European Commission



State of Health in the EU

Sverige

Landsprofil hälsa 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Landsprofilerna om hälsa

Landsprofilerna i serien *State of Health in the EU* ger en kortfattad, policyinriktad översikt över hälsa och hälso- och sjukvårdssystemen i EU och EES (Europeiska ekonomiska samarbetsområdet). Varje lands särdrag och utmaningar lyfts fram i förhållande till övriga länder i EU/EES. Syftet är att underlätta politikers och intressenters utbyte av kunskaper och erfarenheter.

Landsprofilerna har tagits fram gemensamt av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och European Observatory on Health Systems and Policies i samarbete med Europeiska kommissionen. Värdefulla kommentarer och förslag har också inkommit från nätverket Health Systems and Policy Monitor, OECD:s hälsokommitté och EU:s expertgrupp för hälsoinformation.

Innehåll

1. ÖVERSIKT 3
2. HÄLSA I SVERIGE 4
3. RISKFAKTORER 7
4. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET 9
5. RESULTAT INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 12
   5.1. Effektivitet 12
   5.2. Tillgänglighet 16
   5.3. Anpassningsförmåga 19
6. SLUTSATSER 22

Data- och informationskällor

De data och upplysningar som presenteras i landsprofilerna är till största delen hämtade från den officiella statistik som länderna rapporterat in till Eurostat och OECD. All information har validerats för att jämförelserna av data ska hålla högsta möjliga kvalitet. Information om vilka källor och metoder som använts vid insamling och hantering av data finns i Eurostats databas och OECD:s hälsodatabas. Vissa data har också samlats in från Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), Världshälsoorganisationen (WHO) samt andra nationella källor.

EU-genomsnitten är ett vägt medelvärde för de 28 EU-medlemsstaterna om inte annat anges. Island och Norge ingår inte i EU-genomsnitten.

Denna profil blev klar i augusti 2019 och bygger på de data som fanns tillgängliga i juli 2019.

Du kan ladda ner en Excelfil med samtliga tabeller och diagram ur denna landsprofil via följande URL: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Sweden.xls

Demografisk och socioekonomisk kontext i Sverige, 2017

Demografiska faktorer	Sverige	EU
Befolkning (i tusental vid halvårsskiftet)	10 058 000	511 876 000
Andel av befolkningen över 65 år (%)	19,8	19,4
Fruktsamhetstal[1]	1,8	1,6
Socioekonomiska faktorer		
BNP per capita (EUR PPP[2])	36 300	30 000
Relativ fattigdom[3] (%)	15,8	16,9
Arbetslöshet (%)	6,7	7,6

1. Antal barn som föds per kvinna i åldern 15–49 år. 2 Köpkraftsparitet (PPP) är ett mått som anger vilken växelkurs som krävs för att olika valutor ska ha samma köpkraft, så att skillnader utjämnas mellan prisnivåerna i ett land jämfört med ett annat. 3 Andel av befolkningen som lever på under 60 % av den disponibla medianinkomsten per konsumtionsenhet.
Källa: Eurostats databas.

Ansvarsfriskrivning: De åsikter och synpunkter som uttrycks i detta dokument är författarnas egna och återspeglar inte nödvändigtvis åsikterna hos OECD eller dess medlemsländer, European Observatory on Health Systems and Policies eller någon av dess partner. De synpunkter som presenteras i dokumentet ska inte på något sätt anses återspegla Europeiska unionens officiella ståndpunkt.

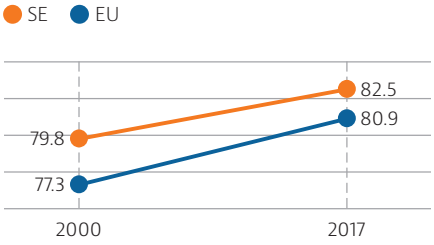
Detta dokument samt alla data och kartan i detta påverkar inte något territoriums status eller suveränitet, dragningen av internationella gränser eller namnet på några territorier, städer eller områden.

Ytterligare ansvarsfriskrivningar för WHO finns på http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Översikt

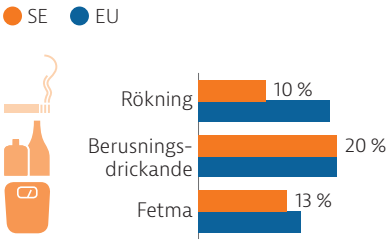
Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU. Hälso- och sjukvårdssystemet fungerar väl när det gäller tillgång till högkvalitativ vård, men kostnaderna är relativt höga. De flesta äldre svenskar är vid god hälsa, men allt fler personer över 65 har någon kronisk sjukdom och funktionsnedsättning, vilket ökar efterfrågan på långvarig vård och omsorg. Hälso- och sjukvårdssystemet står inför bestående utmaningar när det gäller likvärdig tillgång till vård för befolkningen i glesbygd, tillgång till hälso- och sjukvård i tid och bättre samordning för personer med kroniska sjukdomar.



Medellivslängd, år

Hälsa i Sverige

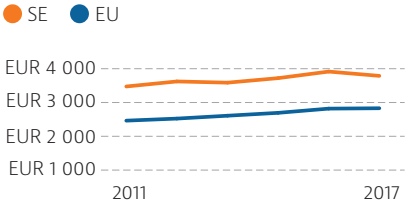
I Sverige var medellivslängden 82,5 år 2017, vilket är mer än 1,5 år över EU-genomsnittet. Antalet dödsfall på grund av stroke och andra hjärt-kärlsjukdomar minskar, men allt fler dör av Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar. Cirka hälften av svenskarna över 65 år uppger att de har en eller flera kroniska sjukdomar.



% av vuxna

Riskfaktorer

Andelen av den vuxna befolkningen i Sverige som röker varje dag har minskat från 19 % år 2000 till 10 % 2017. Det är den lägsta siffran bland alla EU-länder. Bruk av andra tobaksvaror, t.ex. snus, är dock vanligt, särskilt bland män. Alkoholkonsumtionen per vuxen har minskat de senaste tio åren, men en femtedel av alla vuxna uppgav 2014 att de regelbundet drack en större mängd alkohol. Fetma bland vuxna ökade från 9 % 2000 till 13 % 2017, men ligger fortfarande under EU-genomsnittet.



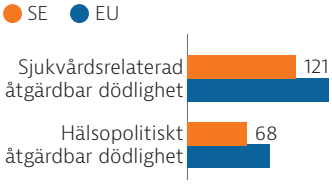
Utgifter per capita (EUR PPP)

Hälso- och sjukvårdssystemet

Sverige ligger på tredje plats i EU när det gäller utgifter för hälso- och sjukvård (11,0 % av BNP 2017 jämfört med EU-genomsnittet på 9,8 %), likaså när det gäller utgifter per capita (3 872 euro jämfört med EU-genomsnittet på 2 884 euro). Utgifterna för hälso- och sjukvård finansieras till största delen med offentliga medel (84 %, vilket också är mer än EU-genomsnittet på 79 %).

Effektivitet

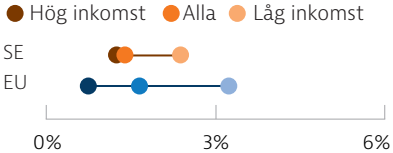
Sverige har låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, vilket tyder på att det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är effektivt överlag.



Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare, 2016

Tillgänglighet

Tillgången till vård är överlag god, men det finns fortfarande problem med tillgång i glesbygd och långa väntetider vid planerad kirurgi och annan vård.



% som uppgav icke tillgodosedda behov av medicinsk vård, 2017

Anpassningsförmåga



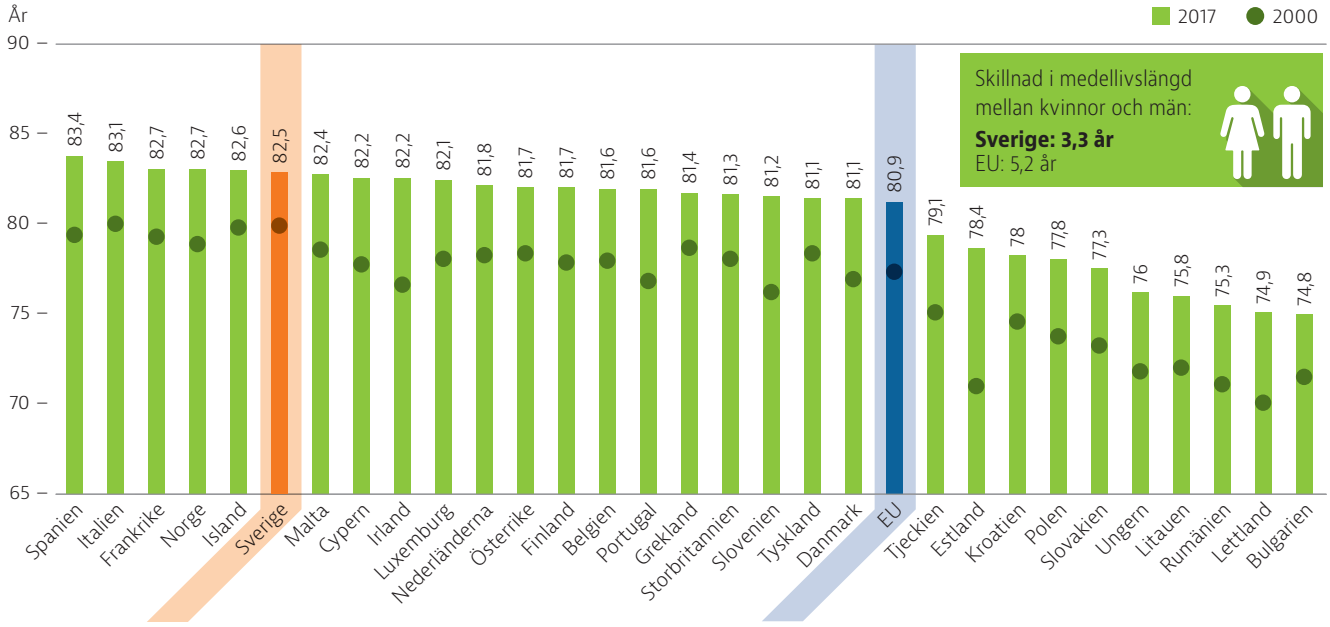
Utgifterna för hälso- och sjukvård väntas öka de närmaste åren, bland annat på grund av det växande behovet av långvarig vård och omsorg. De senaste tio åren har man lyckats föra över vård från sjukhus till primärvård och nära vård, men det krävs åtgärder för bättre tillgänglighet i primärvården och bättre samordning av vården, särskilt för personer med kroniska sjukdomar.

2 Hälsa i Sverige

Medellivslängden i Sverige är högre än i de flesta andra EU-länder

År 2017 var svenskarnas medellivslängd 82,5 år, vilket är över 1,5 år mer än EU-genomsnittet (80,9 år). Medellivslängden har dock ökat något långsammare i Sverige än i övriga EU. Mellan 2000 och 2017 ökade svenskarnas medellivslängd med 2,7 år, jämfört med 3,6 år för samtliga EU-medborgare (se figur 1). Skillnaden mellan kvinnor och män har minskat i Sverige, genom att mäns medellivslängd har ökat mer än kvinnors.

Figur 1. Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU



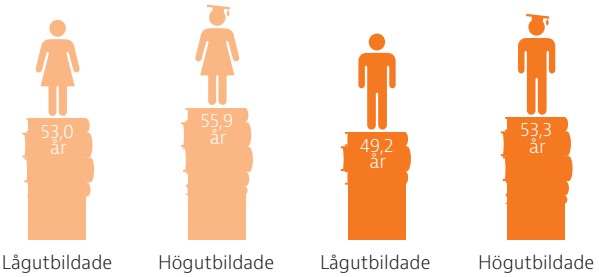
Källa: Eurostats databas.

Det finns ett samband mellan social ojämlikhet och medellivslängd, men det är mindre påtagligt än i många andra EU-länder

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder för män med lägst utbildningsnivå var mer än fyra år mindre än för dem med högst utbildningsnivå 2016 (se figur 2). Denna skillnad var mindre för kvinnor (cirka tre år). Sambandet mellan utbildning och livslängd är visserligen mindre utpräglat än i många andra EU-länder, men det har ökat med 0,3 år för män och 0,1 år för kvinnor de senaste tio åren.

Denna utbildningsrelaterade skillnad kan åtminstone delvis förklaras med olika livsstil och exponering för riskfaktorer. Bland annat är det vanligare med rökning, sämre kost och fetma bland lågutbildade (se avsnitt 3). Gapet kan även kopplas till inkomstskillnader, vilket påverkar exponeringen för övriga riskfaktorer och tillgången till vård.

Figur 2. Den utbildningsrelaterade skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är fyra år för män och tre år för kvinnor



Utbildningsgap i återstående medellivslängd vid 30 års ålder:

Sverige: 2,9 år
EU21: 4,1 år

Sverige: 4,1 år
EU21: 7,6 år

Anmärkning: Uppgifterna avser återstående medellivslängd vid 30 års ålder. Med högutbildade avses personer som har minst två års eftergymnasial utbildning (ISCED-nivåerna 5–8). Med lågutbildade avses personer som inte har genomgått gymnasial utbildning (ISCED-nivåerna 0–2).
Källa: Eurostats databas (data för 2016).

Ischemisk hjärtsjukdom är fortfarande den vanligaste dödsorsaken, men dödligheten i Alzheimers sjukdom ökar

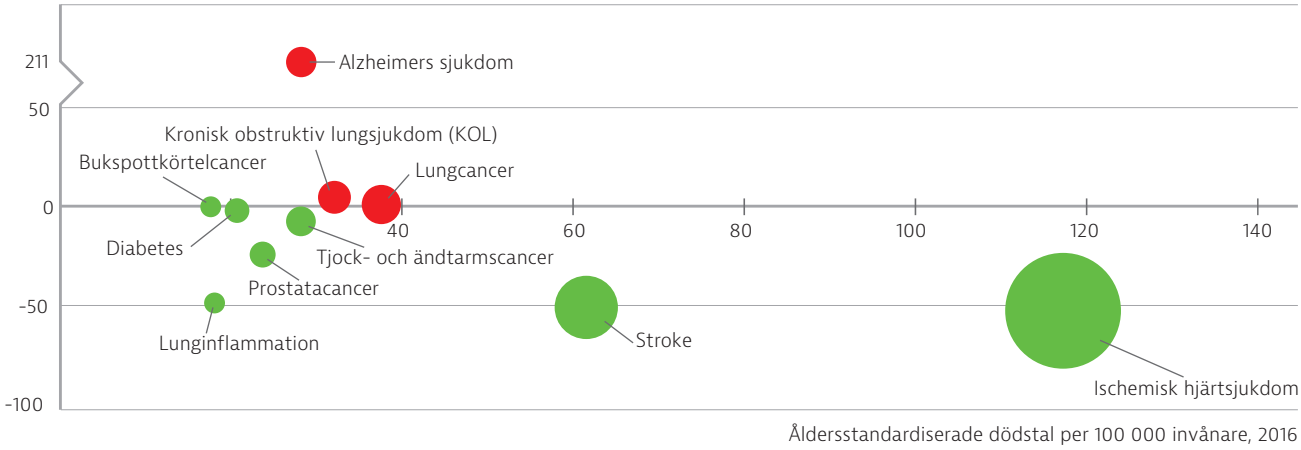
Nästan 15 % av alla dödsfall i Sverige orsakades av ischemisk hjärtsjukdom 2016. Antalet dödsfall på grund av ischemisk hjärtsjukdom har dock minskat väsentligt mellan 2000 och 2016 (figur 3), delvis på grund av minskad tobakskonsumtion (se avsnitt 3). På andra plats kommer stroke, som orsakar omkring 7 % av dödsfallen. Även här ses dock en markant minskning sedan 2000.

Sedan 2000 har även antalet dödsfall på grund av Alzheimers sjukdom ökat betydligt, och denna sjukdom är nu en av de vanligaste dödsorsakerna. Denna stora ökning beror dock till stor del på bättre diagnostik och ändrade rutiner för registrering av dödsorsaker..

Lungcancer och tjock- och ändtarmscancer är de vanligaste cancerrelaterade dödsorsakerna. Dödstalen för dessa två sjukdomar har varit relativt oförändrade sedan 2000 och ligger kvar under EU-genomsnitten.

Figur 3. De vanligaste dödsorsakerna är fortfarande ischemisk hjärtsjukdom och stroke, men dödligheten i Alzheimers sjukdom har ökat väsentligt

förändring i % 2000–2016 (eller närmaste tillgängliga år)

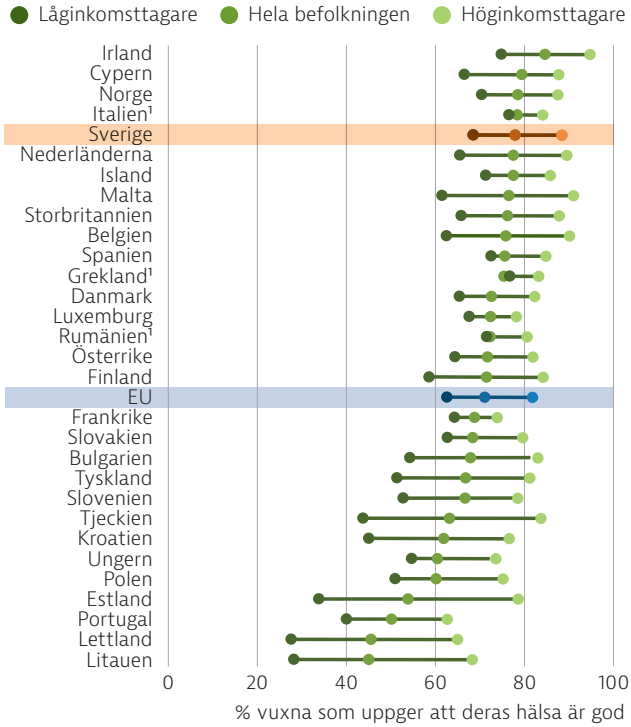


Anmärkning: Storleken på bubblorna står i proportion till dödstalen 2016. Den ökande dödligheten i Alzheimers sjukdom beror till stor del på förändringar när det gäller diagnostik och rutiner för registrering av dödsorsaker .
Källa: Eurostats databas.

De flesta svenskar säger sig ha god hälsa, men det finns skillnader knutna till inkomstgrupp

Under 2017 uppgav mer än tre fjärdedelar av svenskarna (77 %) att de hade god hälsa, vilket är en större andel än överlag i EU (70 %). Bland låginkomsttagare är det dock färre som anser sig ha god hälsa, och denna tendens syns även i andra länder. Bara två tredjedelar (67 %) av svenskarna i den lägsta inkomstgruppen uppger att de har god hälsa, jämfört med 87 % i den högsta inkomstgruppen (figur 4). Detta gap är för svensk del lika stort som i övriga EU.

Figur 4. Ojämlikheten i självskattad hälsa mellan olika inkomstgrupper överensstämmer med EU-genomsnittet



Anmärkning: 1. Andelen av den totala befolkningen och andelen av låginkomsttagarna är ungefär lika stora.
Källa: Eurostats databas baserat på EU-Silc (data för 2017).

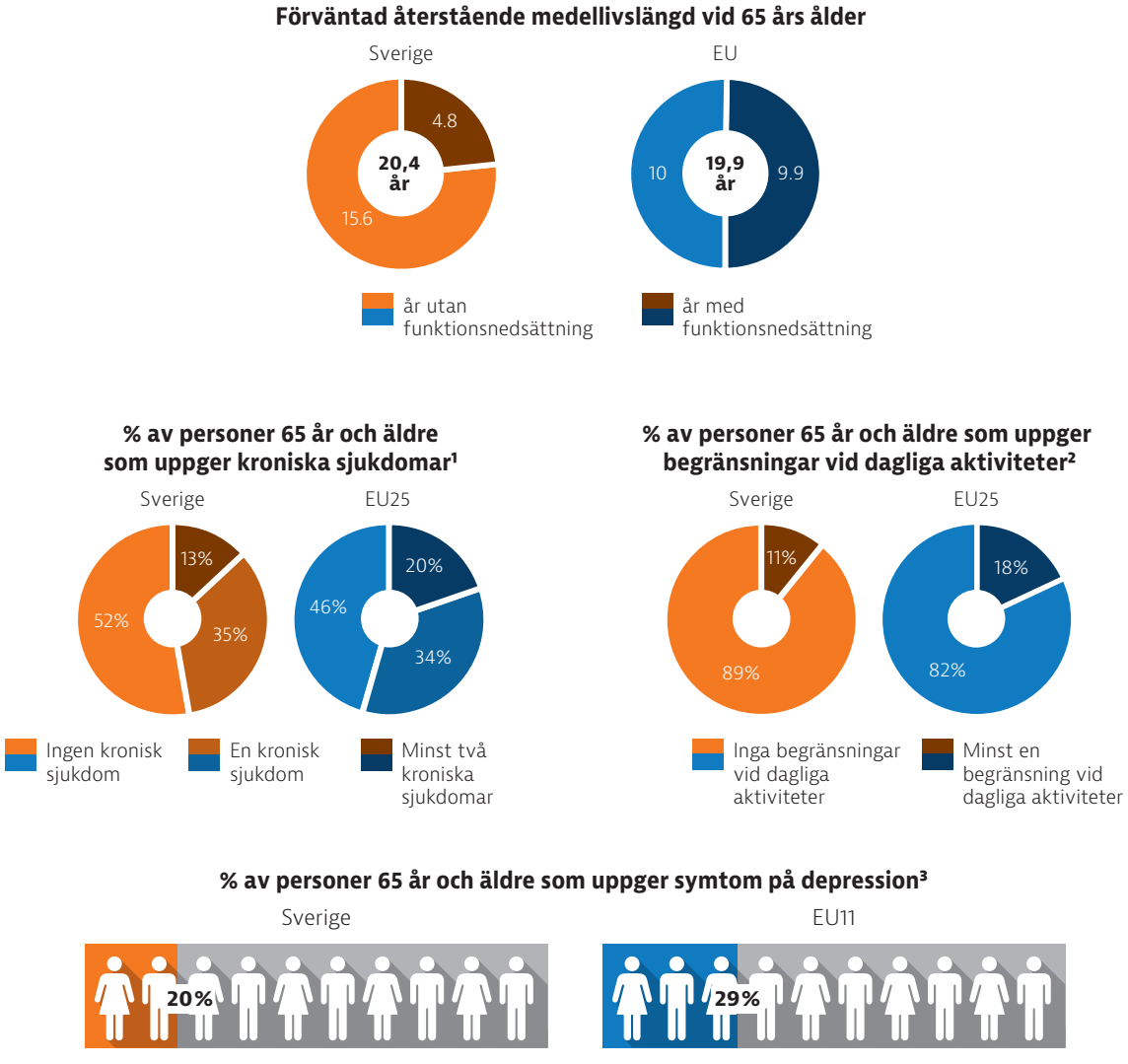
Svenskarna lever längre men långtifrån alla förblir friska ihög ålder

Andelen 65 år och äldre i Sveriges befolkning växer stadigt på grund av att medellivslängden ökar. En femtedel (20 %) av Sveriges befolkning 2017 var i åldersgruppen 65 år och äldre, en ökning från 16 % 1980. Till 2050 beräknas en fjärdedel (25 %) av befolkningen höra till denna åldersgrupp.

År 2017 hade 65-åringar i Sverige en förväntad återstående livslängd på 20 år – en ökning med cirka två år sedan 2000. Större delen av den tiden äger rum utan funktionsnedsättning (figur 5).

Nästan hälften av de svenskar som är 65 år uppgav 2017 att de hade minst en kronisk sjukdom, men att sjukdomen inte nödvändigtvis hindrade dem från att leva ett normalt liv och fortsätta med vardagliga aktiviteter. De flesta klarar sig själva när de blir gamla. Bara lite mer än en av tio i åldersgruppen 65 år och äldre uppgav vissa begränsningar som kunde innebära att de behövde hjälp med grundläggande dagliga aktiviteter, t.ex. att klä på sig och äta. Denna andel är mycket lägre än EU-genomsnittet och omfattar huvudsakligen personer över 80 år.

Figur 5. Nästan hälften av svenskarna i åldersgruppen 65 år och äldre har minst en kronisk sjukdom



Anmärkningar: 1. Till kroniska sjukdomar räknas bland annat hjärtattack, stroke, diabetes, Parkinsons sjukdom, Alzheimers sjukdom, kronisk ledgångsreumatism och artros. 2. Till grundläggande dagliga aktiviteter hör bland annat att klä på sig, förflytta sig i ett rum, bada eller duscha, äta, ta sig i och ur sängen samt gå på toaletten. 3. En person anses uppvisa symtom på måttlig depression om den uppger fler än tre av symtomen på depression (av 12 möjliga alternativ).
Källa: Medellivslängd och friska levnadsår är hämtade från Eurostat (data för 2017). Övriga indikatorer kommer från Share-undersökningen (data för 2017).

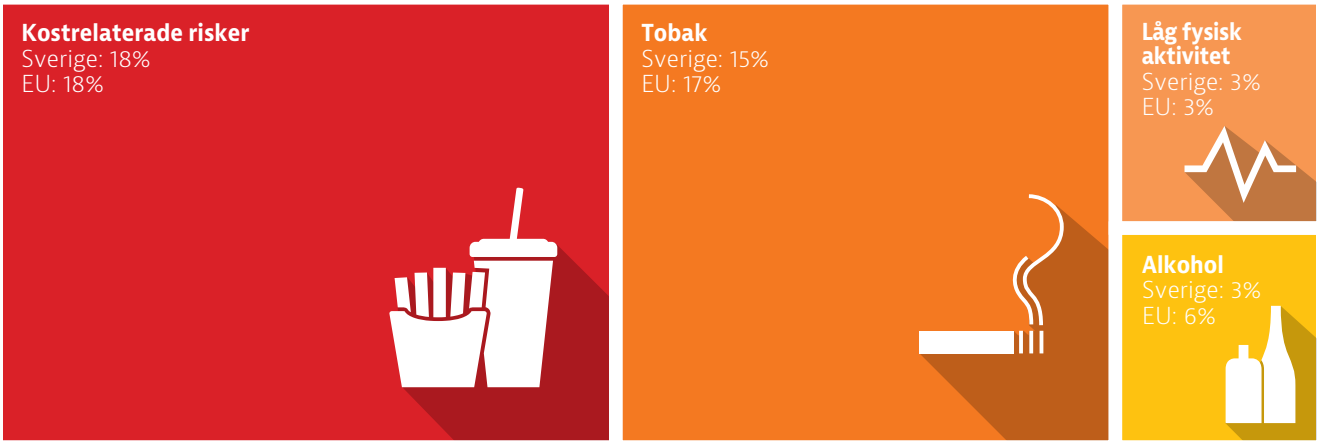
3 Riskfaktorer

Beteenderelaterade riskfaktorer ligger bakom mer än en tredjedel av alla dödsfall

Enligt uppskattningar kan mer än en tredjedel av dödsfallen i Sverige härledas till beteenderelaterade riskfaktorer, bland annat kostrelaterade risker, tobaksrökning, alkoholkonsumtion och låg fysisk aktivitet (figur 6: IHME, 2018).

Mer än ett av sex dödsfall (17 000) under 2017 beror på kostrelaterade risker (bl.a. att man äter för lite frukt och grönsaker och för mycket socker och salt). Man räknar fortfarande med att 15 % (fler än 14 000) av dödsfallen beror på tobaksanvändning (inklusive både aktiv och passiv rökning). Cirka 3 % (2 900) kan kopplas till låg fysisk aktivitet och 3 % (2 800) till alkoholkonsumtion. Andelen dödsfall med koppling till kostrelaterade risker och låg fysisk aktivitet är lika stor i Sverige som i övriga EU. Andelen tobaks- och alkoholrelaterade dödsfall är däremot mindre än EU-genomsnittet, vilket tyder på att folkhälsopolitiken är framgångsrik på dessa områden.

Figur 6. Mer än en tredjedel av dödsfallen i Sverige kan kopplas till beteenderelaterade riskfaktorer



Anmärkning: Det totala antalet dödsfall med koppling till dessa riskfaktorer (33 000) är lägre än summan av antalet dödsfall relaterat till varje enskild riskfaktor (36 000), eftersom samma dödsfall kan kopplas till mer än en riskfaktor. De kostrelaterade riskerna omfattar 14 faktorer, bland annat lågt intag av frukt och grönsaker och hög konsumtion av sötade drycker och salt.
Källa: IHME (2018), Global Health Data Exchange (beräkningarna avser 2017).

Rökningen bland vuxna har minskat, men alkoholkonsumtionen är fortfarande oroväckande

Cirka 10 % av de vuxna i Sverige rökte dagligen 2017, vilket är en minskning från 14 % 2010. Sverige har den minsta andelen vuxna som röker varje dag i hela EU. I dessa siffror ingår dock inte användning av andra tobaksvaror. Under 2016 snusade 21 % av männen och 4 % av kvinnorna i Sverige (Nordiska medicinalstatistiska kommittén (Nomesko, 2017). Som med andra tobaksvaror ökar snusning risken för ischemisk hjärtsjukdom och stroke och likaså för cancer i bukspottkörteln, munhålan och matstrupen.

Försäljningen och konsumtionen av alkoholhaltiga drycker har överlag minskat de senaste tio åren (Systembolaget, 2019), men under 2014 uppgav en av fem vuxna att hon/han drack stora mängder alkohol regelbundet (berusningsdrickande[1]), vilket är mer än i de flesta andra EU-länder (figur 7). Regelbundet berusningsdrickande är i Sverige mer än dubbelt så vanligt såväl bland män som bland kvinnor, och samma mönster kan urskiljas i många EU-länder.

Bland ungdomar uppgav 13 % av 15- och 16-åringarna 2015 att de hade rökt den senaste månaden, vilket är mycket mindre än i de flesta andra EU-länder. Andelen 15- och 16-åringar som sade att de hade druckit för att bli berusade minst en gång den senaste månaden 2015 var också bland de lägsta i EU.

Övervikt och fetma ökar hos både barn och vuxna

Mer än en av åtta vuxna i Sverige (13 %) led av fetma 2017. Denna andel har ökat successivt men är ändå mindre än i de flesta andra EU-länder.

Övervikt och fetma ökar även hos barn. Nästan 20 % av 15-åringarna i Sverige var överviktiga eller feta under 2013/2014. Denna siffra är högre än EU-genomsnittet (17 %) och steg påtagligt mellan 2001/2002 och 2013/2014.

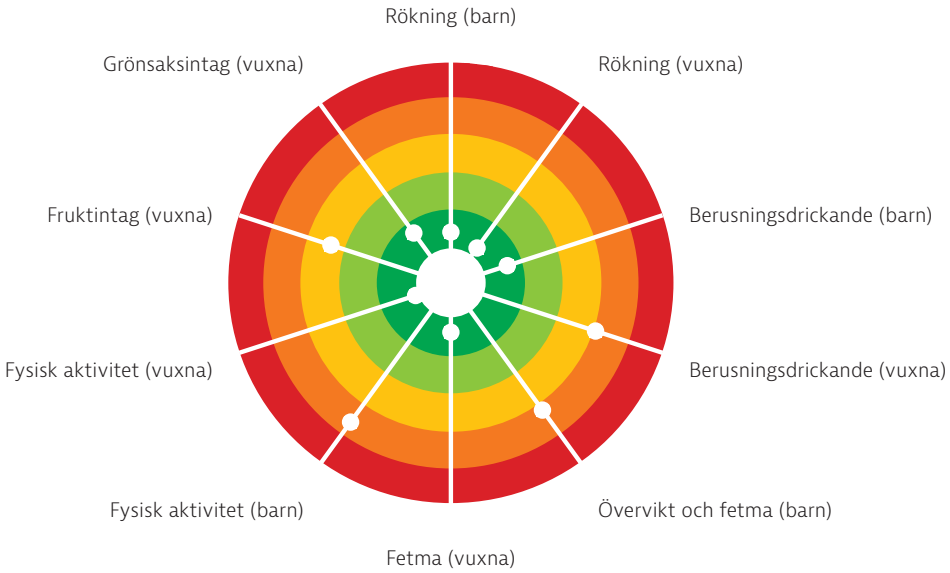
1: Med berusningsdrickande avses att vid ett och samma tillfälle dricka sex eller fler glas alkoholhaltig dryck (för vuxna) respektive fem eller fler glas alkoholhaltig dryck (för ungdomar).

Andelen svenska tonåringar som uppger att de varje dag deltar i åtminstone måttlig fysisk aktivitet är mindre än i de flesta andra EU-länder. Det gäller särskilt tonårsflickor: bara 10 % av de 15-åriga flickorna i Sverige uppgav att de deltog i åtminstone måttlig fysisk aktivitet 2013/2014, jämfört med 15 % bland 15-åriga pojkar.

Social ojämlikhet bidrar till hälsorisker

Många beteenderelaterade riskfaktorer i Sverige är vanliga bland lågutbildade och låginkomsttagare. En av sju vuxna (14 %) som inte hade gått ut gymnasiet rökte dagligen 2016. Motsvarande siffra för personer med eftergymnasial utbildning var bara 5 % (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Samma samband kan ses för övervikt och fetma, som förekommer hos 65 % vuxna utan gymnasieutbildning men bara hos 44 % av dem med eftergymnasial utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Att riskfaktorerna är vanligare i socialt utsatta grupper bidrar väsentligt till ojämlikhet i hälsa.

Figur 7. Övervikt, fetma och stillasittande hos barn är ett växande folkhälsoproblem i Sverige



Anmärkning: Ju närmare mitten punkten är placerad, desto bättre är landets resultat jämfört med andra EU-länder. Inget land hamnar i det vita mittenfältet, eftersom det finns utrymme för förbättringar på alla områden i samtliga länder.
Källa: OECD:s beräkningar grundade på Europeiska skolundersökningsprojektet för alkohol och narkotika (Espad) 2015 och HBSC-undersökningen 2013–2014, när det gäller indikatorerna för barn, och EU-statistiken över inkomst- och levnadsvillkor (EU-Silc) 2017, den europeiska hälsoenkäten (EHIS) 2014 och OECD:s hälsostatistik 2019, när det gäller indikatorerna för vuxna.

4 Hälso- och sjukvårdssystemet

Ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem som omfattar hela befolkningen

I Sverige är ansvaret för finansiering, upphandling och tillhandahållande av hälso- och sjukvård uppdelat på 21 regioner. Staten ansvarar för reglering och tillsyn. Regionerna ansvarar för primärvård, specialistsjukvård och psykiatrisk vård, och de 290 kommunerna ansvarar för äldreomsorg, vård och omsorg för personer med fysiska och mentala funktionsnedsättningar, rehabilitering, skolhälsovård, vård i hemmet och socialtjänst. Hälso- och sjukvårdsutgifterna finansieras till största delen genom kommunala skatter tillsammans med statliga subventioner i form av generella bidrag, stöd till s.k. öppenvårdsläkemedel och särskilda nationella program (se ruta 1).

I januari 2019 tillkännagav den nya regeringen att man i samarbete med landstingen skulle ta fram en plan för att minska väntetiderna för planerad kirurgi (Sveriges regering, 2019). Regeringen ska även genomföra en reform för att stärka primärvården och förbättra arbetsvillkoren för dem som tillhandahåller primärvård, med särskilt fokus på situationen på landsbygden. Ytterligare områden som prioriteras är bland annat akutsjukvård, cancervård, mödravård, psykiatrisk vård och självmordsprevention.

Regeringen ska också inrätta ett nationellt samordningsorgan som ansvarar för den långsiktiga planen för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården (Sveriges regering, 2019).

Kostnaderna för hälso- och sjukvård i Sverige är höga och finansieras huvudsakligen med offentliga medel

Utgifterna för hälso- och sjukvård motsvarade 11 % av Sveriges BNP 2017, den tredje största andelen i EU-länderna och en bra bit över EU-genomsnittet på 9,8 % (figur 8). Sverige hade också den tredje största hälso- och sjukvårdsutgiften per capita bland EU-länderna: 3 872 euro 2017 (justerat för skillnader i köpkraft).

De offentliga utgifterna utgör 84 %, vilket är väsentligt mer än EU-genomsnittet (79 %). Resterande hälso- och sjukvårdsutgifter (15 %) betalas till största delen direkt av hushållen. Det är bara cirka 1 % av hälso- och sjukvårdsutgifterna som finansieras genom frivilliga sjukförsäkringar (se avsnitt 5.2). Antalet personer med privata frivilliga sjukförsäkringar ökar dock snabbt, då detta möjliggör snabbare tillgång till rådgivning och vård än inom den allmänna vården.

Ruta 1. Ytterligare medel har tillförts för att ge bättre tillgång till vården

Under 2018 satsade regeringen en miljard kronor (100 miljoner euro) på att förbättra tillgängligheten. De två främsta målen var att förstärka vårdgarantin i primärvården och att utarbeta patientkontrakt, som kan beskrivas som en sammanhängande plan över planerad vård och som syftar till att

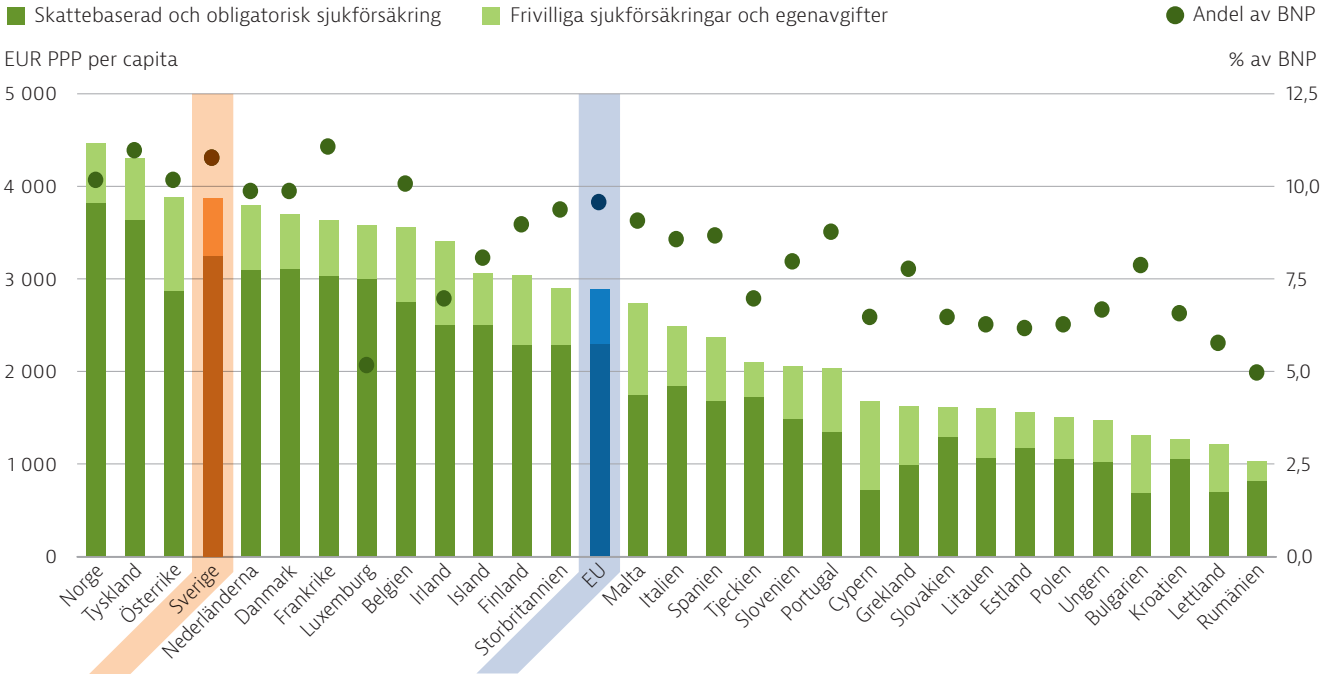
- förbättra samordning, behandling och förebyggande åtgärder för patienter med många vårdkontakter,
- se till att alla patienter får den vård de behöver inom rimlig tid,
- se till att patienterna får en överblick över den planerade vården, så att de kan följa vårdåtgärderna steg för steg och ställa frågor,
- utöka samarbetet mellan vårdgivarna och mellan landsting och kommuner när det gäller samordning och överflyttningar.

Öppenvård är den största posten i hälso- och sjukvårdskostnaderna, följt av långvarig vård och omsorg

Den största utgiftsposten inom vården i Sverige är öppenvården (inklusive hemsjukvård), som stod för drygt en tredjedel (34 %) av de totala vårdutgifterna 2017 (figur 9). Detta avspeglar de senaste tjugo årens ambition att bromsa kostnaderna för sjukhusvård och i stället utveckla öppenvården. Utgifterna för långvarig vård och omsorg motsvarade drygt en fjärdedel (27 %) av de totala vårdutgifterna, vilket är mer än dubbelt så mycket som EU-genomsnittet. Utgifterna för sluten vård (som vanligen tillhandahålls på sjukhus) utgjorde 22 % av de totala vårdutgifterna, vilket är mindre än för tio år sedan och under nuvarande EU-genomsnitt (nästan 30 %).

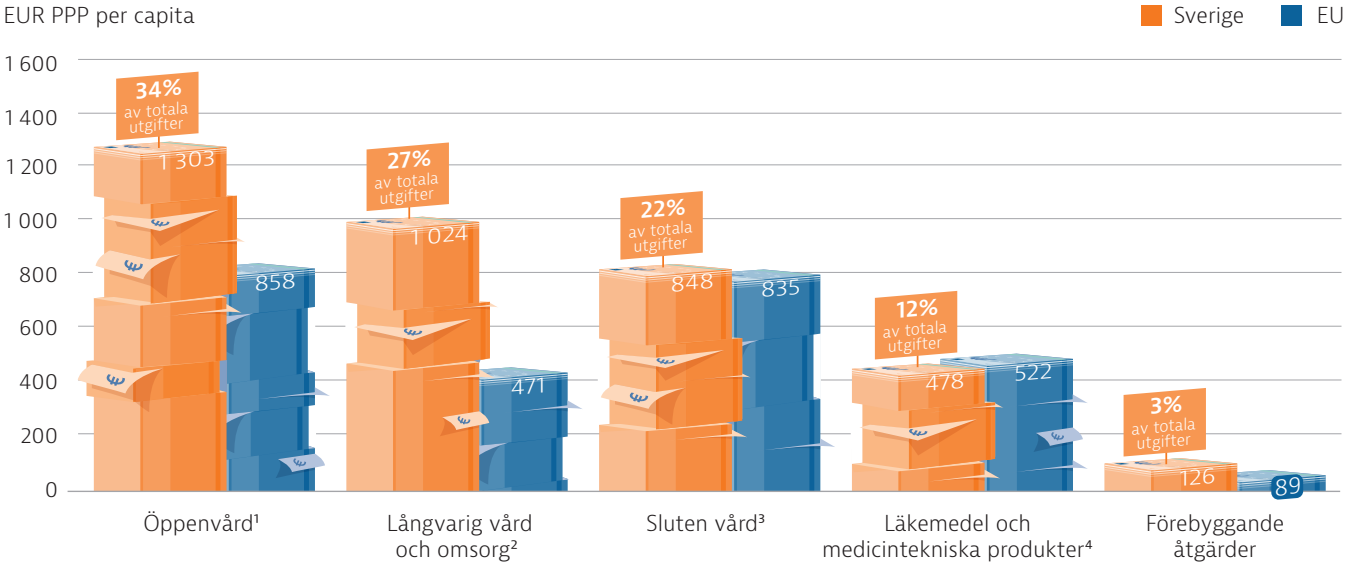
Andelen utgifter för läkemedel och medicintekniska produkter (12 %) är mindre än EU-genomsnittet (18 %). I Sverige, såsom i övriga EU-länder, omfattar detta bara de läkemedel och medicintekniska produkter som köps utanför sjukhus, inte dem som ordineras på sjukhus. Dessa ingår i stället i rapporteringen av sluten vård (eller öppenvård på sjukhus). Att Sverige har relativt små utgifter för läkemedel som ordinerats utanför sjukhus beror delvis på låga läkemedelspriser (se avsnitt 5.3) och att man i ganska hög grad använder generiska läkemedel.

Figur 8. Sverige spenderar mer på hälso- och sjukvård än de flesta EU-länder



Källa: OECD:s hälsostatistik 2019 (data för 2017).

Figur 9. Öppenvård och långvarig vård och omsorg är de två största utgiftsposterna för hälso- och sjukvården i Sverige



Anmärkning: Administrativa kostnader ingår inte. 1. Inkluderar hemsjukvård 2. Inkluderar bara hälso- och sjukvård 3. Inkluderar kurativ vård och rehabilitering på sjukhus och andra vårdinrättningar 4. Inkluderar bara marknaden för öppenvårdspatienter.
Källa: OECD:s hälsostatistik 2019 och Eurostats databas (data för 2017).

Hela befolkningen omfattas, och patientavgifterna varierar mellan regionerna

Det svenska systemet omfattar alla invånare, oavsett nationalitet. Alla patienter som kommer från EU/EES eller omfattas av bilaterala avtal har rätt till akutsjukvård. Tjänsterna är antingen avgiftsfria eller i hög grad subventionerade, och patientavgifterna för primärvård och specialistvård bestäms av regionerna.

Under 2019 var avgifterna 0–300 kronor (0–28 euro) för ett besök i primärvården, 200–400 kronor (19–38 euro) för ett besök hos en specialist och 100 kronor (9,5 euro) per dag för en vuxen patients sjukhusvistelse. För medicinsk rådgivning tillämpas ett avgiftstak på 1 150 kronor (109 euro) per person och år. För receptbelagda läkemedel ligger taket på 2 300 kr (218 euro) per person och år. För barn, ungdomar, gravida kvinnor och äldre finns undantag från avgiftsreglerna.

Det finns många privata aktörer inom primärvården, men de flesta sjukhusen drivs i offentlig regi

Både offentliga och privata vårdinrättningar finansieras med offentliga medel, och patienterna omfattas av samma regelverk och avgifter, oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat. Universitetssjukhusen ger högspecialiserad vård, och de region- och landstingsdrivna sjukhusen står för huvuddelen av akutsjukvården, men det finns även privatägda sjukhus. Antalet privata aktörer inom primärvården har ökat snabbt sedan den nya lagstiftningen om vårdval infördes 2010. De nya reglerna gav privata aktörer rätt till offentlig finansiering. Enligt den senaste utvärderingen av primärvårdsreformen 2010 har det genomsnittliga antalet vårdbesök ökat, särskilt bland välbärgade och personer med mindre vårdbehov. Reformen har dock gjort det svårare att samordna vården för personer med komplexa behov (Burström m.fl., 2017).

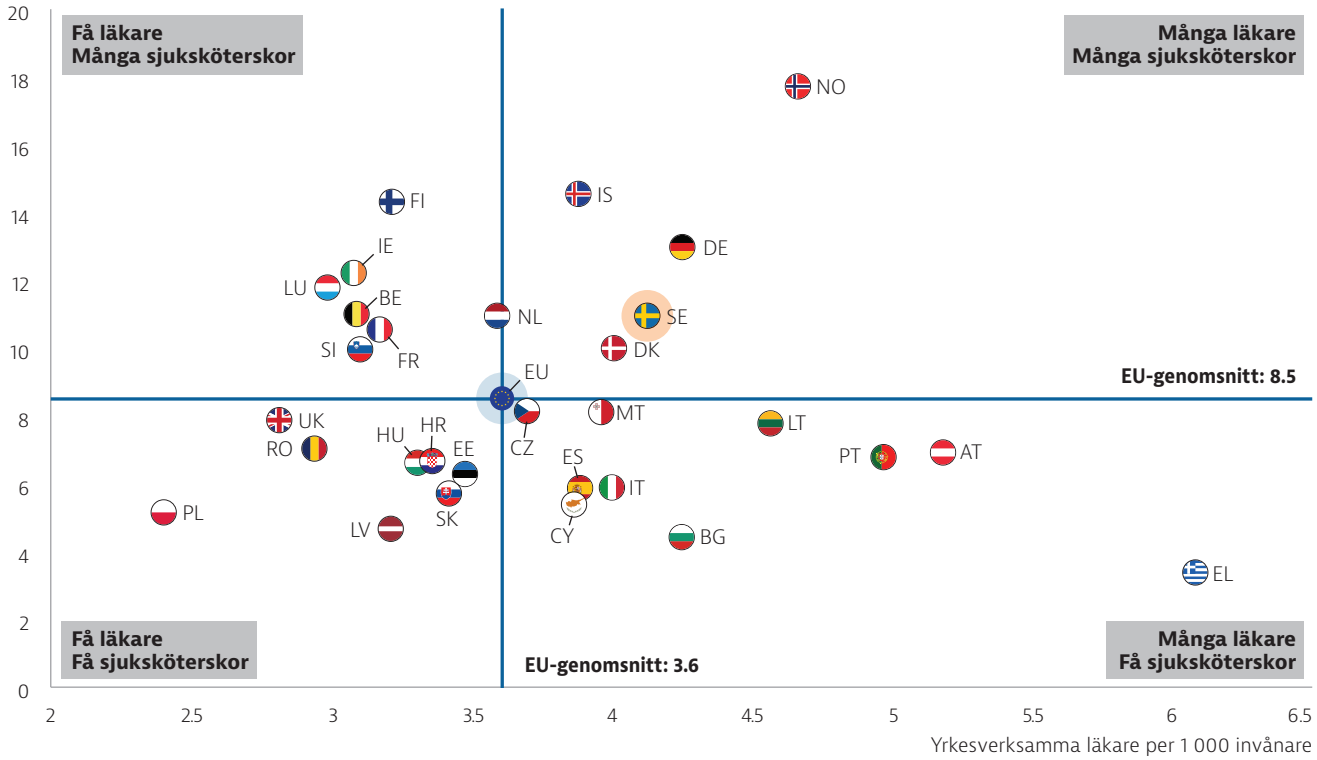
Offentliga och privata läkare (inbegripet sjukhusspecialister) samt annan hälso- och sjukvårdspersonal är till största delen avlönade anställda.

Sverige har relativt många läkare och sjuksköterskor

Sverige ligger över EU-genomsnittet när det gäller antalet läkare och sjuksköterskor per invånare: år 2016 fanns 4,1 läkare per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 3,6) och 10,9 sjuksköterskor per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 8,5) (figur 10). Det är dock bara en av sju läkare som är allmänläkare, så antalet allmänläkare per invånare i Sverige (0,6 per 1 000 invånare) är en tredjedel mindre än EU-genomsnittet (nästan en per 100 000 invånare). Sjuksköterskornas roll i primärvården har blivit allt större och inkluderar nu både läkemedelsförskrivning och vårdsamordning (se avsnitt 5.2).

Figur 10. Sverige har många läkare och sjuksköterskor per invånare jämfört med andra EU-länder

Yrkesverksamma sjuksköterskor per 1 000 invånare



Anmärkning: Siffrorna från Portugal och Grekland omfattar alla läkare som har rätt att utöva sitt yrke, vilket leder till en kraftig överskattning av antalet yrkesverksamma läkare (i Portugal 30 % mer). I Österrike och Grekland underskattas antalet sjuksköterskor, eftersom siffrorna endast omfattar sjuksköterskor som arbetar på sjukhus.
Källa: Eurostats databas (data för Sverige avser 2016 och för de flesta andra länder 2017).

Vårdgarantin syftar till att förbättra tillgängligheten

Svenskarna kan välja primärvårdsgivare och kontakta specialister direkt i de flesta regioner. Vårdgarantin ska se till att patienterna kan kontakta en primärvårdsinrättning samma dag, få en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar, få träffa en specialist inom 90 dagar och få den behandling/kirurgi som behövs inom 90 dagar. När dessa tidsfrister överskrids erbjuds patienterna vård någon annanstans, på hemregionens bekostnad. Trots detta överskrids dessa tidsfrister i många fall (se avsnitt 5.2).

5 Resultat inom hälso- och sjukvården

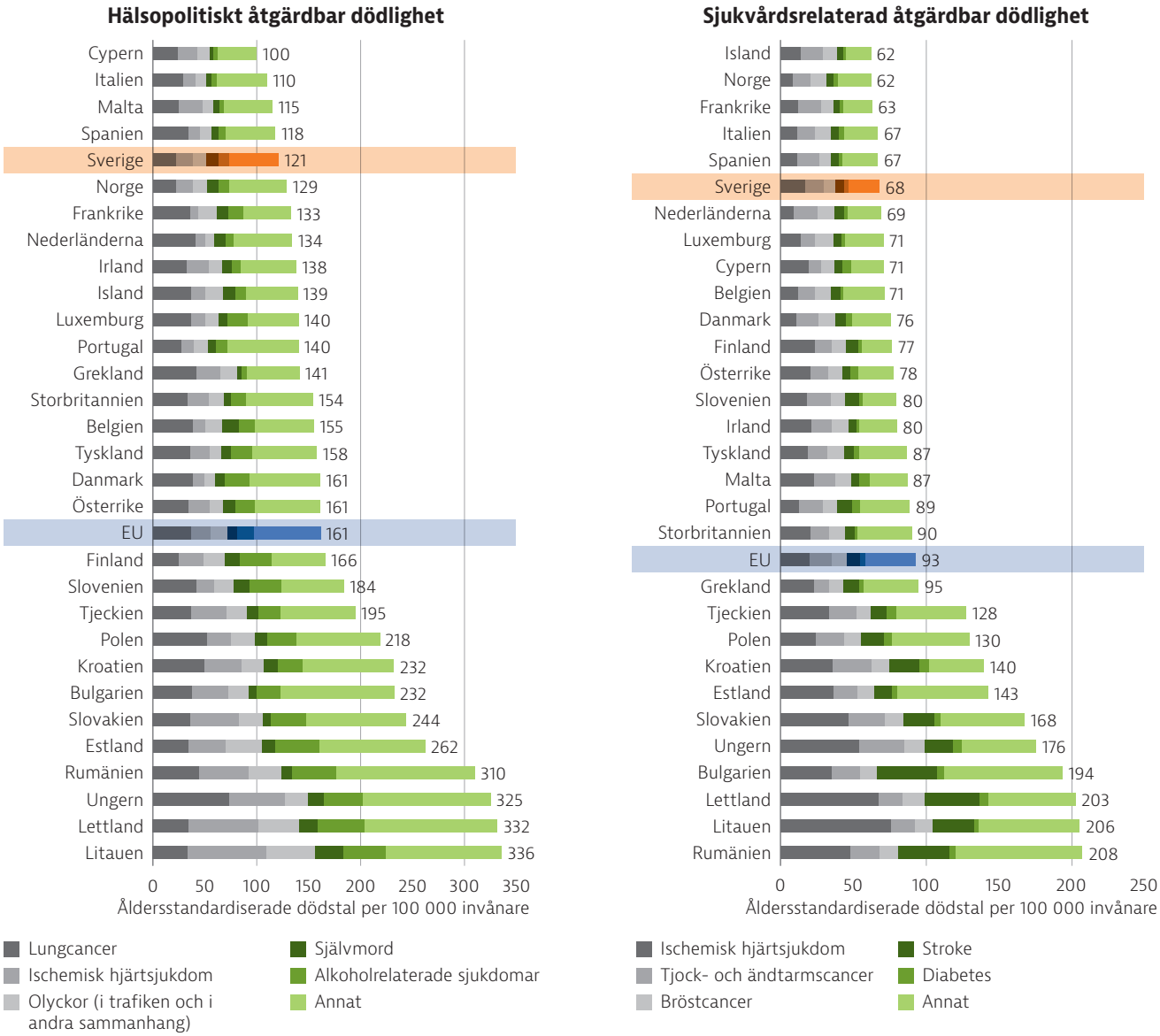
5.1. Effektivitet

Låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet tyder på ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem

Sverige har låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, vilket tyder på att det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är effektivt när det gäller att förhindra dödsfall vid sjukdomstillstånd som bedöms vara behandlingsbara eller möjliga att förebygga (figur 11).

Den låga hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten beror främst på ett lågt antal förtida dödsfall på grund av hjärt-kärlsjukdom, alkoholrelaterade orsaker och lungcancer. När det gäller olycksrelaterade dödsfall och självmord ligger den förtida dödligheten i Sverige något över EU-genomsnittet, vilket ger utrymme för förbättringar.

Figur 11. Den hälsopolitiskt åtgärdbara och sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är låg



Anmärkning: Med hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet avses dödsfall som i huvudsak kan förhindras genom förebyggande folkhälsoåtgärder och primärvård. Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet avses dödsfall som huvudsakligen kan förhindras genom hälso- och sjukvårdsåtgärder, bland annat hälsoscreening och behandling. Båda indikatorerna avser förtida dödlighet (före 75 års ålder). Uppgifterna bygger på de reviderade förteckningarna från OECD/Eurostat.
Källa: Eurostats databas (data för 2016).

Sverige har en lång tradition av folkhälsokampanjer för att minska riskfaktorer

Sveriges låga nivåer av hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet på grund av exempelvis lungcancer, alkoholkonsumtion och trafikolyckor kan delvis förklaras med landets kraftfulla folkhälsoåtgärder. Informationskampanjer riktade till allmänheten kombinerat med höga skatter på tobak och alkohol har bidragit till att minska konsumtionen. Det finns ett statligt monopol på alkoholförsäljning, och alkohol säljs bara i särskilda butiker med begränsade öppettider. Dessutom gäller åldersgränsen 20 år för köp av alkohol på Systembolaget, den statsägda butikskedja som säljer alkoholhaltiga drycker.

Den låga dödligheten i trafikolyckor är resultatet av den långsiktiga trafiksäkerhetsstrategin Nollvisionen, med målet att ingen ska dö eller bli allvarligt skadad i trafikolyckor (Transportstyrelsen, 2019). Nollvisionen antogs 1997 och har bland annat lett till att man har avskilt körbanor med trafik i olika riktning, byggt många nya cykelvägar och skärpt bestämmelserna om rattfylleri. Under 2017 miste 250 personer livet i trafikolyckor i Sverige, vilket är en minskning från 600 personer 1997.

Minskad ojämlikhet i hälsa har länge varit ett folkhälsopolitiskt mål i Sverige. Detta mål betonades ytterligare 2014 i regeringsförklaringen om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna mellan olika befolkningsgrupper inom en generation. Kommissionen för jämlik hälsa inrättades 2015 och lade fram en rapport i juni 2017, där man framhöll att det krävs breda insatser på många områden, inte bara inom hälso- och sjukvården, för att minska hälsoklyftorna i befolkningen. En ny lag om folkhälsopolitiken antogs 2018. Den bygger till stor del på resultat och rekommendationer från Kommissionen för jämlik hälsa. Folkhälsopolitiken omfattar åtta åtgärdsområden för främjande av jämlik hälsa samt uppföljande utvärderingar.

Under 2016 antogs i Sverige en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020. Strategin bygger vidare på den tidigare strategin för åren 2011–2015 och har som övergripande mål ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. Framstegen med att nå dessa mål övervakas med ett antal indikatorer som är uppdelade på följande fem huvudmål: minskad tillgång, senare debut, minskat missbruk, ökad tillgänglighet till vård och stöd i samhället samt minskat antal dödsfall och skador (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Under 2018 anordnade Sverige ett frivilligt utbyte inom ramen för initiativet Hälsotillståndet i EU, i syfte att diskutera med nationella aktörer och internationella företrädare hur man kan öka engagemanget för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder i hälso- och sjukvårdssystemet (ruta 2).

Ruta 2. Sverige anordnade ett frivilligt utbyte om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder i juni 2018

Under den första perioden av Hälsotillståndet i EU anordnade Socialdepartementet och Socialstyrelsen i Sverige ett seminarium i Stockholm i juni 2018 för att diskutera engagemanget för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet var att samla svenska vårdaktörer kring ambitionen att lägga ny kraft på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

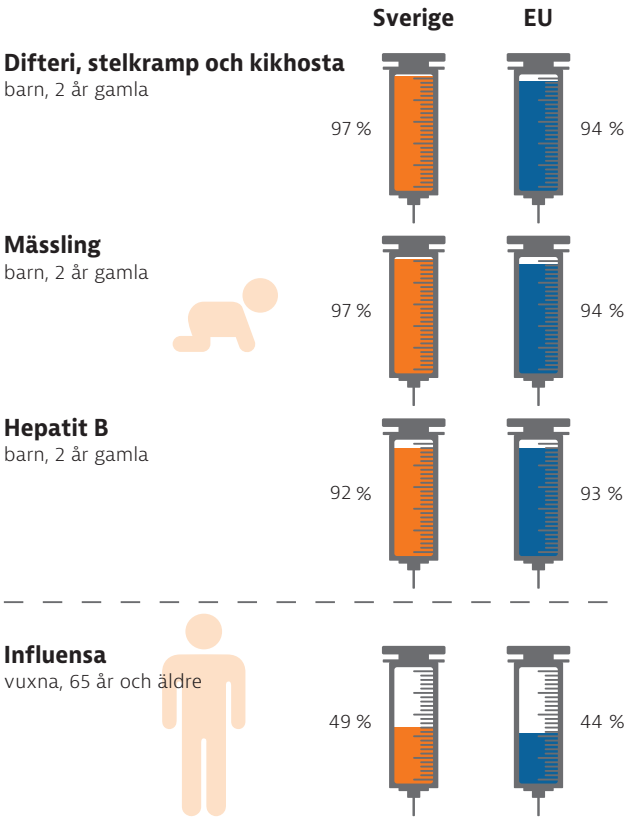
I det frivilliga utbytet deltog cirka 70 politiker, aktörer och sakkunniga från Sverige och likaså från Belgien, Frankrike, Irland och Storbritannien. OECD och European Observatory on Health Systems and Policies bidrog till genomförandet av diskussionerna. Vid seminariet kom man fram till några saker som behöver göras för att övervinna en del av de största hindren för åtgärder och möjliggöra ökat engagemang för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Sveriges läkarförbund framhöll betydelsen av att lägga mer vikt vid hälsofrämjande inom vårdutbildningarna.

Vaccinationstäckningen bland äldre skulle kunna bli bättre

Sverige har ett omfattande och avgiftsfritt barnvaccinationsprogram. Vaccinationstäckningen för difteri, stelkramp, kikhosta och mässling ligger över Världshälsoorganisationens (WHO:s) rekommenderade mål på 95 % (figur 12). Sedan 2016 rekommenderas även vaccination mot hepatit B för alla spädbarn och denna vaccination har erbjudits utan avgift i de flesta landsting och regioner. Detta har lett till att vaccinationstäckningen har ökat snabbt, från 53 % 2015 till 92 % 2018, även om den varierar väsentligt mellan olika regioner och landsting.

Bara ungefär hälften av svenskarna i åldersgruppen 65 år och äldre vaccinerades mot influensa 2017. Det är något mer än EU-genomsnittet men långt under WHO:s rekommenderade mål på 75 %. Täckningen har legat oförändrad på cirka 50 % de senaste åren. Det har varit en utmaning att öka täckningen, delvis på grund av utebliven efterfrågan från patientgruppen och brist på förtroende för influensavaccin men även på grund av vissa problem med tillgänglighet.

Figur 12. Vaccinationstäckningen är hög bland barn, men lägre bland äldre



Anmärkning: Uppgifterna avser tredje dosen för difteri, stelkramp och kikhosta samt hepatit B och första dosen för mässling.
Källa: Data avseende barn från WHO/Unicef Global Health Observatory (data för 2018); data avseende åldersgruppen 65 år och äldre från OECD:s hälsostatistik och Eurostats databas (data för 2017 eller närmaste tillgängliga år).

Sjukhusens akutsjukvård håller i allmänhet hög kvalitet

I motsats till medborgare i de flesta andra EU-länder är svenskarna i högre grad mer nöjda med sjukhus- och specialistvården (som fick betyget 7,8 av 10) än med primärvården (betyget 6,9), enligt en EU-omfattande undersökning gjord 2016 (Eurofound, 2017).

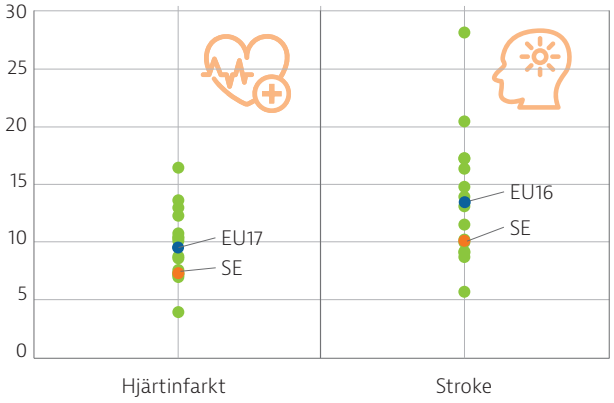
Baserat på de kliniska åtgärderna ger de svenska sjukhusen i allmänhet effektiv behandling till dem som behöver akutsjukvård för livshotande tillstånd. Det gäller särskilt för akuta hjärt-kärlsjukdomar. Sverige har låg 30-dagarsdödlighet efter sjukhusvistelser för hjärtattack och stroke, tack vare att det finns särskilda vårdinrättningar för behandling av dessa tillstånd (figur 13).

Lågt antal sjukhusvistelser avspeglar en omställning från sluten vård till öppenvård

För flera smittsamma eller kroniska sjukdomar kan man undvika inläggning på sjukhus genom välorganiserad förebyggande vård och primärvård. Antalet sjukhusvistelser på grund av kroniska sjukdomar, såsom astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes och hjärtsvikt ligger under EU-genomsnittet (figur 14), även om några länder har ännu lägre tal. De låga talen i Sverige kan åtminstone delvis förklaras med omställningen från sluten vård till öppenvård. Den innebär att man bara lägger in patienter som behöver högspecialiserad vård, och att övriga patienter i stället tas om hand i primärvården och öppenvården.

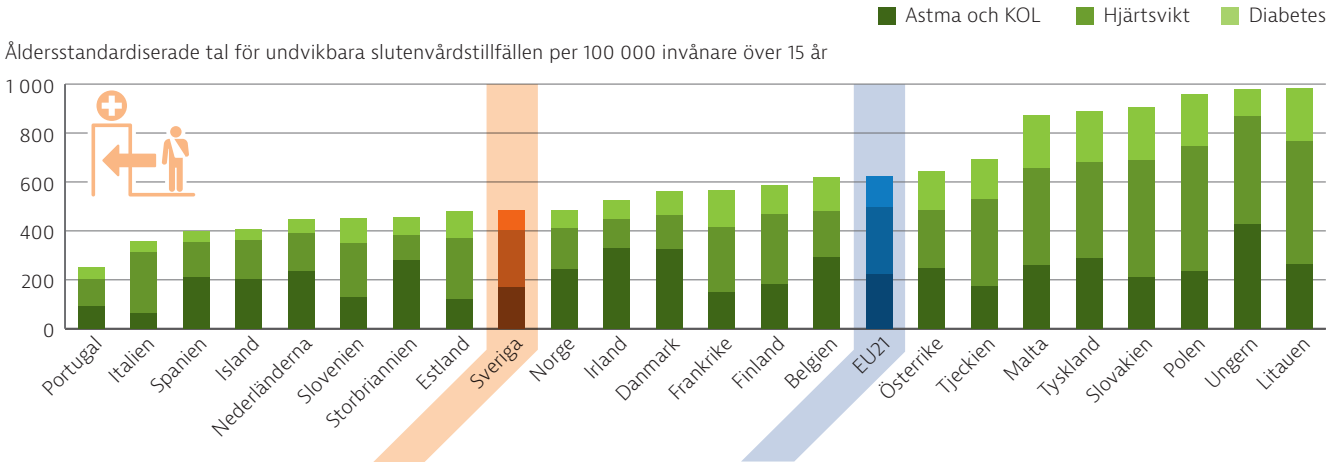
Figur 13. Låg dödlighet efter inläggning på sjukhus vid hjärtinfarkt och stroke

Antal döda inom 30 dagar per 100 inläggningar på sjukhus



Anmärkning: Figuren baseras på individdata som har köns- och åldersstandardiserats gentemot befolkningen 45+ i OECD-länderna och som under 2010 blivit inlagd på sjukhus för hjärtinfarkt och stroke.
Källa: OECD:s hälsostatistik 2019 (data för 2017 eller närmaste tillgängliga år).

Figur 14. Sverige ligger under EU-genomsnittet när det gäller antalet undvikbara sjukhusvistelser för patienter med kronisk sjukdom



Källa: OECD:s hälsostatistik 2019 (data för 2017 eller närmaste tillgängliga år).

Cancervården har blivit bättre, men heltäckande screening har fortfarande inte införts

Antalet personer i Sverige som överlever vissa typer av cancer (bröstcancer, livmoderhalscancer och tjock- och ändtarmscancer) har ökat i Sverige de senaste tio åren och är nu bland de högsta i EU, tack vare tidigare diagnos och effektiva behandlingar (figur 15).

Sedan den nationella cancerstrategin infördes 2009 har Sverige gjort mycket för att förbättra cancervården. Den nya regeringen som bildades i januari 2019 har också valt att prioritera nysatsningar på cancervården. Strategin är främst inriktad på kvalitet och jämlik tillgång till vård, men andra viktiga delar är förebyggande arbete och tidig upptäckt. Alla svenska regioner erbjuder regelbunden mammografi för kvinnor i åldersgruppen 40–74 år, och en stor del av målgruppen tackar ja. Bland kvinnor i åldern 50–69 år uppgav 90 % 2014 att de hade genomgått en bröstundersökning de senaste två åren. Nationell screening för livmoderhalscancer har också införts för kvinnor i åldersgruppen 23–59 år, och en stor andel deltar (82 % 2016).

Screening för tjock- och ändtarmscancer erbjuds ännu inte för män och kvinnor i hela landet, och bara två av de 21 landstingen/regionerna erbjuder screening för invånare i åldersgruppen 50–59 år. Detta förklarar varför bara 33 % av personerna i åldersgruppen 50–74 år i Sverige uppger att de har genomgått screening 2014, jämfört med EU-genomsnittet på nästan 50 %.

Trots att cancervården i allmänhet gett goda resultat har den fått kritik för långa väntetider och brist på patientcentrerad vård. Den senaste nationella reformen av cancervården syftar till att stärka patientperspektivet genom att skapa standardiserade vårdflöden som inkluderar alla aktörer i vårdprocessen och ska minimera väntetider och osäkerhet för patienten.

Figur 15. Canceröverlevnaden i Sverige ligger över EU-genomsnittet



Prostatacancer
Sverige: 91 %
EU26: 87 %

Bröstcancer
Sverige: 89 %
EU26: 83 %

Tjocktarmscancer
Sverige: 65 %
EU26: 60 %

Lungcancer
Sverige: 20 %
EU26: 15 %

Anmärkning: Uppgifterna avser personer som fick diagnos mellan 2010 och 2014.
Källa: Programmet Concord. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2. Tillgänglighet

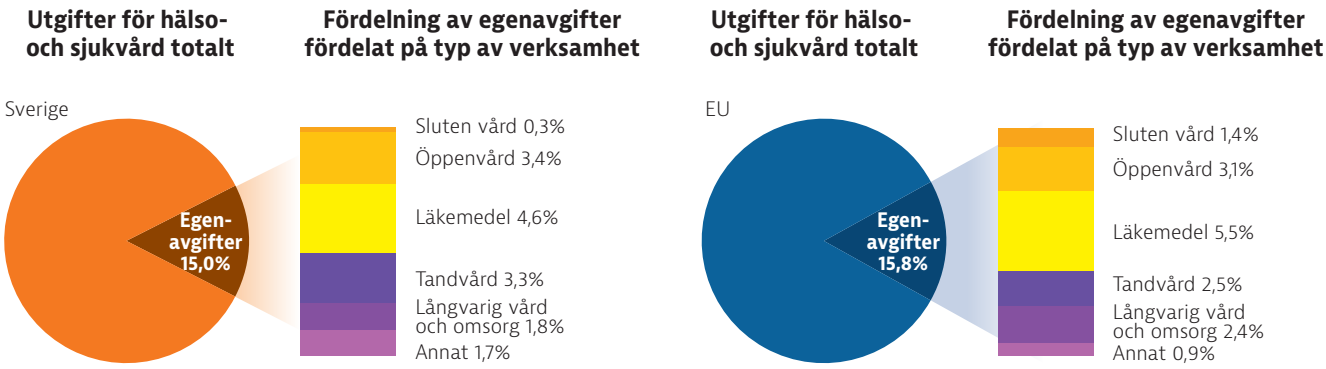
Förmånerna är omfattande, men vissa regionala skillnader kvarstår

Alla invånare i Sverige har automatiskt rätt till offentligfinansierad vård, och systemet för hälso- och sjukvård för nyanlända har också förbättrats. Sverige har ett omfattande förmånssystem och en vårdlagstiftning med tydligt fokus på jämlikhet och behovsbaserad vård, men indelningen av landet i 21 självstyrande landsting och regioner gör att reglerna om vad som ingår i vården i viss mån skiljer sig åt i olika delar av landet. För att åtgärda detta strukturella problem samarbetar Socialstyrelsen och organisationen Sveriges Kommuner och Landsting för att enas om gemensamma riktlinjer och strategier.

Taken för patientavgifterna begränsar de negativa effekterna på jämlikheten, men priset kan vara ett hinder

Omkring 15 % av hälso- och sjukvården i Sverige finansieras genom patientavgifter, vilket är lite mindre än EU-genomsnittet. Avgifter tas ut för nästan alla sorters tjänster och produkter inom vården, med undantag för mödravård och primärvård för barn samt vissa tjänster för personer över 85 år. Regioner och landsting bestämmer själva sina avgifter, och avgiftsstrukturen ger ett incitament för att söka sig till primärvården i stället för till sjukhusen. Bara avgifterna för receptbelagda läkemedel och tandvård bestäms på nationell nivå. Det mesta av egenavgifterna går till läkemedel, tandvård och annan öppenvård, eftersom den offentliga finansieringen oftast inte täcker dessa tjänster i lika hög grad som sjukhusvistelser (figur 16).

Figur 16. Egenavgifter går huvudsakligen till läkemedel, tandvård och öppenvård

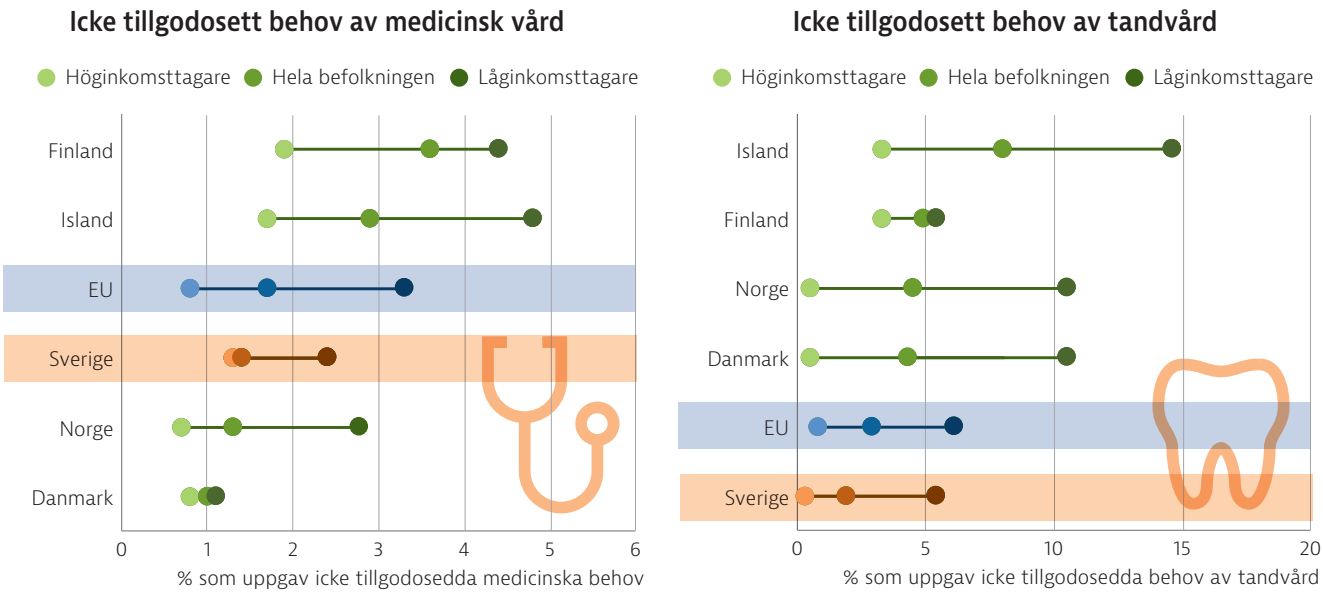


Källa: OECD:s hälsostatistik 2019 (data för 2017).

Låg andel personer uppger icke tillgodosedda vårdbehov

Vissa personer uppger att de inte får den vård de behöver av ekonomiska och andra skäl. Siffrorna för ej tillgodosedda vårdbehov är låga: 1,4 % av samtliga uppgiftslämnare och 2,4 % av uppgiftslämnare med låg inkomst har upplevt att deras behov av medicinsk undersökning eller behandling inte tillgodosetts på grund av kostnad, reseavstånd eller väntetid 2017. Andelen personer som uppgav att deras behov av tandvård inte hade tillgodosetts var cirka 2 % totalt 2017, men mer än 5 % bland låginkomsttagare (figur 17).

Figur 17. Icke tillgodosett vårdbehov är sällsynt, men vanligare inom tandvården för låginkomsttagare



Anmärkning: Uppgifterna gäller icke tillgodosedda behov av medicinsk undersökning eller behandling eller av tandundersökning eller tandbehandling p.g.a. kostnad, reseavstånd eller väntetid.
Källa: Eurostats databas baserat på EU-Silc (data för 2017).

För många tjänster kan patientavgifterna i praktiken verka begränsande. Det finns separata nationella avgiftstak för vård, receptbelagda läkemedel, hälsorelaterade transporter och medicintekniska hjälpmedel, men landstingen har olika metoder för att väga ersättningen mot vårdbehovet. Därför kan det totala årsbeloppet bli svårt att hantera för låginkomsttagare. Dessutom ingår inte tandvård i det offentliga förmånssystemet, vilket innebär att vuxna betalar en större andel av priset från 23 års ålder. Regeringen har tillsatt en utredning i syfte att föreslå en tandvårdsreform med fokus på att åtgärda ojämlikhet. Den slutliga rapporten väntas bli klar 2020.

Privata sjukförsäkringar blir allt populärare i Sverige

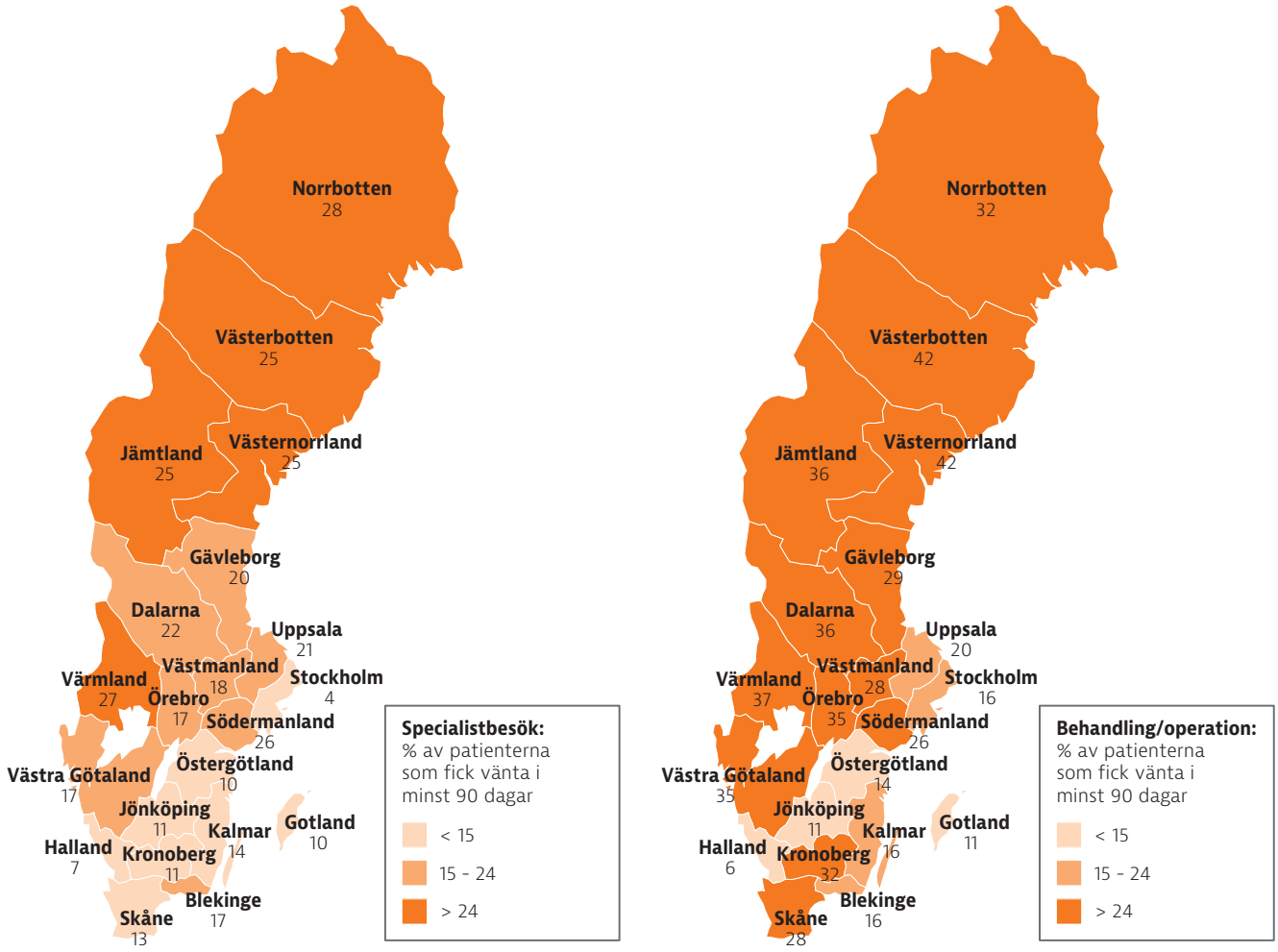
Antalet personer med privat sjukförsäkring har ökat snabbt de senaste 15 åren. Uppskattningsvis 10 % av befolkningen i åldrarna 16–64 år har nu en kompletterande sjukförsäkring, om än med mycket varierande täckning och förmåner. Denna försäkring tecknas oftast genom arbetsgivaren och möjliggör snabbare tillgång till öppenvård och planerad kirurgi, men det är vanligt att den också omfattar allmänna hälsokontroller och företagshälsovård. Trots att det fortfarande är relativt ovanligt med privat sjukförsäkring finns anledning till oro när det gäller den jämlika tillgången till vård.

Väntetiderna fortsätter att väcka uppmärksamhet

Som i många andra länder har hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige länge kännetecknats av väntetider, och problemet har lett till åtskilliga debatter och politiska initiativ.

Det viktigaste politiska initiativet var vårdgarantin från 2010, som innehöll regler om maximala väntetider för olika tjänster. Bland övriga initiativ har det funnits nationella program med incitament för regioner och landsting att minska köerna (dessa incitament avskaffades 2015) och öka insynen genom att regelbundet offentliggöra väntetiderna. Det har gjorts både av enskilda vårdgivare, för att hjälpa patienterna att göra väl underbyggda val, och på nationell nivå, för att jämföra regionerna och därigenom sätta press på de regionala myndigheterna. De regionala skillnaderna i väntetid är stora (Europeiska kommissionen, 2019a), och väntetiderna är i allmänhet kortare i städerna. Merparten av invånarna i Stockholmsregionen kan träffa en specialist och få behandling inom 90 dagar efter specialistbedömningen, medan 30 % av befolkningen i Norrland var tvungna att vänta längre än 90 dagar för att få tillgång till dessa tjänster 2017 (figur 18).

Figur 18. Längre väntetider för specialistbesök och behandling i vissa regioner



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2018, data för 2017).

De senaste åren har väntetiderna blivit längre för vissa tjänster, särskilt planerad kirurgi. Andelen patienter som fick vänta mer än tre månader för att få en knäledsprotes minskade kraftigt mellan 2010 och 2014, men ökade sedan igen från 5 % 2014 till 25 % 2017. Utvecklingen har varit snarlik för starroperationer och höftledsproteser. Andelen patienter som har stått i operationskö i mer än tre månader har inte ändrats nämnvärt mellan 2010 och 2017. Den nya regeringen har lovat ökade insatser för att minska väntetiderna.

Avancerad utbildning för fler sjuksköterskor skulle kunna ge bättre tillgång till vården och öka effektiviteten

Sverige har med framgång utökat sjuksköterskornas ansvarsområde inom primärvården, exempelvis genom att införa besök hos sjuksköterska i stället för hos allmänläkare, vilket minskar problemet med brist på allmänläkare och ger legitimerade sjuksköterskor med kompletterande utbildning och tillräcklig erfarenhet rätt att skriva ut vissa läkemedel.

Dessutom ger vissa specialistsjuksköterskor vård till diabetespatienter och hjälper dem att klara sin egenvård. På sjukhusen kan legitimerade sjuksköterskor med särskild geriatrikkompetens bedöma hälsotillstånd och behov av långvarig vård och omsorg hos äldre som kommer till akutmottagningen.

Än så länge finns bara ett begränsat antal specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor med examen på avancerad nivå, och antalet nyutexaminerade med sjuksköterskeexamen på avancerad nivå och specialistutbildning har minskat sedan 2005. I januari 2019 meddelade regeringen en ny åtgärd för att utbilda fler specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor på avancerad nivå för att minska väntetiderna i vården.

5.3. Anpassningsförmåga[2]

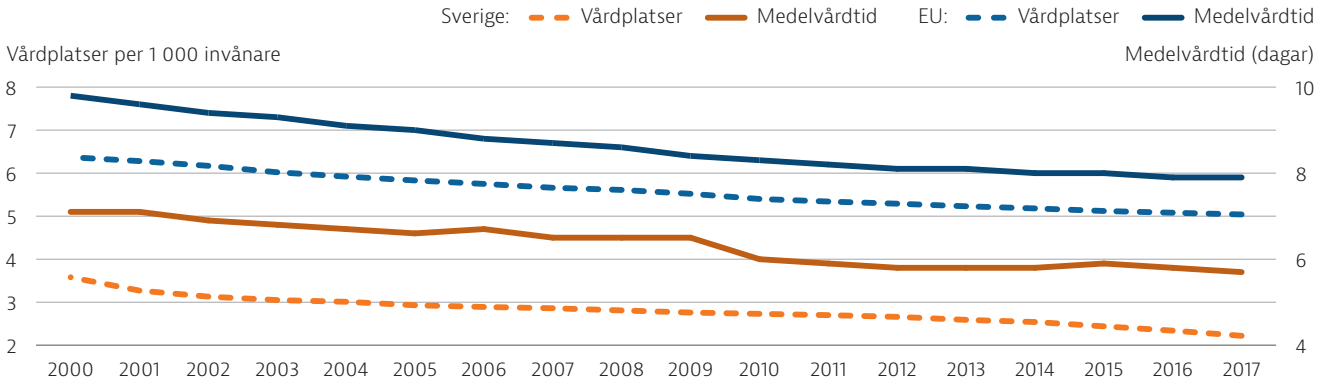
Den åldrande befolkningens behov fortsätter att vara en utmaning

I likhet med andra EU-länder står Sverige inför utmaningen att tillgodose den åldrande befolkningens växande behov av hälso- och sjukvård samt av långvarig vård och omsorg i framtiden. Det är inte bara utgifterna för hälso- och sjukvård som väntas sätta press på budgeten, utan framför allt utgifterna för långvarig vård och omsorg. Enligt de senaste prognoserna från EU-kommissionens arbetsgrupp för åldrandefrågor kan de offentliga utgifterna för långvarig vård och omsorg i Sverige öka med 1,7 procentenheter av BNP mellan 2016 och 2070, samtidigt som de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården kan öka med cirka 1 procentenhet av BNP (Europeiska kommissionen, EPC, 2018). Detta visar på svårigheterna att effektivt tillgodose de kommande årens allt större behov av hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg.

Sverige har lyckats flytta mycket verksamhet från sluten vård till öppenvård

De senaste tjugo åren har Sverige vidtagit systematiska åtgärder för att flytta över tjänster från sluten vård till öppenvård. Det har lett till att Sverige har minst antal vårdplatser per invånare i hela EU (2,2 vårdplatser per 1 000 invånare 2017 – mindre än hälften av EU-genomsnittet 5,0). Den genomsnittliga sjukhusvistelsen är också mycket kortare än EU-genomsnittet (figur 19).

Figur 19. Få vårdplatser och korta sjukhusvistelser



Källa: Eurostats databas.

Beläggningsgraden på sjukhusen är dock mycket hög, vilket väcker oro för patientsäkerheten, med tanke på akutsjukhusens mycket små marginaler för nödsituationer och de stressiga arbetsvillkoren. Ett nationellt rapporteringssystem har nyligen tagits fram för övervakning av beläggningsgraden i syfte att minska eventuella negativa effekter (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

Dagkirurgin har utökats, vilket har lett till stora besparingar genom att fler patienter kan behandlas i öppenvården. Vårdpersonalen har en betydande roll i denna utveckling (ruta 3). Sammanlagt 2,7 miljoner kirurgiska ingrepp utfördes 2013. Det är mer än en miljon fler ingrepp än 2005 (European Commission, 2019b). Av dessa ingrepp utfördes 70 % som dagkirurgi 2013, jämfört med 42 % 2005. Ändå påpekade Socialstyrelsen i sin granskning 2016 att dagkirurgin gav utrymme för ytterligare besparingar, eftersom andelen dagkirurgi fortfarande varierade påtagligt mellan de 21 landstingen och regionerna.

När det gäller exempelvis avlägsnande av halsmandlarna varierade andelen dagkirurgi regionalt mellan 4 och 94 % 2013 (Tiainen & Lindelius, 2016).

Ruta 3. Vårdpersonalen har haft stor betydelse för den snabba ökningen av dagkirurgi i Sverige

En av de viktigaste faktorerna för utökningen av dagkirurgi i Sverige är ledarskapet inom vården och att man har antagit evidensbaserade riktlinjer för att anpassa pre- och postoperativa kirurgiska rutiner och främja säker och effektiv användning av dagkirurgi. Genom rikstäckande samarbete och med stöd från de nationella myndigheterna har nya standarder utarbetats och spridits, samtidigt som det har funnits tillräckligt utrymme för självbestämmande och anpassning till lokala omständigheter.

2: Med anpassningsförmåga avses kapaciteten att effektivt justera hälso- och sjukvården efter ändrade omständigheter, plötsliga händelser och krissituationer.

Försenade utskrivningar från sjukhus är ett exempel på problem med samordningen av vård

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har brister i samordningen av vård på olika nivåer och när det gäller att uppfylla patientens förväntningar. Enligt Commonwealth Funds internationella undersökning av hälso- och sjukvård 2016 har svenska patienter oftare negativa erfarenheter av vårdsamordningen än patienterna i de andra tio länderna som deltog i undersökningen (Commonwealth Fund, 2016). Omkring en tredjedel av uppgiftslämnarna i Sverige sade att de hade haft problem med vårdsamordning eller kommunikation, och hälften av patienterna hade upplevt ett glapp i samordningen i sjukhusets plan för utskrivning.

Försenade utskrivningar av patienter som inte längre behöver stanna på sjukhuset är ett exempel på samordningsproblem. Antalet vårddagar relaterade till försenade utskrivningar 2016 var mycket högre i Sverige än i Danmark och Norge (tabell 1).

Sedan 2018 har man genom ny lagstiftning försökt påskynda utskrivningarna genom att stärka samarbetet mellan de olika aktörerna i systemet. Genom säkra och effektiva utskrivningsrutiner skapas bättre samordning mellan hälso- och sjukvård och sociala tjänster efter utskrivningen från sjukhuset. I lagen föreskrivs ett formellt utskrivningsförfarande som inleds redan vid inläggningen på sjukhuset. Lagen ålägger regioner och kommuner att enas om gemensamma riktlinjer för samarbete och planering av utskrivningar. Kommunerna riskerar böter om de inte kan enas om hur man ska hantera utskrivningarna bättre och minska förseningarna.

Tabell 1. Försenade utskrivningar innebär fler vårddagar i Sverige än i Danmark och Norge

Danmark	30 844	5
Irland	201 977	43
Norge	82 411	16
Sverige	393 124	40
Storbritannien	2 254 821	34

Källa: Suzuki (kommande), "Reducing delays in hospital discharge", OECD Health Working Papers (data för 2016).

Att övervaka och förbättra vården för personer med Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar

Under 2018 var 7 % av Sveriges befolkning över 60 år drabbad av Alzheimers sjukdom. Fram till 2040 väntas denna andel ha ökat till 9 % om kopplingen mellan ålder och demenssjukdomar förblir oförändrad (OECD/EU 2018).

För att hantera denna växande börda har man i Sverige utarbetat ett register för övervakning av både demens och de beteendemässiga och psykiska symtomen vid demens (BPSD). Detta register innehåller data från särskilt boende och andra vårdinrättningar, vilket gör det möjligt för dem att övervaka och anpassa kvaliteten på vården. Demensregistret innehåller data från hela hälso- och sjukvårdssystemet, bland annat minneskliniker, huvuddelen av vårdcentralerna och den långvariga vården och omsorgen. De data som samlas in innehåller inte bara vårdinformation utan även andra indikatorer för livskvalitet.

Initiativ för korrekt användning av läkemedel och tillgång till nya läkemedel

Flera initiativ har tagits på både nationell och regional nivå i strävan efter ändamålsenligare användning av läkemedel, ökad användning av generiska läkemedel och lägre läkemedelspriser.

Det är obligatoriskt med generisk substitution. Dessutom tillämpar man i Sverige principen om periodens vara och har infört ett system där läkemedlet måste bytas ut mot det billigaste generiska alternativet, oavsett vad läkaren har skrivit i receptet (WHO:s regionala Europakontor, 2018).

För att främja ändamålsenligare läkemedelsförskrivning har Kloka listan utarbetats i Stockholms län och används sedan 2000 i hela regionen. Förskrivningsrekommendationerna har utarbetats av en expertgrupp bestående av läkare, kliniska farmakologer och farmaceuter. Kloka listan innehåller nu rekommendationer om 200 läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar i primärvården och sjukhusvården samt ytterligare 100 läkemedel för specialistvård (WHO:s regionala Europakontor, 2018).

I en statlig utredning från 2018 föreslogs flera förbättringar av styrning, finansiering och prissättning av läkemedel för att patienterna ska kunna dra nytta av framstegen inom läkemedelsbehandlingar. De svenska, finska och norska myndigheterna för utvärdering av medicinska metoder enades också 2018 om att fördjupa samarbetet om utvärdering av nya läkemedelsprodukter inom ramen för projektet Finose (ruta 4).

Ruta 4. Sverige har inlett ett samarbete om utvärdering av nya läkemedel

Under 2018 inleddes Finose – ett samarbete mellan finska, norska och svenska myndigheter för utvärdering av medicinska metoder. Det övergripande syftet med Finose är att gemensamt bedöma nya läkemedels relativa effektivitet och utföra en ekonomisk analys. Efter dessa gemensamma utvärderingar har varje land ändå möjlighet att fatta slutliga beslut om de nya läkemedlens ersättningar och priser i enlighet med nationella villkor och regelverk.

Tack vare detta samarbete kan företagen skicka en enda akt till de tre länderna samtidigt och godkänna att data om läkemedlet överförs mellan länderna. De tre länderna utser sedan tillsammans ett team som ska göra den gemensamma utvärderingen. Arbetet resulterar i en gemensam utvärderingsrapport från de tre myndigheterna. Finose är för närvarande ett pilotprojekt, och man kommer att regelbundet utvärdera om det fyller sitt syfte.

Digital vård på frammarsch

Enligt 2016 års nationella plan strävar Sverige efter att vara världsledande 2025 när det gäller att ta vara på möjligheterna med digitalisering (Sveriges regering, 2019). Nationella elektroniska patientjournaler har varit det normala i Sverige sedan de infördes 2009, och sedan slutet av 2016 har antalet digitala vårdkontakter via videokonferens och textmeddelanden ökat snabbt, särskilt i primärvården. De digitala kontakterna i primärvården fördubblades under 2017, och 99 % av alla läkemedelsförskrivningar sker elektroniskt.

Kostnaderna för digital vård utgör dock bara en liten del av primärvårdsbudgeten. Denna snabba expansion har framför allt drivits på av två privata bolag, som ingått avtal med en region och på så vis kunnat erbjuda digital vård till hela befolkningen. Det är genom patientlagen som denna utveckling har blivit möjlig. Under 2015 infördes nämligen fritt vårdval inom öppenvården i de 21 landstingen och regionerna.

Man har enats om en nationell rekommendation för prissättning av digital vård och en lägsta patientavgift för sådana kontakter. En statlig utredning pågår också om hur man skulle kunna reglera det fria vårdvalet och den växande digitala marknaden inom primärvården för att öka jämlikheten.

6 Slutsatser

- Svenskar lever längre än invånarna i de flesta andra EU-länder, men medellivslängden har sedan 2000 ökat i långsammare takt i Sverige än genomsnittligt i EU. Skillnaderna mellan kvinnor och män är relativt små, men socioekonomiska skillnader kvarstår. Många levnadsår efter 65 inrymmer en eller flera kroniska sjukdomar och vissa funktionsnedsättningar.

- Vissa viktiga riskfaktorer för hälsan, såsom rökning och alkohol, är överlag små i Sverige, men övervikt och fetma är växande folkhälsoproblem bland ungdomar och vuxna. Nästan en av fem 15-åringar lider av övervikt eller fetma, och nästan en av åtta vuxna lider av fetma, jämfört med en av elva 2000. Många riskfaktorer är vanligare bland låginkomsttagare och lågutbildade, vilket bidrar till socioekonomiska skillnader när det gäller hälsa och medellivslängd. År 2014 satte regeringen upp målet att utjämna påverkbara hälsoklyftor mellan befolkningsgrupper inom en generation. Detta har följts upp med en ny folkhälsopolitik, som antogs 2018 och syftar till att skapa förutsättningar för åtgärder inom åtta områden tillsammans med att utvärdera resultatet.

- Decentraliseringen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med 21 landsting bidrar till regionala skillnader när det gäller både tillgång till vård och vårdresultat. Detta strider mot Sveriges mål om en jämlik hälsa. För att motverka dessa skillnader har man föreslagit ett nytt omfördelningssystem som ska skapa en mer jämlik resurstilldelning i regionerna. Ytterligare finansiering finns för riktade program. Den nya regeringen har tillkännagett en bred primärvårdsreform, som bl.a. innehåller planer för minskade regionala skillnader och bättre tillgänglighet på landsbygden.

- Sverige lägger mycket pengar på hälso- och sjukvård. Utgifterna per invånare och som andel av BNP är de tredje högsta i EU. Landet spenderar dock relativt lite på sluten vård och har i stället fokus på öppenvård och långvarig vård och omsorg. Detta avspeglar de senaste tjugo årens medvetna strategier för att flytta över så mycket vård som möjligt från sjukhus till primärvård eller närvård.

- Sverige har relativt många läkare och sjuksköterskor, men det är svårt att rekrytera personal, särskilt på landsbygden. Bara 15 % av läkarna är allmänläkare, och detta försämrar tillgängligheten i primärvården. Arbetsfördelningen mellan sjuksköterskor och läkare i primärvården har delvis ändrats och gjorts effektivare, så att sjuksköterskorna fått en viktigare funktion, bl.a. med större ansvar inom kroniska sjukdomar. Bristen på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor med examen på avancerad nivå är dock ett hinder för en effektivare arbetsfördelning inom primärvården och på sjukhusen. I januari 2019 lade regeringen fram en plan enligt vilken man ska utbilda fler specialistsjuksköterskor och stärka undersköterskornas roll.

- Väntetiderna i vården är ett långvarigt problem, och köerna har i vissa fall blivit längre. Exempelvis fick cirka 20 % patienterna vänta mer än tre månader på en starroperation 2018 – en ökning från 10 % 2013. Den nya regeringen meddelade sin avsikt att satsa mer resurser på att minska väntetiderna för planerad kirurgi och andra vårdtjänster. En annan viktig uppgift är att förbättra samordningen av vård och se till att patienter med cancer, psykisk sjukdom, Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar får vård i tid.

Huvudsakliga källor

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle,* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Sweden, Health Systems and Policy Monitor*, https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx.

Källförteckning

Burström B et al. (2017), *Equity Aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – A Scoping Review*, International Journal for Equity in Health, 16:29.

Commonwealth Fund (2016), *The 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults.*

Eurofound (2017), *European Quality of Life Survey 2016: Quality of Life*, Quality of Public Services, and Quality of Society, Luxembourg.

European Commission-EPC (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070).* Institutional Paper 079. May 2018, Brussels.

European Commission (2019a), *Country Report Sweden 2019,* European Semester, Brussels.

European Commission (2019b), *Tools and Methodologies to Assess the Efficiency of Health Care Services in Europe: Report by Expert Group on Health System Performance Assessment,* Brussels.

Folkhälsomyndigheten (2018a), *Daglig rökning*.

Folkhälsomyndigheten (2018b), *Övervikt och fetma*.

Government of Sweden (2019), *Statement of Government Policy*, 21 January 2019.

NOMESCO (2017), *Health Statistics for the Nordic countries 2017*, Copenhagen.

Public Health Agency of Sweden (2019), *Monitoring of Alcohol, Narcotics, Doping and Tobacco.*

Swedish Transport Authority (2019), *Vision Zero Academy.*

Sveriges Kommuner och Landsting (2018), *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018: Öppna jämförelser*.

Systembolaget (2019), *Så dricker vi i Sverige*.

Tiainen A and Lindelius B (2016), *Fortsätt utveckla dagkirurgin*.

WHO Regional Office for Europe (2018), *Medicines Reimbursement Policies in Europe*, Copenhagen.

Landskoder

Belgien	BE	Frankrike	FR	Lettland	LV	Österrike	AT	Spanien	ES
Bulgarien	BG	Grekland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Storbritannien	UK
Cypern	CY	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Sverige	SE
Danmark	DK	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Tjeckien	CZ
Estland	EE	Italien	IT	Nederländerna	NL	Slovakien	SK	Tyskland	DE
Finland	FI	Kroatien	HR	Norge	NO	Slovenien	SI	Ungern	HU

European Commission

State of Health in the EU
Landsprofil hälsa 2019

Landsprofilerna är en viktig del av Europeiska kommissionens pågående initiativ State of Health in the EU för förmedling av kunskap. De utarbetas med ekonomiskt stöd från Europeiska unionen. Landsprofilerna har tagits fram gemensamt av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och European Observatory on Health Systems and Policies i samarbete med Europeiska kommissionen.

De kortfattade, policyinriktade landsprofilerna bygger på en öppen, konsekvent metod och använder både kvantitativa och kvalitativa data, som anpassas till förhållandena i varje EU-/EES-land på ett flexibelt sätt. Syftet är att skapa förutsättningar för politikers och aktörers utbyte av kunskaper och erfarenheter.

Varje landsprofil innehåller en kort sammanfattning av

- landets hälsostatus,
- faktorer som påverkar hälsan, med fokus på beteenderelaterade riskfaktorer,
- hälso- och sjukvårdssystemets utformning, och
- hälso- och sjukvårdens effektivitet, tillgänglighet och anpassningsförmåga.

En kompletterande rapport ges ut av Europeiska kommissionen.

Vill du veta mer? Gå till: ec.europa.eu/health/state

Ange följande vid hänvisning till denna publikation: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Sverige: "Landsprofil hälsa 2019", State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264673786 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO