Sveriges Kommuner och Regioner

Regionen i siffror 2026

En beskrivning av regionernas verksamhet och ekonomi

Upplysningar om innehållet: Einar Sjölund, einar.sjolund@skr.se
Text: Einar Sjölund

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2026
ISBN: 978-91-8047-457-3

Förord

I den här rapporten ger Sveriges kommuner och regioner (SKR) en samlad beskrivning av regionernas verksamhet och vad den kostar. Syftet är att beskriva bredden i det ansvar som regionerna har för invånarna, från hälso- och sjukvård till regional utveckling, kollektivtrafik och kulturverksamhet.

Rapporten är beskrivande och har ingen analytisk ansats. Den ska ge en faktabaserad grund för förståelse av hur regionernas uppdrag ser ut och hur verksamheterna är organiserade och bedrivs.

Vi hoppas att rapporten kan vara ett stöd för beslutsfattare, verksamhetsutvecklare och andra intressenter som vill få en tydlig bild av regionernas arbete och ansvar.

Stockholm, 2026

Johan Kaarme

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Förord ... **3**

Inledning ... **5**

Verksamhetsåret 2025 ... 5

Rapportens innehåll och målgrupp ... 6

Kapitel 1 VERKSAMHET OCH EKONOMI ... **8**

1.1 Självstyret och skilda utmaningar ... 8

1.2 Sjukvård och regional utveckling ... 10

1.3 Regionernas ekonomi ... 12

Kapitel 2 REGIONAL UTVECKLING ... **17**

2.1 Trafik och infrastruktur ... 18

2.2 Kultur ... 18

2.3 Allmän regional utveckling ... 19

2.4 Utbildning ... 20

Kapitel 3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ... **21**

3.1 Det svenska sjukvårdssystemet ... 21

3.2 Verksamheter och specialisering ... 21

3.3 Vårdformer ... 26

3.4 Köp av verksamhet inom hälso- och sjukvård ... 34

Kapitel 3 PRIMÄRVÅRD ... **39**

4.1 Primärvårdens delverksamheter ... 39

4.2 Vårdcentraler ... 43

Kapitel 4 SPECIALISERAD SOMATISK VÅRD ... **45**

5.1 Kostnad per diagnoskategori och delverksamhet inom somatisk vård ... 46

5.2 Somatisk öppenvård och hemsjukvård ... 48

5.3 Somatisk slutenvård ... 49

Kapitel 5 PSYKIATRISK VÅRD ... **51**

Kapitel 6 TANDVÅRD ... **55**

7.1 Folktandvård ... 56

7.2 Regionernas tandvårdsstöd ... 57

7.3 Specialisttandvård ... 59

Kapitel 7 ÖVRIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ... **61**

BILAGOR ... **64**

Bilaga 1. Datakällor ... 64

Bilaga 2. Regionkoder och länkar till regionernas årsredovisningar ... 65

Inledning

Verksamhetsåret 2025

En majoritet av regionerna redovisade ett positivt resultat i resultaträkningen för 2025. Detta är en klar förbättring mot 2024, då de flesta regioner hade minus-resultat. Några förklaringar till regionernas förbättrade resultat är lägre pensions-kostnader efter nedgång i inflationen, riktade statsbidrag och positiv avkastning på kapital. Två regioner höjde skattesatsen under 2025. Kostnaden för hälso- och sjuk-vården minskade under 2025 jämfört med 2024. Samtidigt har primärvårdens andel av kostnaderna ökat. Detta är i linje med ambitionerna i nära vård-omställningen.

Samtliga regioner arbetar med att korta vårdköerna och samtidigt minska beroendet av hyrbemanning. Det är en målkonflikt som regionerna till stor del har lyckats hantera. I de flesta regioner har antalet disponibla vårdplatser inom den somatiska vården blivit fler, samtidigt som kostnaden för hyrbemanning har minskat.

Öppenvårdsbesöken har minskat inom nästan alla delar av hälso- och sjukvården. Eftersom minskningen skett mellan två år är det för tidigt att tala om en trend och förändringen är svårtolkad. Många regioner har bytt journalsystem och statistiken om distanskontakter osäker. Det kan därför inte uteslutas att fysiska besök har ersatts med distanskontakter, eller att registreringen av besök har förändrats.

I tandvården har åldersgränserna för fri tandvård sänkts från det år patienten fyller 23 år, till 19 år. Det innebär färre patienter inom allmäntandvården till barn och unga och lägre kostnader för regionernas folktandvård.

Olika politiska prioriteringar har fått genomslag i statistiken för 2025. Ett exempel på detta är Region Stockholms avbolagisering av verksamheter, framför allt inom specialiserad somatisk vård, som tidigare drivits i regionägda bolag. Det påverkar den ekonomiska statistiken genom att en mindre del av kostnaderna härrör från köpt verksamhet och istället finns redovisade som egna kostnader (exempelvis för löner och andra personalkostnader). Eftersom Region Stockholm står för en stor del av rikets kostnader behöver detta tas i beaktande när den ekonomiska statistiken på nationell nivå analyseras.

I många regioner har verksamhetsåret 2025 präglats av skiftet till nya vårdinformationssystem (journalsystem). En del regioner har redan bytt system, medan andra planerar att göra det under kommande år. Nio regioner ingår i ett gemensamt samarbete och samtliga har genomfört ett skifte under slutet av 2024 eller under 2025. Det nya journalsystemet är Cambio Cosmic, som är det system som de flesta regioner använder eller planerar att använda. Att byta vårdinformationssystem möjliggör många förbättringar men är samtidigt ett omfattande och komplext arbete.

För många regioner har bytet av journalsystem varit besvärligt: i exempelvis Halland och Gävleborg beskrivs det i årsredovisningarna hur övergången till

Cosmic har inneburit produktionsbortfall. I Västra Götaland avslutades övergången till Millenium och istället planeras en övergång till en modulbaserad lösning. Men byten av vårdinformationssystem har inte bara varit en utmaning för verksamheterna, utan påverkar även statistiken. Det gäller främst produktionsstatistik som i flera fall blivit försenad och som ibland inte är jämförbar med statistiken för tidigare år. I verksamhetsstatistiken saknas regionerna Gävleborg och Västernorrland helt, och för Region Västerbotten saknas besöksstatistiken.

Utöver investeringar i journalsystem görs även andra stora investeringar i regionerna: många regioner rustar upp, utvecklar och bygger nya sjukhus och mottagningar. Exempelvis görs investeringar i ett nytt akutsjukhus i Västerås, och för Norrlands universitetssjukhus pågår flera byggprojekt. I Region Stockholm gjordes fortsatt stora investeringar i kollektivtrafik med en utbyggnad av tunnelbanan, och i bl.a. Dalarna har arbetet fortsatt med att elektrifiera busstrafiken med utbyggnad av laddinfrastruktur vid bussdepåerna.

Det förändrade säkerhetsläget och klimatförändringarna gör sig påminda i årsredovisningarna där flera regioner beskriver ett ökat fokus och insatser inom området civilt försvar och beredskap. En del av detta är EU-kommissionens beslut om att begränsa kinesiska företags deltagande i europeiska upphandlingar inom medicinteknik. Detta medför vissa begränsningar vid inköp av sådan utrustning.

Här har endast lyfts några exempel på sådant som hänt i regionsektorn under 2025. Mer utförlig information om regionernas verksamhetsår finns i regionernas årsredovisningar. Webblänkar till dessa finns i Bilaga 2.

Rapportens innehåll och målgrupp

I denna rapport ges en utförlig redovisning av regionernas verksamheter, vad som produceras och vad det kostar. All verksamhet som finansieras av regionerna ingår, oavsett driftsform. Rapporten är avgränsad till att enbart beskriva regionernas produktion och ekonomi och innehåller inte analyser eller beskrivningar av verksamheternas kvalitet och resultat.[1]

Trots att denna rapport är utförlig så finns inte utrymme att ge en heltäckande beskrivning av den breda verksamhet som regionerna bedriver. Vid sortering och prioritering av rapportens innehåll har verksamheternas andel av regionernas kostnader varit vägledande.[2]

Rapporten riktar sig till en bredare krets än de som normalt läser regionernas årsredovisningar och analyserar regional statistik. En ambition är att begripliggöra statistiken genom att förklara begrepp och beskriva verksamheterna på ett enkelt sätt. Rapporten ger en nationell bild men synliggör också regionala variationer.

[1] För rapporter med en mer reflekterande ansats, se t.ex. SKR, 2025. *Hälso- och sjukvårdsrapporten. Om läget och utvecklingen i den regionala hälso- och sjukvården*, och SKR, 2026. *Ekonomirapporten maj 2026. Om kommunernas och regionernas ekonomi*.

[2] Indelningen i verksamheter följer den gemensamma verksamhetsindelningen VI2000. Stora delar av verksamhetsbeskrivningarna baseras också på VI2000. Se SKR, 2025. *VI 2000. Verksamhetsindelning för regioner, räkenskapsåret 2025*.

Rapporten är en vidareutveckling av *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling*[3], som de senaste åren har publicerats i Powerpoint- och Excelformat.

Statistiken som presenteras i denna rapport baseras till stor del på den ekonomistatistik som regionerna årligen redovisar till Statistiska centralbyrån (främst regionernas räkenskapssammandrag[4]) och den verksamhetsstatistik som samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Dessa uppgifter har kompletterats med data från andra källor, främst Socialstyrelsens patientregister[5] (PAR) och SKR:s nationella databas för kostnad per patient (KPP)[6]. Verksamhetsstatistiken visar vad som produceras i regionerna, vilket i en enskild region inte är samma som det som konsumeras av invånarna i regionen. Det är därför viktigt att skilja på ett produktions- respektive ett konsumtionsperspektiv.

Rapporten inleds med en kort beskrivning av övergripande frågor, som regionernas uppdrag och skilda förutsättningar, samt ekonomisk statistik för regionerna som helhet. Därefter beskrivs regionernas verksamhet.

I statistiken delas regionernas verksamheter in i två huvudområden: regional utveckling och hälso- och sjukvård. Den första är en avsevärt mindre omfattande verksamhet i regionerna än den senare, och ges mindre utrymme i rapporten. Tillgången till verksamhetsstatistik är också sämre för området regional utveckling.

För hälso- och sjukvården beskrivs först det svenska sjukvårdssystemet, driftsformer, vårdformer och olika typer av specialisering. Här förklaras en del av den statistiska beskrivningen av hälso- och sjukvården samt vissa centrala begrepp. Huvudsakligen är det verksamhetsindelningen och produktionsmåtten som förklaras. Därefter beskrivs hälso- och sjukvården efter område och delområde: primärvård, specialiserad vård, tandvård och övrig vård.

Det mesta av statistiken som presenteras i rapporten finns också publicerad som visualiseringar och tabeller på skr.se.

[3] Se Ekonomi- och verksamhetsstatistik sjukvård - SKR och rapporten för verksamhetsåret 2010.
[4] Se SCB:s webbplats.
[5] Se Socialstyrelsens webbplats.
[6] Se SKR:s webbplats.

KAPITEL 1

1 VERKSAMHET OCH EKONOMI

Den regionala verksamheten består till största delen av hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. Men regionerna har också många andra uppgifter. Ett sådant är det regionala utvecklingsansvaret, som successivt har överflyttats från Länsstyrelsen och sedan 2019 ligger hos alla regioner. Regioner får också själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som inte någon annan aktör ansvarar för. Verksamheten kan alltså skilja sig åt mellan regionerna.

Verksamheten finansieras av regioninvånarna genom den regionala skatten och genom avgifter, samt med bidrag från staten, bland annat via det kommunala utjämningssystemet. Regioner får också EU-finansiering genom de europeiska struktur- och investeringsfonderna.

För att statistiken om regionernas verksamhet ska bli jämförbar används Verksamhetsindelning VI2000. Detta är en indelning som togs fram vid millennie–skiftet och används vid flera statistikinsamlingar. Främst används den för insamling av regionernas räkenskapssammandrag som samlas in av SCB och i verksamhetsstatistiken som samlas in av SKR. Tillsammans ger insamlingarna en bild av kostnader och produktion i regioner som ligger till grund för mycket av den statistik som redovisas här.

Utöver dessa statistikinsamlingar finns det ett antal särskilda insamlingar för hälso- och sjukvården. Här används främst Patientregistret (PAR), som hanteras av Socialstyrelsen, och den nationella databasen Kostnad per patient (KPP), som hanteras av SKR.

1.1 Självstyret och skilda utmaningar

Den regionala verksamheten bedrivs av 21 självstyrande regioner.[7] Regionerna har beskattningsrätt och kan bedriva verksamheterna som de själva vill inom ramen för lagar och förordningar. Det betyder att regionerna beslutar om skattesatser, investeringar och andra strategiska mål för verksamheterna.

Beslutanderätten i regioner utövas av valda församlingar (fullmäktige) som utses i allmänna val. Hur den politiska styrningen går till kan skilja sig mellan regioner, men den totala kostnaden för den politiska verksamheten, inklusive administration och bidrag, är 0,4 procent av nettokostnaderna för hälso- och sjukvård och 1 procent för regional utveckling (se diagram 3 och 4).

En decentraliserad styrning har fördelar, men också utmaningar. Till fördelarna hör lokal demokratisk förankring, spridning av makt och en möjlighet att anpassa verksamheterna efter lokala förutsättningar. Decentralisering ger också möjlighet att driva

[7] Gotland är formellt en kommun som också hanterar regionala frågor.

verksamheter på olika sätt och lära av varandra. Satsningar kan göras i mindre skala och spridas till andra regioner om de är framgångsrika.

Till utmaningarna hör samordning mellan regionerna och att tillgången till vård skiljer sig åt till följd av de olika prioriteringar som görs inom ramen för självstyret. Men skillnader beror också på faktorer som inte är relaterade till självstyret. Regionerna har begränsat inflytande över skatteunderlag, åldersstruktur, geografiska avstånd och regionala lönelägen. För att kompensera för detta finns skatteutjämningssystemet, som omfördelar skattemedel mellan kommuner och regioner och jämnar ut skillnader i skatteintäkter och kostnader.

Tabell 1 Regionernas folkmängd med mera, 2025

Regioner (norr till söder)	Folkmängd	Demografisk försörjnings-kvot	Andel 70 år och äldre	Folkmängd per 1000 kv/km	Andel i landsbygd*
Norrbotten	248 923	83	19%	2 560	23%
Västerbotten	279 006	77	17%	5 104	23%
Jämtland H	132 781	86	19%	2 713	37%
Västernorrland	240 620	88	19%	11 166	24%
Gävleborg	283 461	88	20%	15 645	21%
Dalarna	286 035	92	20%	10 205	24%
Uppsala	410 580	71	15%	50 132	20%
Värmland	283 001	86	19%	16 154	26%
Västmanland	280 750	82	17%	54 855	14%
Stockholm	2 486 249	67	13%	381 093	4%
Örebro	308 349	81	17%	36 259	18%
Sörmland	300 442	89	18%	49 455	20%
Östergötland	472 520	78	16%	44 750	18%
Jönköping	369 744	83	17%	35 426	21%
V Götaland	1 777 829	75	15%	74 699	16%
Gotland	60 883	93	21%	19 420	42%
Kronoberg	203 077	83	17%	24 107	25%
Kalmar	245 494	92	20%	21 988	26%
Halland	346 066	88	18%	63 767	18%
Blekinge	156 594	87	19%	53 427	22%
Skåne	1 433 077	76	15%	130 660	11%
Riket	**10 605 481**	**77**	**16%**	**26 038**	**15%**

Källa: SCB

*Andel av befolkningen i demografiska statistikområden (Deso), som är klassade som huvudsakligen landsbygd. Demografiska försörjningskvoten anger antalet i åldrarna 0-19 eller 65 år och äldre per hundra personer i yrkesverksam ålder 20-64 år.

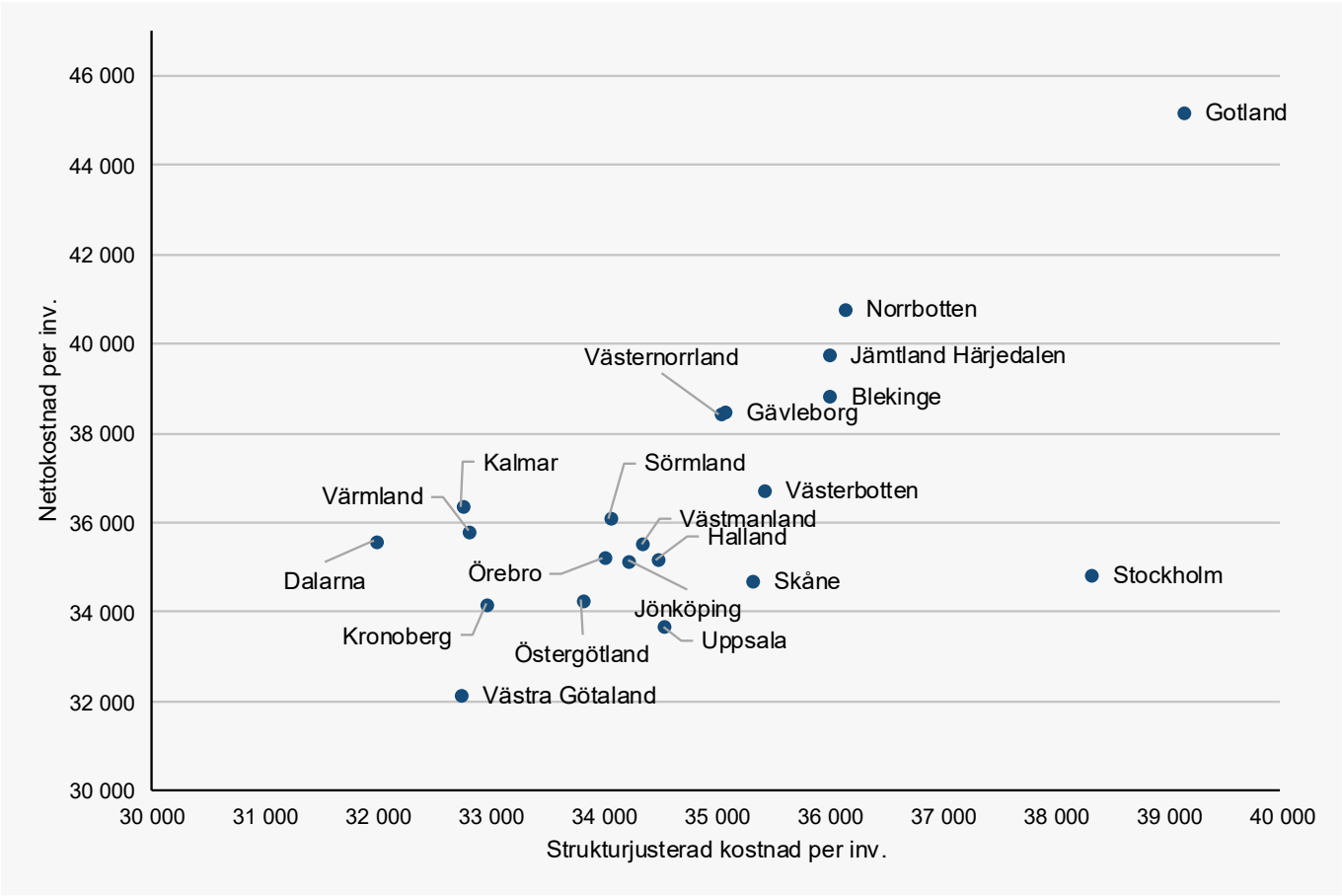
De varierande förutsättningarna mellan regionerna utgör också en utmaning vid jämförelser. En stor befolkning kan till exempel ge skalfördelar, medan det motsatta gäller för regioner med liten befolkning. En region med stora geografiska avstånd medför särskilda utmaningar, inte minst för hälso- och sjukvården. Tabell 1 redovisar ett urval av strukturella skillnader mellan regioner.

I Jämtland finns till exempel relativt många vårdcentraler per invånare jämfört med andra regioner, för att säkerställa att alla invånare har ett rimligt avstånd till primärvården. I vissa regioner med glesbygd finns särskilda sjukstugor där patienter kan övernatta. Glesbefolkade regioner har ofta även en utmaning med en åldrande befolkning och ökande vårdbehov.

Folkmängden i Region Stockholm är nästan 20 gånger större än i Region Jämtland Härjedalen (och 40 gånger den på Gotland). Befolkningstätheten är som lägst knappt 2,6 och som mest drygt 381 invånare per kvadratkilometer. Och andelen av befolkningen som bor i områden som huvudsakligen är landsbygd är som störst 42 procent och som lägst 4 procent. Den demografiska försörjningskvoten, alltså antalet av befolkningen i icke arbetsför ålder som ska försörjas av de i arbetsför ålder, skiljer sig också mycket mellan regionerna. Som mest ska varje person i arbetsför ålder försörja 0,93 personer i icke arbetsför ålder och som lägst är antalet 0,67. För sjukvården är det framför allt andelen äldre som speglar behovet av vård och andelen över 70 år varierar mellan regionerna från 13 till 21 procent, se tabell 1.

Regionernas skilda förutsättningar försvårar jämförelser. Ett sätt är att använda måttet strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, som tar hänsyn till de strukturella skillnader som ingår i beräkningarna av utjämningssystemet. Där används exempelvis regionala skillnader i lönenivå, åldersstruktur, inkomst- och utbildningsnivå för att beräkna skillnader i vårdbehov och kostnad. I diagram 1 ställs den faktiska nettokostnaden per invånare för hälso- och sjukvården mot den strukturjusterade kostnaden.

Diagram 1 Hälso- och sjukvårdskostnad för regioner 2025, strukturjusterade jämfört med faktiska nettokostnader



Källa Statistiska centralbyrån, Räkenskapssammandrag för regioner samt Vården i siffror. Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som regionen inte kan påverka, som befolkningens ålderssammansättning, sjukdomsförekomst med mera Beräkningen görs utifrån standardkostnader i utjämningssystemet. Tandvård och primärvårdsansluten hemsjukvård ingår inte.

Regioner som ligger över strecket i diagrammet har en lägre kostnad när hänsyn tas till strukturella faktorer. Omvänt har regioner under strecket en högre kostnad. Jämförelser mellan regioner bör göras försiktigt och med hänsyn till regionala skillnader i förutsättningar som regionerna inte kan påverka.

1.2 Sjukvård och regional utveckling

Regional verksamhet delas i VI2000 in i två huvudområden, där hälso- och sjukvård utgör det största och står för omkring 90 procent av nettokostnaderna. Det andra huvudområdet är regional utveckling.

Som framgår av diagram 2 finns det, förutom regionala skillnader i nettokostnad per invånare, också skillnader i hur stor andel av den totala nettokostnaden som går till hälso- och sjukvård. Det påverkas av hur mycket vården kostar i regionen och av skillnader i verksamheterna inom regional utveckling och hur de finansieras.

Området regional utveckling i VI2000 består av flera delområden. I regionerna kan dessa områden ha en annan organisatorisk indelning och behöver inte vara sorterade under Regional utveckling.

Här finns både uppgifter som är obligatoriska och sådana som är frivilliga. Uppgifterna inom området regional utveckling kan därför skilja sig åt mellan regioner. Till området hör bland annat det regionala utvecklingsansvaret, kollektivtrafik, kulturfrågor och viss utbildning. Regionernas arbete gällande regional utveckling sker ofta i nära samverkan med andra aktörer i regionen, såsom kommuner, näringsliv,

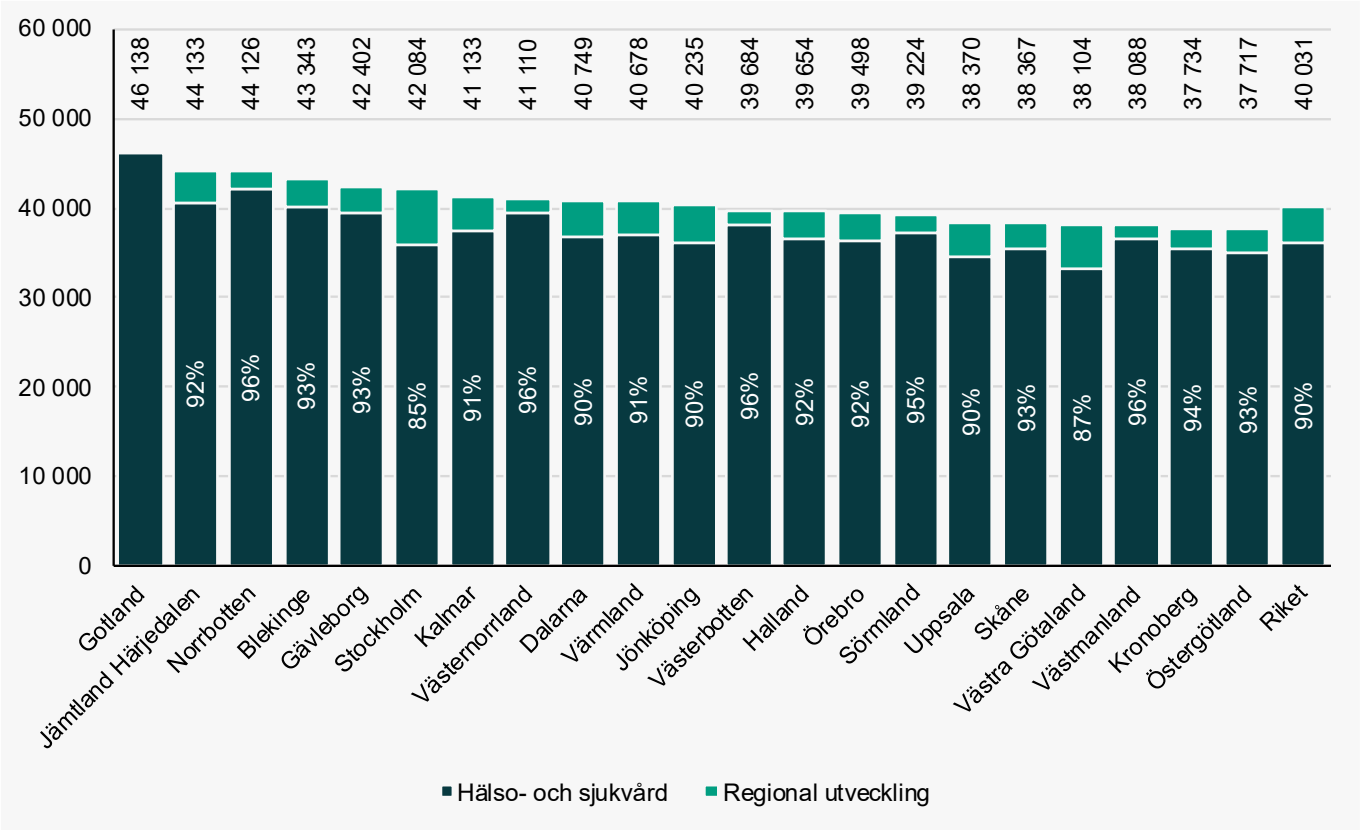
universitet och myndigheter. Oftast finansieras detta arbete gemensamt.

Kostnaderna för regional utveckling totalt för alla regioner utgörs till cirka 80 procent av kostnader för trafik och infrastruktur, och cirka 1 procent av kulturverksamhet. Resterande kostnader fördelas mellan utbildningsverksamhet och allmän regional utveckling (diagram 3).

Hälso- och sjukvårdens kostnader påverkas av hur vårdbehoven ser ut, främst till följd av åldersstruktur, men också andra faktorer. Regionala skillnader förklaras också av regionala skillnader i produktivitet och prioriteringar.

Inom huvudområdet hälso- och sjukvård utgör specialiserad somatisk vård den största delen, motsvarande nästan 60 procent av nettokostnaderna.[8] Nästan en tredjedel av regionernas totala kostnader avser sluten vård, det vill säga vård för patienter som är inskrivna på sjukhus. Drygt 20 procent av nettokostnaderna för hälso- och sjukvård avser primärvård och knappt 9 procent specialiserad psykiatrisk vård (diagram 4).

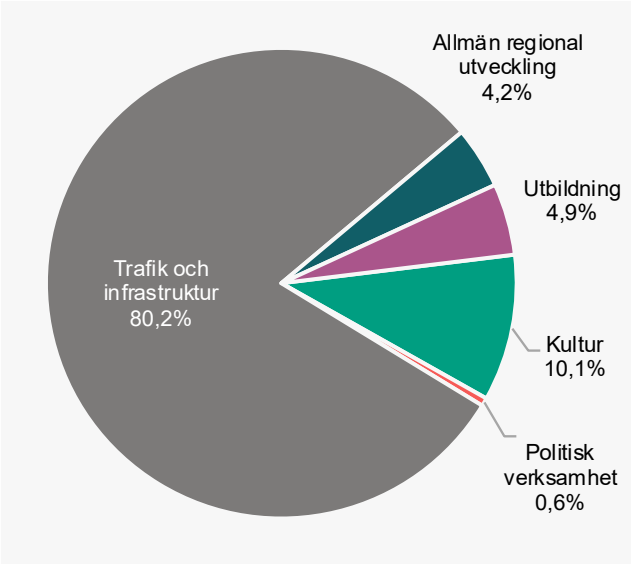
Diagram 2 Regionernas nettokostnader per invånare för hälso- och sjukvård och regional utveckling, 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Region Gotland är en kommun och rapporterar därför inte kostnader för regional utveckling till räkenskapssammandraget för regioner.

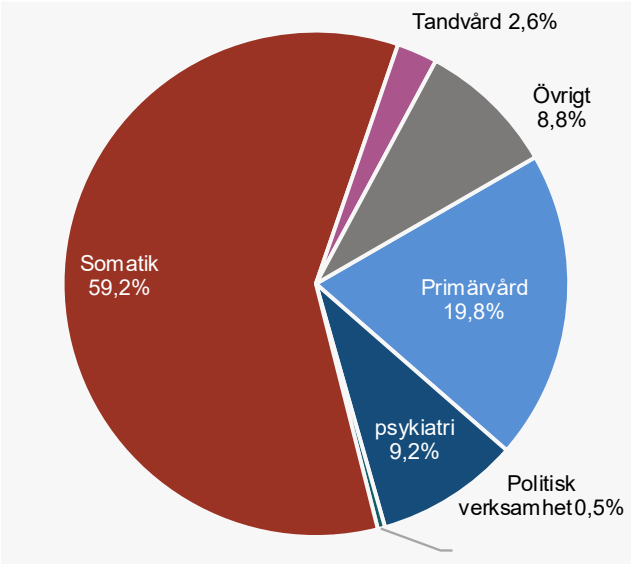
[8] Med somatisk vård avses medicinsk och kirurgisk verksamhet specialiserad på kroppsvård

Diagram 3 Nettokostnader inom regional utveckling 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Diagram 4 Nettokostnad inom hälso- och sjukvård 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Nettokostnad inklusive kostnader för läkemedel.

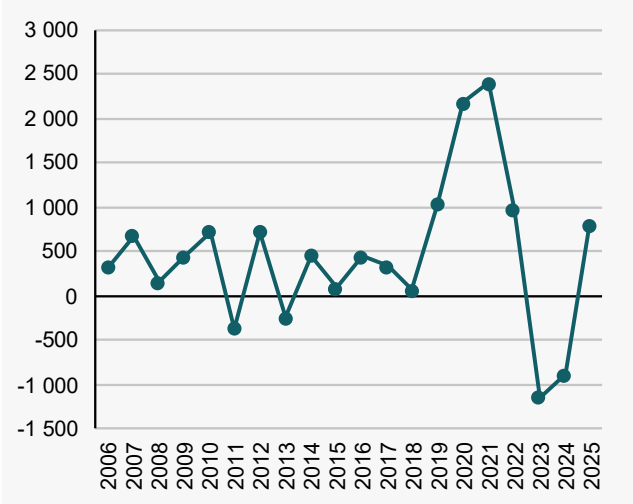
1.3 Regionernas ekonomi

Det mest använda måttet vid kostnadsjämförelser mellan regioner och verksamheter är nettokostnaden. Nettokostnaden är verksamhetens kostnader inklusive avskrivningar och nedskrivningar, minus verksamhetens intäkter. I verksamhetens intäkter ingår intäkter för försäljning av verksamhet till andra regioner. Nettokostnaden speglar därför ett konsumtionsperspektiv, det vill säga den verksamhet som konsumeras av de egna regioninvånarna.

Den totala nettokostnaden för regionernas verksamheter var 431 343 miljoner kronor 2025, motsvarande 40 672 kronor per invånare. Nettokostnaden för hälso- och sjukvård var totalt 381 632 miljoner kronor och för regional utveckling 42 911 miljoner kronor (till detta kommer vissa pensionskostnader och ränteinkomster som inte fördelas per verksamhet).

Nettokostnaden är den kostnad som ska finansieras med regionens egna skatteintäkter samt generella statsbidrag och utjämningen. Mellanskillnaden utgör verksamhetens resultat som tillsammans med finansnettot ger regionernas resultat. Regionernas samlade resultat för 2025 motsvarade plus 785 kronor per invånare i Sverige.

Diagram 5 Regionernas samlade resultat 2006–2025, kronor per invånare, fasta priser (LPIK* inkl. läkemedel)

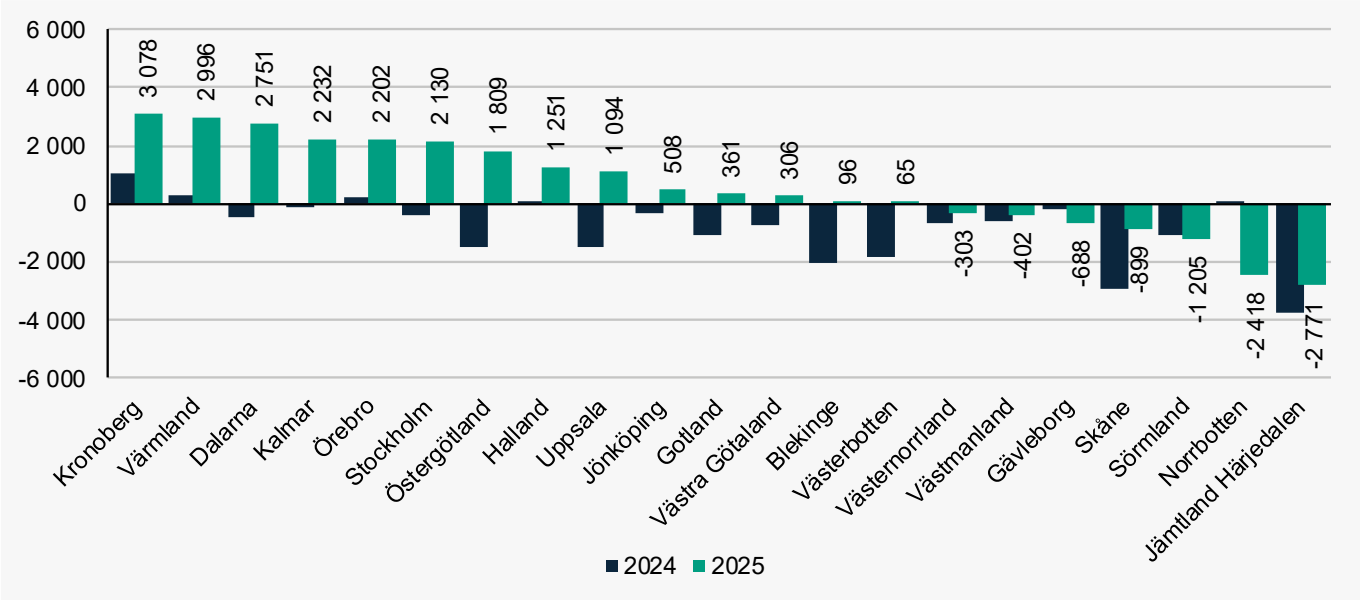


Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. *LPIK= landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner

Resultaten skiljer sig åt mellan regionerna. För de flesta regioner är resultaten bättre 2025 än 2024 vilket framgår av diagram 6.

De senaste 20 åren har regionerna som helhet haft positiva resultat. Det är särskilt tydligt för pandemiåren då regionerna fick omfattande riktade statsbidrag (diagram 9) som bidrog till goda resultat (diagram 5). År 2023 återgick statsbidragen till nivån före pandemin och resultaten blev negativa ett par år.

Diagram 6 Regionernas resultat per invånare 2024 och 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Inga extraordinära kostnader eller inkomster rapporterades till SCB för 2023 och 2024

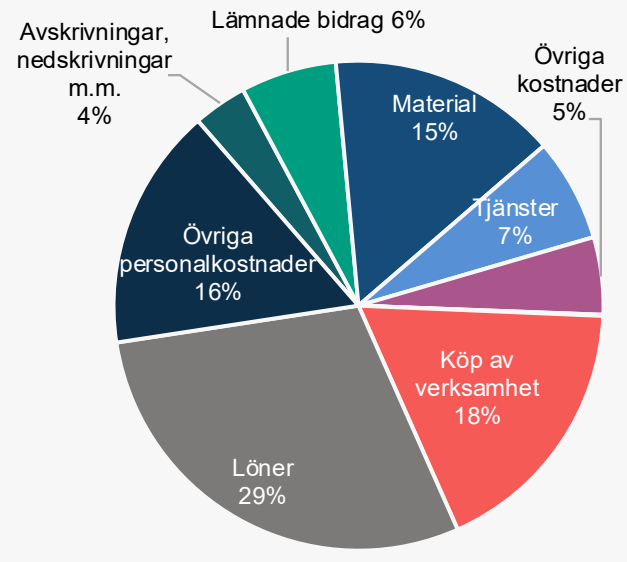
Regionernas verksamhet är i huvudsak skattefinansierad. I genomsnitt står egna skatteintäkter för 64 procent av regionernas intäkter medan generella statsbidrag och det kommunala utjämningssystemet (där endast Region Stockholm är nettogivare) för 17 procent. Verksamhetens intäkter står för 17 procent och finansiella intäkter för 2 procent. Riktade statsbidrag räknas som en del av verksamhetens intäkter och utgör drygt 4 procent av de totala intäkterna.

Regionernas kostnader utgörs till största delen av löner och andra personalkostnader, följt av kostnader för köpt verksamhet (diagram 7). Här ingår framför allt köp från privata utförare och från andra regioner.

Vissa regioner, särskilt de med regionsjukhus, säljer en hel del verksamhet och har därför betydande intäkter från detta. Även Sörmland har betydande intäkter från försäljning av verksamhet, men där är det i stället primärvård som säljs eftersom flera av nätläkarföretagen har etablerat sig i regionen.

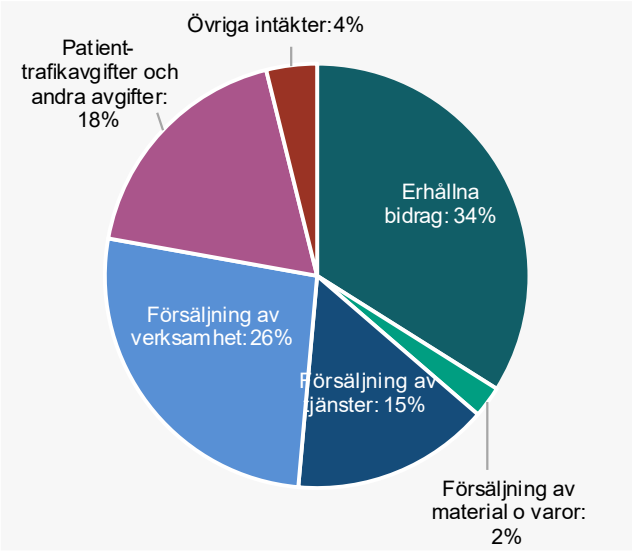
Patientavgifter och andra avgifter utgör 18 procent av regionverksamhetens intäkter. Siffran är dock osäker eftersom avgifterna till privat driven verksamhet hanteras olika i regionerna.

Diagram 7 Verksamhetens kostnader 2025



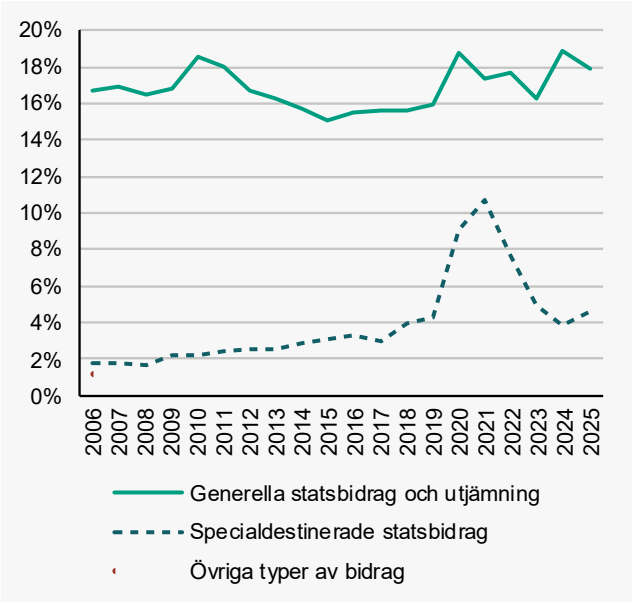
Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. I verksamhetens kostnader ingår endast kostnader relaterade till regionernas verksamheter. Finansiella kostnader, extraordinära kostnader och avgifter till utjämningen ingår inte.

Diagram 8 Verksamhetens intäkter 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. I verksamhetens intäkter ingår endast intäkter direkt till verksamheterna. Finansiella intäkter, extraordinära intäkter, och intäkter från skatter, generella bidrag samt intäkter från utjämningssystemet ingår inte.

Diagram 9 Intäkter från bidrag och skatteutjämningen som andel av verksamheternas kostnader



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

1.3.1 Pensionskostnader

Pensioner utgör nästan 7 procent av en regions kostnader. Dessa kostnader avser utbetalning av pensioner, samt bland annat förändring av pensionsavsättning, ålderspension med mera

Regionerna har tillsammans en pensionsskuld på 362 miljarder kronor, motsvarande 82 procent av 2025 års intäkter från skatter och generella statsbidrag (inklusive utjämning). Det kan också uttryckas som en skuld per invånare på 32 tusen kronor (diagram 11). Pensionsskulden delas in i två delar: den som är intjänad före 1998 och den som är intjänad från och med 1998.

Pensioner som intjänades före 1998 var förmånsbestämda och hanterades genom att de betalades ut löpande, det vill säga att kostnaden uppstod vid utbetalning. Pensioner intjänade före 1998 kommer alltså fortsätta betalas ut så länge de som arbetade då fortfarande lever (den så kallade ansvarsförbindelsen).

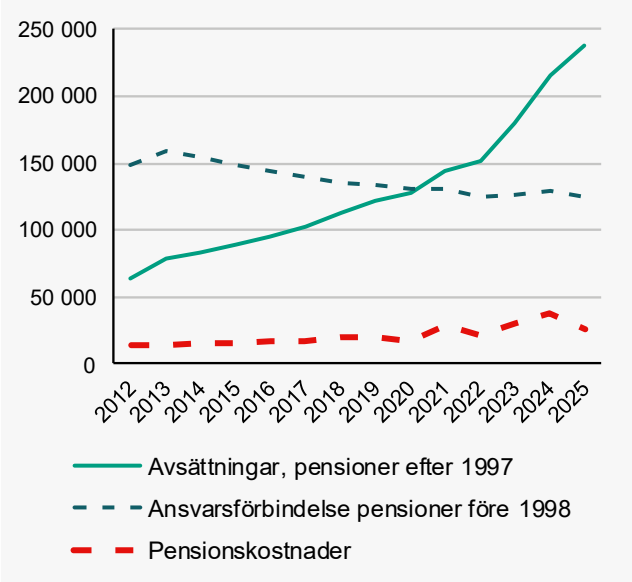
Från och med 1998 är tjänstepensionen i regionerna till största delen avgiftsbestämd, vilket betyder att pensionen betalas ut direkt till den anställdes pensionsförvaltare (diagram 10). På så vis byggs ingen skuld upp för dessa pensionskostnader. För anställda med löner över taket i det allmänna pensionssystemet finns det däremot även en förmånsbestämd pension. I regionerna finns många yrkesgrupper som har löner över taket, vilket gör att pensionsskulden fortsätter att byggas upp även efter 1997. I flera regioner avsätts medel i en pensionsportfölj inom regionens finansförvaltning för dessa pensioner.

Eftersom lönenivån påverkar pensionsskulden efter 1997 är skulden störst i mindre regioner med universitetssjukhus, där lönenivåerna är högre och fler därför får förmånsbestämd pension.

Pensionsskulden påverkas också av uppräkning till följd av inflation och av pensionärernas livslängd.[9]

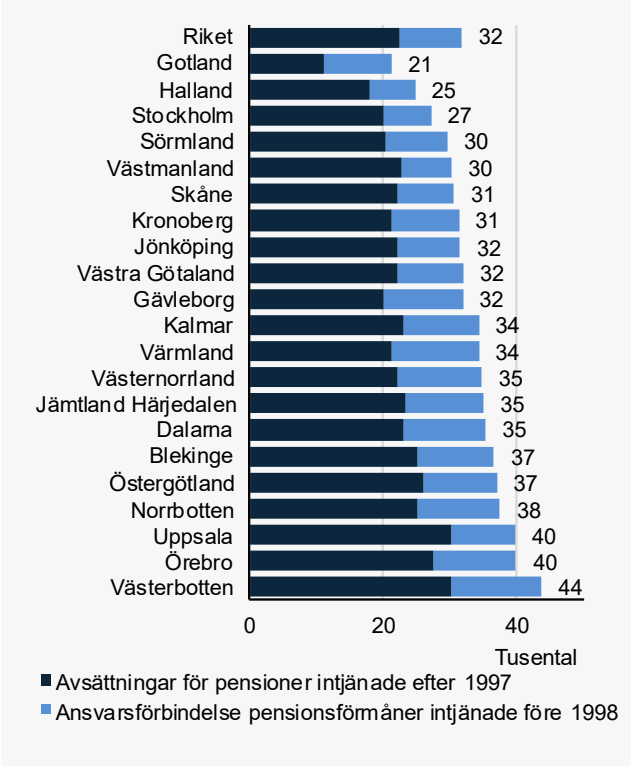
[9] Se t.ex.: Kommuners och regioners pensionsskuld 2019 | SKR.

Diagram 10 Regionernas samlade pensionsskuld och pensionsutbetalningar, miljoner kronor, löpande priser



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Diagram 11 Regionernas pensionsskuld 2025, kronor per invånare



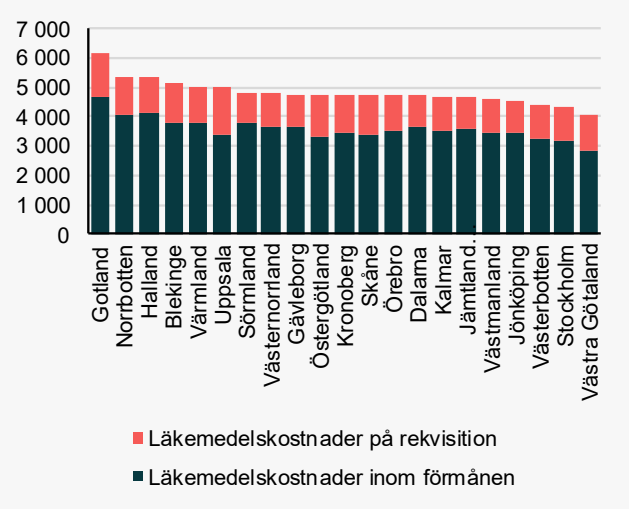
Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

1.3.2 Läkemedel

Kostnaderna för läkemedel utgör nästan 13 procent av regionernas nettokostnad för hälso- och sjukvård. Det motsvarar totalt nästan 49 miljarder kr, eller 4 577 kronor per invånare.

Läkemedel förskrivs antingen på recept eller ordineras direkt i verksamheten på så kallad *rekvisition*. Rekvisitionsläkemedel utgör en mindre del och speglar regionernas produktionskostnader, eftersom rekvisitionsläkemedel vid köpt vård redovisas i den producerande regionen. Förmånsläkemedel däremot speglar den egna befolkningens konsumtion och påverkas därmed också tydligare av befolkningens åldersstruktur och annat som påverkar sjukligheten. Diagram 12 visar regionernas kostnader för läkemedel per invånare.

Diagram 12 Läkemedelskostnader per invånare i regionerna 2025



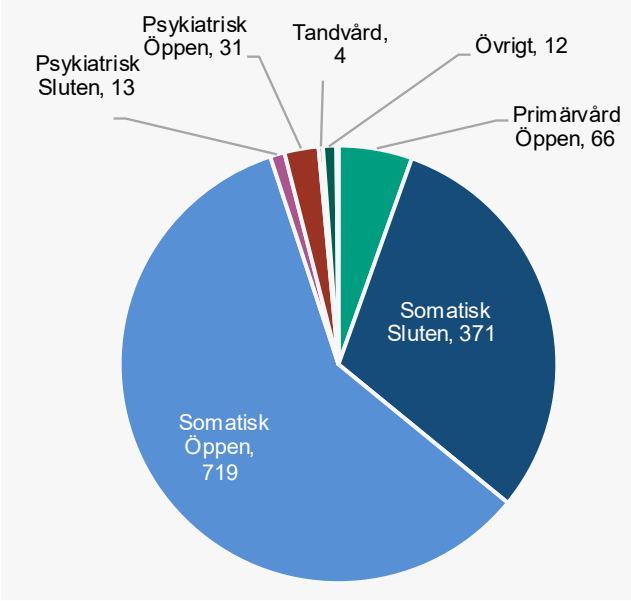
Läkemedelsförmånen regleras i lag om läkemedelsförmåner med mera (2002:160) och begränsar patientens kostnader vid köp av läkemedel som skrivs ut på recept.

En särskild nämnd inom Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) beslutar om vilka läkemedel som ska ingå i förmånen, och till vilket pris. Patienten betalar en del av kostnaden när apoteket expedierar läkemedlet. Resten av kostnaden belastar regionen där patienten är bosatt. Ett läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen ger rätt till högkostnadsskydd för patienten.

Regionens kostnader för läkemedelsförmånen täcks av ett statsbidrag som ges genom en årlig överenskommelse mellan SKR och staten. Statsbidraget baseras på Socialstyrelsens prognoser för läkemedelsförsäljning.

Rekvisitionsläkemedel utgörs till största delen av läkemedel som ges i den specialiserade somatiska vården (diagram 13). En stor del av rekvisitionsläkemedlen är preparat som har höga kostnader och som används för att behandla allvarliga hälsotillstånd.

Diagram 13 Kostnad för rekvisitionsläkemedel per verksamhet, miljoner kronor, 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

2 REGIONAL UTVECKLING

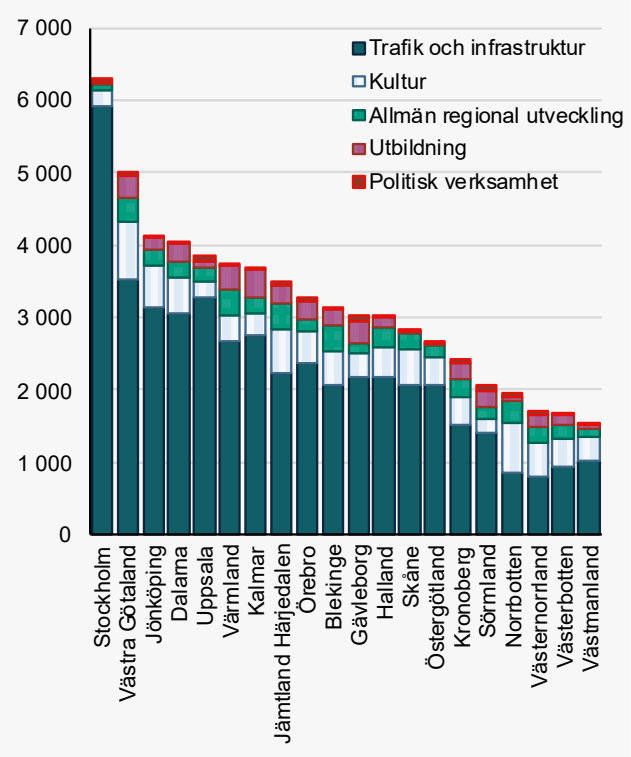
Samtliga verksamheter som inte är hälso- och sjukvård ingår i huvudgruppen regional utveckling som i sin tur består av flera olika delverksamheter.

Alla regioner har ett regionalt utvecklingsansvar reglerat i lag.[10] Ansvaret innebär kortfattat krav på att ta fram en regional utvecklingsstrategi och samordna insatser för att genomföra den, att arbeta med regional kompetensförsörjning, att besluta om hur medel för regionalt tillväxtarbete ska användas och följas upp, utvärdera och redovisa resultaten till regeringen, att utföra uppgifter inom ramen för EU:s strukturfondsprogram samt att upprätta och fastställa länsplaner för regional transportinfrastruktur.

Regionerna ansvarar också för kollektivtrafik och regional kulturverksamhet. Regionerna har dessutom, i egenskap av direktvalt självstyrande organ, möjlighet att ta egna initiativ kring frågor som känns angelägna ur ett regionalt perspektiv såsom folkhälsa, jämställdhet och integration, besöksnäring, viss utbildning samt andra insatser för att främja tillväxt och utveckling.

Verksamheterna inom huvudområdet regional utveckling utgör ungefär 10 procent av regionens kostnader. Region Stockholm har den största nettokostnaden per invånare, och Region Västmanland har den lägsta (diagram 14).

Diagram 14 Nettokostnad per invånare för regional utveckling 2025

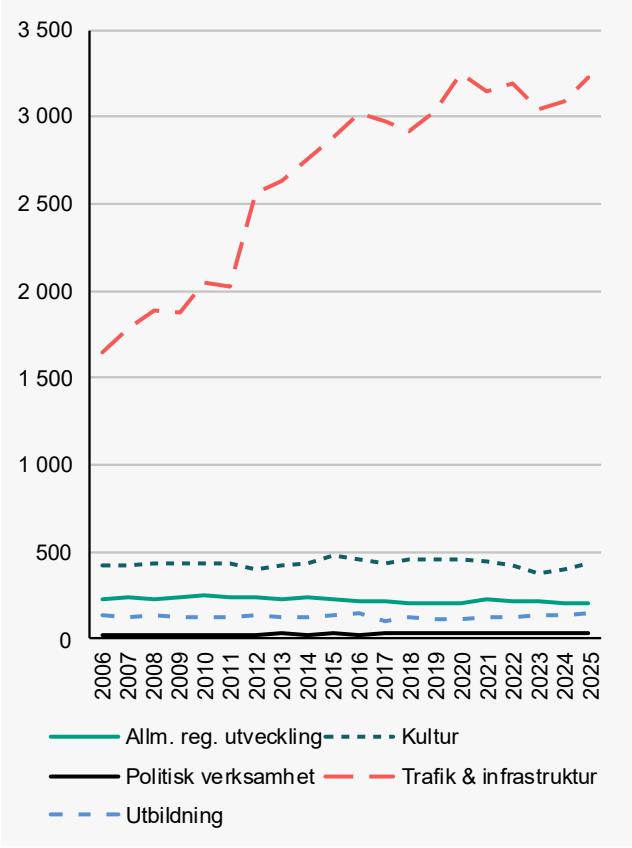


Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Kollektivtrafik står för den största kostnadsdelen. Kostnaderna för trafik och infrastruktur har ökat i alla regioner sedan 2006. Andra verksamheter har förändrats i mindre utsträckning (diagram 15).

[10] Lagen (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar.

Diagram 15 Nettokostnad per invånare för regional utveckling, fasta priser*



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner.
*Fastprisberäkningen är gjord med landstingsprisindex, LPIK

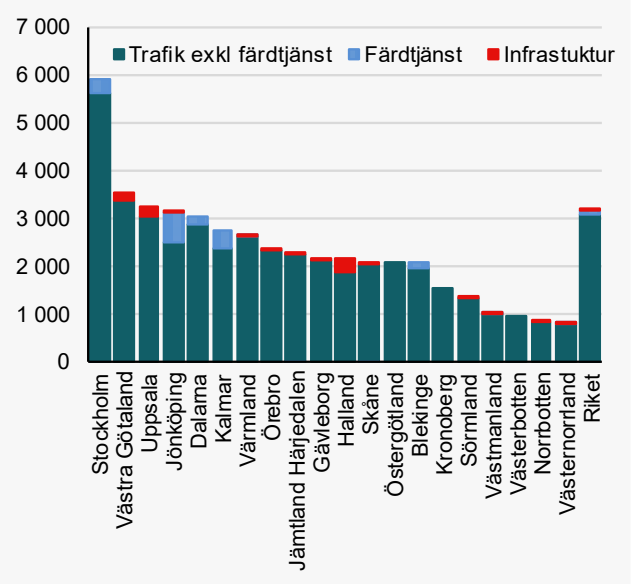
2.1 Trafik och infrastruktur

Delområdet omfattar regionernas kostnader för infrastruktur och trafik; vilket huvudsakligen utgörs av kollektivtrafik. Diagram 16 visar nettokostnaderna för dessa verksamheter per region.

Kollektivtrafiken är en gemensam, obligatorisk uppgift för kommuner och regioner[11]. Regionen och kommunerna ansvarar alltså för den regionala kollektivtrafiken tillsammans men får komma överens om att antingen regionen eller kommunerna ska bära ansvaret. I två län, Norrbotten och Västernorrlands län, bedrivs kollektivtrafiken i kommunalförbund, i övriga län är regionen regional kollektivtrafikmyndighet.

En regional kollektivtrafikmyndighet får överlämna befogenheten att ingå avtal om allmän trafik till ett aktiebolag. Regionernas kostnader för kollektivtrafik består därför främst av köp från privata motparter, alternativt köp eller bidrag till regionägda bolag.

Diagram 16 Nettokostnad per invånare för trafik och infrastruktur 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Region Stockholm har störst andel kollektivtrafik i landet. Det avspeglas i nettokostnaden per invånare, som är högst i landet (tabell 16).

Inom området trafik ingår, förutom kollektivtrafik, bland annat färdtjänst och bidrag till andra persontransporter, som flygtrafik och färjetrafik. Regionerna ska också upprätta länsplaner för regional transportinfrastruktur. Det är en regional prioritering av statliga medel som främst berör delar av det statliga vägnätet. I det arbetet finns även möjlighet att avsätta medel till statlig medfinansiering till vissa regionala kollektivtrafikanläggningar.[12]

2.2 Kultur

Inom kulturområdet gör regionerna stora satsningar i den egna regionen. De är bland annat huvudmän eller uppdragsgivare för regionala kulturinstitutioner, de arbetar också med främjande av konstområden liksom med strategisk utveckling av kulturlivet i regionen i samverkan med kommuner och andra aktörer. Regionerna finansierar även offentlig

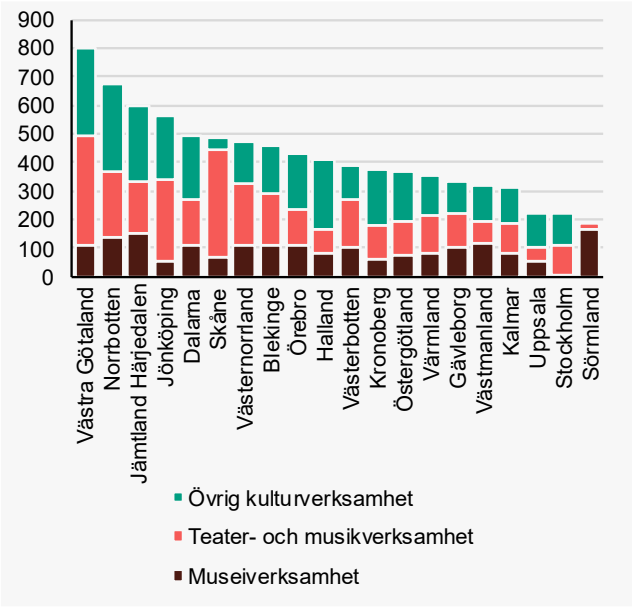
[11] Enligt Lag (2010:1065) om kollektivtrafik

[12] Förordning (2009:237) om statlig medfinansiering till vissa regionala kollektivtrafikanläggningar m.m.

(bild)konst och flera regioner har fonder för filmproduktion. De är även parter i kultursamverkansmodellen och fördelar statliga medel i linje med de regionala kulturplanerna.

Regionerna är också drivande när det gäller att stärka kultur som en faktor inom regional utveckling. Ett antal regioner arbetar även på olika sätt med insatser som rör kopplingen mellan kultur och hälsa.

Diagram 17 Nettokostnad per invånare för regionernas kulturverksamhet, per region–2025[13]



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

En stor del, 71 procent, av verksamhetens kostnader utgörs av utdelade bidrag (främst till ideella föreningar och regionägda bolag) och verksamhetens intäkter består till stor del av erhållna bidrag och interndebiterade intäkter.

Teater- och musikverksamheten är den största delverksamheten inom kulturområdet och inkluderar bland annat länsteatrar samt den verksamhet som bedrivs av länskonsulenter inom teater samt dans och olika kulturstöd. Delområdet utgör nästan hälften av regionernas nettokostnader för kulturverksamhet.

Museiverksamhet består av länsmuseer i egen regi och kostnader för bidrag till projekt med museal anknytning och kulturmiljövård.

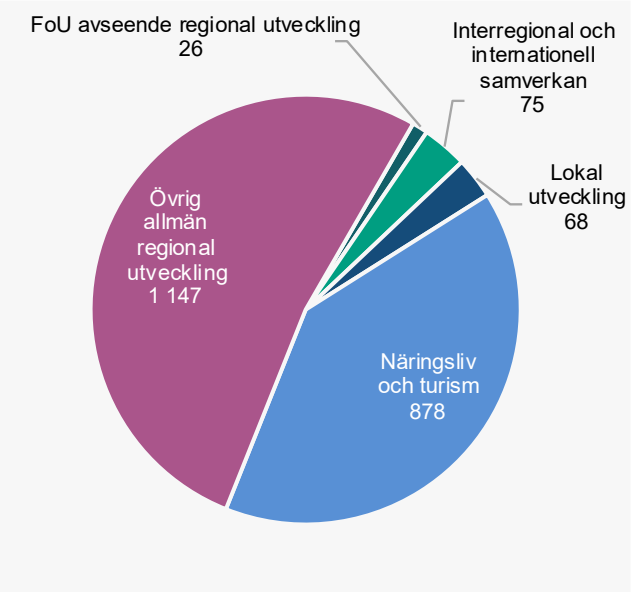
Övrig kulturverksamhet kan bland annat bestå av verksamhet med anknytning till bibliotek och litteratur, exempelvis regional biblioteksverksamhet samt bidrag till bildningsförbund och föreningsliv på länsnivå.

2.3 Allmän regional utveckling

Allmän regional utveckling utgörs av verksamheter som syftar till att främja regionen och delas in i fem delområden. I diagram 18 visas kostnaden per delområde och dess andel av total kostnad för allmän regional utveckling.

Delområde Näringsliv och turism utgör 40 procent av de totala nettokostnaderna inom området och här ingår till exempel kostnader för ALMI, regionala samverkansorgan och turistorganisationer.

Diagram 18 Nettokostnader, miljoner kr, för delområden inom allmän regional utveckling 2025.



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Miljoner kr samt procentandelen inom området, 2024.

Interregional och internationell samverkan står för nästan 4 procent. Här ingår bland annat deltagande i organisationer för interregional och internationell

[13] I Myndigheten för kulturanalys rapport Offentliga utgifter för kultur, folkbildning och medier 2024 återges tidsserier för nettokostnaderna för regionernas kulturverksamhet där uppgifterna från SCB har korrigerats i efterhand.

samverkan. Delområde Lokal utveckling står för 3 procent av nettokostnaderna. Här ingår exempelvis stöd till landsbygdsutveckling och byautvecklingsgrupper.

Övrig allmän regional utveckling står för nästan hälften av de totala nettokostnaderna. Här ingår bland annat regionens externa miljöarbete och kostnader som avser arbetsmarknadsåtgärder, samt beredskapsplanering som inte gäller hälso- och sjukvård.

2.4 Utbildning

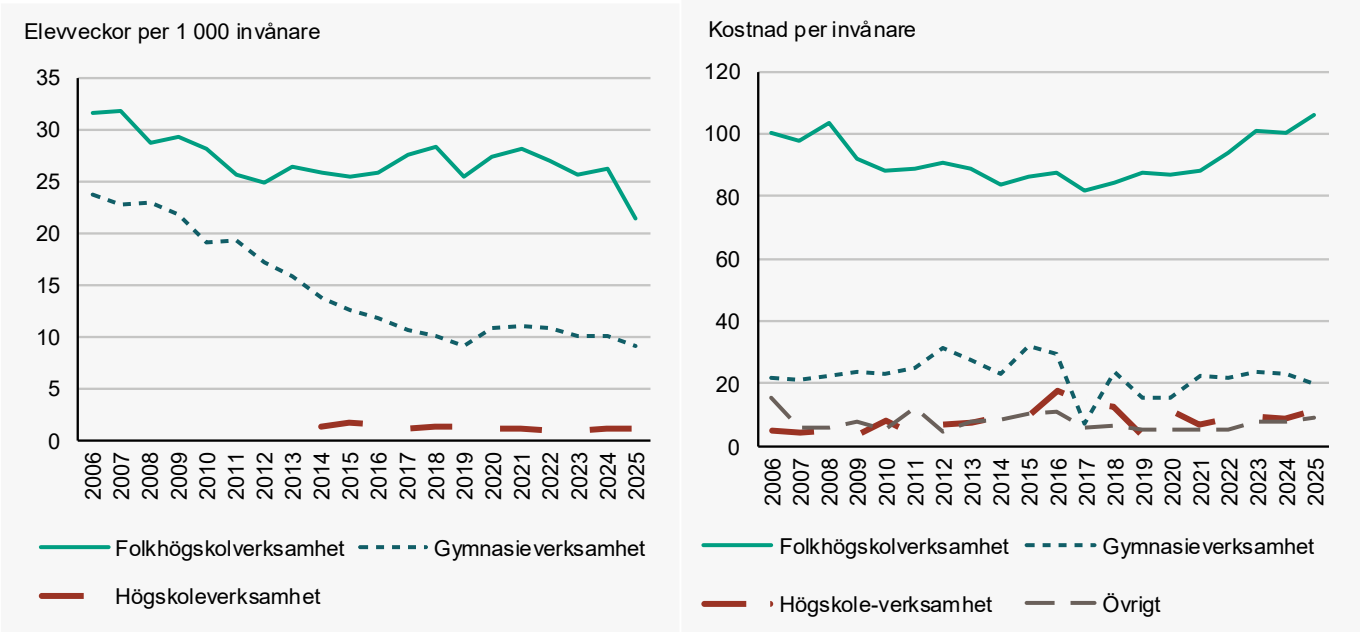
En region får vara huvudman för kommunal vuxenutbildning (till exempel på folkhögskola), gymnasieskola, anpassad gymnasieskola, samt anordna utbildningar på nationella program som avser naturbruk och omvårdnad. Efter överenskommelse med en kommun får regionen anordna utbildning även på andra nationella program.

Inom området utbildning ingår också regionernas kostnader för stöd till projekt med anknytning till utbildningsområdet och bidrag till rörelsedrivna folkhögskolor. Folkhögskoleverksamhet är den största verksamheten, både i antal elevveckor och i nettokostnad (se diagram 19). En majoritet av regionerna är huvudmän för en eller flera folkhögskolor. Enligt en gemensam överenskommelse fördelar alla regioner mobilitetsstöd för invånare i det egna länet som deltar i folkhögskoleverksamhet i andra län.

Den regionala gymnasieverksamheten har minskat över tid och består huvudsakligen av naturbruksutbildningar.

Högskoleverksamheten utgör den minsta verksamheten inom området utbildning och bedrivs endast av ett fåtal regioner

Diagram 19 Elevveckor per 1 000 invånare* och nettokostnad per invånare i fasta priser, 2006–2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner och SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. *Exklusive Region Gävleborg och Västernorrland

KAPITEL 3

2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården ska enligt lagen arbeta för en god hälsa och förebygga ohälsa. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor till de som är bosatta i regionen. För primärvården är även kommunerna huvudmän.

3.1 Det svenska sjukvårdssystemet

Det svenska sjukvårdssystemet utmärks av att det i huvudsak är skattefinansierat och att vården bedrivs decentraliserat genom 21 regionala huvudmän och 290 kommuner. Ett annat utmärkande drag är att primärvården mestadels drivs genom vårdcentraler där flera yrkeskategorier samarbetar i vårdteam. I många andra länder centreras primärvården i stället till en privatpraktiserande allmänläkare.

Sverige har i likhet med övriga nordiska länder relativt få vårdplatser per invånare. Det beror bland annat på att mer och mer avancerad vård har kunnat övergå till öppna vårdformer och att vårdtiderna har kunnat kortas. En annan förklaring är den vård och omsorg som bedrivs i kommunerna.

Kostnaderna för slutenvården, liksom antalet vårdtillfällen, har inte minskat i samma takt som vårdplatserna. Vårdtillfällena har alltså blivit kortare och det talar även för att mer vård utförs per vårddag.

Eftersom en del av vården också bedrivs i hemmet och i kommunernas särskilda boenden, försvårar det jämförelsen av antalet vårdplatser per invånare med antalet vårdplatser i andra länder. Den kommunala vården och den regionala vården är två delar av samma helhet, där till exempel vårdtiderna på sjukhus påverkas av kommunernas möjligheter att ta emot färdigbehandlade patienter. På samma sätt kan den kommunala vården och omsorgen minska behovet av sjukhusvård.

3.2 Verksamheter och specialisering

Vården delas i statistiken in i verksamheter och delverksamheter. Oftast utgår den indelningen från läkarens medicinska specialisering men kan även baseras på andra yrkesgruppers kompetens, samt vilken utrustning och annat som krävs för att driva en viss verksamhet. Huvudindelningen är mellan primärvården, där läkare som är specialister i allmänmedicin arbetar, och specialiserad vård som utförs av läkare specialiserade på särskilda sjukdomar eller patientgrupper.

Den specialiserade vården delas in i somatisk vård, (kroppssjukvård dvs vård specialiserad på fysiska sjukdomar och skador) och psykiatrisk vård. Den somatiska vården delas i sin tur in i kirurgiska

specialiteter och medicinska specialiteter, medan den specialiserade psykiatrin delas in i barn- och ungdomspsykiatri (BUP), vuxenpsykiatri (allmänpsykiatri) och rättspsykiatri.

Andelen besök till olika verksamhetsområden skiljer sig åt mellan regionerna och över tid (diagram 20 och 21). En viktig förklaring är att regionerna också producerar öppenvård åt varandra, särskilt vad gäller specialiserad vård. I samverkansregionerna finns regionsjukhus som utför specialistvård åt andra regioner, vilket i ett produktionsperspektiv ger en större andel specialistvård än ur ett konsumtionsperspektiv.

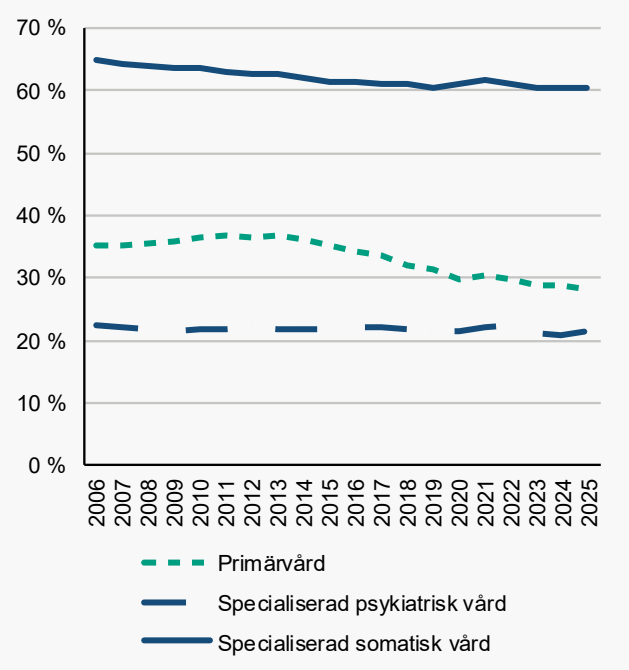
Gotland, som är en liten region (egentligen kommun), har en relativt låg andel primärvård. Detta beror på att Gotland som ö behöver ha en överkapacitet inom den specialiserade vården.[14]

Specialiseringen kan göras mer finfördelad. Socialstyrelsen anger läkarnas möjliga basspecialiteter och grenspecialiteter[15] och förvaltar även en kodlista med medicinska verksamhetsområden (MVO). I verksamhetsstatistiken används en grövre specialistindelning, som i huvudsak följer läkarspecialiteterna (se tabell 4 i bilaga 3).

Inom den specialiserade somatiska vården utgör läkarbesöken över 60 procent av alla fysiska besök (diagram 20). Inom primärvården är andelen hälften så stor, och inom den specialiserade psykiatrin är det bara ett av fem besök som görs hos en läkare.

Den långsiktiga trenden är att andelen läkarbesök av de fysiska besöken minskar inom både den specialiserade somatiska vården och inom primärvården. Trenden har pågått länge inom den specialiserade somatiska vården, och sedan tio år tillbaka ser vi samma trend inom primärvården.

Diagram 20 Andel läkarbesök per verksamhetsområde



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Under covid 19-pandemin minskade besöken till de flesta yrkesgrupper. Därefter skedde en återhämtning. Det senaste året har besöken återigen minskat, men eftersom många regioner samtidigt har bytt journalsystem är det svårt att avgöra om det är en verklig förändring (se diagram 22).

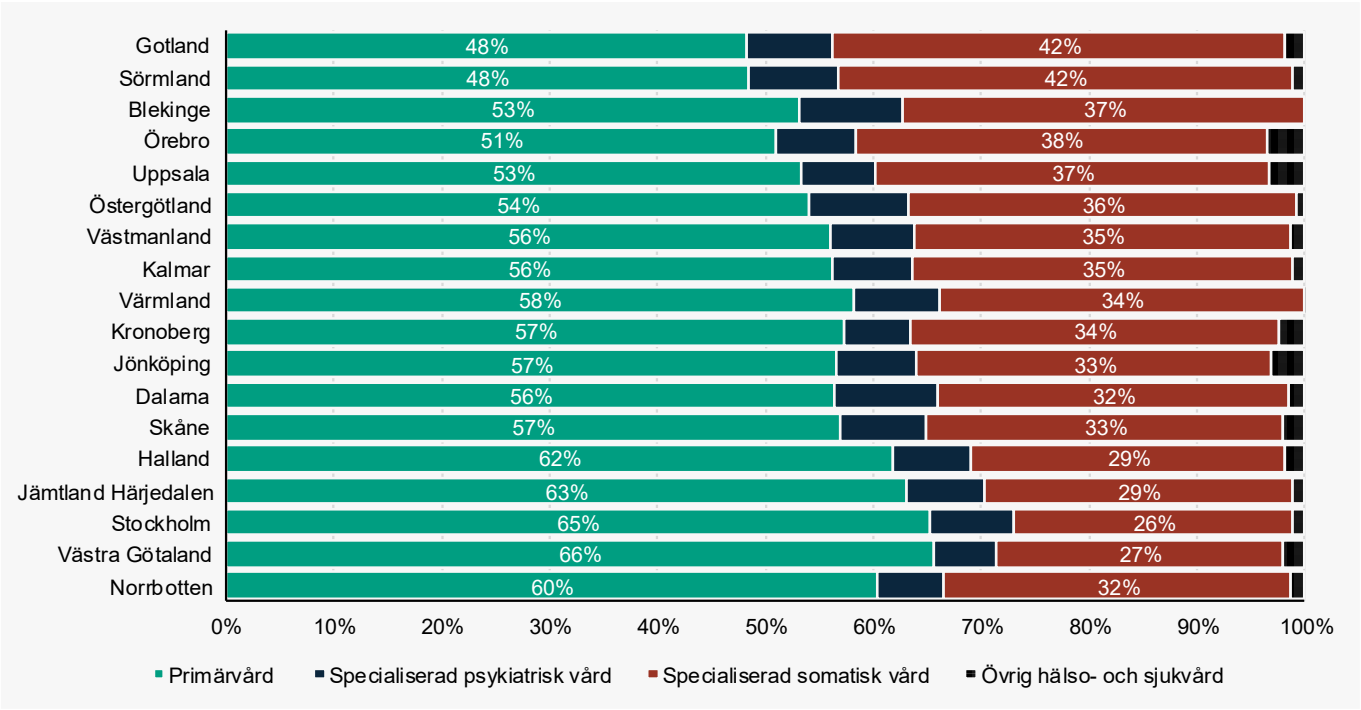
Läkarbesöken har dock inte kommit upp till nivåerna före pandemin och specialistläkarbesöken är totalt 5 procent färre nu än år 2014. Sjuksköterskebesöken inom den specialiserade vården har däremot ökat till nivåer strax över referensåret 2014, men ligger fortfarande under nivåerna före pandemin.

Även besöken inom den specialiserade vården till fysioterapeuter, kuratorer och ortoptister (ögonsjuksköterskor) har minskat sedan 2014, medan besök till övriga yrkesgrupper har ökat till nivåer över 2014.

[14] Se t.ex. rapporten *Ö-kostnader i utjämningsperspektiv Underlag från Region Gotland till utjämningskommittén 2023*

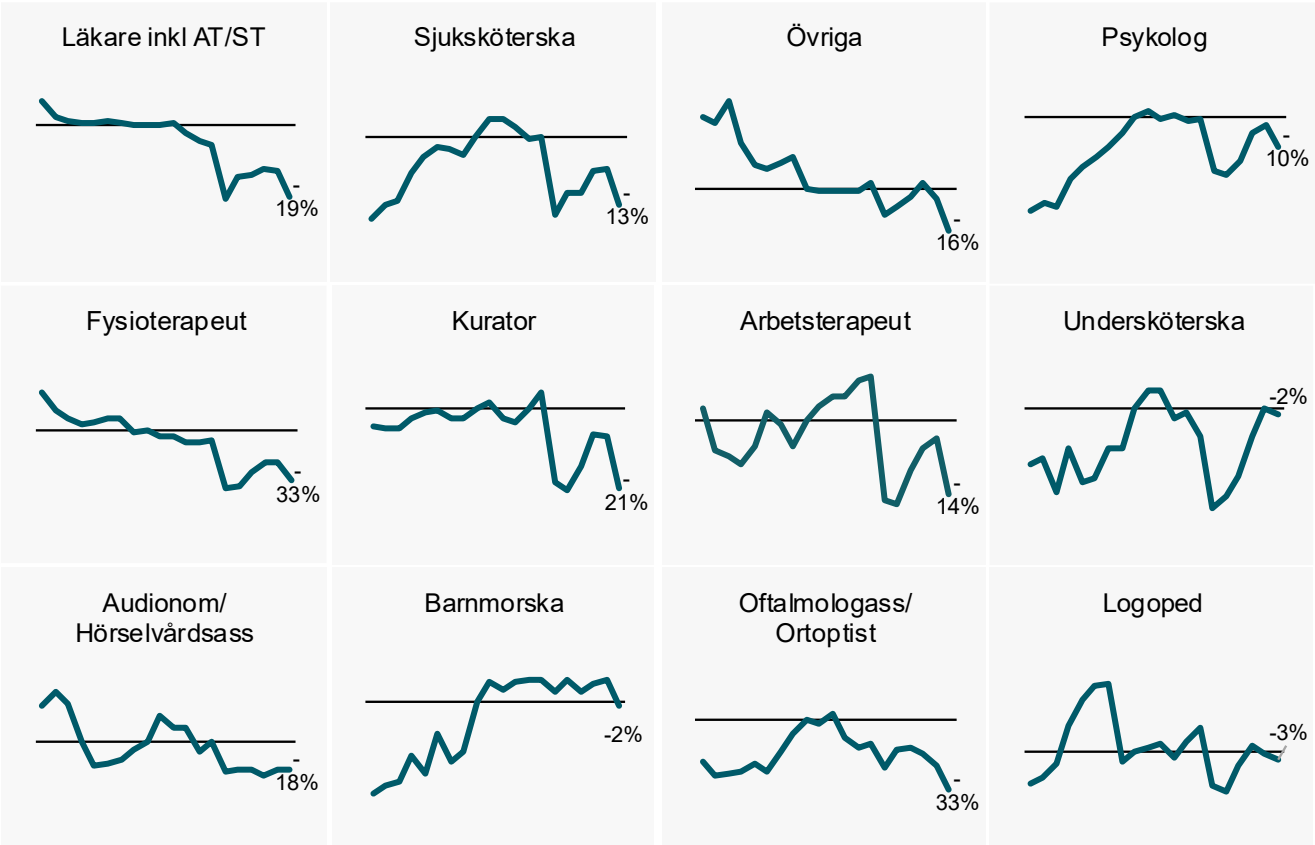
[15] Genom föreskriften HSLF-FS 2021:8.

Diagram 21 Fördelning av fysiska besök per region och verksamhet 2024



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Diagram 22 Antal besök per yrke inom specialiserad och övrig vård 2006–2025, förändring i procent, år 2014=0



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Referenslinjen är 2014 års värde eller 0 procent. Alla verksamheter som inte är primärvård ingår. Diagrammen visar utvecklingen av fysiska besök till olika yrkesgrupper inom vård som inte är primärvård, per invånare och år och hur de avviker från 2014 (2014=0).

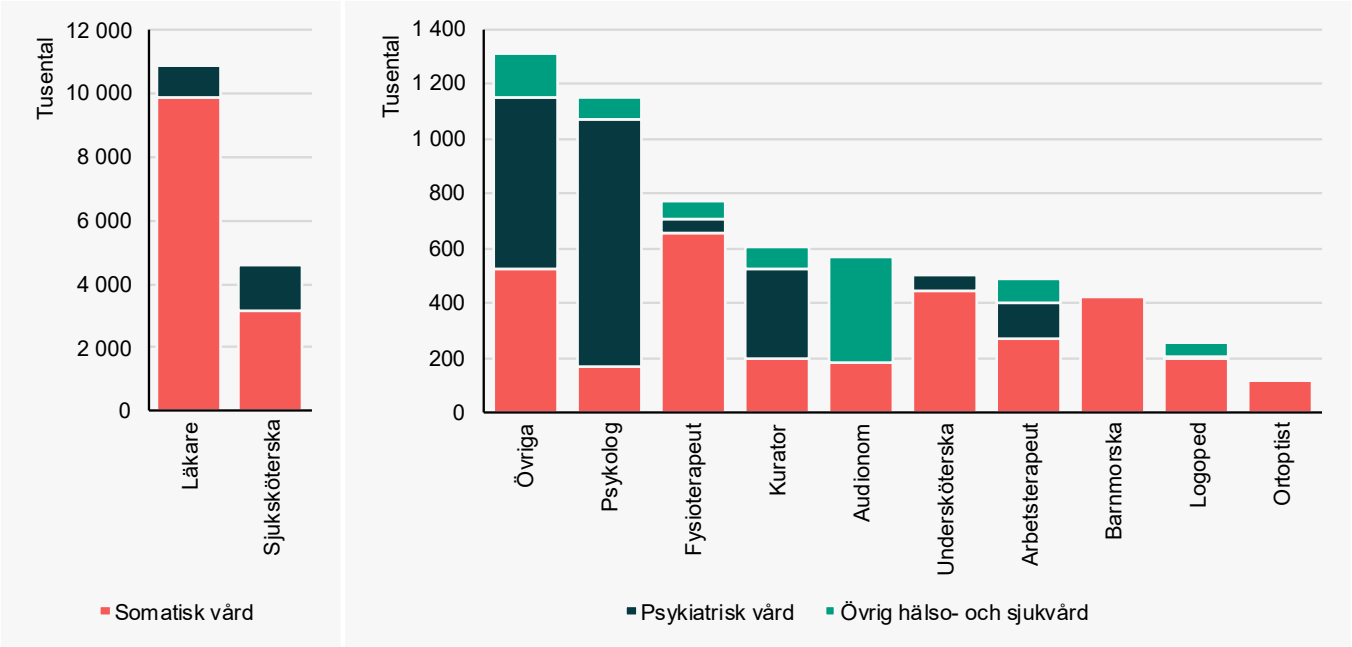
Av diagram 23 framgår hur fysiska besök till specialistsjukvård samt övrig hälso- och sjukvård fördelar sig mellan olika yrkesgrupper. Läkare står för det absolut största antalet besök, följt av sjuksköterskor. Diagrammet visar också fördelningen mellan vårdområden. Över 90 procent av läkarbesöken inom specialiserad vård sker inom somatisk vård.

Diagrammet visar också att de flesta besöken till audionom sker inom övrig hälso- och sjukvård (funktionshinderverksamheten) samt att 32 procent av besöken till sjuksköterska sker i psykiatrisk vård.

Generellt kostar öppenvårdskontakter inom primärvård mindre än inom specialiserad vård för alla yrkeskategorier.

Ett enskilt (fysiskt) besök till läkare kostade år 2025 i primärvård 2 852 kronor och i somatisk vård 6 605 kronor. Läkarbesöken inom psykiatrin är ovanligare men är samtidigt det dyraste mottagningsbesöket till läkare. Det dyraste enskilda besöket, som inte är dagsjukvård, är hembesök av läkare inom somatisk vård.

Diagram 23 Besök per yrkesgrupp, specialiserad och övrig vård, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner, exklusive Regionerna i Västerbotten, Gävleborg och Västernorrland

3.2.1 Sjukvårdsregioner och sjukhustyper

Regionen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Men om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl medger lagen en geografisk koncentration av vården.

En del sjukhus bedriver en begränsad verksamhet medan andra har ett bredare utbud och kan hantera de flesta typer av patienter. I alla regioner finns ett eller flera sjukhus som har de flesta typer av specialistmottagningar med avancerad medicinsk utrustning som täcker de flesta vårdbehov. Dessa sjukhus kallas i många regioner för länssjukhus.

Regionerna är geografiskt grupperade i sex sjukvårdsregioner. Inom varje sjukvårdsregion finns ett eller två regionsjukhus som kan hantera särskilt komplicerade eller sällsynta sjukdomar.

Sjukvårdsregionerna har samma indelning som samverkansregionerna och är det formaliserade samarbetet mellan regioner (tabell 2).[16] Regioner i en sjukvårdsregion köper mycket verksamhet av varandra och då framför allt från regionsjukhuset. Sjukvårdsregionerna är också viktiga för samverkan kring kunskapsstyrning och andra gemensamma frågor.

Ibland räcker det inte med att koncentrera vissa typer av vård i en sjukvårdsregion. Den koncentreras då i stället till nationell nivå. Sådan vård kallas nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen avgör vilken vård som klassas som nationellt högspecialiserad. Det handlar dels om vissa ovanliga sjukdomar, dels om tillstånd och behandlingar som är särskilt dyra eller kräver särskild specialistkompetens. För att få bedriva nationell högspecialiserad vård behöver sjukhusen ha tillstånd från Socialstyrelsen.

Tabell 2 Samverkansregioner och sjukvårdsregioner

Samverkans- och sjukvårdsregion	Ingående regioner/län	Regionsjukhus
Samverkansregion Stockholm Stockholms sjukvårdsregion	Stockholm och Gotland	Karolinska universitetssjukhuset
Samverkansregion Linköping Sydöstra sjukvårdsregionen	Östergötland, Jönköping och Kalmar	Universitetssjukhuset i Linköping
Samverkansregion Lund/Malmö Södra sjukvårdsregionen	Kronoberg, Blekinge och Skåne Kommunerna Halmstad, Hylte och Laholm	Skånes universitetssjukhus
Samverkansregion Göteborg Västra sjukvårdsregionen	Västra Götaland Kommunerna Falkenberg, Kungsbacka och Varberg.	Sahlgrenska universitetssjukhuset
Samverkansregion Uppsala/Örebro Sjukvårdsregion Mellansverige	Uppsala, Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg	Akademiska sjukhuset och Universitetssjukhuset i Örebro
Samverkansregion Umeå Norra sjukvårdsregionen	Västernorrland, Jämtland-Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten	Norrlands universitetssjukhus

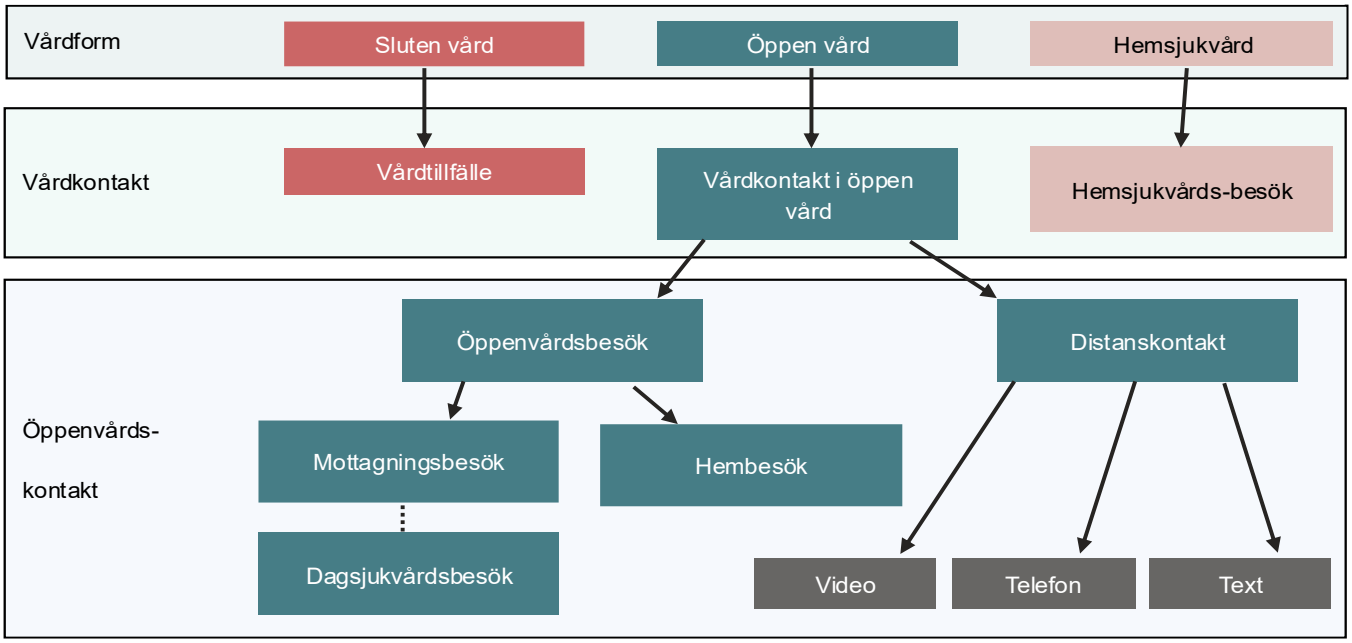
[16] Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) anger att Sverige ska vara indelat i sju samverkansregioner.

3.3 Vårdformer

Hälso- och sjukvård utförs inom tre olika vårdformer: öppen vård, sluten vård och hemsjukvård.

Den slutna vården bedrivs per definition på sjukhus (hälso- och sjukvårdslagen 7 kap 2§) och är vård som ges till en patient som blivit inskriven på en vårdinrättning. Slutenvården bedrivs dygnet runt och vården är oftast specialiserad avseende sjukdom eller patientgrupp. Det förekommer också att sluten vård ges på primärvårdsnivå: sluten primärvård. Det kan handla om sjukstugor i glesbygd och om allmän

Figur 1 Schematisk beskrivning av vårdformer och kontakttyper i statistiken



Se Socialstyrelsens termbank för utförligare beskrivning

palliativ vård där personalen inte är särskilt specialiserad på palliativ vård (jämfört med specialiserad palliativ vård). Vård som inte är sluten definieras i hälso- och sjukvårdslagen som öppen vård. Verksamhetsindelning VI2000 skiljer dock på hemsjukvård (sedan 2026 Vård i hemmet) och öppen vård.

3.3.1 Vård i hemmet Hemsjukvård)

Öppenvård kan ske i patientens hem genom att vårdpersonalen gör hembesök. Hemsjukvården skiljer sig från hembesök genom att den är sammanhängande över tid och har föregåtts av en vård- och omsorgsplanering som resulterar i att patienten formellt skrivs in i hemsjukvården.

Hemsjukvården bytte i lagstiftningen namn till *Hälso- och sjukvård i hemmet*, men eftersom denna rapport avser statistik för 2025 och namnbytet skedde 2026 kommer termen hemsjukvård att användas. Innebörden i termen har heller inte ändrats.

Som patientens hem räknas, utöver ordinärt boende, också särskilt boende, och hemsjukvård kan också ges inom daglig verksamhet (enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS) eller dagverksamhet (för äldre som bor hemma).

Hemsjukvårdsbesök och hembesök är alltså olika typer av sjukvård i hemmet. De redovisas också separat i statistiken, men det är inte omöjligt att det sker en viss sammanblandning i statistiken. Detta kan förklaras av att hemsjukvården inte är en tydligt avgränsad verksamhet inom alla regioner.

Hemsjukvård består ofta av relativt långvariga vårdepisoder med stort behov av omvårdnad och ibland av medicinska insatser som mer liknar insatserna inom den slutna vården.

Hemsjukvården finns både inom primärvård och inom specialiserad vård. Efter den så kallade ÄDEL-reformen 1992 tog kommunerna successivt över den primärvårdsanslutna hemsjukvården i alla regioner

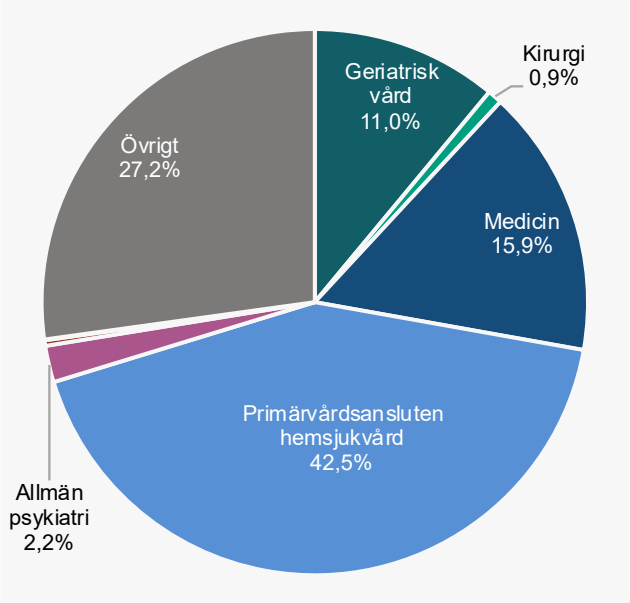
förutom Region Stockholm.[17] Kommunerna fick fram till 2026 inte anställa läkare. Det betyder att regionerna historiskt ansvarat för läkarvården inom hemsjukvård på primärvårdsnivå och gäller i praktiken fortfarande i nästan alla regioner.

I Stockholm utgör hemsjukvårdsbesök 30 procent av alla fysiska besök inom hälso- och sjukvården. I övriga regioner, där kommunerna står för det allra mesta av hemsjukvården, utgör de mellan drygt 2 och mindre än 1 procent av alla fysiska besök.

Fördelningen mellan primärvård och specialiserad vård skiljer sig åt mellan regionerna (diagram 25). I vissa regioner förekommer hemsjukvård även inom psykiatrin. Region Stockholm avviker från övriga genom att också ha en stor andel hemsjukvård inom geriatrisk vård.

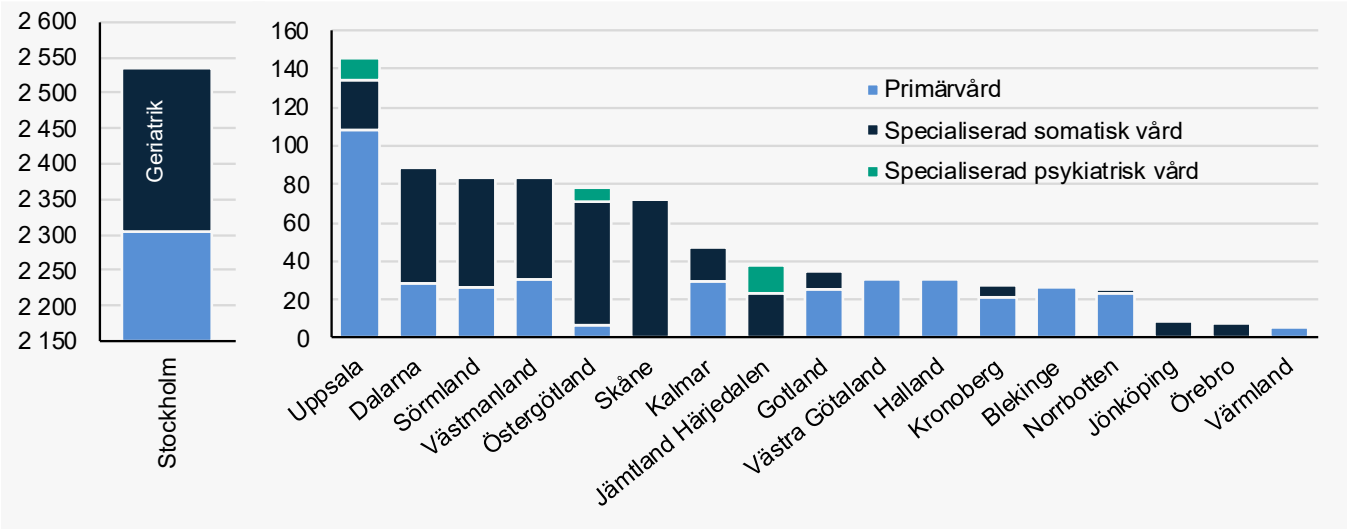
När Region Stockholm exkluderas utgör primärvårdsansluten hemsjukvård 42 procent av det totala antalet besök inom hemsjukvården.

Diagram 24 Fördelning av hemsjukvårdsbesök per verksamhet 2025 exkl. Region Stockholm



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Region Stockholm har exkluderats eftersom regionen avviker kraftigt från övriga regioner och annars skulle snedvrida fördelningen.

Diagram 25 Antal hemsjukvårdsbesök per region och verksamhet, besök per 1 000 invånare, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Region Stockholm redovisas separat eftersom de fortfarande bedriver hela den primärvårdsanslutna hemsjukvården och därmed har flera gånger så många besök som övriga regioner.

[17] Vid ÄDEL reformen 1992 tog kommunerna över hemsjukvården på primärvårdsnivå i regionerna Skåne, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Kronoberg, Uppsala och Jämtland-Härjedalen. Under perioden 2009–2015 följde Kalmar, Sörmland, Blekinge, Jönköping, Östergötland, Gävleborg, Dalarna, Västmanland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten efter.
Hela Gotland utgörs av en kommun så de har alltid haft samma huvudman.

3.3.2 Öppenvård

Öppenvård omfattar hälso- och sjukvård där vårdinsatsen kan avslutas inom ett begränsat antal timmar. Inom öppenvården används den bredare termen öppenvårdskontakt som rymmer både fysiska besök och distanskontakter.

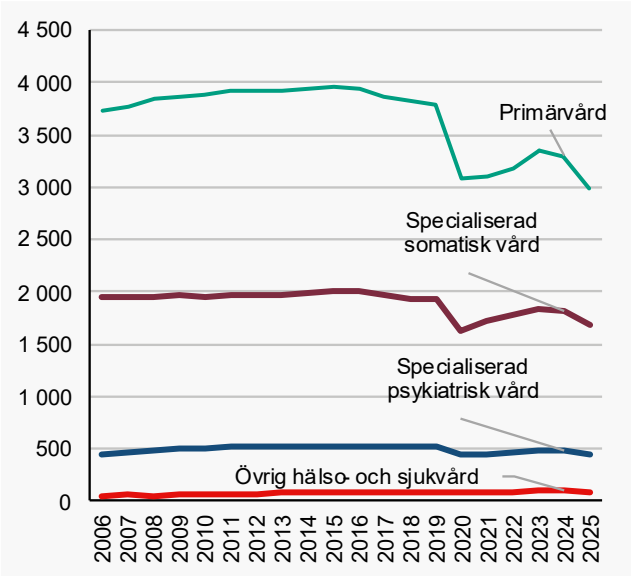
De fysiska besöken delas in i mottagningsbesök på vårdinrättning och hembesök i patientens hem. Mottagningsbesök utgör den vanligaste kontaktformen inom öppenvården.

Mottagningsbesök och hembesök

Under år 2025 genomfördes nästan 62 miljoner fysiska besök i öppenvården, varav drygt 55 miljoner utgjordes av mottagningsbesök och hembesök, det vill säga exklusive hemsjukvårdsbesök. Mer än hälften av dessa besök, 57 procent, genomfördes i primärvård och 41 procent av alla besök var till läkare.

Under pandemin minskade de fysiska besöken kraftigt för att sedan återhämta sig under några år, men har nu åter börjat minska (diagram 26).

Diagram 26 Fysiska besök per 1 000 inv. (exkl. hemsjukvård)



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Distanskontakter

Många vårdkontakter sker på distans och är en kontakttyp som ökat de senaste åren. Distanskontakter innebär att patient och vårdpersonal är rumsligt åtskilda. Kontakten kan ske per video, telefon eller skriftligt (oftast chatt, men även brev förekommer).

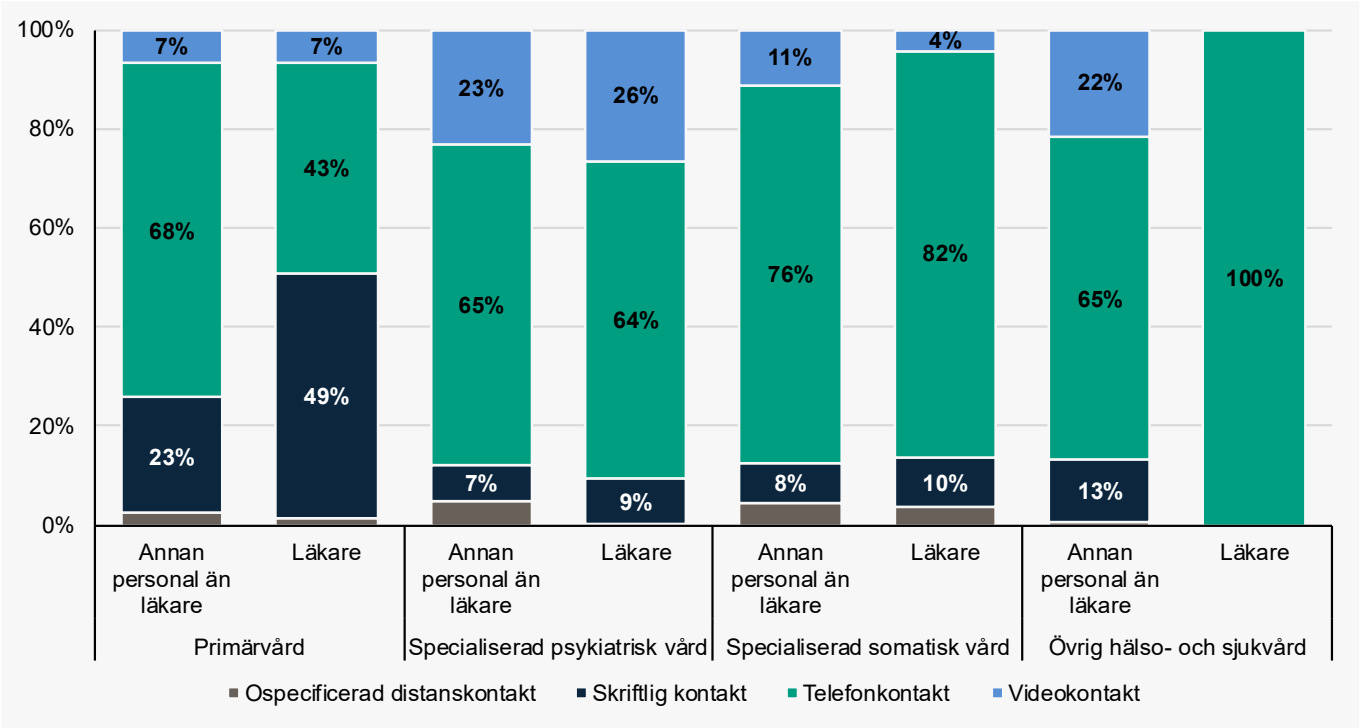
Distanskontakter har visat sig vara svåra att mäta på ett jämförbart sätt, framför allt eftersom alla distanskontakter inte innebär att hälso- och sjukvård utförts. Vissa registrerade distanskontakter handlar snarare om information och upplysning och ska egentligen inte redovisas som vårdkontakter. Omvänt förekommer kontakter som är kvalificerade men som inte registreras korrekt och därför inte kommer med i statistiken.

Regionerna hanterar utmaningen på olika sätt, till exempel genom att ange specifika villkor, som att kontakten ska vara planerad eller vara behäftad med en avgift, eller att vårdpersonalen själv ska ange om kontakten är kvalificerad eller inte.

Majoriteten, 77 procent, av distanskontakterna sker inom primärvården och det är då oftast telefonsamtal till sjuksköterskor. Av diagram 27 framgår att Region Sörmland sticker ut som en stor producent av distanskontakter. Det beror på att många privata digitala vårdgivare har etablerat sig i regionen som underleverantörer till privata vårdcentraler, och erbjuder vård till patienter i alla regioner. Det är alltså inte Sörmlands egna invånare som har avvikande många distanskontakter.

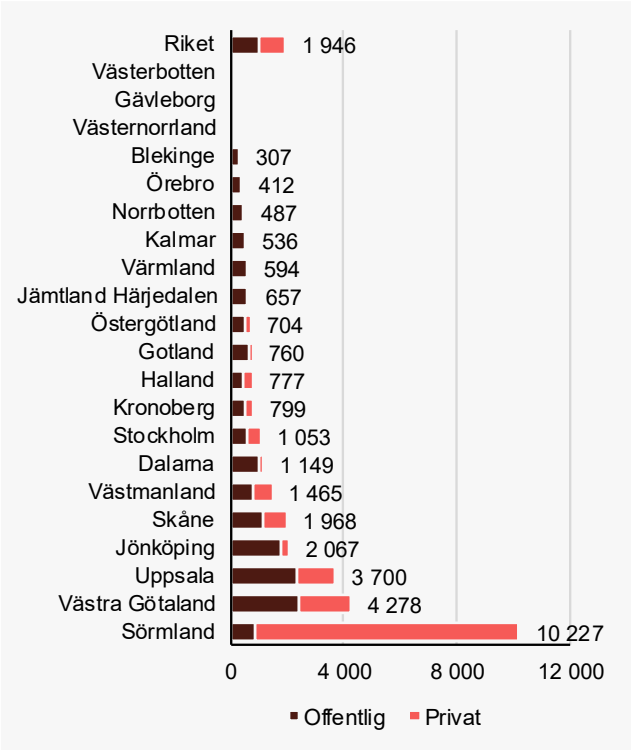
Typen av distanskontakt som används skiljer sig en del mellan vårdgrenar och yrkesgrupper (diagram 27). Inom primärvården dominerar telefonsamtal och skriftliga kontakter, vilka oftast sker via en digital chattfunktion.

Diagram 27 Distanskontakter efter verksamhet, yrke och kontakttyp, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner, dagsjukvård.

Diagram 28 Regionernas distanskontakter per 1 000 invånare, 2024



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Videokontakter är vanligast inom psykiatrin och till andra yrkesgrupper än läkare inom somatisk vård. Inom primärvården utgör videokontakterna 7 procent. Inom specialiserad somatisk vård används videokontakter endast i 4 procent av distanskontakterna med en läkare.

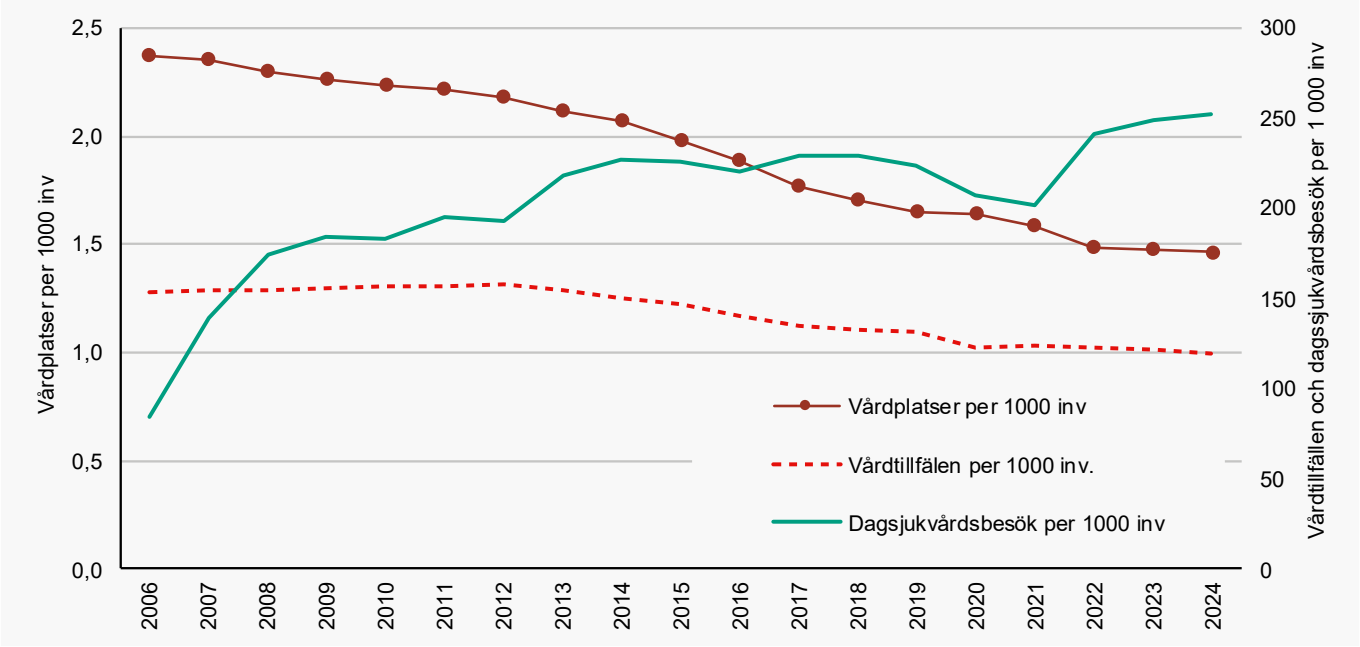
Dagsjukvårdsbesök

En särskild form av mottagningsbesök kallas för dagsjukvård. Detta är öppenvård som innebär mer omfattande och resurskrävande insatser än vad ett mottagningsbesök normalt kräver.

Exempel på dagsjukvård är dialysbehandlingar och cytostatikabehandlingar. När dagsjukvård ska tas fram till verksamhetsstatistiken används i vissa regioner specifika DRG-koder som tas fram i efterhand utifrån bland annat diagnos.[18] Listan med DRG-koder uppdateras och publiceras årligen på Socialstyrelsens webbplats.

[18] DRG står för DiagnosRelaterade Grupper. Läs mer om DRG här.

Diagram 29 Vårdplatser, vårdtillfällen och dagsjukvårdsbesök inom somatisk vård



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner och vårdtillfällen från Socialstyrelsen, Patientregistret (PAR).

I vissa regioner utgör i stället dagsjukvård en särskild kontakttyp som registreras i samband med besöket. Antalet dagsjukvårdsbesök kan därför skilja sig något mellan regionerna. Vad som definieras som dagsjukvård förändras också över tid.

Dagsjukvård används dels som mått på andelen mer resurskrävande besök, dels som mått på besök som ersätter behandlingar inom sluten vård. Samtidigt som vårdplatserna och vårdtillfällena har minskat i somatisk vård, så har antalet och andelen dagsjukvårdsbesök ökat.

3.3.3 Slutenvård

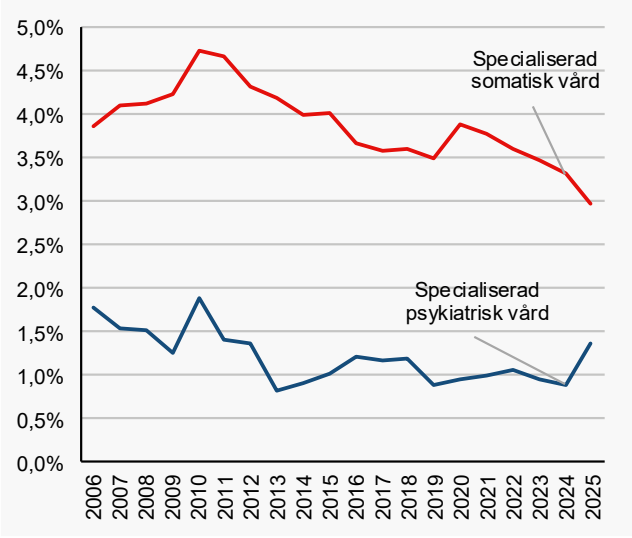
Inom slutenvården talar man om *vårdtillfällen* istället för besök. Termen speglar att patienten är inskriven på en vårdplats där vårdinsatsen förväntas ta längre tid än ett normalt besök. Ett vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning vid en klinik eller vårdavdelning. En patient kan skrivas ut från en avdelning och skrivas in på en annan avdelning inom samma sjukhus, eller till en avdelning vid ett annat sjukhus. En behandling kan därför bestå av flera vårdtillfällen, i vissa fall på olika sjukhus. När så är fallet talar man ibland om vårdepisoder, sjukhusvårdtillfällen eller hälsoärenden. Dessa är svårare att följa statistiskt, bland annat för att de är svåra att avgränsa. Inom psykiatrisk vård kan begreppet slutenvård uppfattas som stigmatiserande. Inom den vårdgrenen används därför ibland termen heldygnsvård i stället.

År 2025 fanns det i genomsnitt 20 179 disponibla vårdplatser och 773 *tekniska* vårdplatser.[19] Tekniska vårdplatser är vårdplatser som inte är disponibla eftersom de disponeras parallellt med en annan vårdplats. Det kan handla om intensivvårdsplatser och förlossningsplatser. Förutom vårdplatser finns i vissa regioner platser på patienthotell.

Andelen öppenvårdsbesök som leder till inskrivning i slutenvården har minskat över tid, precis som antalet vårdplatser (diagram 30).

[19] För region Gävleborg och Västernorrland används värden för 2024 för både disponibla vårdplatser och tekniska vårdplatser

Diagram 30 Andel besök i öppenvården som lett till inskrivning inom specialiserad vård, 2006–2024



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Alla regioner rapporterar inte antal besök som lett till inskrivningar till verksamhetsstatistiken. För 2024 rapporterade 14 regioner besök som lett till inskrivningar i somatisk vård och 12 rapporterade i psykiatrisk vård. År 2010 vara antalet 13 respektive 12 regioner.

Vårdplatser

Som framgår av diagram 31 finns de flesta vårdplatserna inom de medicinska och kirurgiska specialiteterna. Antalet vårdplatser inom båda dessa specialiteter har minskat tydligt under de senaste 24 åren, men sedan förra året har det skett en ökning.

Inom den psykiatriska verksamheten finns färre vårdplatser och här har det skett en successiv minskning över tid. Inom rättspsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin har dock antalet vårdplatser ökat.

De flesta sjukhus har helt eller till en övervägande del vårdplatser för somatiska hälsotillstånd. Men det finns också sjukhus som endast har vårdplatser för psykiatriska besvär. Rättspsykiatrin är till stor del koncentrerad till ett antal sjukhus.

Det är dock tydligt att trenden med en minskning av antalet somatiska vårdplatser gäller i alla regioner i olika grad. För psykiatriska vårdplatser finns ingen generell trend för alla regioner, men nationellt ökar vårdplatserna inom rättspsykiatrin och minskar inom den specialiserade vuxenpsykiatrin där regionerna har utvecklat andra vårdformer framför allt i patientens hem. Diagram 32 visar utvecklingen av vårdplatser över tid per region uppdelat på psykiatri och somatisk vård per 1 000 invånare. Jämförelsen blir delvis missvisande eftersom en del regioner producerar mycket av sin slutna vård åt patienter från andra regioner.

Disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar

I regionernas verksamhetsstatistik samlas antalet disponibla vårdplatser in per verksamhetsgren och sjukhus.

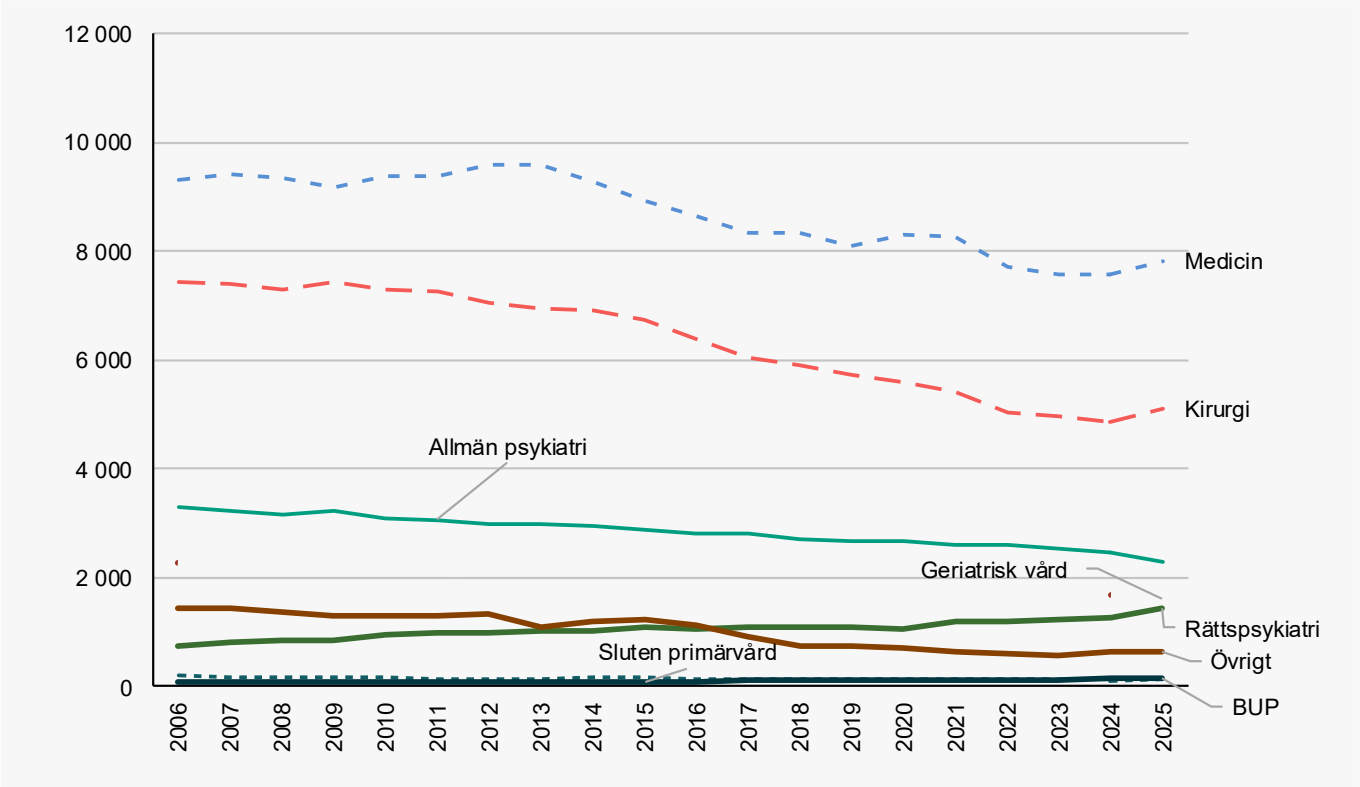
En ***disponibel vårdplats*** är en vårdplats i sluten vård, med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Om vårdplatserna inte räcker till kan en vårdavdelning bli överbelagd.

Överbeläggning behöver inte betyda att det totalt finns för få vårdplatser i hälso- och sjukvården. En överbeläggning kan också uppstå i en region som har många vårdplatser per invånare, men där vårdplatsernas inriktning inte fullt ut matchar patienternas hälsotillstånd och vårdbehov.

Ett alternativ till överbeläggning är ***utlokalisering*** av patienter. En patient som utlokaliseras vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för just den patienten.

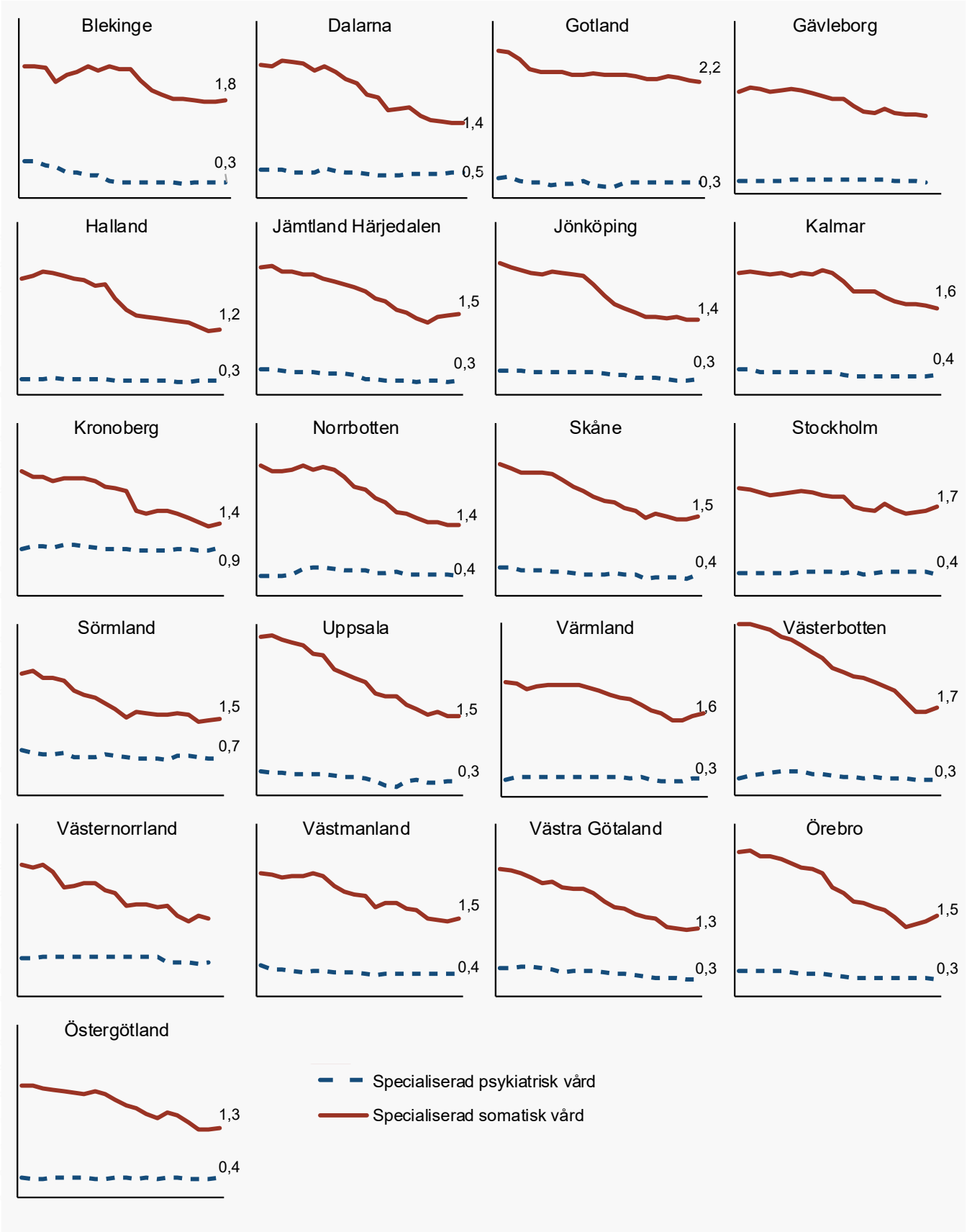
Överbeläggningar och utlokaliseringar utgör per definition en patientsäkerhetsrisk. Överbeläggningar och utlokaliseringar följs därför upp av SKR. Statistiken publiceras löpande på sidan Väntetider i vården.

Diagram 31 Disponibla vårdplatser per verksamhet



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Diagram 32 Regionernas disponibla vårdplatser per 1 000 invånare, 2006–2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

3.4 Köp av verksamhet inom hälso- och sjukvård

Regionerna bedriver inte all sin verksamhet själva. Vissa delar utförs av privata aktörer, en del köps från andra regioner och en del köps från bolag som regionerna helt eller delvis äger själva. Andelen köpt verksamhet skiljer sig mellan regioner och verksamheter. Privat drift finns främst inom primärvården och då särskilt i tätorter, medan köpen mellan regioner framför allt består av specialiserad somatisk vård. Drift genom egna bolag är vanligast inom tandvården.

3.4.1 Köp mellan regioner och från egna bolag

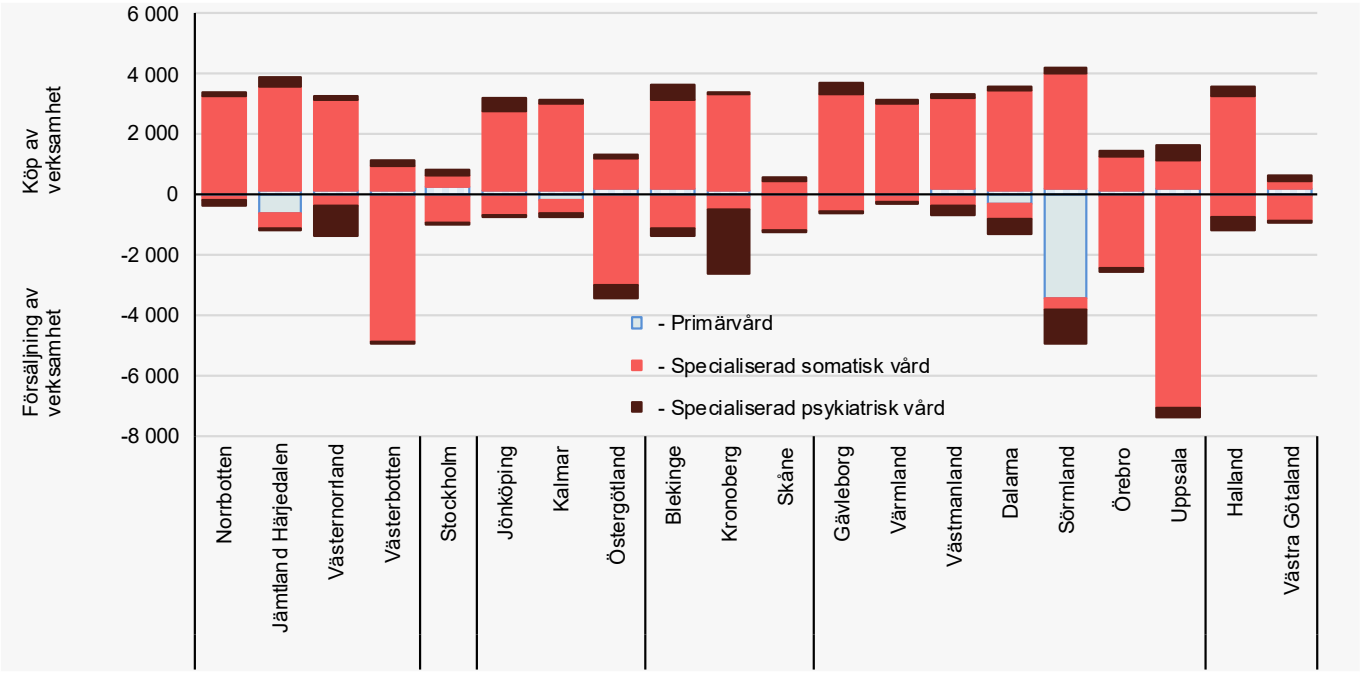
Alla regioner säljer och köper vård, till och från andra regioner. Handeln sker främst mellan regioner inom en och samma sjukvårdsregion. Den specialiserade somatiska vården står för huvuddelen av den vård som säljs och det är regioner med regionsjukhus som säljer mest. Av diagram 33 framgår tydligt att Västerbotten, Östergötland och Uppsala säljer mycket vård i relation till sin befolkning. Region Skåne och Västra Götaland säljer också mycket vård, men den sålda vården utgör en relativt begränsad andel i förhållande till befolkningen.

Köp och försäljning av sluten specialiserad psykiatri avser till stor del rättspsykiatrin som är koncentrerad till ett antal orter i Sverige varifrån övriga regioner köper vårdplatser.

Sörmland sticker ut genom att sälja mycket primärvård, vilket de gör genom de privata aktörer som etablerat sig där och erbjuder distanskontakter till invånare i alla regioner. I dessa regioner blir detta då ett köp från region Sörmland, och i Sörmland ett köp från privata motparter.

I en del regioner bedrivs verksamhet i regionägda bolag och kostnaderna för den verksamheten redovisas då som köp. I Stockholm bedrevs tidigare en stor del av verksamheten i regionägda bolag. Dessa har tagits över i egen regi under 2025. Region Gävleborg har gått i motsatt riktning och påbörjat en bolagisering av primärvården. I fem regioner bedrivs tandvården i egna bolag.

Diagram 33 Köp och försäljning mellan regioner, per invånare och verksamhet 2025



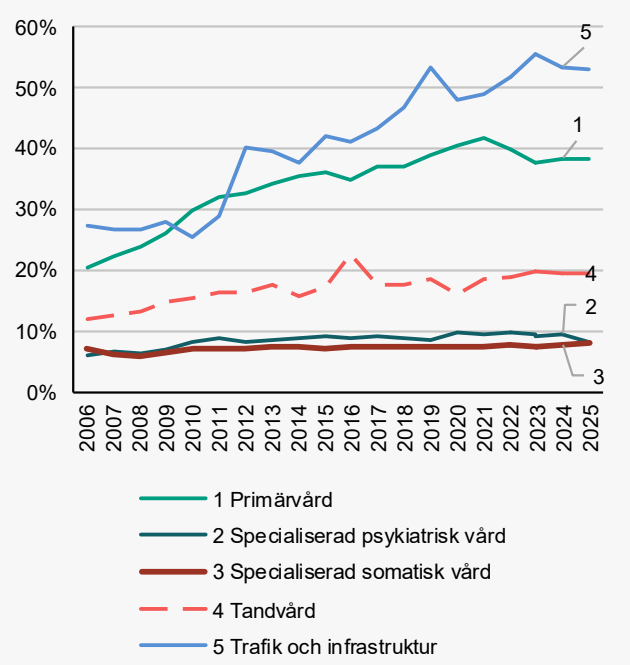
Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Diagrammet visar kostnaderna och intäkterna från köpt och såld vård per region och per regioninvånare. Regionerna är sorterade efter sjukvårdsregion. Gotland ingår inte eftersom de inte rapporterar denna statistik till SCB.

3.4.2 Köp av verksamhet från privata aktörer

Regioner får sluta avtal med privata utförare att driva den hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Detta gäller inte myndighetsutövning. När vården drivs av en privat utförare behåller regionen huvudmannaskapet. Privata utförare måste finnas med i ett valfrihetssystem som regleras av lagen om valfrihetssystem, LOV.[20]

LOV trädde i kraft 2009 och reglerar vad som ska gälla när regioner konkurrensutsätter delar av sin verksamhet genom att inrätta ett valfrihetssystem där patienterna får välja bland leverantörer i systemet. Grundprincipen är fri etableringsrätt för privata utförare efter ansökan som godkänts av regionen.

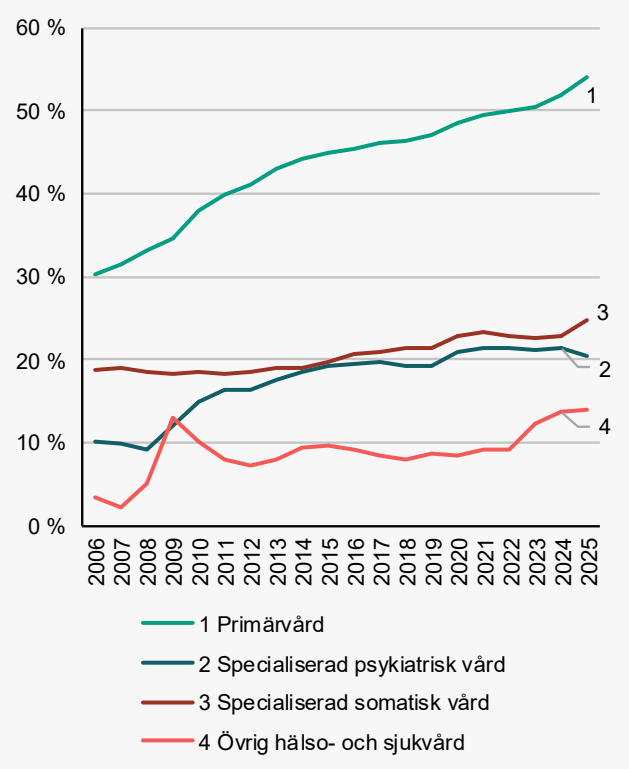
Diagram 34 Köp från privata företag som andel av nettokostnaden



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Kostnader för köp av service har fördelats till verksamheterna inom hälso- och sjukvård efter nettokostnadsandelen.

Inom primärvården är valfrihetssystem obligatoriskt enligt lag, medan det är frivilligt inom övrig vård. Andelen privat verksamhet inom primärvården ökade kontinuerligt redan innan LOV infördes och har fortsatt att öka sedan dess. Andelen av nettokostnaden som går till köp av privat verksamhet har stannat av under senare år men andelen besök till privata verksamheter har fortsatt att öka (diagram 35). Till detta har under senare år även tillkommit distanskontakter som erbjuds nationellt via underleverantörer till privata vårdcentraler i framför allt region Sörmland. Dessa fakturerade en miljard kronor via Sörmland till övriga regioner för utomlänsvård på distans under 2025. De största av dessa aktörer är Kry och Min doktor och konsumenterna återfinns huvudsakligen i storstadsregionerna.[21]

Diagram 35 Andel fysiska besök till privata utförare per verksamhet



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Valfrihetssystem fanns införda i ett par regioner redan innan LOV infördes. Därför ökade andelen privat driven verksamhet redan före 2009.

I primärvården är privat drift vanligast inom fysioterapi och arbetsterapi, där mer än hälften av nettokostnaderna utgörs av köpt verksamhet från privata utförare (diagram 36). Andelen köpt verksamhet är något större inom allmänläkarvård än inom sjuksköterskevård. Andelen köpt verksamhet ökade kraftigt inom alla öppna delverksamheter inom

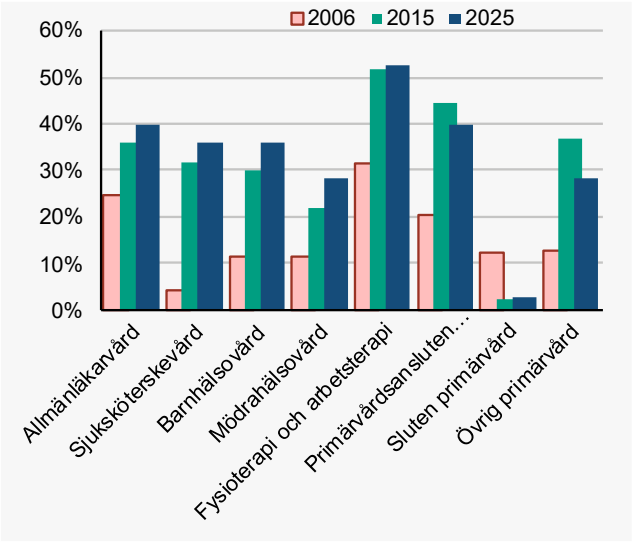
[20] Lag (2008:962) om valfrihetssystem

[21] Se Digital utomlänsvård – Digitala vårdkontakter fakturerade via Region Sörmland | SKR Webbfamilj | SKR

primärvården efter införandet av LOV men har planat ut det senaste decenniet.

Inom den specialiserade vården används valfrihetssystem i olika grad. Den privata verksamheten bedrivs främst i storstadsregionerna och allra mest i Region Stockholm. Nio av tio privata vårdplatser finns där och sex av tio privata besök i specialistvården görs där. Stockholm står tillsammans med Skåne, Västra Götaland och Uppsala för 90 procent av de fysiska besöken i den privata öppna specialistvården.

Diagram 36 Andel köp från privata utförare av nettokostnaderna per delverksamhet i primärvård



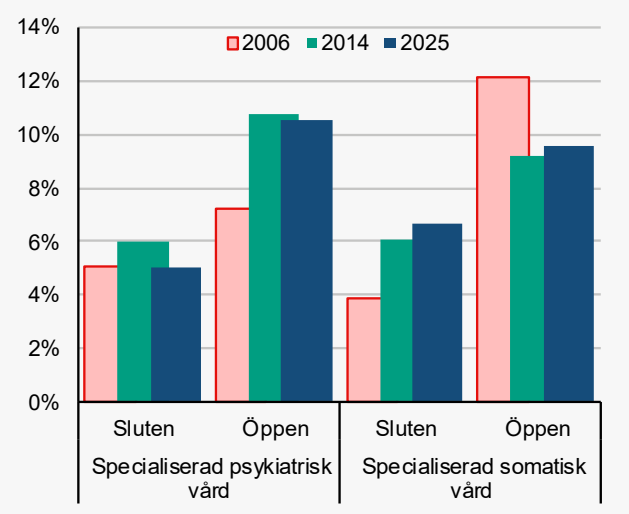
Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Den privata verksamheten är inte lika omfattande i specialistsjukvården som i primärvården. Andelen fysiska besök till privata utförare är lägre och köpkostnadens andel av nettokostnaden är också lägre. Andelen privat verksamhet har heller inte ökat särskilt mycket. Ett undantag är psykiatrin där andelen besök till privata nu börjar närma sig nivåerna för den specialiserade somatiska vården.

De verksamheter som bedrivs i egen regi och i privat regi skiljer sig en hel del från varandra, exempelvis är dagsjukvården större i egen regi.

Det är framför allt inom den öppna vården som regionerna köper specialiserad vård från privata aktörer. Den privata verksamheten är störst inom ögonsjukvård, förlossningsvård och gynekologi, hud- och könssjukvård, ortopedisk kirurgi, allmän psykiatri samt geriatrisk vård. Inom den slutna specialiserade vården dominerar i stället geriatrisk vård, medicinsk rehabilitering och övrig medicinsk och kirurgisk vård.

Diagram 37 Andel köp från privata utförare av nettokostnaderna inom specialiserad vård

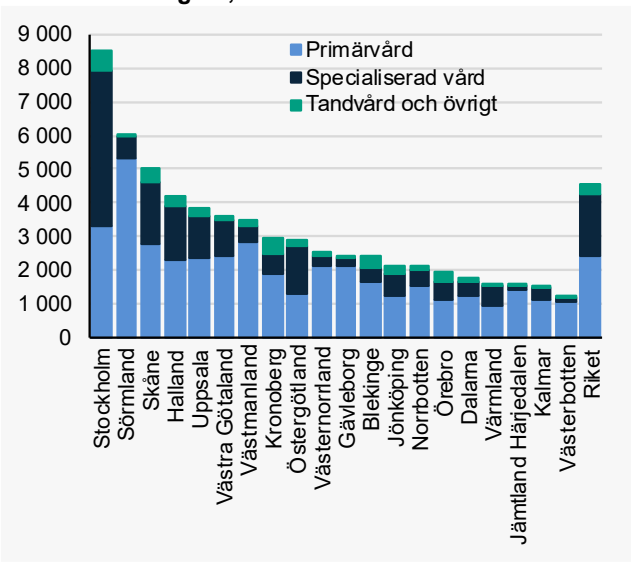


Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland, Skåne och Uppsala ligger i topp vad gäller kostnader för köp av vård från privata vårdgivare, både som andel av nettokostnaden och kostnad per invånare (diagram 38). Även regionerna Sörmland och Halland återfinns i toppen. För Region Hallands del kan det förklaras av att regionen var först med att införa vårdvalssystem, redan 2007. För Region Sörmlands del kan det förklaras av att flera aktörer som säljer distanskontakter med utomlänsersättning har etablerat sig just där.

Regionerna har stor frihet att själva utforma vårdvalet och kan även ha olika ersättningssystem för olika geografiska områden inom en region. Eftersom den privata verksamheten ska ha liknande förutsättningar som den i egen regi påverkar ersättningssystemen även den verksamhet som bedrivs i egen regi. Detta kan påverka statistiken genom att olika ersättningssystem skapar olika drivkrafter att registrera åtgärder. Eftersom det är dessa registreringar som mycket av produktionsstatistiken bygger på kan skillnader i ersättningssystem alltså försvåra jämförelser mellan regioner.

Diagram 38 Kostnad för köp från privata företag per invånare och region, 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Statistiken visar köp av verksamhet i ett produktionsperspektiv.

Nationella taxan

Privat verksamhet bedrivs även av läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF).

Läkare och fysioterapeuter med egna bolag har ett särskilt avtal med regionerna om att bedriva verksamhet mot ersättning enligt en nationell taxa. Antalet läkare som arbetar enligt ett sådant avtal har minskat över tid och var 496 stycken år 2025. Av dessa var 107 allmänläkare. Ersättningsformen är vanligare inom fysioterapin. Omkring 26 procent av de fysiska besöken till fysioterapeut gjordes år 2025 till någon av de 1 185 fysioterapeuter som omfattades av nationella taxan.

Den totala ersättningen som betalades ut enligt nationella taxan var 1 386 miljoner för läkarna och 1 221 miljoner för fysioterapeuterna. SKR samlar årligen in statistik om hur många som verkar enligt den nationella taxan, antal kontakter och ersättningar.

3.4.3 Köp av hyrpersonal

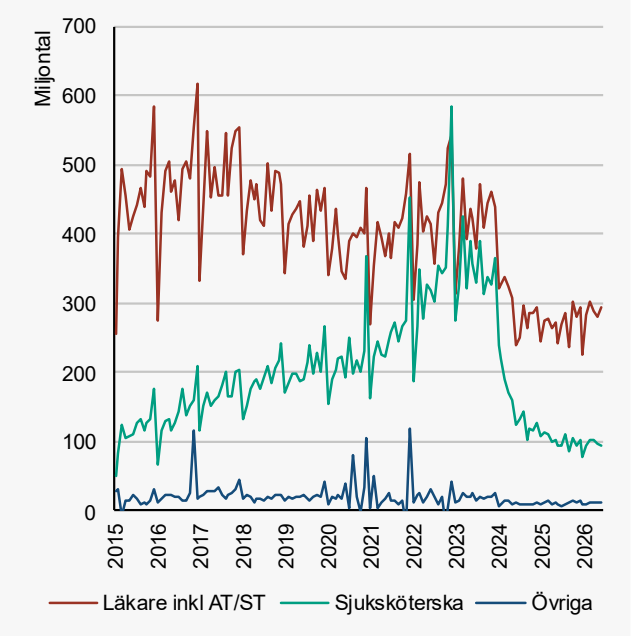
För att hantera tillfälliga arbetstoppar hyr regionerna ibland in personal. Under det senaste decenniet har regionerna blivit mer beroende av hyrpersonal för att bemanna verksamheterna. Framför allt ökade kostnaderna för hyrsjuksköterskor inom den somatiska vården (diagram 39).

I primärvården är det främst läkare som hyrs in. Kostnader för hyrläkare utgjorde totalt 72 procent av hyrkostnaderna under juli 2025 till juni 2026 och var den största andelen av hyrkostnaderna i samtliga verksamheter.

I den specialiserade somatiska vården har sjuksköterskor länge stått för den största kostnadsandelen. Under 2025 och 2026 minskade kostnaderna för hyrsjuksköterskor, varför hyrkostnaden för hyrläkare nu utgör störst andel.

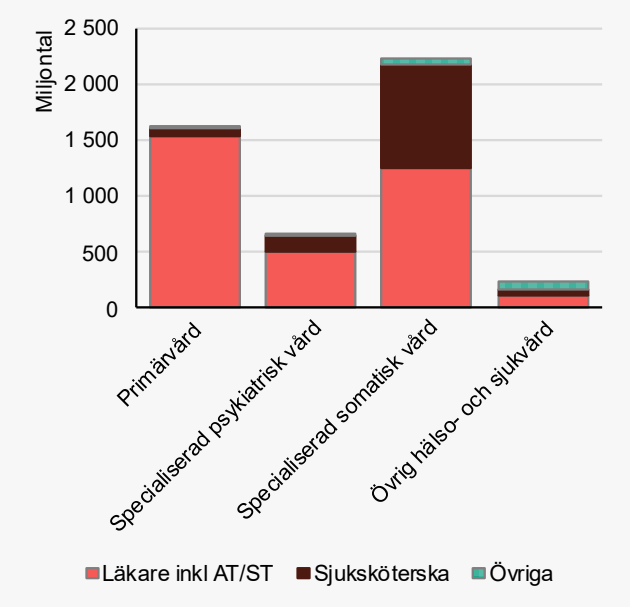
Hyrkostnaderna var som störst 2023 och uppgick till en summa som motsvarade drygt 5 procent av kostnaderna för personal i egen regi, eller nästan 4,6 miljarder kronor.

Diagram 39 Kostnad för hyrpersonal per yrkesgrupp, per månad, fasta priser



Källa: SKR, Hyrstatistik för regioner

Diagram 40 Kostnad för hyrpersonal per yrke och verksamhet juli 2025 till juni 2026



Källa: SKR, Hyrstatistik för regioner

Kostnaden för hyrpersonal varierar stort mellan regionerna. Det är framför allt i glesbygdsregioner som beroendet av hyrpersonal blivit störst. I Västernorrland och Norrbotten låg till exempel andelen på 11,2 respektive 9,2 procent under juli 2025 till juni 2026.

Under 2024 minskade hyrkostnaderna kraftigt efter att Sveriges regioner i samverkan kommit överens om ett gemensamt hyrbemanningsavtal.[22] I löpande priser har kostnaderna för hyrpersonal halverats mellan 2023 och 2025, från drygt 9 miljarder år 2023 till knappt 4,8 miljarder 2025.

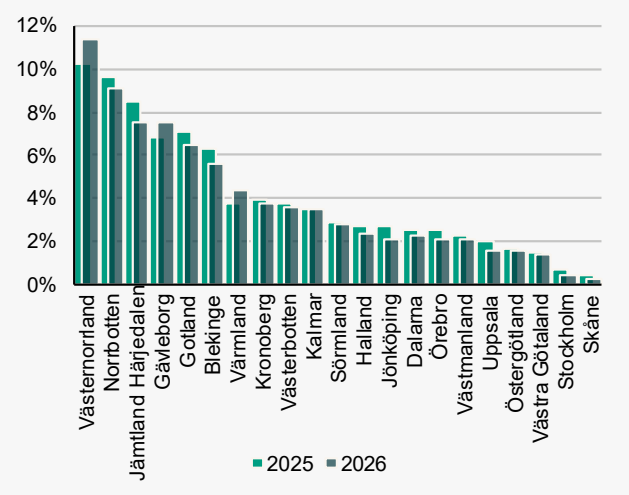
Hyrbemanningsavtalet innebär att regionerna har en gemensam prissättning. Prissättningen skiljer sig åt mellan kommuner som har delats in i tre olika zoner efter arbetsmarknadernas förutsättningar. På så vis tillåts en verksamhet som befinner sig i en kommun där det är svårare att rekrytera personal att erbjuda ett högre pris.

Avtalet trädde i kraft den första januari 2024, men vissa regioner anslöt senare under året. Samtliga regioner minskade sina kostnader för hyrbemanning 2025 jämfört med 2023, innan avtalet. Som mest har de minskat med 83 procent (Skåne) och som minst med 17 procent (Västerbotten).

Kostnadsminskningen har varit stor i storstadsregionerna, vilket påverkar den nationella bilden. Region Stockholm, Västra Götaland och Skåne stod tillsammans för nästan en fjärdedel av den totala hyrkostnaden 2023. Hyrkostnaderna utgör samtidigt en relativt begränsad andel av den totala personalkostnaden i dessa regioner.

De totala hyrkostnaderna som andel av kostnaderna för egen personal har minskat stadigt sedan avtalet infördes, men har stannat av något under 2025 och första halvåret 2026.

Diagram 41 Kostnad för hyrpersonal som andel av egna personalkostnaden, per region januari till juni 2026 och 2025



Källa: SKR, Hyrstatistik för regioner.

[22] Nationellt hyrbemanningsavtal - Nationellt hyrbemanningsavtal

4 PRIMÄRVÅRD

En femtedel av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård avser primärvården. Det motsvarar 2025 en nettokostnad på 7 462 kronor per invånare.

Primärvården svarar för de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov och ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

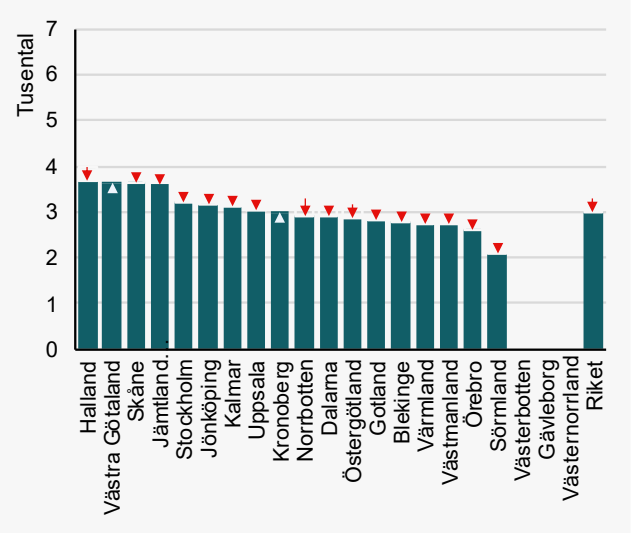
I primärvården utförs sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (vilken ofta är koncentrerad till sjukhusen).

Enligt verksamhetsindelningen VI2000 räknas vård som utförs av en läkare som är specialist i allmänmedicin till primärvård, oavsett var vården sker. Till primärvård räknas även vård av läkare under allmän- eller specialisttjänstgöring (AT och ST) som arbetar inom primärvården, distriktssköterskeverksamhet samt mödra- och barnhälsovård som inte är specialistmödravård.

Verksamhet som bedrivs på en vårdcentral behöver inte alltid vara primärvård. Specialistmottagningar lokaliserade vid vårdcentraler anses som specialiserad vård och omvänt kan vård som klassas som primärvård utföras på sjukhus.

Primärvårdsansluten hemsjukvård som inte avser läkarvård bedrivs av kommunerna i alla regioner utom Stockholm. Primärvården har alltså två huvudmän.

Diagram 42 Antal fysiska besök i regionernas primärvård exkl. hemsjukvård per 1 000 invånare, 2025



Källa: Verksamhetsstatistiken, SKR. Pilarna anger förändringen mot 2024.

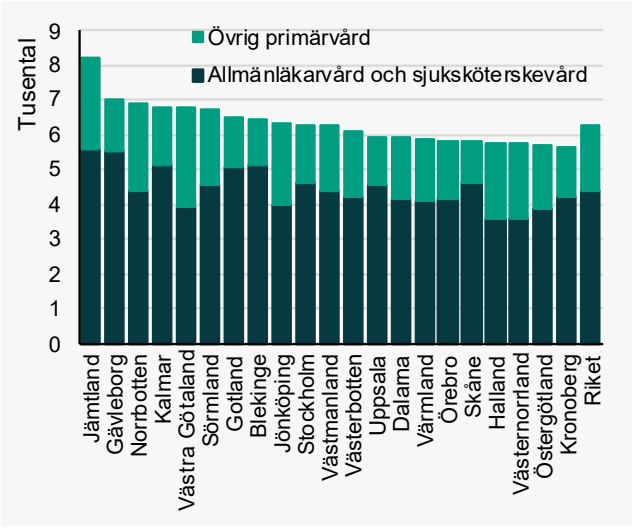
4.1 Primärvårdens delverksamheter

Primärvården i Sverige bedrivs huvudsakligen på vårdcentraler där flera yrkesgrupper samverkar i vården. I statistiken delas primärvården in i ett antal delverksamheter, vilka ibland speglar en viss eller vissa yrkesgruppers arbete. Det är endast vård av vårdpersonalens egna patienter som avses.

Om en patient till exempel träffar en läkare som assisteras av en sjuksköterska räknas det i verksamhetsstatistiken som ett besök till läkare (och då vanligen allmänläkarvård). Om flera yrkesgrupper har enskilt behandlingsansvar räknas det i verksamhetsstatistiken som ett besök per yrkesgrupp med behandlingsansvar.

Allmänläkarvård och sjuksköterskevård utgör den största delen av primärvårdens kostnader i alla regioner, men andelen övrig verksamhet skiljer sig mellan regioner (diagram 43).

Diagram 43 Regionernas nettokostnad per invånare exkl. förmånsläkemedel för primärvård, 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

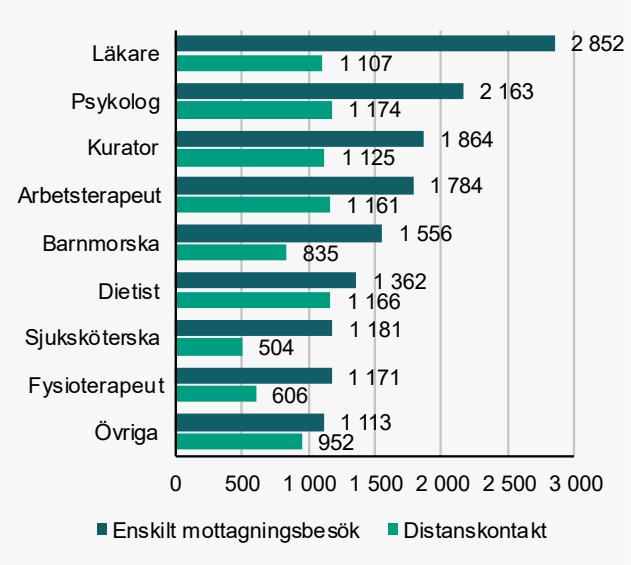
På nationell nivå står allmänläkarvård och sjuksköterskevård för drygt 73 procent av nettokostnaderna för primärvården. Fysioterapi och arbetsterapi står för 9 procent. Barn- och mödrahälsovård står tillsammans för 9 procent. Sluten primärvård bedrivs endast i några få regioner och står totalt för mindre än 1 procent av nettokostnaderna. Primärvårdsansluten hemsjukvård är en liten verksamhet i de flesta regioner förutom i Region Stockholm.

Att allmänläkarvården utgör en stor andel av kostnaderna beror inte bara på att de står för en stor andel av alla kontakter (diagram 45), utan också på att läkarkontakterna är bland de dyraste kontakterna inom primärvården. Det beror bland annat på att läkarna ofta assisteras av andra yrkesgrupper, till exempel sjuksköterskor.

Diagram 44 visar kostnaden för mottagningsbesök, hembesök och distanskontakter till olika yrkesgrupper i primärvården enligt databasen Kostnad per patient (KPP). Kostnaden för en distanskontakt till läkare beräknas som lägst till drygt 822 kronor och som högst till nästan 2 600 kronor.

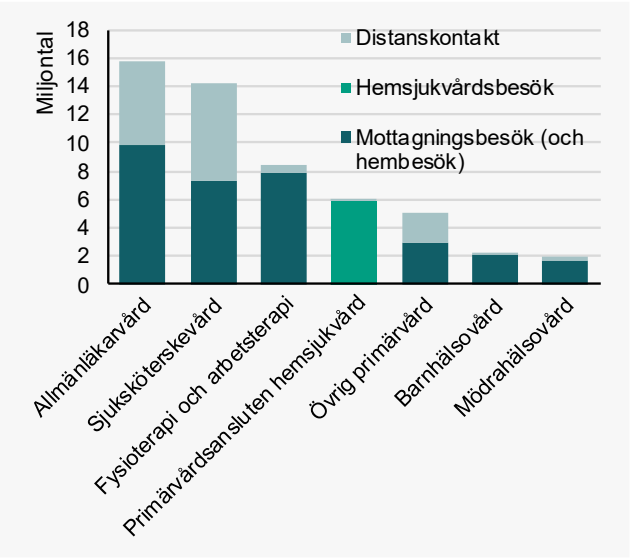
Kostnader för distanskontakter är osäker eftersom det är svårt att fånga volymerna för vårdkontakter på distans på ett enhetligt sätt. Diagram 44 visar kostnaden för ett enskilt mottagningsbesök, och för distanskontakter till olika yrkesgrupper i primärvården enligt databasen Kostnad per patient (KPP).

Diagram 44 Kostnad per öppenvårdskontakt i primärvård per yrkeskategori 2025



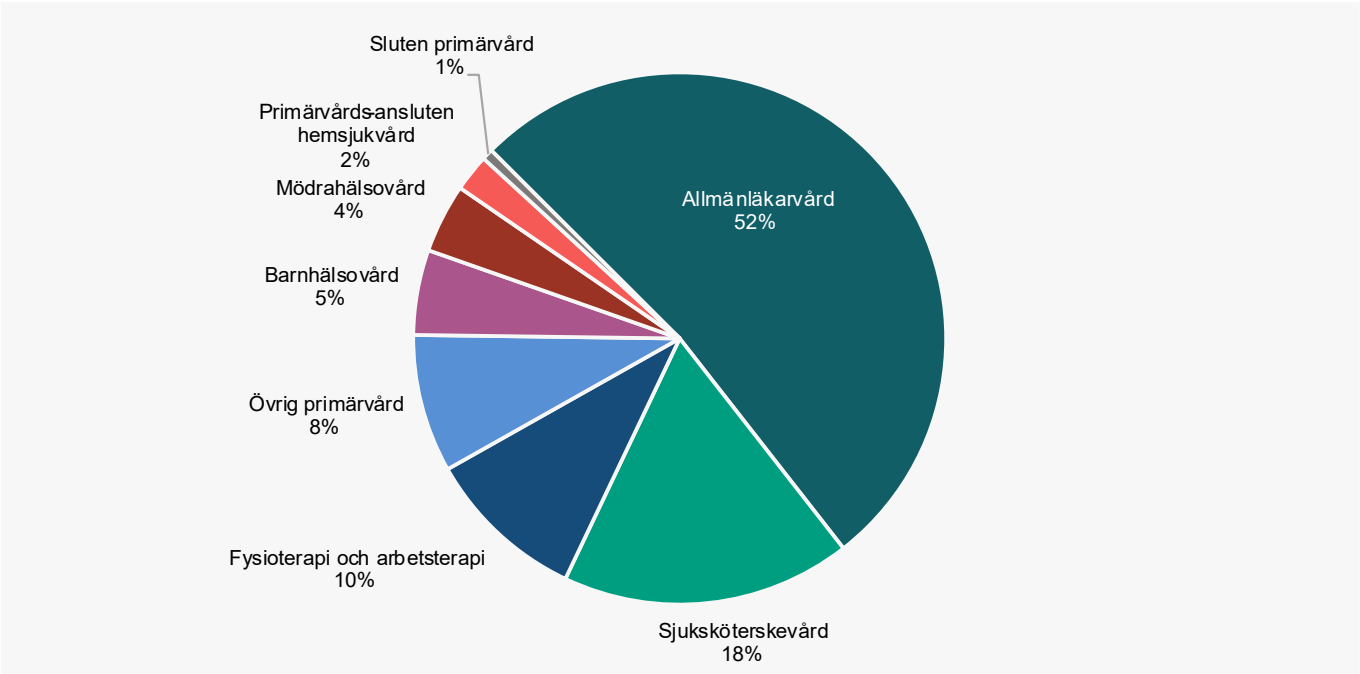
Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). Endast enskilda besök till en vårdpersonal ingår, gruppbesök och teambesök ingår inte. Endast egen regi. Region Örebro, Västra Götaland, Stockholm och Gotland ingår inte då de inte rapporterar KPP för primärvård till den nationella databasen.

Diagram 45 Antal kontakter per delverksamhet inom primärvård, 2025



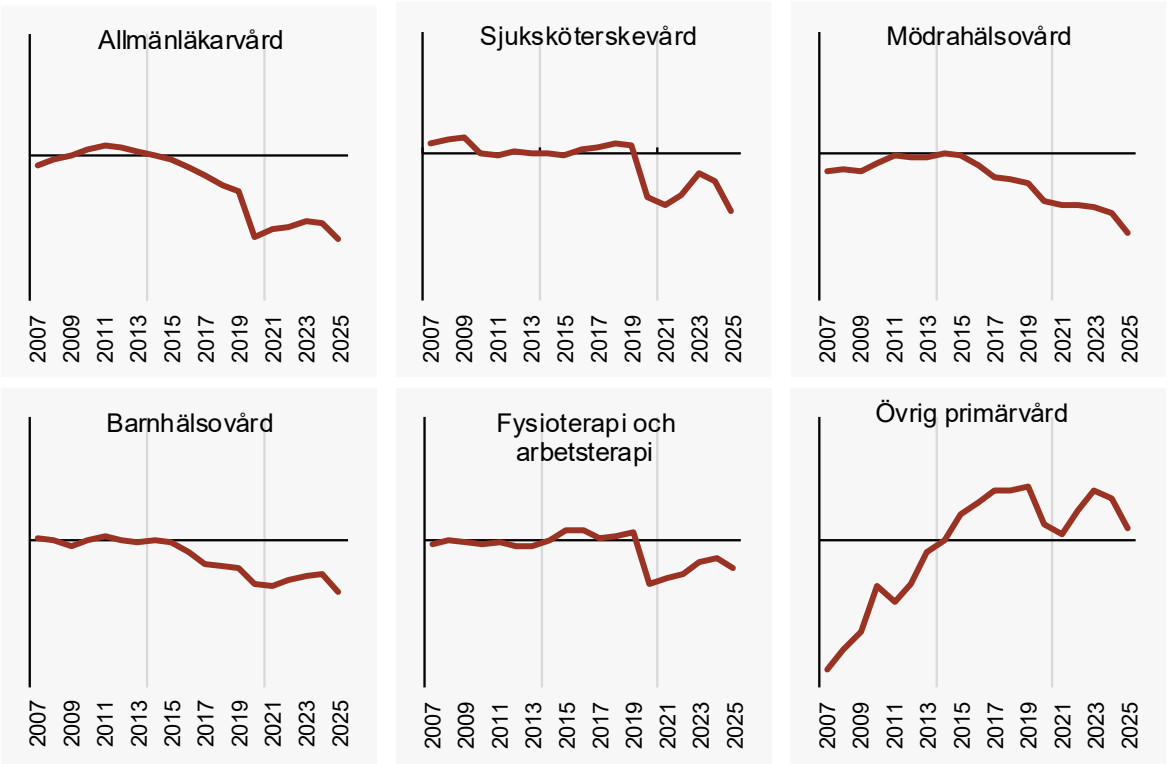
Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Diagram 46 Nettokostnad per invånare exkl. läkemedel, per delverksamhet i primärvården 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Diagram 47 Antal besök per delverksamhet inom primärvård, per invånare*, förändring i procent, år 2014=0



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Besöken avser fysiska kontakter per invånare. Hemsjukvården visas inte. Referenslinjen avser 2014 års värde. Mödrahälsovården redovisas per kvinna 15–54 år, barnhälsovården redovisas per barn 0–5 år.

4.1.1 Allmänläkarvård

Delområdet allmänläkarvård avser hälso- och sjukvård som utförs av läkare med allmänmedicin som specialistkompetens. Jourläkare som vårdar hemsjukvårdspatient ingår också, liksom läkare under allmän- eller specialisttjänstgöring (AT och ST) som arbetar inom primärvården. Detta är det största delområdet inom primärvården och utgör 57 procent av nettokostnaden. Det är också det delområde med flest kontakter. Antalet fysiska besök inom allmänläkarvård har minskat sedan 2011 och minskade kraftigt under pandemin. Antalet besök har ökat något sedan pandemin men har minskat igen mellan 2024 och 2025.

4.1.2 Sjuksköterskevård

Verksamheten bedrivs av sjuksköterskor för egna patienter. Sjuksköterskemottagningen omfattar såväl distriktssköterskemottagning som specialistmottagning för till exempel astma-, diabetes- och hypertonipatienter. Delområdet är det näst största inom primärvården. Det utgör 16 procent av nettokostnaderna och har nästan lika många kontakter som allmänläkarvården.

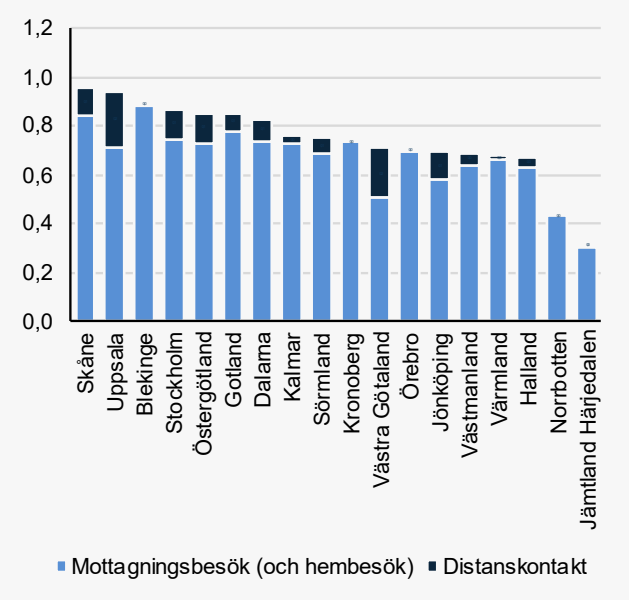
Antalet fysiska besök per invånare var länge stabilt över tid. Under pandemin minskade antalet kraftigt. Besöken har ökat något sedan dess men minskade igen mellan 2024 och 2025.

4.1.3 Mödrahälsovård

Mödrahälsovården utförs huvudsakligen av sjuksköterskor och barnmorskor. Här ingår gynekologiska undersökningar och hälsokontroller av gravida kvinnor, för- och eftervård, samt preventivmedelsrådgivning i anslutning till graviditet. All mödrahälsovård på primärvårdsnivå (basal mödrahälsovård) ingår även om den förekommer på sjukhus.[23]

Majoriteten av alla kontakter inom mödrahälsovården sker med sjuksköterska eller barnmorska. Under 2025 registrerades för hela landet 0,8 kontakter per kvinna i åldern 15–54 år varav de flesta var fysiska besök. Antalet varierar stort mellan regionerna, från 0,3 till 0,9 besök.

Diagram 48 Antal kontakter per kvinna, 15–54 år, inom regionernas mödrahälsovård, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Antalet fysiska besök inom mödrahälsovården har minskat sedan 2015 men antalet besök påverkades inte lika mycket av pandemin som andra verksamheter.

4.1.4 Barnhälsovård

Barnhälsovården riktar sig till barn och deras föräldrar från födelsen och fram till att överlämning kan ske till Elevhälsans medicinska insatser, i samband med att barnet börjar skolan.

Barnhälsovård (BHV) sker inom ramen för primärvården på barnavårdscentraler (BVC).[24] Totalt registrerades 3,8 kontakter per barn i åldern 0–5 år, varav majoriteten var fysiska besök under 2025. Drygt 80 procent av de fysiska besöken inom

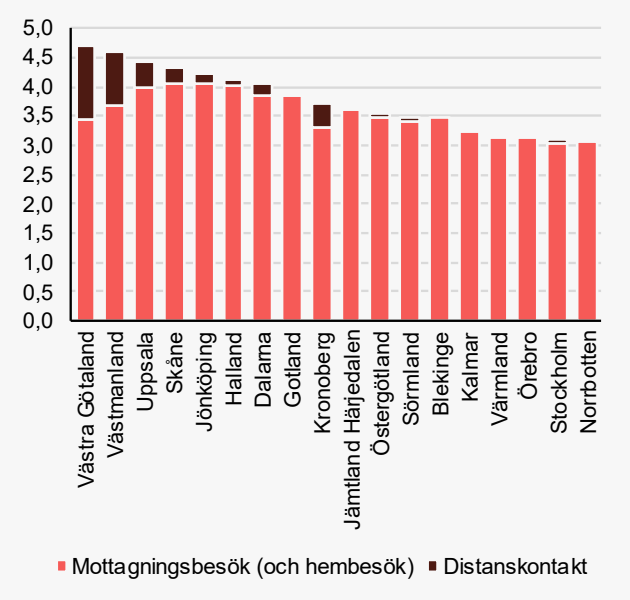
[23] Vid så kallad riskgraviditet finns specialistmödravård, som redovisas under området Specialiserad somatisk vård.

[24] Vissa BVC finns inom familjecentralers verksamhet. Anställda kan arbeta både inom BHV och inom sjukhusvården, men i de fallen skiljer sig både uppdraget och verksamheternas fysiska placering åt. För vissa barn, bland annat för tidigt födda, görs besök och kontroller på barnkliniker. Denna verksamhet redovisas under området Specialiserad somatisk vård.

barnhälsovård är till sjuksköterska och 17 procent till läkare.

Liksom mödrahälsovården har barnhälsovården minskat sedan 2015 men antalet besök påverkades inte lika mycket av pandemin som andra verksamheter. Antalet besök har, till skillnad från mödrahälsovården, ökat sedan pandemin.

Diagram 49 Antal kontakter per barn 0–5 år inom regionernas barnhälsovård, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

4.1.5 Fysioterapi och arbetsterapi

Delområdet omfattar arbetsinsatser av fysioterapeuter, arbetsterapeuter, inklusive kiropraktorer och naprapater, med självständigt behandlingsansvar.[25] En stor del av verksamheten bedrivs i privat regi.

Antalet fysiska besök har varit stabilt över åren men påverkades negativt av pandemin. Besöken har ökat varje år efter pandemin men ligger fortfarande under tidigare antal.

4.1.6 Primärvårdsansluten hemsjukvård

Hemsjukvård på primärvårdsnivå ges både av regioner och kommuner men regionerna har alltid ansvar för läkarinsatser inom hemsjukvården. I Region Stockholm, som är den enda region där hemsjukvården bedrivs i regional regi, utgör läkarbesöken endast 2 procent av besöken. Majoriteten, 85 procent, av besöken utförs av undersköterskor och 12 procent av sjuksköterskor. I Stockholm utgör hemsjukvården 6 procent av nettokostnaderna för primärvård.

4.1.7 Sluten primärvård

Sluten primärvård är slutenvård på primärvårdsnivå och kan omfatta bland annat observationsplatser på vårdcentraler, närsjukvårdsplatser och allmän palliativ vård. Vårdplatser inom sluten primärvård fanns 2025 framför allt i regionerna Uppsala, Norrbotten, Västerbotten och Värmland.

4.1.8 Övrig primärvård

I delområdet övrig primärvård ingår primärvårdsverksamheter som inte sorterar in i någon annan delverksamhet, till exempel psykosociala team, sjukvårdsupplysning och ungdomsmottagning. Här ingår även sjukdomsförebyggande folkhälsoarbete som riktar sig till enskilda individer eller grupper av individer (exempelvis regelbundna hälsokontroller, men ej screening). Av de fysiska besöken utgjorde 2025 besök till läkare endast 2 procent, till sjuksköterska 10 procent medan resterande 88 procent är till andra yrkesgrupper.

4.2 Vårdcentraler

Större delen av primärvården bedrivs vid någon av öppenvårdens drygt 1 200 vårdcentraler. Exakt hur en vårdcentral ska avgränsas i statistiken är inte självklart. Enligt SKR:s verksamhetsstatistik är en vårdcentral en mottagning som patienter kan lista sig på. Mottagningen ska kunna utföra läkarvård men också mer samordnade aktiviteter. Det innebär att en vårdcentral behöver ha flera yrkeskompetenser.

Sedan lagen om valfrihet (LOV) trädde i kraft 2009 har antalet privata vårdcentraler ökat (Diagram 50)

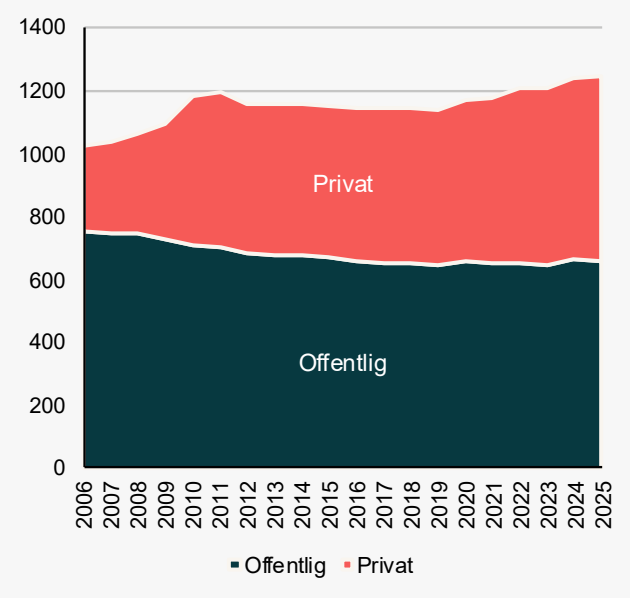
[25] Om verksamheten avser arbete med inskriven patient på vårdavdelning betraktas kostnaderna som medicinsk service (940) och interndebiteras/fördelas till slutenvård och besöket räknas inte in i öppenvårdsstatistiken.

och utgör nu 47 procent av alla vårdcentraler i Sverige.

Privata vårdcentraler har i genomsnitt 7 890 listade patienter, att jämföra med 8 952 listade patienter för offentliga vårdcentraler. Som framgår av diagram 51 är det vanligare med privat drift bland de allra minsta vårdcentralerna, medan offentlig drift dominerar bland de största.

Ytterligare en skillnad är att privata vårdcentraler är vanligast i större kommuner. I storstadskommunerna är de privata vårdcentralerna i majoritet.

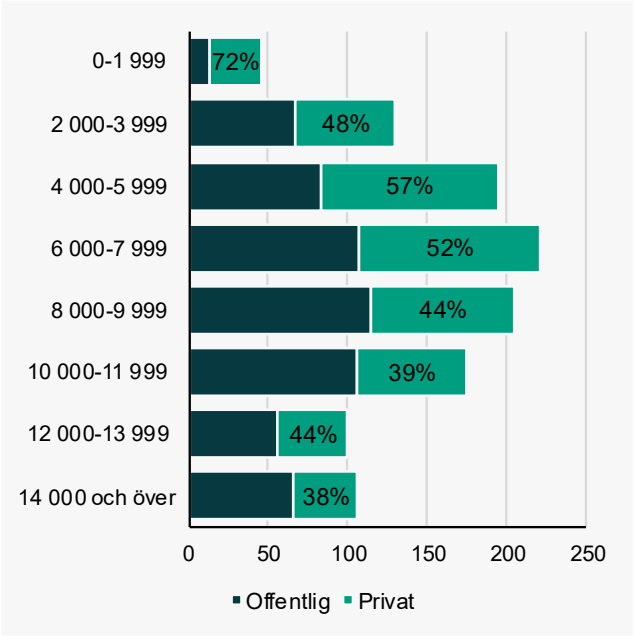
Diagram 50 Antal vårdcentraler efter regi



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner, för 2025 har antalet vårdcentraler för regionerna i Gävleborg och Västernorrland räknats upp med 2024 års värde eftersom de saknar uppgifter för 2025.

Hälso- och sjukvårdslagen anger att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. I tätorter är det därför vanligare med få stora vårdcentraler, medan det ofta finns flera mindre vårdcentraler i glesbygd.

Diagram 51 Antal vårdcentraler efter regi och antal listade patienter, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Andelen privata vårdcentraler inom respektive storlek anges i procent i staplarna för privata vårdcentraler.

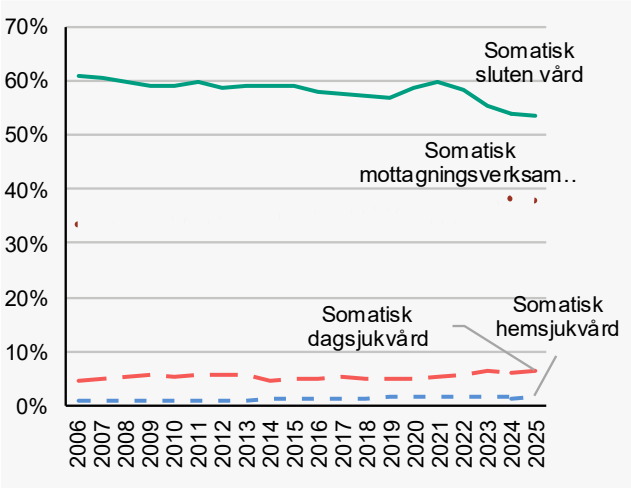
Region Jämtland-Härjedalen har flest vårdcentraler per invånare. Den genomsnittliga storleken på en vårdcentral är också mindre i Jämtland-Härjedalen än i någon annan region. Detta förklaras av geografin. Om alla invånare ska ha ett rimligt avstånd till primärvården så behövs ett större antal mottagningar, som då också blir mindre mätt i termer av antalet listade patienter.

5 SPECIALISERAD SOMATISK VÅRD

Specialiserad somatisk vård innefattar verksamheter som är specialiserade på kroppsliga sjukdomar och skador. Vården bedrivs i regel vid sjukhus, men viss vård bedrivs på specialistläkarmottagningar som kan vara samlokaliserade med en vårdcentral. Specialiserad somatisk vård omfattar bland annat medicinsk vård, kirurgisk vård, rehabilitering och geriatrisk vård.

Specialiserad somatisk vård står för 60 procent av regionernas hälso- och sjukvårdskostnad. Inom verksamheten består nettokostnaden till häften av sluten vård och till hälften av öppen vård (tillsammans med hemsjukvården).

Diagram 52 Andel av nettokostnaden per verksamhet inom somatisk vård



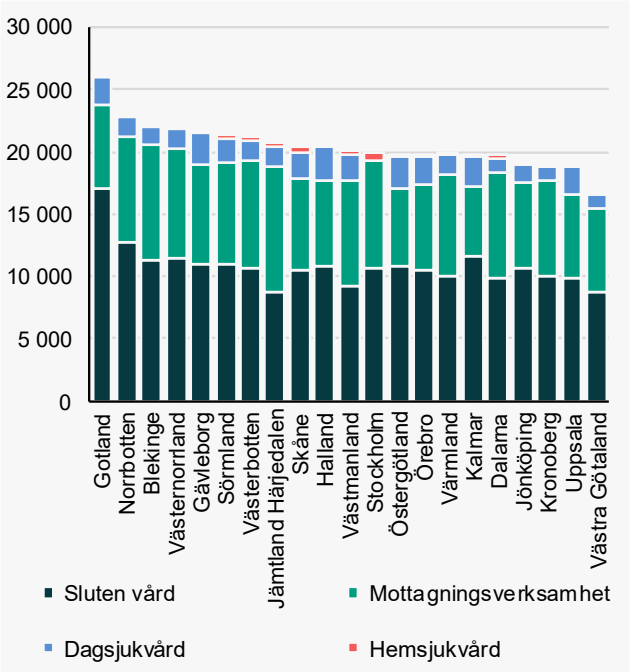
Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Under covid-19-pandemin ökade den slutna vårdens andel av nettokostnaderna. Resurser överfördes från den öppna vården, där inflödet av patienter minskade, till den slutna vården där behovet var större.

Sett över en längre tidsperiod har den öppna mottagningsverksamheten ökat sin andel och den slutna vården minskat sin. Även dagsjukvårdens andel av kostnaderna har ökat (diagram 52).

Fördelningen mellan vårdformerna ser olika ut i regionerna, främst beroende på skillnader i vårdsystemens utformning och regionernas förutsättningar (Diagram 53).

Diagram 53 Regionernas nettokostnad per invånare för specialiserad somatisk vård exkl. förmånsläkemedel 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

5.1 Kostnad per diagnoskategori och delverksamhet inom somatisk vård

Med databasen Kostnad per patient (KPP) kan vårdens kostnader analyseras per vårdkontakt för att visa hur kostnaderna fördelar sig efter sjukdomspanoramat inom verksamheten (tabell 3).

Vid en vårdkontakt kodas diagnoser och kontaktorsaker enligt Världshälsoorganisationens (WHO) standard för klassificering av sjukdomar, ICD-10.[26]

En patient kan få flera diagnoskoder vid en vårdkontakt. Som huvuddiagnos anges i de flesta fall det tillstånd som var huvudskälet till att patienten tog kontakt med vården. Det skälet fastställs vid vårdkontaktens slut.

Alla diagnoskoder avser inte ställda diagnoser. Det finns också diagnoskoder för andra kontaktorsaker än sjukdom och skada, exempelvis för utfärdande av medicinska intyg.

Det finns en stor mängd ICD-10-koder. De kan aggregeras eller användas tillsammans med åtgärdskoder för att gruppera kontakterna på olika sätt. I tabell 3 används en indelning som grupperar diagnoserna i 24 större diagnoskategorier (MDC, Major Diagnostic Categories), varav de flesta relaterar till specifika organsystem eller hälsotillstånd.

Tabell 3 Genomsnittlig kostnad i kronor per kontakt och MDC (Major Diagnostic Categories) samt den totala kostnadsandelen inom specialiserad somatisk vård, 2025

MDC	Kostnad per öppenvårdskontakt	Kostnad per vårdtillfälle	Andel av total kostnad
Övrigt	3 544	119 209	12,87%
Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	6 151	100 860	11,06%
Cirkulationsorganens sjukdomar	6 167	87 419	10,28%
Matsmältningsorganens sjukdomar	7 095	88 685	9,66%
Sjukdomar i nervsystemet	7 229	93 339	7,73%
Andningsorganens sjukdomar	6 613	83 270	6,30%
Sjukdomar i njure och urinvägar	5 863	74 910	5,81%
Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	10 566	176 575	4,58%
Graviditet, förlossning och barnsängstid	3 392	59 602	4,38%
Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	8 474	117 624	3,31%
Sjukdomar i hud och underhud	4 718	69 531	3,26%
Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	4 971	65 440	3,19%
Endokrina, metabola och nutritionssjukdomar	4 417	76 106	2,51%
Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV	5 194	87 217	2,49%
Sjukdomar i öga och närliggande organ	3 400	49 143	2,45%
Nyfödda och vissa perinatala tillstånd	6 398	187 751	2,01%
Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	6 574	97 315	1,96%
Skador, förgiftningar och toxiska effekter	5 510	71 416	1,28%
Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	4 440	55 246	1,23%
Sjukdomar i manliga könsorgan	7 258	87 901	1,19%
Bröstkörtelsjukdomar	11 775	112 635	1,05%
Blodsjukdomar och immunologiska rubbningar	7 794	72 300	1,03%
Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador	6 931	200 158	0,22%
Brännskador	6 412	268 496	0,14%
Totalsumma	5 200	88 990	100%

Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). Samtliga öppenvårdskontakter och vårdtillfällen ingår, både innerfall och ytterfall (särskilt dyra vårdtillfällen). Region Gotland ingår inte eftersom de inte tar fram KPP. KPP omfattar endast i undantagsfall vård som bedrivs i privat regi.

[26] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Socialstyrelsen ansvarar för den svenska versionen och översättningen.

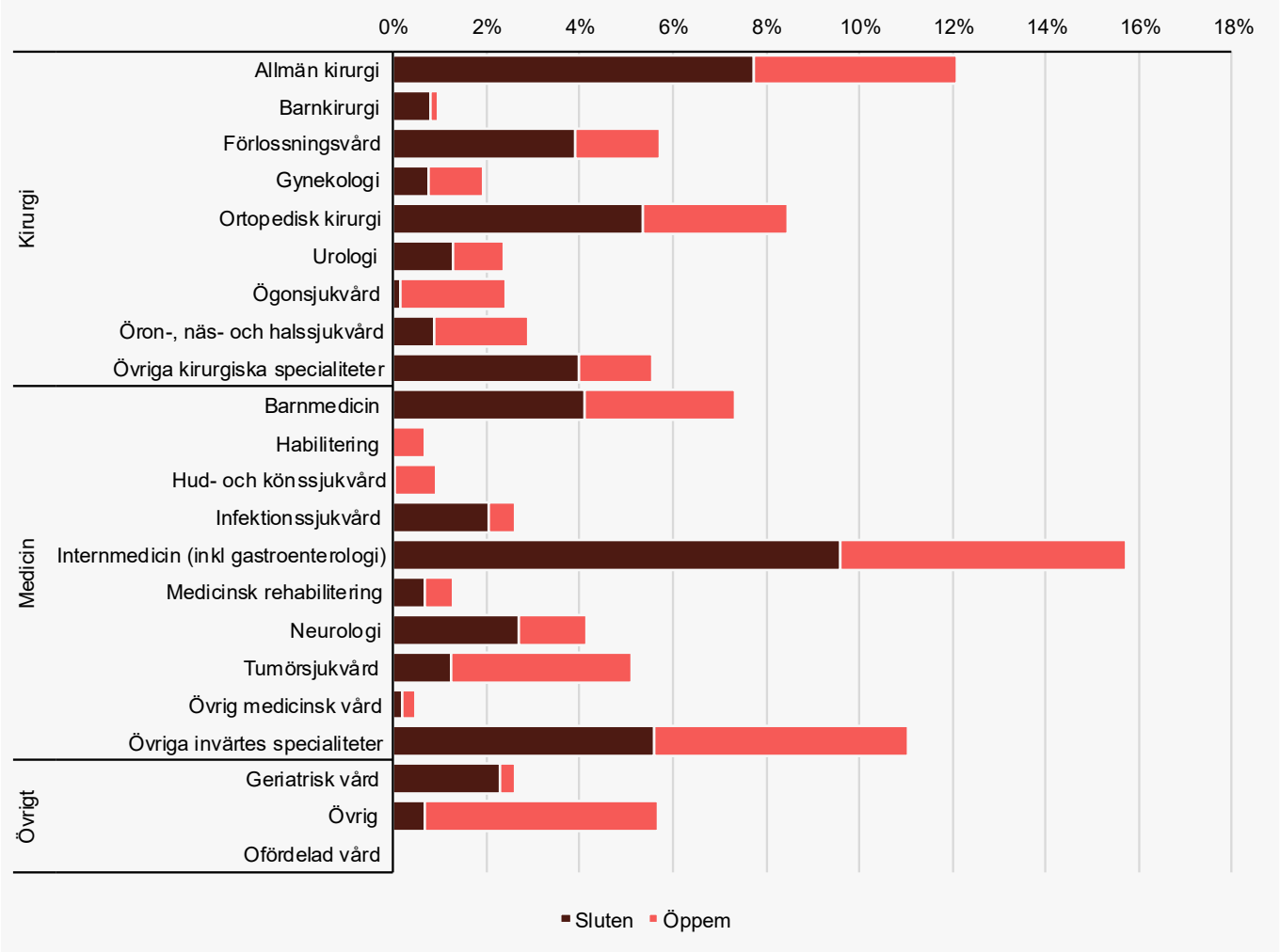
I tabell 3 visas kostnaden per kontakt (oavsett kontakttyp) och per vårdtillfälle enligt denna indelning. Här visas också varje diagnoskategoris andel av den totala kostnaden för specialiserad somatisk vård. Den största kategorin är *Övrigt* som står för nästan 13 procent av de totala kostnaderna för den somatiska vården. Inom den här kategorin återfinns övergripande och ospecifika kontaktorsaker som inte kan relateras till ett specifikt organsystem eller hälsotillstånd.

Kategorin Övrigt är vanligast i öppenvården där den står för drygt 20 procent av kostnaderna och 30 procent av kontakterna. Inom slutenvården står Övrigt för drygt 6 procent av kostnaderna och nästan 5 procent av vårdtillfällena. Den näst största kategorin är sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, följt av cirkulationsorganens och matsmältningsorganens sjukdomar.

Vissa diagnoskategorier är väldigt dyra per kontakt och vårdtillfälle, men det rör sig då ofta om relativt ovanliga diagnoskategorier, som till exempel brännskador.

De flesta MDC går att relatera till vissa specialiteter. Kostnaderna för diagnoskategorin sjukdomar i muskler, skelett och bindväv är till exempel vanligast inom ortopedisk kirurgi och en stor del av kostnaden för cirkulationsorganens och matsmältningsorganens sjukdomar återfinns inom intermedicin och övriga invärtes specialiteter.

Diagram 54 Specialitetsområdenas andel av den totala kostnaden (100%) för somatisk vård i KPP, fördelat på öppen och sluten vård, 2025



Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). Delverksamheterna är grupperade från medicinska verksamhetsområden MVO. För 2025 saknas *****. Procent av den totala kostnaden för specialiserad somatisk vård i KPP.

I diagram 54 visas kostnaderna för specialiserad somatisk vård per medicinskt verksamhetsområde (MVO), aggregerade till verksamhetsindelningen enligt VI2000 (som är nära relaterad till läkarspecialiteterna). De breda verksamheterna internmedicin och allmän kirurgi står för de största kostnaderna. En majoritet av kostnaderna härrör från sluten vård.

Fördelningen mellan öppen och sluten vård avser dock endast verksamhet som bedrivs i egen regi. En större andel av den öppna vården bedrivs i privat regi som också är koncentrerad till vissa specifika verksamheter (tabell 4, bilaga 3, Verksamhetsöversikt). Inom den slutna vården är privat verksamhet vanlig inom geriatrisk vård och medicinsk rehabilitering.

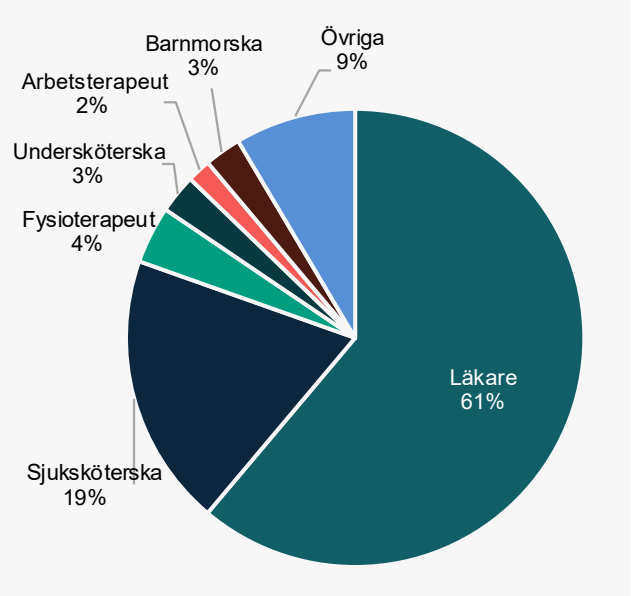
5.2 Somatisk öppenvård och hemsjukvård

Majoriteten av alla besök inom specialiserad somatisk vård går till yrkesgruppen läkare (diagram 55) men besöksmönstren skiljer sig mellan verksamheterna. Andelen läkarbesök är till exempel större inom kirurgiska specialiteter än medicinska. Sjuksköterskor är den näst vanligaste yrkesgruppen att besöka.

Den vanligaste kontakttypen i somatisk öppenvård är mottagningsbesök till läkare. Detta är samtidigt den dyraste kontakttypen. Ett enskilt läkarbesök 2025 kostar i genomsnitt 6 605 kronor. Det kan jämföras med ett mottagningsbesök hos en sjuksköterska, som kostar i genomsnitt 4 659 kronor (diagram 56).

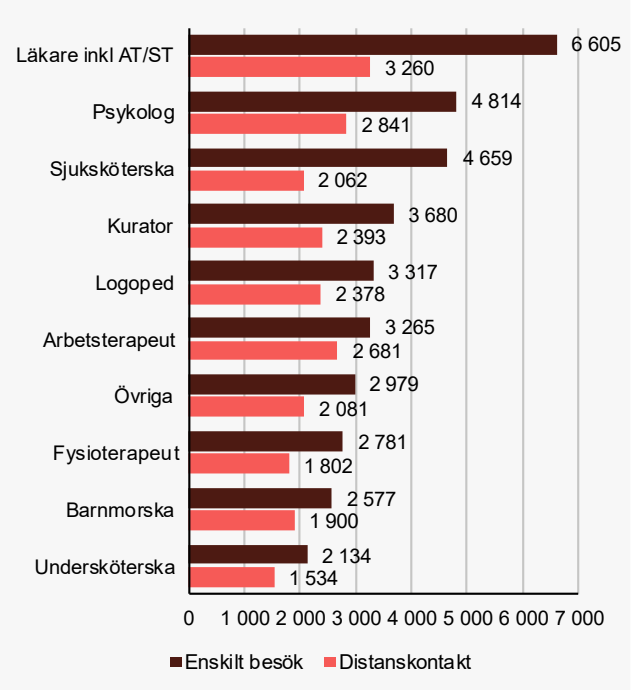
Distanskontakter kostar mindre än fysiska besök, men statistiken är osäker eftersom gränsen för vad som ska räknas som en vårdkontakt inte är lika tydlig som vid fysiska besök. Kostnaden per distanskontakt i regionen med högst kostnad är omkring fem gånger den i regionen med lägst kostnad.

Diagram 55 Fördelning av besök per yrke i specialiserad somatisk vård, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Ej dagsjukvård.

Diagram 56 Kostnad per kontakt och yrke i somatisk öppenvård 2025



Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). Enskilda besök inkluderar dagsjukvårdsbesök och hembesök. Kostnaderna avser endast kontakter där patienten möter *en* vårdpersonal med självständigt behandlingsansvar. Kontakter där patienten möter ett vårdteam där flera har självständigt behandlingsansvar är exkluderade, liksom då en grupp patienter möter en eller flera yrkesgrupper.

5.3 Somatisk slutenvård

Den slutna somatiska vården utgör drygt 30 procent av regionernas hälso- och sjukvårdskostnad. Den totala nettokostnaden var år 2025 drygt 114 miljarder kronor, eller 10 785 kronor per invånare. Samma år fanns i genomsnitt 15 969 disponibla vårdplatser inom den somatiska vården, varav drygt hälften inom medicinska specialiteter.

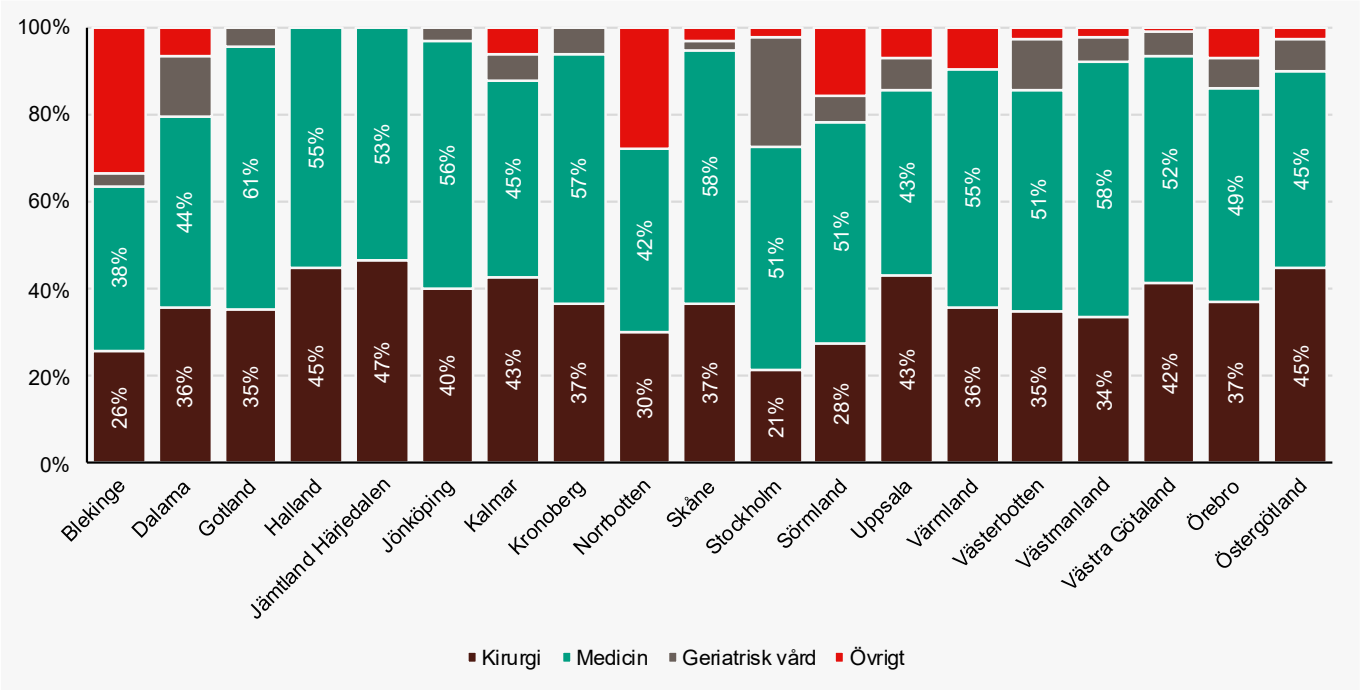
Som framgår av diagram 57 varierar fördelningen av vårdplatser mellan regionerna. Några regioner med färre invånare har till exempel en större andel *Övriga somatiska vårdplatser*. Denna kategori är vanligast på mindre sjukhus, där flera verksamheter kan behöva bedrivas på samma avdelning. När så är fallet blir det svårare att knyta vårdplatserna till en specifik specialitet.

Eftersom en betydande del av den specialiserade somatiska vården utförs på regionsjukhus och säljs till andra regioner kan det ibland vara mer relevant att jämföra sjukvårdsregioner som i diagram 58.

I diagrammet visas antal disponibla vårdplatser per tusen invånare i respektive sjukvårdsregion.[27] Där framgår att vårdplatserna är fler i de norra sjukvårdsregionerna där avstånden är större. Stockholms sjukvårdsregion sticker dock ut med ett stort antal vårdplatser inom den geriatriska vården.

Kostnaden för att bedriva vård är större på regionsjukhus och inom kirurgiska verksamheter eftersom dessa omfattar dyrare behandlingar (diagram 59). Exempelvis kostar ett vårddygn 2025 i genomsnitt 24 204 kronor på ett regionsjukhus att jämföra med 15 180 kronor på andra typer av sjukhus. Kirurgiska vårddygn är i genomsnitt 5638 kronor dyrare än inom medicinska specialiteter (tabell 4 i bilaga 3 visar vilka verksamheter som ingår i kirurgi respektive medicin). En stor del av kostnaderna vid ett vårdtillfälle uppstår i vanliga fall under den första tiden efter inskrivning, eftersom det är då de flesta vårdinsatserna utförs. Kostnaden för en vårddag påverkas alltså av om den är i början eller slutet av ett vårdtillfälle.

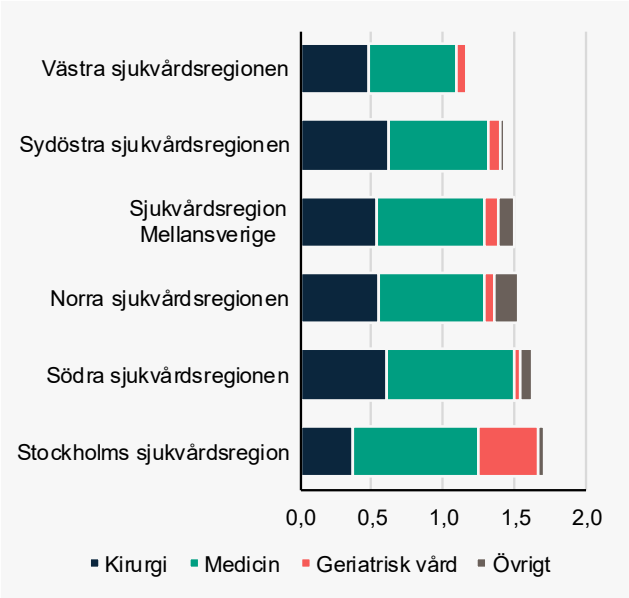
Diagram 57 Fördelning av somatiska vårdplatser per region 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

[27] Sjukhusen i Region Halland har fördelats per kommun till västra respektive södra sjukvårdsregionen.

Diagram 58 Sjukvårdsregionernas antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare*, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. *Region Halland tillhör både Västra och Södra sjukvårdsregionen. Olika kommuner tillhör olika sjukvårdsregioner (se tabell 2). Region Västernorrland och region Gävleborg saknas i statistiken för 2025.

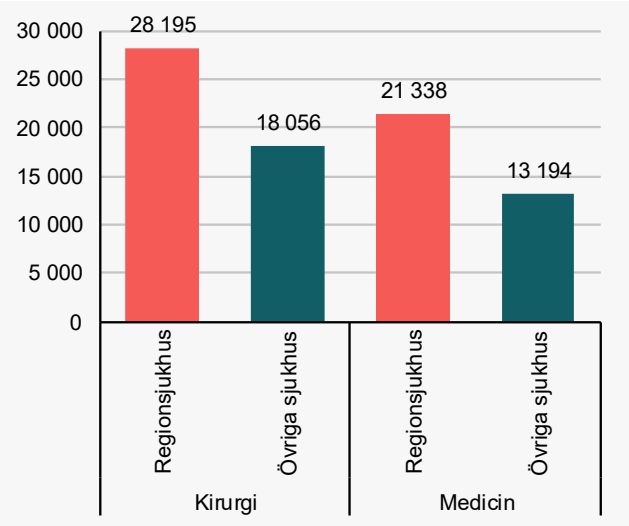
Räknat i fasta priser har nettokostnaden för sluten somatisk vård per invånare knappt förändrats de senaste två decennierna.[28] Detta trots att vårdplatserna länge har blivit färre. Mellan 2024 och 2025 har antalet disponibla vårdplatser däremot ökat.

En förklaring till att regionerna har kunnat minska antalet disponibla vårdplatser är att vårdtiderna har blivit kortare (diagram 60). Fler patienter kan alltså få sluten vård på färre vårdplatser. Kortare vårdtider beror dels på effektivare behandlingsmetoder, dels på att bättre samverkan med kommunerna minskar beläggningen av utskrivningsklara patienter.

Beläggningsgraden, alltså i vilken utsträckning de disponibla vårdplatserna används, kan beräknas genom att ställa den genomsnittliga beläggningen per dag mot det genomsnittliga antalet vårdplatser.[29]

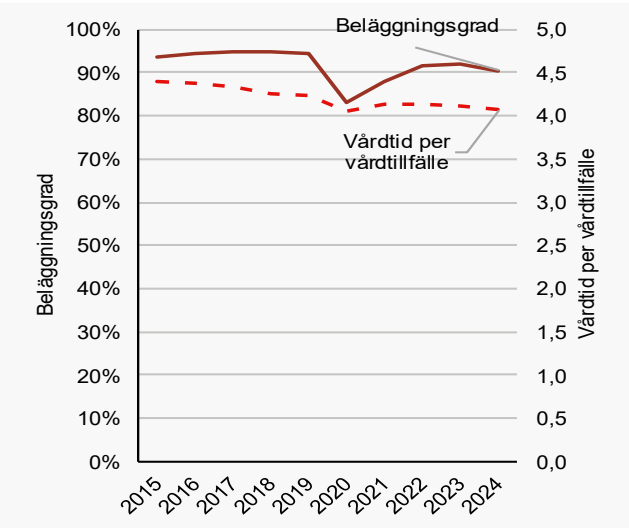
Före pandemin var den generella beläggningsgraden över 90 procent. Under pandemin minskade beläggningen och tycks därefter ha stabiliserats på en lägre nivå (diagram 60). Trots att vårdplatserna har blivit färre har den genomsnittliga beläggningsgraden alltså inte ökat.

Diagram 59 Kostnad (kronor) per vårddag, 2025



Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). KPP principerna har ändrats från och med 2025 och innebär bl.a. att kostnaderna för akutmottagning vid inskrivning inte förs över till vårdtillfället. Det gör att de redovisade kostnaderna per vårdtillfälle blir lägre än tidigare.

Diagram 60 Beläggningsgrad i procent och vårdtider i antal dagar, somatisk vård, sjukhus med akutmottagning



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner, och Socialstyrelsen, Patientregistret (PAR). Endast regionsjukhus och sjukhus med akutmottagning. Data från PAR för 2025 fanns inte tillgänglig när rapporten togs fram

[28] Deflaterat med landstingsprisindex LPIK.

[29] Beläggning per dag beräknas utifrån data i Socialstyrelsens patientregister. Genomsnittligt anta vårdplatser beräknas utifrån data i SKR:s verksamhetsstatistik.

6 PSYKIATRISK VÅRD

Specialiserad psykiatrisk vård innehåller tre olika delverksamheter: barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och vuxenpsykiatri (som motsvarar läkarspecialiseringen allmänpsykiatri).

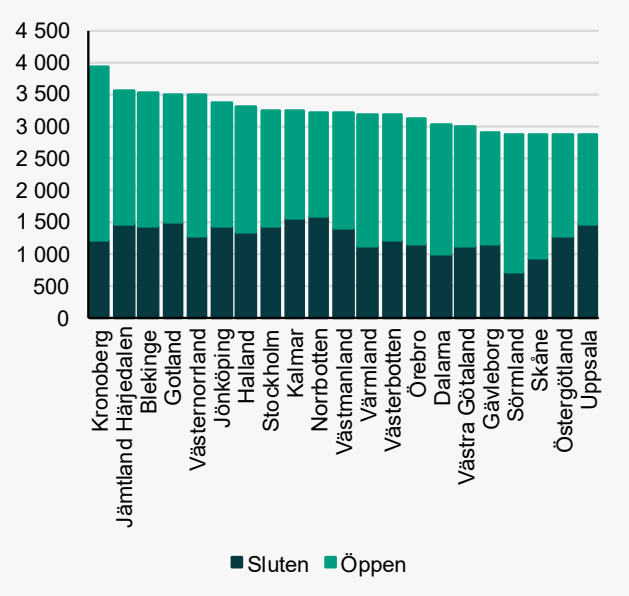
Psykiatriska sjukdomar behandlas även inom primärvården och i vissa regioner ansvarar primärvårdsnivån även för viss vård vid psykiatrisk sjukdom hos barn. I vissa regioner ansvarar BVC för psykiatrisk vård av barn under sex år.

Specialiserad psykiatri står för 9 procent av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård, motsvarande drygt 33 miljarder kronor totalt eller drygt 3 000 kronor per invånare.

Nettokostnaden per invånare skiljer sig mellan regionerna (diagram 61). Detta beror bland annat på skillnader i andelen vård som utförs i primärvården, men också på skillnader i volym och typ av vård som köps från andra regioner.

Eftersom regionerna ofta nyttjar varandras resurser inom specialiserad psykiatrisk vård, särskilt inom den slutna vården, kan det vara mer relevant att studera tillgången på vårdplatser per sjukvårdsregion (diagram 62). Det gäller särskilt för rättspsykiatrin, som är koncentrerad till ett fåtal platser i Sverige.

Diagram 61 Regionernas nettokostnad per invånare för specialiserad psykiatrisk vård, 2025



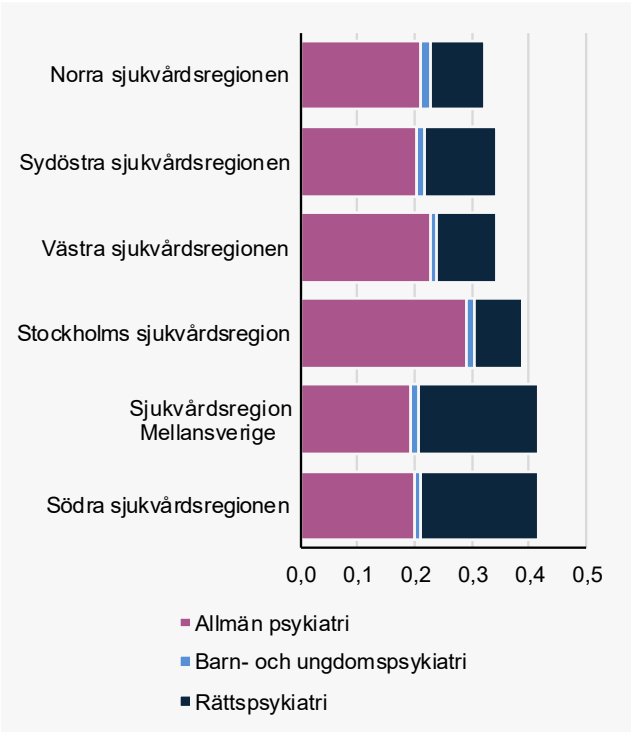
Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner.

Stockholms sjukvårdsregion har flest psykiatriska vårdplatser, samtidigt som antalet rättspsykiatriska platser per invånare är förhållandevis begränsat. Övriga sjukvårdsregioner har ungefär lika många vårdplatser per invånare för vuxenpsykiatrin, men skiljer sig utifrån antalet rättspsykiatriska vårdplatser.

Rättspsykiatrisk vård ges till patienter som i domstol dömts till rättspsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården ges även som öppen vård, men dessa besök kan vara svåra att särskilja från vuxenpsykiatrin i den nationella statistiken.

Verksamheten berör få patienter, varav de flesta är män. År 2024 fanns det 2 844 patienter, varav 2253 i sluten vård.[30]

Diagram 62 Sjukvårdsregionernas antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare inom specialiserad psykiatrisk vård, 2025



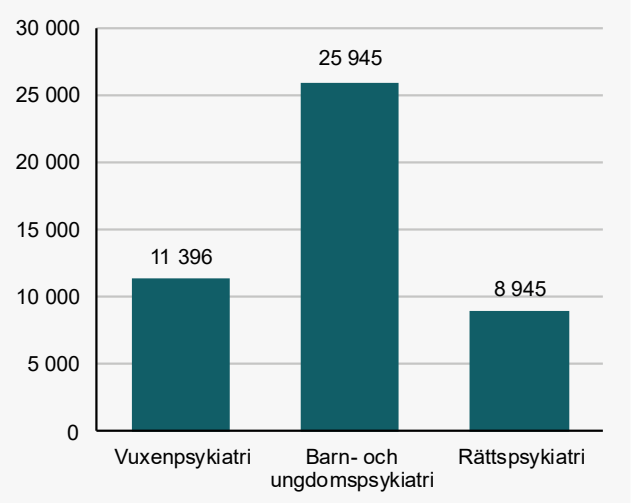
Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Region Västernorrland och region Gävleborg saknas i statistiken för 2025

År 2025 fanns omkring 1 530 disponibla rättspsykiatriska vårdplatser[31]. Dessa utgör 37 procent av vårdplatserna inom den specialiserade psykiatrin.

Vårdtiderna är långa inom psykiatrin jämfört med den övriga vården, särskilt inom rättspsykiatrin där det kan handla om vård under flera år. Även om kostnaden för en vårddag är lägst inom rättspsykiatrisk vård är kostnaden för ett vårdtillfälle därför dyrare. Förutom vårdtiderna påverkas kostnaderna inom rättspsykiatrin av det större behovet av skalskydd och annan säkerhet. Säkerhetsnivån påverkar kostnaderna.

Barn och ungdomspsykiatrin är dyrast per vårddag, men är samtidigt en väldigt liten verksamhet (diagram 63).

Diagram 63 Kostnad (kronor) per vårddag i specialiserad psykiatrisk vård, 2025



Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). Stockholm och Gotland rapporterar inte psykiatrisk vård till nationella KPP-databasen. KPP principerna har ändrats från och med 2025 och innebär bl.a. att kostnaderna för akutmottagning vid inskrivning inte förs över till vårdtillfället. Det gör att de redovisade kostnaderna per vårdtillfälle blir lägre än tidigare.

Antalet rättspsykiatriska vårdplatser har ökat under lång tid. Det framgår av diagram 64 som visar besök och vårdplatser per 1 000 invånare för alla verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård.

Slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatrin är av begränsad omfattning; i hela landet finns totalt 140 disponibla vårdplatser[30]. De utgör mindre än 4 procent av de psykiatriska vårdplatserna.

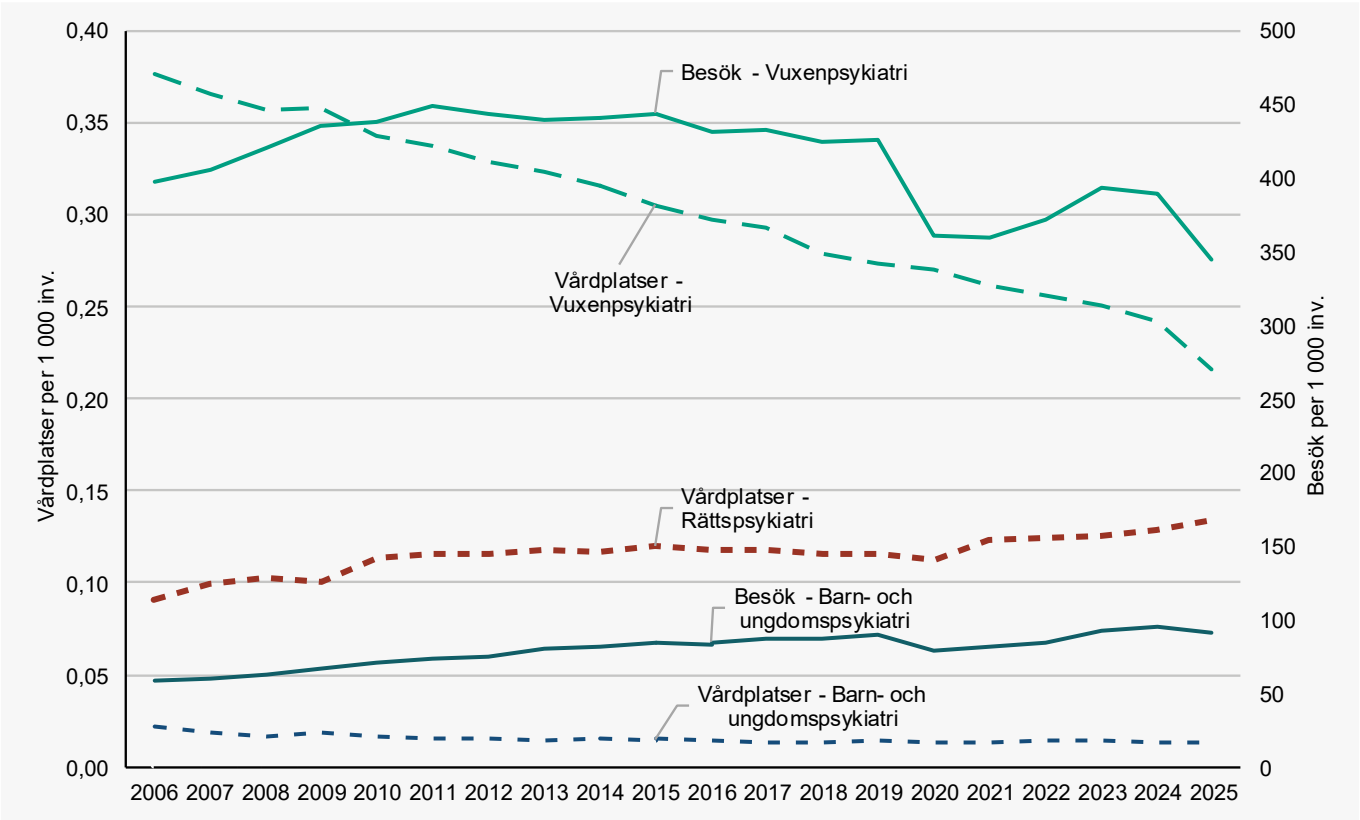
Vården domineras av flickor, varav flera har en ätstörningsdiagnos. Omkring var femte vårdtillfälle sker enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

.

[30] Se SKR, 2025. Psykiatrin i siffor. Rättspsykiatrin, Kartläggning 2024.

[31] Region Gävleborg och Västernorrland inkluderas med antalet 2024 då de saknar uppgifter för 2025

Diagram 64 Antal besök och disponibla vårdplatser per invånare inom specialiserad psykiatrisk vård, 2006–2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Endast fysiska besök. Kvoten är för alla invånare, både vuxna och barn oavsett verksamhet. Det förekommer besök inom rättspsykiatrin, men de är för få för att inkluderas i diagrammet. Gävleborg och Västernorrland ingår inte i statistiken för 2025 och Västerbotten saknar data för antalet besök 2025..

Antalet disponibla vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) har inte förändrats så mycket över tid jämfört med den övriga psykiatriska slutenvården. Däremot har antalet besök ökat.

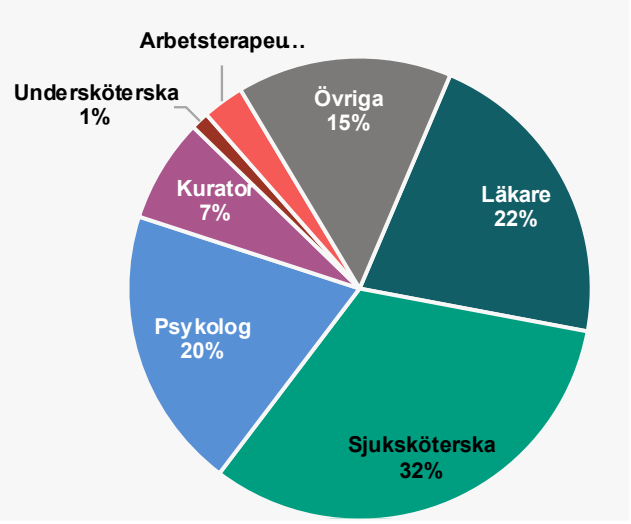
Inom vuxenpsykiatrin ökade antalet besök fram till 2011 och har sedan minskat svagt fram till pandemin, då antalet besök minskade kraftigt (diagram 64). Pandemieffekten ser likartad ut för övriga vårdgrenar, men är mindre tydlig. Efter pandemin har antalet besök återigen ökat men för vuxenpsykiatrin har de minskat mellan 2024 och 2025.

En tredjedel, 32 procent, av besöken inom den specialiserade psykiatrins samtliga verksamheter sker till sjuksköterska, medan besök till psykolog och läkare utgör en femtedel vardera.

Besöken till sjuksköterska kostar relativt lite jämfört med besöken till läkare och psykolog. Detta gäller oavsett om kontakten sker på en mottagning, i hemmet eller på distans (diagram 66).

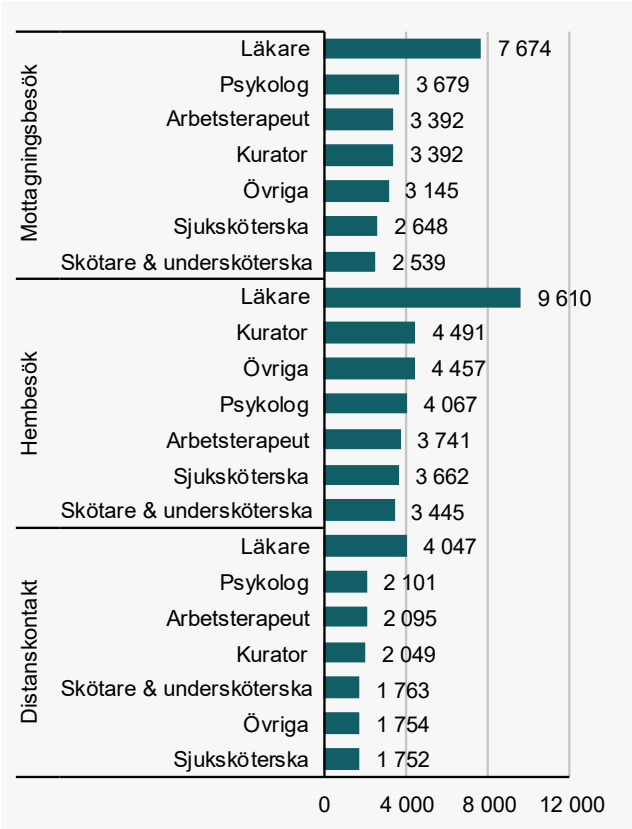
För de flesta yrkesgrupper är det små skillnader mellan kostnader för BUP och vuxenpsykiatrin. Där det finns större skillnader är vanligtvis BUP dyrare än motsvarande kontakt inom vuxenpsykiatrin.

Diagram 65 Andel besök per yrke inom specialiserad psykiatrisk vård, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Dagsjukvårdsbesök ingår inte.

Diagram 66 Kostnad (kronor) per kontakt inom specialiserad psykiatri, exkl. rättspsykiatri, 2025



Källa: SKR, Kostnad per patient (KPP). Endast allmän vuxenpsykiatri och BUP ingår. Endast kostnader för enskilda besök ingår, dvs. när en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar. Gruppbesök eller kontakter där patienten möter ett vårdteam där flera yrkesgrupper har eget behandlingsansvar ingår inte.

7 TANDVÅRD

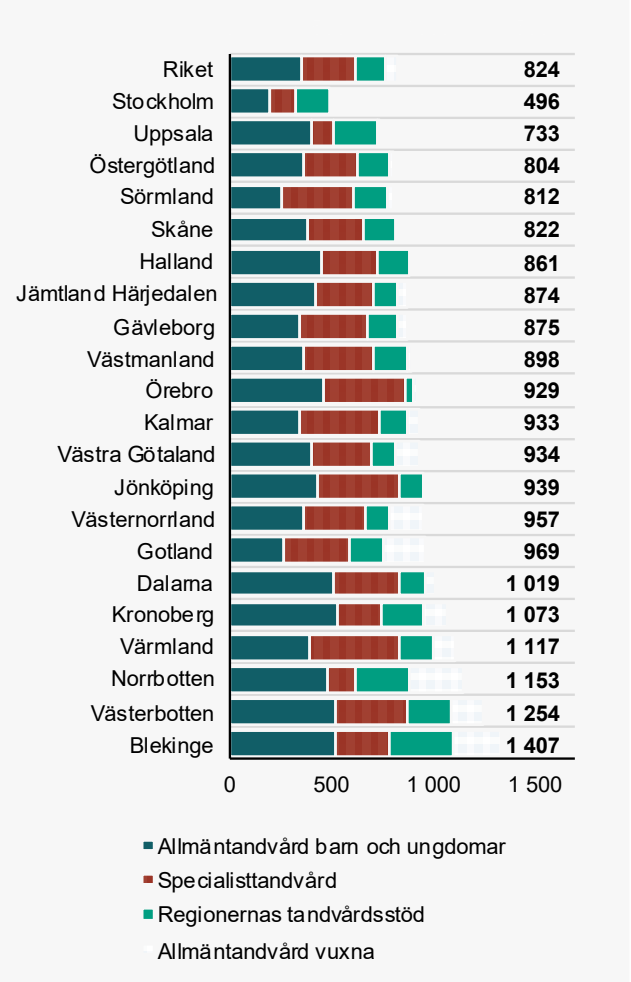
Tandvård omfattar allmäntandvård och specialisttandvård. Området innefattar alla åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Verksamheten utförs av, eller är under ansvar av, legitimerad tandläkare eller tandhygienist. Även tandvårdsverksamhet som utförs av andra yrkesgrupper ingår i området.

Regionerna ansvarar för att erbjuda en god tandvård och på andra sätt verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som bedrivs i regionens egen regi benämns folktandvård. Regionen kan välja att upphandla tandvård från privata aktörer men regionerna har alltid ett så kallat sistahandsansvar för att erbjuda befolkningen tandvård.

Den största delverksamheten inom regionernas tandvård är den vård som ges till barn och ungdomar. Den utgör totalt 44 procent av nettokostnaderna. Därefter kommer specialisttandvård som utgör 32 procent och regionernas tandvårdsstöd som utgör 19 procent av nettokostnaderna (diagram 67).

Nettokostnadsandelen för allmäntandvård till vuxna är endast 6 procent eftersom regionerna inte har någon skyldighet att själva finansiera den vården. För vuxna finns i stället statliga stöd via Försäkringskassan. Regionerna har däremot ett sistahandsansvar.

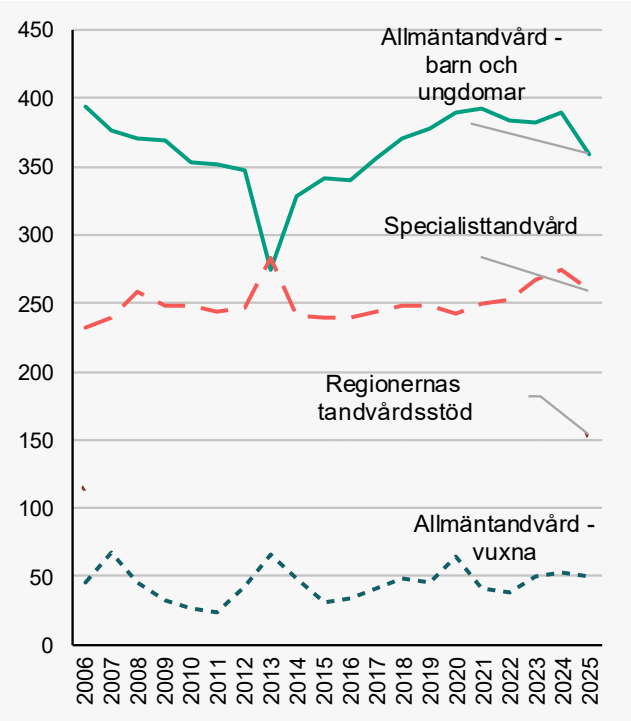
Diagram 67 Regionernas nettokostnad (kronor) per invånare för tandvård, 2025



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner.
Nettokostnaden är exklusive läkemedelskostnader inom förmånen.

Kostnaderna för tandvård till barn och unga har ökat över tid. Utvecklingen påverkas av att gränsen för vilka som har rätt till ungdomstandvård förändrats (diagram 68).

Diagram 68 Nettokostnad per invånare för delverksamheter inom tandvården



Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner: Kostnad i fasta priser med LPIK inkl. läkemedel. 2013 års kostnader påverkas av att en stor region rapporterade felaktiga värden för det året.

Kostnaderna per tandvårdspatient skiljer sig kraftigt mellan regionerna. Det är oklart i vilken grad det speglar faktiska skillnader mellan verksamheterna och skillnader i tandhälsa mellan regionerna. Skillnaderna kan också förklaras av brister i den nationella statistiken.

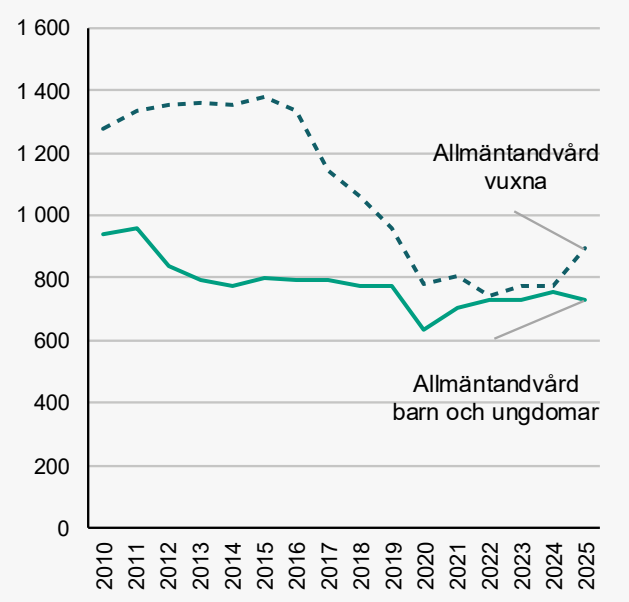
Regionerna har dessutom viss frihet att själva avgöra vilken tandvård som anses vara nödvändig, till exempel hur ofta barn och ungdomar ska kallas till besök.

Regionen får även ta ut en avgift när patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök och om patienten begär mer tandvård än nödvändigt. Eftersom regionerna själva bestämmer på vilken grund avgifter ska sättas kan det bidra till skillnader i nettokostnaden för tandvård mellan regionerna

7.1 Folktandvård

Allmäntandvården utgörs av tandvård till barn och ungdomar samt tandvård i regionens regi till vuxna, och står för knappt hälften av regionernas nettokostnad för tandvård. För tandvård till vuxna har regionen endast ett sistahandsansvar. Den produktion som visas här är därför endast den som bedrivs i regionens egen regi (folktandvård). Allmäntandvård till barn och ungdomar består både av egen regi och tandvård utförd av privata aktörer.

Diagram 69 Allmäntandvård, patienter per 1 000 invånare



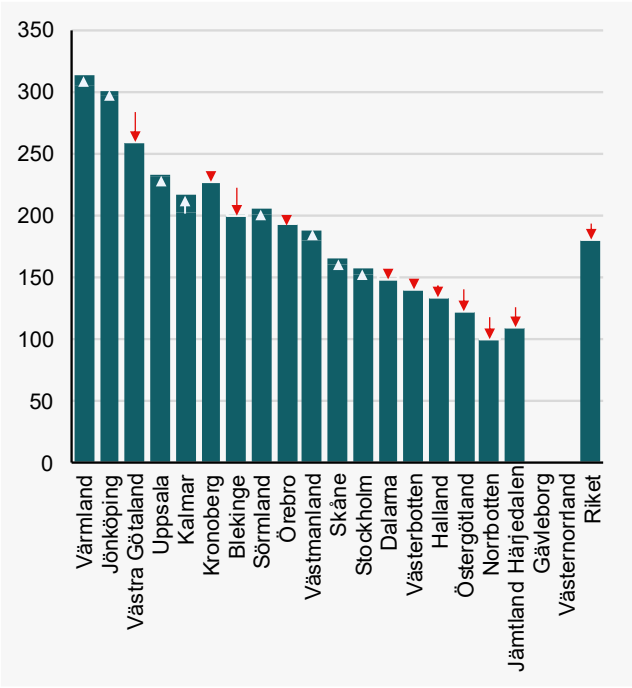
Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Patienter per invånare för barn och ungdomar har beräknats utifrån den befolkning som har rätt till barn och ungdomstandvård. Samma sak gäller vuxentandvården. Förändringarna av åldersgränser som gällt olika år har beaktats för beräkning av patienter per invånare.

I tandvården har åldersgränserna för fri tandvård sänkts från det år patienten fyller 23 år till 19 år. Mellan åren 2017 och 2019 höjdes åldersgränsen succesivt från 19 år till 23 år, men är nu alltså tillbaka till samma nivå som tidigare. Det innebär färre patienter inom allmäntandvården till barn och unga och. lägre kostnader för folktandvården. (diagram 69). Precis som inom den övriga vården syns en minskning i antal patienter i samband med pandemin. Allmäntandvård till vuxna är svårare att tolka eftersom den inte innehåller allmäntandvård till vuxna som utförs i privat regi. Därför påverkas volymerna av antalet privata aktörer i regionerna.

7.1.1 Allmäntandvård till vuxna

Delområdet Allmäntandvård vuxna omfattar all tandvård som bedrivs på allmänna tandvårdskliniker. Den regionala allmäntandvården drivs av folktandvården och ges enligt de avgifter som regionfullmäktige beslutat. Från och med 2025 räknas en person som vuxen från och med det år då den fyller 20 år.[32] Åldersgränserna inom tandvården har varierat mellan åren och några regioner har tillämpat en högre åldersgräns för fri tandvård än den som krävs enligt lagen.

Diagram 70 Regionernas folktandvård till vuxna, patienter per 1 000 invånare, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Pilarna visar förändring mot 2024.

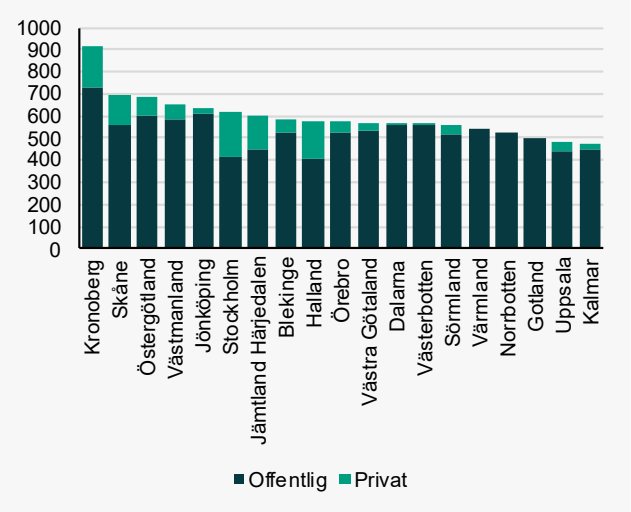
7.1.2 Allmäntandvård till barn och unga

Delområdet Allmäntandvård barn och ungdomar omfattar all tandvård som ges till barn och unga till och med det kalenderår då de fyller 19 år.[31] Specialisttandvård ingår inte i allmäntandvård.

Regionen ska regelbundet erbjuda och finansiera avgiftsfri och fullständig tandvård till alla barn och ungdomar. Med fullständig tandvård avses den som är nödvändig för att uppnå resultat som är godtagbart ur odontologisk och utseendemässig synpunkt. Tandvård utöver detta bekostar patienten själv. Antalet patienter per invånare skiljer sig något mellan regionerna, liksom hur stor andel patienter som får privat tandvård (diagram 71).

Skillnaderna påverkas av att varje region självständigt beslutar om vad som ska ingå i fullständig tandvård och hur regelbunden den ska vara. I de flesta regioner kallas barn från tre års ålder, men i vissa regioner sker kallelsen tidigare. En del regioner har också haft en högre åldersgräns för allmäntandvård till barn och unga. Regionerna Kronoberg avviker från övriga regioner vilket för Region Kronoberg beror på svårigheter att få ut korrekt data.

Diagram 71 Regionernas allmäntandvård till barn- och unga, patienter per 1 000 invånare, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Andel av barn och unga under 20 år.

7.2 Regionernas tandvårdsstöd

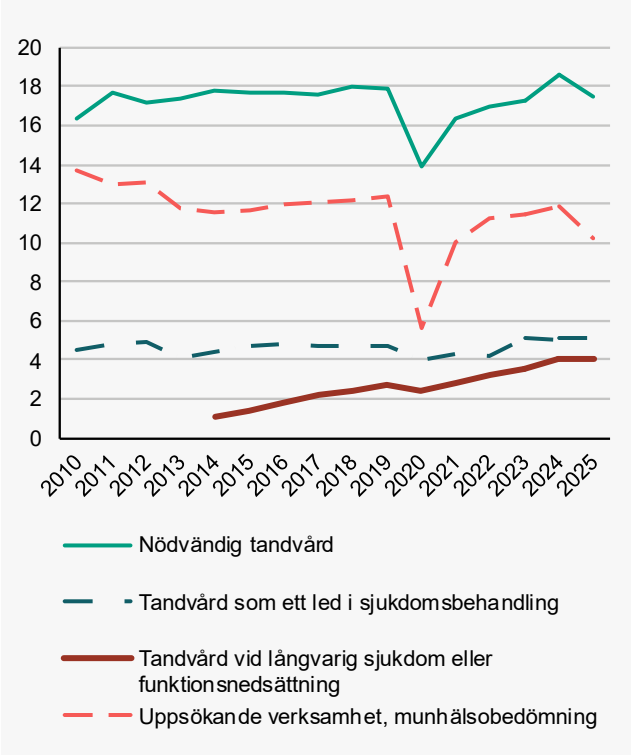
Regionerna ansvarar för att erbjuda tandvård till vissa patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och med behov av särskilt stöd. Detta stöd ges till samma avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Det innebär att även denna tandvård omfattas av högkostnadsskyddet.

[32] Mellan åren 2017 och 2019 höjdes åldersgränsen succesivt från 19 år till 23 år, men är från och med 2025 tillbaka till samma nivå som tidigare.

De fyra typer av stöd som ges är tandvård som led i sjukdomsbehandling, uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Den uppsökande verksamheten är avgiftsfri för patienten. De stöd som omfattar flest patienter är nödvändig tandvård följt av uppsökande verksamhet. Båda dessa påverkades av pandemin, men har i övrigt legat på en relativt stabil nivå (diagram 72).

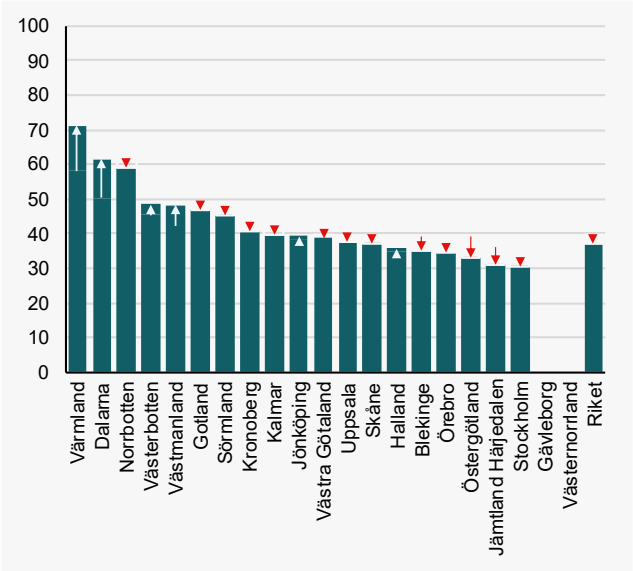
Diagram 72 Regionernas tandvårdsstöd, patienter per 1 000 invånare* per typ av stöd



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. *En patient kan finnas inom flera stöd och räknas då en gång per stöd. Andel av den vuxna befolkningen.

Skillnaden är stor mellan regioner, vilket reflekterar skilda möjligheter i regionerna att ta ut jämförbar tandvårdsdata, och skillnader i andel av befolkningen som har rätt att få dessa stöd (diagram 73).

Diagram 73 Regionernas tandvårdsstöd, patienter per 1 000 invånare*, 2025, samt förändring sedan 2024 (pil)



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. *En patient kan finnas inom flera stöd och räknas då en gång per stöd. Andel av den vuxna befolkningen.

Tandvård som led i sjukdomsbehandling

Stödet ges till patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid (S-tandvård). Hit räknas särskilt tandvårdsstöd till tandvårdsrädda personer samt tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar.

Uppsökande verksamhet, munhälsobedömning

Regionen ansvarar för att bedriva uppsökande verksamhet för munhälsobedömning (U-tandvård).

Verksamheten riktar sig till patienter som:

- Omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård.
- Är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personerna ovan.
- Får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Munhälsobedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård. Munhälsobedömningen är avgiftsfri för patienten.

Nödvändig tandvård

Till samma målgrupp som U-tandvården ska regionen erbjuda nödvändig tandvård (så kallad N-tandvård). Med nödvändig tandvård avses sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Verksamheten avser tandvård till de som har stora behov på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (så kallad F-tandvård). Tandvårdsstödet i sin nuvarande form infördes 2013.

Stödet riktar sig till personer med sämre förutsättningar att bibehålla en god tandhälsa eller har ökad mottaglighet för tandsjukdom till följd av en svår funktionsnedsättning. Det kan till exempel handla om Parkinsons sjukdom eller Multipel skleros (MS).

Tandvårdsstödet ges också till personer som på grund av en sällsynt diagnos har stora svårigheter att sköta sin munhygien, stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling, eller orofaciala symtom (som tal-, ät- eller sväljsvårigheter, eller nedsatt salivkontroll).

7.3 Specialisttandvård

Specialisttandvård är tandvård som utförs av tandläkare med särskilt specialistbevis. Här redovisas även tandvård som utförts av andra inom specialistklinikens verksamhet. Specialisttandvård omfattar insatser till barn, ungdomar och vuxna. Specialisttandvården kan drivas både av folktandvården och privata aktörer.

Både den offentliga och den privata specialisttandvården ges enligt den specialisttandvårdstaxa som regionfullmäktige fastställt (för privat specialisttandvård som inte finansieras av regionen gälle fri prissättning).

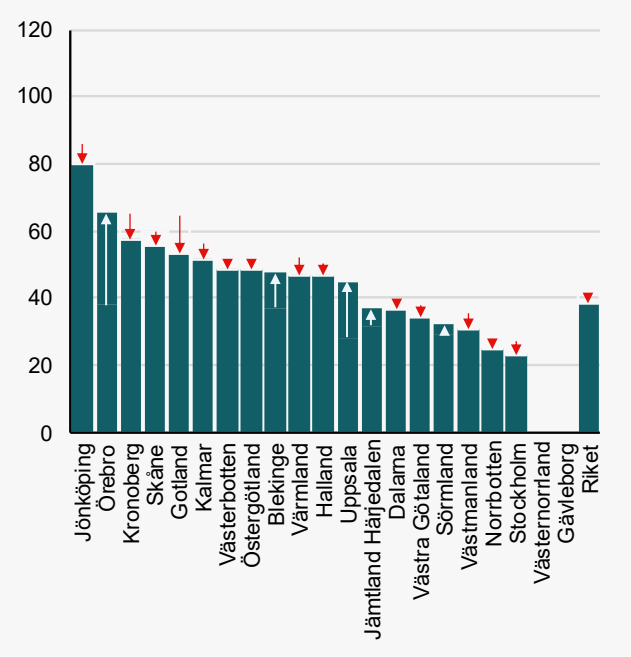
Oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser ges däremot till hälso- och sjukvårdens avgifter. Specialisttandvård till barn och unga är avgiftsfri.

Nio olika specialiteter ingår i specialisttandvård, varav vissa kan finnas inom slutenvård:

- Bettfysiologi
- Endodonti (rotbehandlingar)
- Käkkirurgi/oral kirurgi
- Odontologisk radiologi (röntgenundersökningar)
- Oral protetik
- Orofacial medicin
- Ortodonti (tandreglering)
- Parodontologi (tandlossningssjukdomar)
- Pedodonti

Inom den specialiserade tandvården är skillnaderna mellan regioner större än inom övriga delverksamheter (diagram 74). En del av skillnaderna kan antagligen förklaras med svårigheter att rapportera jämförbar statistik, bland annat eftersom en del av verksamheten sker på sjukhus.

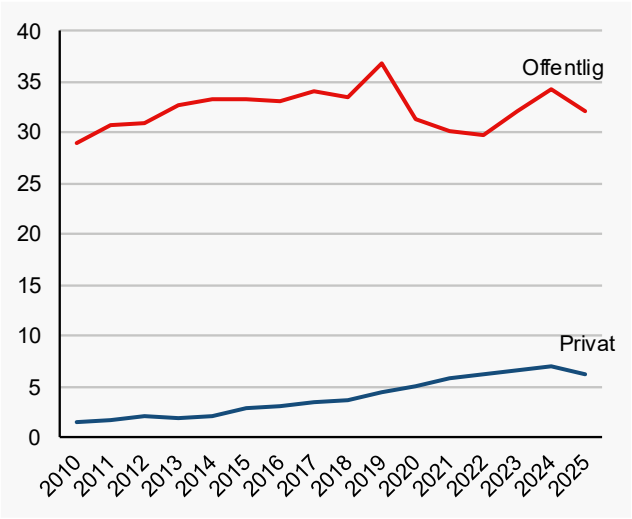
Diagram 74 Regionernas specialisttandvård, patienter per 1 000 invånare, 2024



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner. Pilarna visar förändring från 2024.

Antalet patienter som behandlades inom specialisttandvården har ökat över tid. Antalet behandlade inom offentligt driven specialisttandvård minskade under pandemin men har sedan dess ökat till nivåerna innan pandemin (diagram 75). Antalet patienter som behandlas i privat specialisttandvård är liten men växande, men det är nästan uteslutande i Region Skåne och Region Stockholm som privata utförare finns.

Diagram 75 Specialisttandvård, patienter per 1 000 invånare efter regi



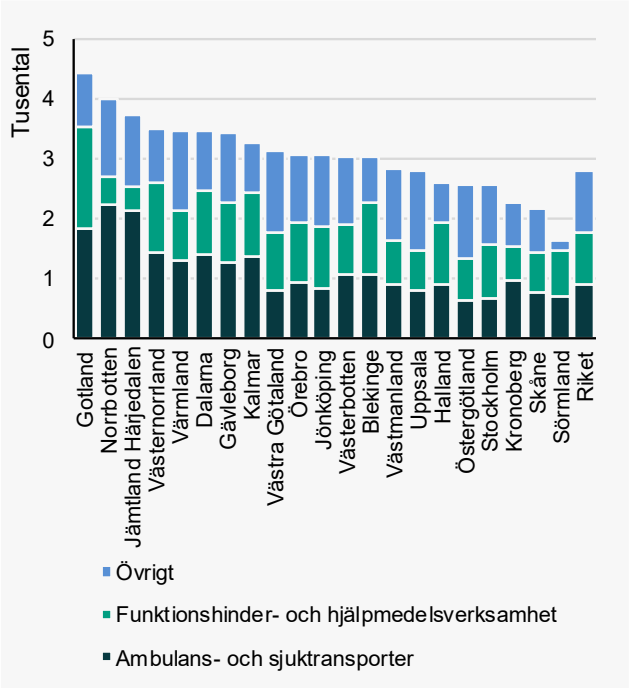
Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

ÖVRIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Övrig hälso- och sjukvård består av delverksamheter som inte direkt kan relateras till vården inom övriga verksamheter eller som av andra skäl behöver redovisas separat.

De två största delverksamheterna inom övriga hälso- och sjukvård är ambulans- och sjuktransporter samt funktionshinderverksamheter (Diagram 76).

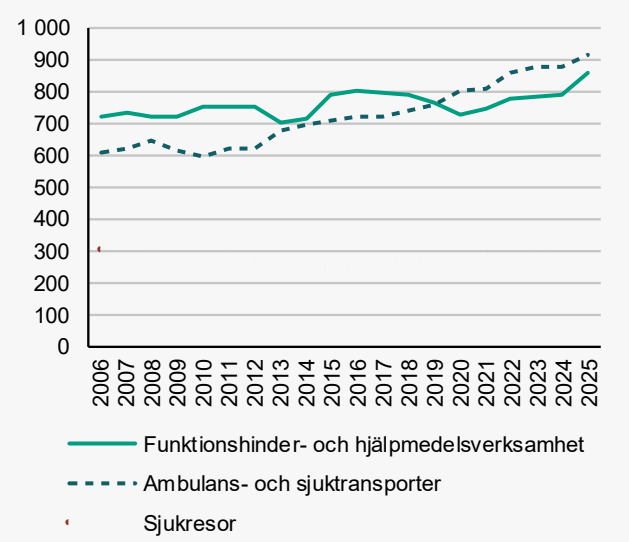
Diagram 76 Regionernas nettokostnad (kronor) per invånare för övrig hälso- och sjukvård, 2024

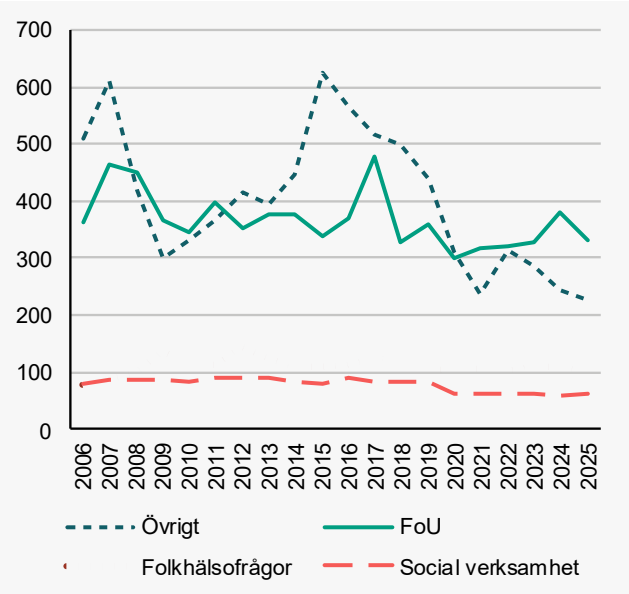


Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner

Kostnaderna för ambulans- och sjuktransporter har ökat över tid, samtidigt som många av de övriga delverksamheternas kostnader legat relativt stabilt eller endast ökat svagt (Diagram 77).

Diagram 77 Nettokostnad per invånare för övrig hälso- och sjukvård, fasta priser





Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner. Exkl. läkemedel, Fasta priser.

Ambulans- och sjuktransporter
Delområdet omfattar transporter till vårdenheter och mellan vårdenheter. Under delområdet ingår även kostnader för permissionsresor, överflyttningsresor och liggande transporter. Kostnaderna för denna verksamhet har ökat över tid. Kostnaden varierar också mellan regioner, bland annat till följd av befolkningens geografiska fördelning.

Funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet
Delområdet omfattar övergripande funktionshinderfrågor och verksamhet vid hjälpmedelscentraler. En hjälpmedelscentral kan vara till exempel en hörselvårdcentral eller en synhjälpcentral.

I verksamheten ingår också kostnader för utrustning och hjälpmedel som behövs för kontinuerlig eftervård och behandling utanför sjukvården. Några exempel är andningshjälpmedel, diabeteshjälpmedel och ortopedtekniska hjälpmedel som specialskor och skoinlägg.

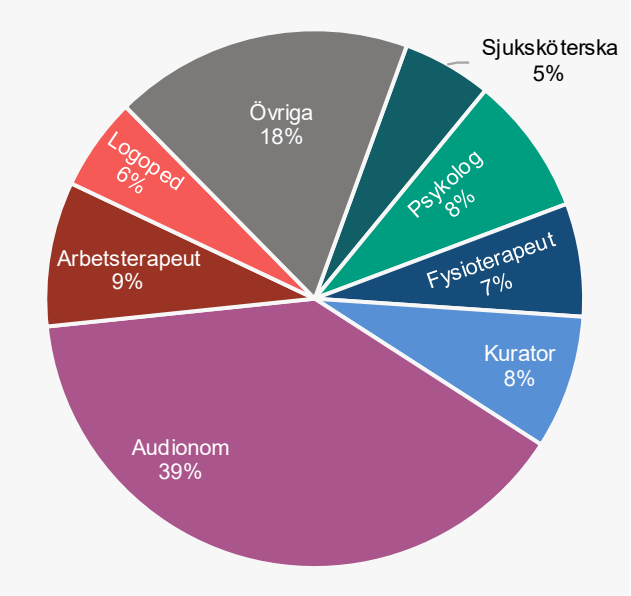
Här ingår även bidrag till organisationer för personer med funktionsnedsättning och hjälpmedel vid funktionsnedsättningar, som hörselhjälpmedel och synhjälpmedel.

Verksamheten omfattar arbetet vid hjälpmedelscentraler och handlar då ofta om utprovning av hjälpmedel, till exempel hörapparater. Den vanligaste yrkesgruppen är audionom som står för 39 procent av besöken (diagram 78).

Verksamheten ligger nära habilitering och rehabilitering som förekommer både inom primärvård och specialiserad vård. Det är verksamheter som i viss mån kan sägas gå på tvären av den övriga verksamhetsindelningen.

Habilitering är insatser som ska bidra till att en person med funktionsnedsättning utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhällslivet.

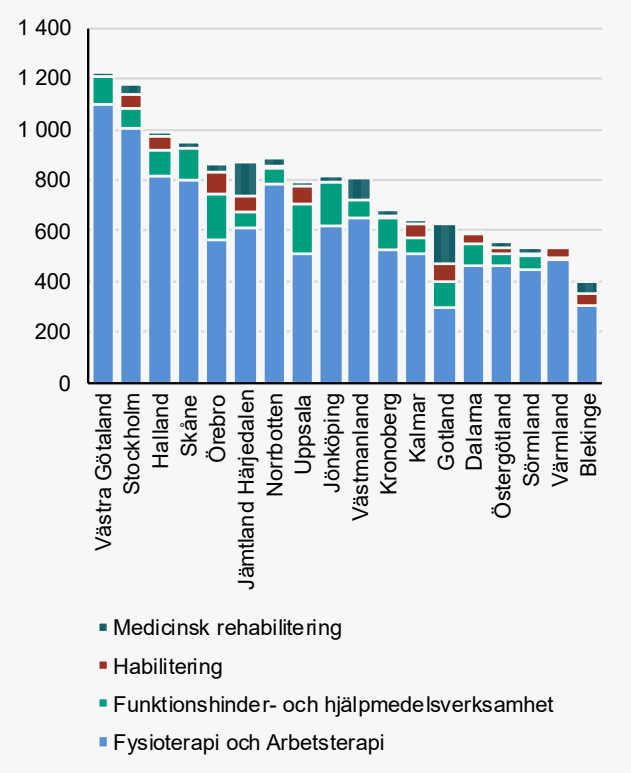
Diagram 78 Besök fördelat efter yrkesgrupper inom funktionshinderverksamhet, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

I vissa fall förekommer habilitering och rehabilitering inom samma verksamhet och regionerna har då svårt att skilja dem åt i statistiken. Samma sak kan gälla fysioterapi som ibland förekommer på sjukhus men som i statistiken räknas som primärvård.

Diagram 79 Besök till rehabilitering och habilitering i regionerna, per 1 000 invånare, 2025



Källa: SKR, Verksamhetsstatistik för regioner

Diagram 79 visar totalt antal besök inom dessa områden i regionerna, samt hur de fördelar sig mellan de olika delverksamheterna. I vissa regioner utgör till exempel habiliteringen en separat del, och samma sak gäller funktionshinderverksamheten. Det kan då bero på att dessa verksamheter organisatoriskt befinner sig på andra platser i sjukvårdssystemet.

Sjukresor

Sjukresor är en egen delverksamhet som är åtskild från sjuktransporter. Med sjukresa avses resa enligt lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor, inklusive sjukresor enligt samverkansavtal med kommunernas färdtjänst, resor till dagsjukvård och dylikt. Det kan handla om taxiresor, ersättning för resa med egen bil osv. Färdtjänst är ett eget delområde (se Trafik och infrastruktur) men resor till och från sjukbesök räknas också som sjukresa

Social verksamhet

Regionernas sociala verksamhet inkluderar den del av barn- och ungdomsvården samt missbruksvård enligt lagen om vård av unga (LVU) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som regionen, vid sidan av staten, på olika sätt är delaktig i, liksom habiliteringsinsatser i form av rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Folkhälsoarbete

Regionernas folkhälsoarbete omfattar dels medicinskt inriktade analyser av sjukdomsorsaker samt förebyggande insatser, dels insatser för att främja hälsosamma levnadsval. Här ingår även kostnader för screening, det vill säga undersökningar som riktar sig till en hel grupp och inte till enskilda patienter. Exempel på detta är mammografiundersökningar och gynekologiska kontroller.

Forskning och utveckling

Regionen bedriver även forskning och utveckling (FoU) avseende hälso- och sjukvård**,** inklusive läkemedelsprövningar. Forskningen inom hälso- och sjukvård bedrivs framför allt inom ramen för de medicinska fakulteternas verksamhet, men kan även förekomma inom primärvård och tandvård.

Kostnaden för FoU ska inte relateras till vårdkontakter och exkluderas därför från slutenvård, öppenvård och hemsjukvård. Genom att hantera FoU som ett separat delområde ökar jämförbarheten mellan regionerna.

Övrigt

Inom övrig hälso- och sjukvård ingår all annan verksamhet inom hälso- och sjukvård som inte tillhör något annat delområde, till exempel:

- **Patientnämndernas kansli** som hanterar och stöttar patienter eller anhöriga som är missnöjda med vården.
- **Smittskyddsverksamhet.** Avser information, tillsyn och kontroll för att förhindra uppkomst och spridning av smittsamma sjukdomar till människor och mellan människor.
- **Beredskapsplanering.** Den verksamhet som följer av regionens skyldighet att ha beredskap för att hantera sjukvården i kris- och krigssituationer.
- **Omstruktureringskostnader.** Kostnader för exempelvis övertalig personal eller lokaler som inte längre används.
- **Patientförsäkringen.** Avgifter till Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) för ersättning till patienter som drabbas av undvikbara skador i vården (vårdskador).

Andra verksamheter inom Övrig hälso- och sjukvård är till exempel sprututbytesprogram och viss vård till papperslösa som inte tydligt sorterar in under de listade verksamheterna ovan.

BILAGOR

Bilaga 1. Datakällor

Regionernas verksamhetsstatistik

Regionernas verksamhetsstatistik visar vad regionen producerat i termer av öppenvårdskontakter, vårdplatser, vårdcentraler och antal patienter behandlade i tandvården. Statistiken visar inte vad regionens invånare har konsumerat. För detta finns mer detaljerade källor, framför allt Socialstyrelsens patientregister (PAR) och den nationella databasen för Kostnad per patient (KPP).

Verksamhetsstatistiken enligt VI2000 samlas in av SKR sedan 2003 men de flesta uppgifterna har samlats in under flera decennier. Data finns digitalt tillgängligt sedan 2006.

Regionernas räkenskaper

Regionernas räkenskapssammandrag samlas in av Statistiska Centralbyrån (SCB) och innehåller till stora delar de uppgifter som regionerna enligt lag ska rapportera i sin årsredovisning. För verksamhetsindelade ekonomiuppgifter används VI2000 som indelningsgrund. Som ett stöd för regionernas externredovisning används kontoplanen R-bas som tas fram av SKR.

Eftersom region Gotland är en kommun rapporterar de endast nettokostnaderna för hälso- och sjukvård till SCB:s räkenskaper för regioner.

Kostnad per patient, KPP

Den nationella databasen Kostnad per patient samlas in av SKR från de regioner och de verksamhetsgrenar som regionerna gör KPP för.

Att beräkna KPP innebär att samtliga kostnader för en verksamhet fördelas så patientunikt som möjligt, per vårdkontakt. Även indirekta kostnader, till exempel för administration, fördelas ut per kontakt, så att alla kostnader som verksamheten direkt eller indirekt genererar redovisas.

För att insamlingen ska vara jämförbar följer regionerna de nationella KPP-principerna som SKR tar fram. De följer då väsentlighetsprincipen. Det innebär att fördelningen görs så precist som är rimligt givet kostnaderna.

KPP beräknas nästan enbart inom offentligt driven vård och ligger ofta till grund för regionernas fakturering när de säljer vård till varandra.

Patientregistret (PAR)

Socialstyrelsen samlar in uppgifter om samtliga läkarkontakter i öppen somatisk vård, samtliga kontakter i öppen psykiatri och alla vårdtillfällen i den slutna vården. För varje kontakt finns bland annat uppgifter om patienten, diagnoser och åtgärder. Datainsamlingen är obligatorisk för alla regioner och omfattar även privat verksamhet, inklusive privat verksamhet som inte bekostas av regionerna.

Patientregistret är alltså komplett för de områden som samlas in. Dessutom ingår patienternas personnummer och data kan därför sammanställas fördelat på unika individer.

Bilaga 2. Regionkoder och länkar till regionernas årsredovisningar

Tabell 4 Regionkoder och länkar till regionernas årsredovisningar

Regionnamn och länk till regionens hemsida	Länsbokstav	Regionkod	Länk till årsredovisningar
Region Stockholm	AB	01	[länk]
Region Uppsala	C	03	[länk]
Region Sörmland	D	04	[länk]
Region Östergötland	E	05	[länk]
Region Jönköpings län	F	06	[länk]
Region Kronoberg	G	07	[länk]
Region Kalmar län	H	08	[länk]
Region Gotland	I	09	[länk]
Region Blekinge	K	10	[länk]
Region Skåne	M	12	[länk]
Region Halland	N	13	[länk]
Västra Götalandsregionen	O	14	[länk]
Region Värmland	S	17	[länk]
Region Örebro län	T	18	[länk]
Region Västmanland	U	19	[länk]
Region Dalarna	W	20	[länk]
Region Gävleborg	X	21	[länk]
Region Västernorrland	Y	22	[länk]
Region Jämtland Härjedalen	Z	23	[länk]
Region Västerbotten	AC	24	[länk]
Region Norrbotten	BD	25	[länk]

Regionen i siffror 2026

En beskrivning av regional hälso- och sjukvård samt regional utveckling

Regionen i siffror ger en beskrivning av regionernas verksamhet och ekonomi för verksamhetsåret 2025. Här redovisas verksamhetsmått som exempelvis antalet besök i vården och antal vårdplatser. Dessa ställs mot olika kostnadsmått för verksamheterna.

I rapporten ges en faktabaserad grund för förståelse av hur regionernas uppdrag ser ut och hur verksamheterna är organiserade och bedrivs.

Rapporten innehåller dels en beskrivning av regionernas samlade verksamhet på nationell nivå, dels regionjämförelser. Här ges även en beskrivning av statistiken och hur verksamheten delas in för den som själv vill fördjupa sig.

Beskrivningen är tänkt som ett stöd för beslutsfattare, verksamhetsutvecklare och andra intressenter som vill få en faktabaserad bild av regionernas arbete och ansvar.

ISBN 978-91-8047-457-3
Ladda ner eller beställ på skr.se/publikationer
Post: 118 82 Stockholm **Besök:** Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00 skr.se

Sveriges Kommuner och Regioner