy, N.C., Coresh, J., Heiss, G. & Hsu, J.Y. (2024). Self-rated health in middle age and risk of hospitalizations and death: recurrent event analysis of the ARIC study. *Journal of General Internal Medicine*, 39, s. 1828–1835.

Tourangeau, R. & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), s. 859–883.

Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F. & Lorenzo-Seva, U. (2013). How social desirability and acquiescence affect the age–personality relationship. *Psychology and Aging*, 28(3), s. 827–838.

Bilaga 1. Metod

Indikatorblad och analyser

Resultatredovisningen innehåller analyser över tid, mellan grupper i befolkningen och mellan regioner. För nulägesanalyser använder vi de senaste åren med tillgängliga data, ibland indelade i perioder. Analyserna syftar till att göra jämförelser mellan befolkningsgrupper och regioner så rättvisande som möjligt. För regionala jämförelser innebär det exempelvis att resultaten standardiseras. Vid jämförelser mellan grupper i befolkningen tar vi hänsyn till flera faktorer samtidigt, såsom ålder, kön och utbildningsnivå.

De flesta kvalitetsindikatorer redovisas på ett liknande sätt, uppdelad i en analys av utvecklingen över tid i riket, en analys av skillnader mellan befolkningsgrupper och en analys av skillnader mellan regioner. För vissa process- och strukturindikatorer ser redovisningen lite annorlunda ut, exempelvis sådana som ingår i indikatorområdena befolkningens hälsa och behov, insatser och resurser. För dem finns resultat för flera indikatorer på samma blad. Nedan beskriver vi hur vi genomfört analyserna för kvalitetsindikatorerna.

Många av indikatorerna kommer från enkätundersökningar. Eftersom vissa grupper ofta är över- eller underrepresenterade i enkätundersökningar är det vanligt att använda vikter som ska kompensera för skevheter. För indikatorer med tillhörande urvalsvikt har den befintliga vikten använts. Det gäller indikatorer från Nationella folkhälsoenkäten, Hälso- och sjukvårdsbarometern och ULF. För indikatorer från Nationell patientenkät har vi skapat en särskild urvalsvikt utifrån uppgift om ålder och kön i dataunderlaget.

Indikatorn i riket

Den första delen av resultatredovisningen visar utvecklingen i riket och spridningen i resultat mellan regioner över tid. För att följa utvecklingen över tid studerar vi framför allt de senaste tio åren (2015–2025), men tidsseriens längd kan variera på grund av tillgång till data. För alla indikatorer där det är tillämpbart är resultaten åldersstandardiserade efter befolkningsfördelningen det senaste året med tillgängliga data, om inget annat nämns. Syftet är att de ska bli jämförbara över tid.

Figuren visar också spridningen mellan regioner, det vill säga högsta och lägsta värde i regionerna. Under tidsserien har vi markerat ut variationskoefficienten, som mäter hur stor spridningen mellan regioner är på ett sätt som är jämförbart mellan olika typer av indikatorer (exempelvis en som mäts i procent och en som mäts i antal per 1 000 invånare). Variationskoefficienten anger hur stor variationen är i förhållande till det medelvärdet, vilket gör att vi kan jämföra spridning mellan indikatorer utan att resultaten påverkas av att de mäts i olika enheter (exempelvis procent eller antal) eller har olika absoluta värden. Om en indikator har små absoluta värden (till exempel 0.1–0.2) kan små

absoluta variationer ge stora procentuella skillnader, och stora absoluta variationer kan vara små i förhållande till ett stort medelvärde.

Skillnader mellan grupper i befolkningen

Den andra delen av resultatredovisningen innehåller analyser av skillnader mellan grupper, för de indikatorer där det är möjligt. Regressionsanalyserna visar sambandet mellan utfallet (svaret på frågan) och olika bakgrundsfaktorer (grupper), med hänsyn tagen till flera faktorer samtidigt. Det gäller exempelvis ålder, hälsa, boendeort och födelseland. Det gör det möjligt att separera olika variablers effekt från varandra, exempelvis att personer med högre ålder oftare har lägre utbildningsnivå. Om vi enbart ser till medelvärden för personer med förgymnasial kontra eftergymnasial utbildning kommer vi också se effekter av att personer i de olika utbildningsgrupperna har olika åldrar, vilket kan snedvrida analysen om vi exempelvis undersöker hälsoutfall. Grundmodellen som använts i rapporten är:

$$y = \text{ålder} + \text{kön} + \text{utbildningsnivå} + \text{födelseland}$$

Y är utfallet i enkätens olika frågor. Ålder fördelas i fyra grupper (18–39 år, 40–59 år, 60–79 år och 80+ år), kön i två grupper (man och kvinna), utbildningsnivå i tre grupper (grundskola eller lägre, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning) och födelseland i fyra grupper (Sverige, Norden utanför Sverige, Europa utanför Norden och övriga världen). Sambandsanalyserna som redovisas i resultatredovisningen kan i nuläget inte visa ifall en skillnad mellan grupper är omotiverad eller inte, utan de visar enbart att en skillnad finns.

Skillnader mellan regioner

Den tredje delen av resultatredovisningen innehåller analyser av skillnader mellan regioner. Ett viktigt antagande är att indikatorerna är jämförbara mellan regioner – om en region har en äldre befolkning är det naturligt att regionens befolkning har en något sämre hälsa. Vi justerar därför för skillnader i behov mellan regioner genom att standardisera befolkningens ålder, kön och utbildningsnivå. Syftet är att resultaten i så stor utsträckning som möjligt ska reflektera regionernas utfall, utan att påverkas av strukturella faktorer som regionen inte kan styra över.

Många av indikatorbladen har en karta över Sverige. Den visar resultaten av en regressionsanalys där vi använder medianregionen, sett till regionernas utfall, som referensregion. Vi markerar de regioner som har ett säkerställt högre eller lägre resultat än medianregionen. Syftet med analysen är att se om det faktiskt finns skillnader mellan regionernas resultat (när vi också tar hänsyn till ålder, kön, utbildning och ibland födelseland hos befolkningen). Ibland innebär exempelvis en skillnad på några procentenheter ingen statistisk skillnad i resultat, och i andra fall kan även mycket små skillnader innebära riktiga skillnader i resultat. Med det sagt kan resultaten fortfarande påverkas av andra strukturella skillnader som vi inte kan observera.

Vissa regionala analyser kräver att vi inkluderar flera år för att öka antalet observationer i dataunderlaget. Vi använder då tidsperioden 2021–2024, vilket är den aktuella

uppföljningsperioden. Den överlappar med pandemin och dess effekter, vilket bör beaktas.

Vård- och omsorgsanalys befolkningsenkät för nationell uppföljning 2025

Som en del av uppföljningen har vi gjort en enkätundersökning genom Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Några av resultaten används för indikatorer i uppföljningen och presenteras i den här rapporten, medan andra syftar till att vidareutveckla uppföljningen till kommande år. Respondenterna har bland annat fått ange hur de upplever att de olika kvalitetsområdena fungerar utifrån sina egna erfarenheter samt värdera kvalitetsområdena i förhållande till varandra. Delar av enkäten är en upprepning av en enkätundersökning som vi genomförde när vi tog fram den nationella uppföljningen (se Vård- och omsorgsanalys 2019).

Nedan beskriver vi närmare panelens sammansättning, metoden för datainsamlingen, bortfallen och viktningen av materialet.

Population och urval

Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel bestod under hösten 2025 av cirka 22 000 personer, som alla har rekryterats genom slumpmässigt urval. Rekryteringen gjordes framför allt genom Statens personadressregister (SPAR):

- Vintern 2022/2023 valdes cirka 35 000 personer, varav cirka 1 500 tackade ja till att gå med i befolkningspanelen.
- Vintern 2023/2024 valdes cirka 100 000 personer, varav cirka 6 500 personer tackade ja. Hälften av urvalet stratifierades på ålder.
- Vinter 2024/2025 valdes cirka 260 000 personer, varav cirka 14 000 personer tackade ja. Hela urvalet stratifierades på län.

Inbjudan skickades via brev som innehöll en länk till vårt enkätverktyg där respondenterna kunde fylla i sina bakgrundsuppgifter. De som valde att gå med i befolkningspanelen fick uppge sina bakgrundsuppgifter, bland annat kön, ålder, boendekommun, hälsa och utbildningsnivå. Dessa uppgifter ger oss en större förståelse för bortfall och representativitet.

Datainsamling

Datainsamlingen pågick under juni 2025. Inbjudan om att delta i enkätundersökningen skickades ut till samtliga personer i befolkningspanelen, 22 122 personer. Enkäten skickades till deltagarnas e-post och besvarades digitalt i webbläsaren på dator eller mobil.

Svars- och bortfallsredovisning

Totalt 14 369 personer svarade på enkäten, vilket motsvarar en deltagarfrekvens på 65 procent. Några började svara på enkäten men skickade inte in sina svar, dessa har samlats in manuellt av oss. Några gav inte medgivande till personuppgiftsbehandlingen

och har därför exkluderats. De allra flesta svar inkom under de första dagarna, men fler svar inkom efter att vi skickade påminnelser.

Viktning och imputering

I dagsläget finns vissa skillnader mellan befolkningen och populationen i befolknings-panelen, och det påverkar även enkätundersökningen. Bland annat är det fler äldre än yngre som valt att gå med i panelen, och deltagarna tenderar att vara högutbildade. Vi ser även en överrepresentation av personer med svensk bakgrund. Skillnaden beror främst på bortfall i rekryteringen. Eftersom vissa grupper är över- eller underrepresenterade har vi beräknat vikter som ska kompensera för skevheter. Vi har använt ”iterative proportional fitting”, även kallat ”raking”, för att beräkna kalibrerade vikter. Denna metod är fördelaktig om vikter ska beräknas på flera bakgrundsvariabler samtidigt.

Inför viktningen imputerade vi vissa värden. I panelen finns ett visst bortfall när det gäller bakgrundsvariablerna, och för 1 035 paneldeltagare har vi inte information om bakgrundsuppgifter. Detta blir problematiskt när vi ska vikta materialet, eftersom vi måste utesluta rader som har ”missing” i någon av de variabler som vi viktar på. Vi använder därför imputering för svarande utan fullständig information, för att på så sätt behålla svaret. Imputeringen går ut på att hitta det mest sannolika värdet för en svarande med ofullständig information, och här har vi använt en regressionsbaserad modell för att komma fram till det. De imputerade variablerna användes endast i viktningen, och i sammanställningar används de ursprungliga bakgrundsvariablerna. Vi har även undersökt imputeringens påverkan och drar slutsatsen att den inte har någon nämnvärd effekt på resultaten.

Benägenheten att delta i undersökningar påverkas av en rad olika faktorer, och det är svårt att kompensera för alla. Ålder och kön samt interaktionen mellan dessa är kända faktorer som påverkar svarsbenägenhet, liksom utbildning och svensk kontra utländsk bakgrund. Därför är rake-vikterna beräknade på följande bakgrundsvariabler (imputeringar anges efter varje bakgrundvariabel):

- ålder (18–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60–69 år, 70–79 år och 80+ år), fördelat på kön eftersom ålder och kön ofta integrerar när det gäller svarsbenägenhet, ingen imputering
- län eller region *(357 missing)*
- utbildningsnivå (grundskola eller lägre, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning) *(626 missing)*
- utländsk bakgrund (definieras som att ha två utrikesfödda föräldrar) *(516 missing)*.

För att beräkna vikterna har vi utgått från den senast tillgängliga befolkningsstatistiken, 2024 års data, från SCB:s hemsida. Med de kalibrerade vikterna uppnår vi en fördelning för varje enskild bakgrundsvariabel som ligger nära motsvarande fördelning i befolkningen.

Bilaga 2. Beräkning av produktivitet och effektivitet med DEA-metodik

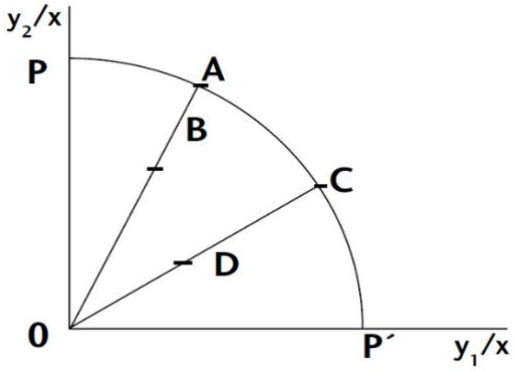
Den vanligaste metoden för att analysera produktivitet via frontmetodik är Data Envelopment Analysis (DEA) (Hollingsworth m.fl. 2003). Det centrala analysbegreppet vid DEA-analys är teknisk effektivitet, vilket mäter förmågan att producera en maximal mängd output (hälsoresultat och prestationer) från en given mängd input (resurser) (Jacobs m.fl. 2006). DEA-modellen kan sedan specificeras som en produktivitetsmodell eller en effektivitetsmodell. Oavsett modellutformning är styrkan med metoden att den kan hantera flera outputs och inputs samtidigt.

Fronten visar den mest effektiva produktionen

Observationerna med den högsta relationen mellan output och input placeras i en produktionsfront där fronten uttrycker den relativt sett mest effektiva produktionen som äger rum bland producenterna, i vårt fall regioner. För att jämföra effektiviteten får alla regioner ett resultat mellan 0 och 1 utifrån avståndet till produktionsfronten. Resultatet 1 innebär att regionen producerar på fronten och är relativt mest tekniskt effektiv av de regioner som ingår i jämförelsen. Ett resultat under 1 innebär att det finns en förbättringspotential. Även regioner med resultatet 1 kan ha förbättringspotential; frontpositionen innebär bara att det idag inte finns någon region med ett effektivare produktionssätt.

Metoden kan illustreras med exemplet i figur 18 där två output är läkarbesök i primärvården, y_1, och vårdtillfällen i sluten vård, y_2. Produktionen bygger på en insatsfaktor, x_1 – totala kostnader. I figuren representerar PP´ produktions-möjlighetskurvan (produktionsfronten), där linjen indikerar den övre nivån för alla produktionskombinationer som är tekniskt möjliga. Produktionsutfallet för fyra olika regioner (A, B, C och D) framgår också.

Figur 18. Illustration av DEA-metodiken.



Regionerna A och C är i jämförelsen fullt tekniskt effektiva, eftersom det inte är tekniskt möjligt att producera mer med oförändrade kostnader. Region B och D kan dock öka produktionen av både läkarbesök i primärvården och vårdtillfällen i sluten vård utan ökade kostnader, eftersom de inte är fullt tekniskt effektiva. Region D har även en lägre grad av teknisk effektivitet eftersom avståndet till fronten är större än för region B. Graden av teknisk effektivitet (TE) för region B beräknas med: TE = OB / OA (där O är nollpunkten). Resultaten kan därmed visa hur stor förbättringspotential en region har när det gäller den tekniska effektiviteten, utifrån nuvarande ”best practice”.

Malmquists produktivitetsindex

Med en analys som omfattar flera år är det även möjligt att studera förändringar av frontens position. Om fronten flyttas utåt har minst en region producerat mer i relation till kostnaderna än vad någon region förmått tidigare perioder. Produktionsmöjligheterna inom sektorn har alltså förbättrats. Om fronten i stället flyttas inåt har produktionsmöjligheterna blivit sämre. Det finns exempelvis ingen region som lyckats producera samma mängd output som under den första perioden utan att kostnaderna samtidigt ökade. Produkten av förändringen av frontens position (teknisk förändring) och det genomsnittliga avståndet till fronten (teknisk effektivitetsförändring) ger sedan den sammantagna produktivitetsutvecklingen inom sektorn över tid, enligt det som kallas för Malmquists produktivitetsindex.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

vård- och omsorgsanalys