



State of Health in the EU

SVERIGE

Landsprofil hälsa 2025

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 stödja beslutsfattare och andra intressenter med ett verktyg för ömsesidigt lärande och kunskapsöverföring. 2025 års upplaga av Country Health Profiles innehåller ett särskilt avsnitt om läkemedelspolitik.

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 Observatoriets nätverk för Health Systems and Policy Monitor, OECD:s hälsokommitté och EU:s expertgrupp för resultatutvärdering av hälso- och sjukvården.

Innehåll

1	Höjdpunkter	1
2	Hälsa i Sverige	2
3	Risikfaktorer	5
4	Hälso- och sjukvårdssystemet	6
5	Resultat inom hälso- och sjukvården	9
6	I fokus: Läkemedel	17
7	Viktiga slutsatser	21

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)*, *undersökningarna om Health Behaviour in School-*

Aged Children (HBSC), *the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, *European Cancer Information System (ECIS)* och *Världshälsoorganisationen (WHO)*, samt andra nationella källor.

EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde för de 27 EU-medlemsstaterna om inte annat anges. Island och Norge ingår inte i EU-genomsnittet.

Denna profil blev klar i september 2025 och bygger på de data som fanns tillgängliga första halvan av september 2025.

Demografisk och socioekonomisk kontext i SVERIGE, 2024

Demografiska faktorer	Sverige	EU
Befolkning	10 551 707	449 306 184
Andel av befolkningen över 65 år (%)	21 %	22 %
Fruktsamhetstal ¹ (2023)	1,5	1,4
Socioekonomiska faktorer		
BNP per capita (EUR PPP ²)	44 705	39 675
I riskzonen för fattigdom eller social utestängning ³ (%)	17,5 %	20,9 %

1. Antal barn som föds per kvinna i åldern 15–49 år.
2. Köpkraftsparitet 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. I riskzonen för fattigdom eller social utestängning (AROE) är andelen personer som antingen befinner sig i riskzonen för fattigdom, är allvarligt materiellt och socialt utsatta, eller lever i ett hushåll med mycket låg arbetsintensitet.

Källa: Eurostats databas.

Friskrivningsklausuler: För OECD publiceras detta arbete under ansvar av OECD:s generalsekreterare. De åsikter och argument som framförs här återspeglar inte nödvändigtvis de officiella ståndpunkterna hos OECD:s medlemsländer. De åsikter och ståndpunkter som framförs i publikationer från European Observatory on Health Systems and Policies representerar inte nödvändigtvis de deltagande organisationernas officiella politik.

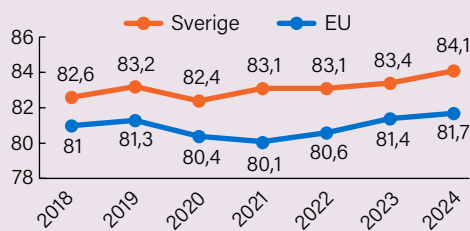
Detta arbete har producerats med ekonomiskt stöd från Europeiska unionen. De åsikter som uttrycks här kan inte på något sätt anses återspegla Europeiska unionens officiella ståndpunkt.

Namnen på och representationen av länder och territorier som används i denna gemensamma publikation följer WHO:s praxis. Detta dokument, liksom alla uppgifter och kartor som ingår här, påverkar inte statusen för eller suveräniteten över något territorium, avgränsningen av internationella gränser och gränsdrawingar eller namnet på något territorium, någon stad eller något område. Särskilda territoriella ansvarsfriskrivningar gäller för OECD och finns på följande länk: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Ytterligare ansvarsfriskrivningar för WHO gäller.

Denna översättning har granskats med avseende på terminologi och tydlighet. Vid eventuella avvikelser mellan denna översättning och den engelska originaltexten är det den engelska texten som gäller.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2025.

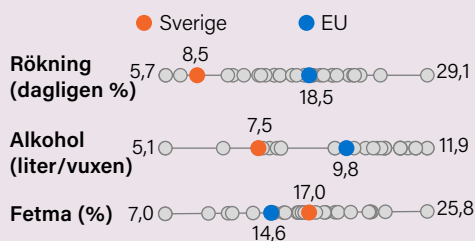
1 Höjdpunkter



Förväntad livslängd vid födseln

Hälsotillstånd

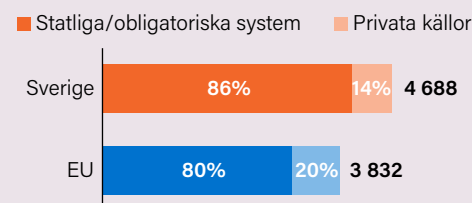
År 2024 nådde den förväntade livslängden i Sverige rekordhöga 84,1 år, vilket är den högsta i EU tillsammans med Italien. Denna nivå överstiger EU-genomsnittet med nästan två och ett halvt år och innebär en ökning med nästan ett år sedan 2019. Könsskillnaden i förväntad livslängd är fortfarande bland de minsta i Europa med tre år, jämfört med ett EU-genomsnitt på över fem år. Dessutom har äldre svenskar den längsta förväntade hälsosamma livslängden vid 65 års ålder i EU, vilket understryker de utomordentliga hälsoresultaten i senare delen av livet.



Vuxna, 2022 (eller närmaste år)

Risikfaktorer

Sverige har en av EU:s lägsta dagliga rökfrekvenser med under 9 % år 2022, en minskning från 14 % år 2010, även om snus användningen fortfarande är hög bland män och användningen av e-cigarett bland ungdomar ligger något över EU-genomsnittet. Fetma drabbar 17 % av befolkningen, vilket är över EU-genomsnittet på 15 % trots hög fysisk aktivitet. Alkoholkonsumtionen är låg och strängt reglerad, med nya regler som tillåter begränsad gårdsförsäljning, men den statskontrollerade detaljhandeln är fortsatt den primära försäljningskanalen.



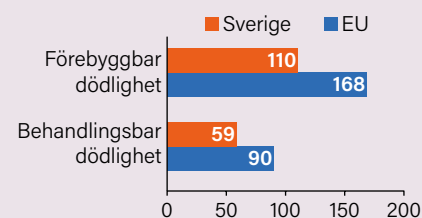
Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita (EUR PPP), 2023

Hälso- och sjukvårdssystemet

Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter är de fjärde högsta i EU med 4 688 euro per capita 2023, vilket är ungefär en femtedel över EU-genomsnittet. De offentliga utgifterna uppgår till 86 % av de totala utgifterna, vilket är över EU-genomsnittet på 80 % och återspeglar omfattande skattefinansiering, medan patientavgifterna utgör 13 % av de totala utgifterna jämfört med 16 % i EU. Detta omfattande offentliga engagemang upprätthåller en universell täckning samtidigt som hushållens kostnader hålls relativt låga.

Resultat inom hälso- och sjukvården

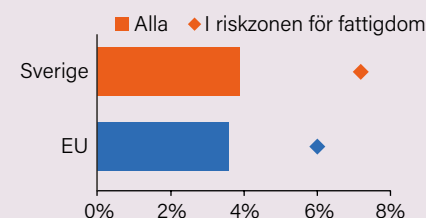
Effektivitet



Åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 invånare, 2022

År 2022 uppnådde Sverige EU:s lägsta undvikbara dödlighet, med både behandlingsbar och förebyggbar dödlighet mer än en tredjedel under respektive EU-genomsnitt. Sveriges resultat på dessa områden visar på ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem som effektivt kan behandla livshotande tillstånd och minska riskfaktorer som orsakar för tidig död.

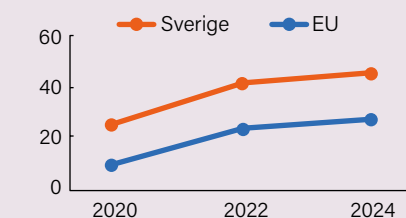
Tillgänglighet



Andel som uppger att de har ouppfyllda vårdbehov, 2024

År 2024 uppgav 3,9 % av de svenska invånarna med vårdbehov att deras behov inte tillgodosågs, en andel som ligger något över EU-genomsnittet och som främst beror på långa väntetider. Förseningarna är mest uttalade inom specialistvården, där tre av tio patienter väntar längre än den garanterade väntetiden på 90 dagar. Tillgänglighetsbristerna är särskilt markanta inom primärvården och inom psykiatri, som båda överstiger EU-genomsnittet, och landsbygden drabbas oproportionerligt hårt.

Anpassningsförmåga



Andel av befolkningen som har tillgång till journaler online

Svenskarna använder konsekvent digitala hälsotjänster mer än sina EU-kollegor, bland annat genom att i högre utsträckning söka hälsoinformation online, boka tid digitalt och ha tillgång till personliga e-journaler. Denna höga användningsgrad speglar både mognaden i Sveriges digitala hälsoinfrastruktur och befolkningens vana vid att använda teknik i kontakterna med hälso- och sjukvården.

I fokus: Läkemedel

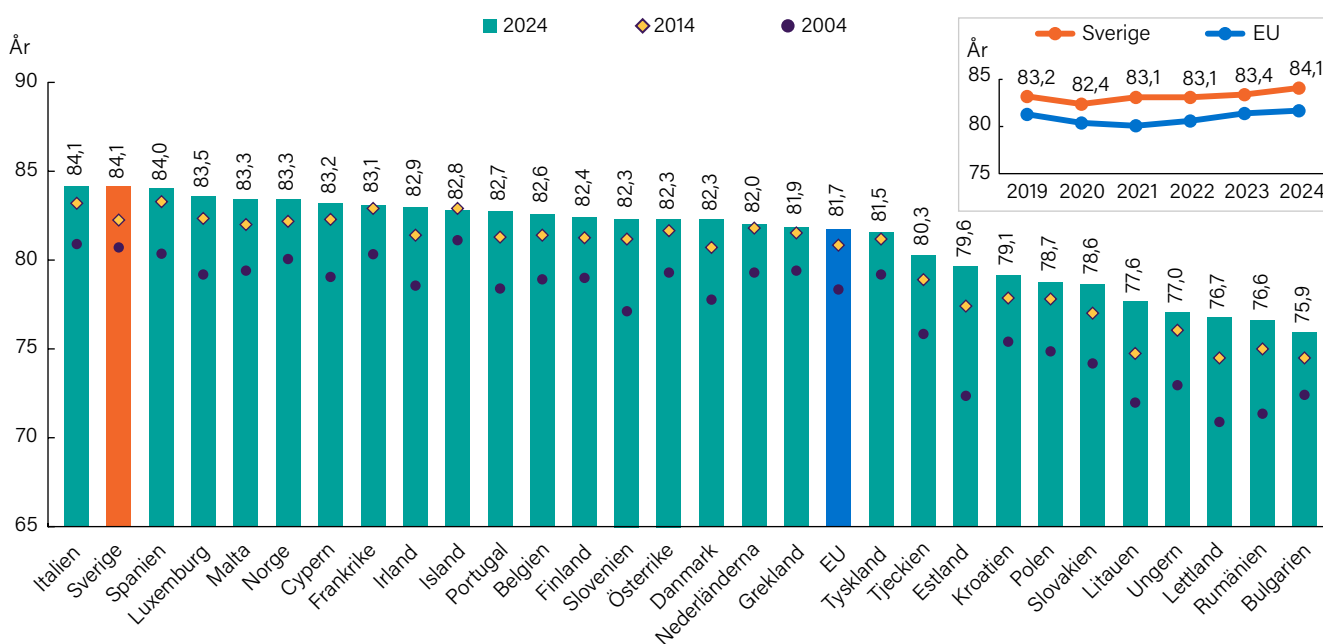
Sverige spenderar 454 euro per capita på receptbelagda läkemedel, vilket är 11 % under EU-genomsnittet trots högre totala hälso- och sjukvårdsutgifter. Detta återspeglar kraftfulla kostnadsbegränsande åtgärder såsom obligatorisk generisk substitution och betydande tillverkarabatter. Generiska läkemedel står för 36 % av recepten och har de lägsta priserna bland 20 europeiska länder. Tillgången till nya läkemedel är snabbare än i de flesta andra EU-länder, medan investeringarna i läkemedelsforskning och -utveckling är dubbelt så höga som EU-genomsnittet, vilket stödjer en hög patentaktivitet, även om den senaste tidens nedgång i ansökningar om kliniska prövningar har föranlett åtgärder från regeringens sida.

Sverige har den högsta förväntade livslängden vid födseln i EU

Sverige uppvisar exceptionella hälsoresultat för befolkningen, med en förväntad livslängd vid födseln på 84,1 år 2024 – nästan två och ett halvt år över EU-genomsnittet. Efter en nästan ettårig nedgång under 2020 på grund av pandemirelaterad dödlighet återhämtade sig den förväntade livslängden under 2021 och hade 2024 överskridit nivån före pandemin med nästan ett år (figur 1). Även om svenska män i

allmänhet har en kortare förväntad livslängd än kvinnor, vilket överensstämmer med mönstret i andra europeiska länder, utmärker sig Sverige genom att könsskillnaden är betydligt mindre än i de flesta EU-länder. År 2024 kunde svenska kvinnor förvänta sig att leva tre år längre än män, vilket är betydligt under EU-genomsnittet på 5,2 år. Denna mindre skillnad beror främst på att svenska män har den högsta förväntade livslängden vid födseln i EU, nästan tre och ett halvt år över EU-genomsnittet för män.

Figur 1. Sveriges förväntade livslängd vid födseln översteg 2024 nivån före pandemin med nästan ett år



Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat.

Källa: Eurostat (demo_mlexpec).

Sveriges ökning av livslängden återspeglar en kraftig minskning av dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar och cancer, även om åldrandet förskjuter sjukdomsburden

Under de senaste två decennierna har Sverige gjort betydande framsteg när det gäller befolkningens hälsa, vilket framgår av en ökning av förväntad livslängd vid födseln med 4,2 år mellan 2004 och 2024. Denna prestation kan till stor del tillskrivas en betydande minskning av dödligheten i viktiga icke-smittsamma sjukdomar: framför allt minskade den åldersstandardiserade dödligheten i cirkulationssjukdomar med 50 %, tack vare stora framsteg i kampen mot ischemisk hjärtsjukdom. Dödligheten i cancer minskade också med nästan en fjärdedel, och framstegen på båda fronterna översteg EU-genomsnittet. Sjukdomsburden är dock fortfarande koncentrerad till dessa ledande orsaker: 2022 (senaste tillgängliga uppgifter) stod hjärt-kärlsjukdomar och cancer tillsammans för 54 % av alla dödsfall i Sverige, en andel som är något lägre än EU-genomsnittet. Dessutom har Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar, som

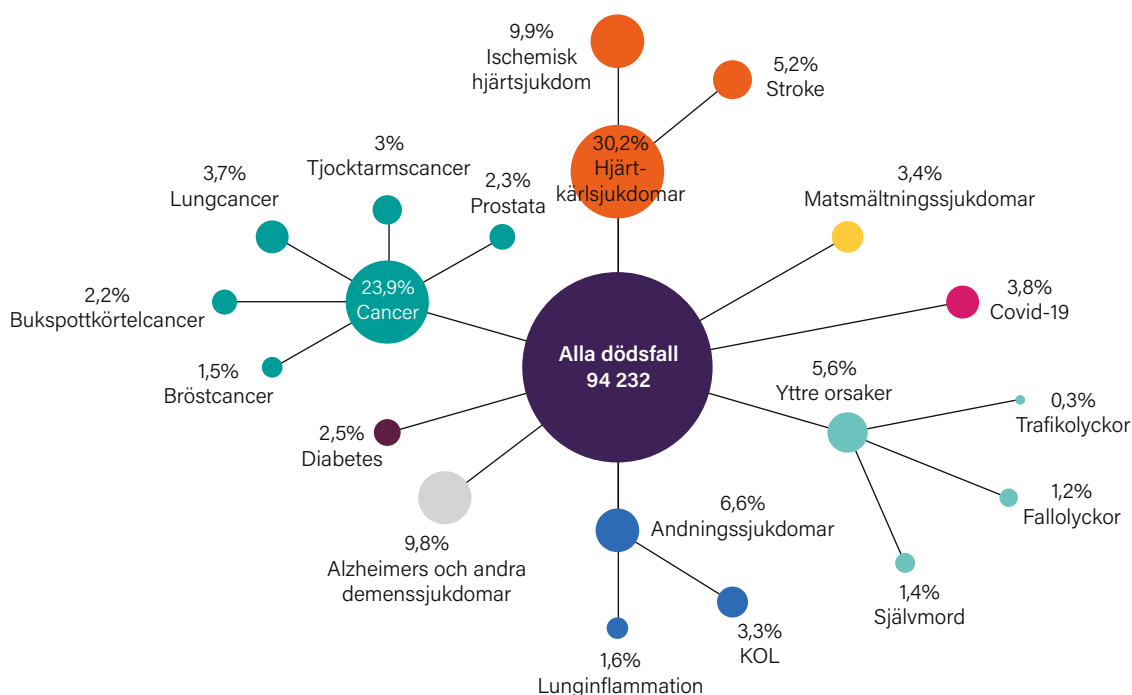
en återspeglings av befolkningens åldrande, blivit den tredje vanligaste dödsorsaken och står för ungefär ett av tio dödsfall (figur 2).

Sveriges äldre har den längsta förväntade hälsosamma livslängden i EU

Sveriges demografiska omvandling speglar de kombinerade effekterna av ökad livslängd, fortsatt låg fertilitet och åldrandet av babyboomgenerationen. Dessa faktorer har ökat andelen personer över 65 år från 17 % år 2000 till 21 % år 2024, och prognoserna pekar på en ytterligare ökning till 23 % år 2050. Trots denna trend förväntas Sverige behålla en av de yngsta befolkningarna i EU, där andelen personer över 65 år beräknas nå 30 % i mitten av seklet.

Förutom längre liv skiljer sig Sveriges förlängda livslängd från de flesta EU-länderna genom sin kvalitet. År 2022 kunde en 65-årig kvinna i Sverige förvänta sig att leva ytterligare 21,9 år, nästan tio månader längre än EU-genomsnittet, medan en 65-årig man kunde förvänta sig ytterligare 19,6 år,

Figur 2. Hjärt-kärlsjukdomar och cancer står för över hälften av alla dödsfall i Sverige



Anmärkning: (KHD) kranskärlssjukdom; KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom).

Källa: Eurostat (hlth_cd_aro). Uppgifterna avser 2022.

nästan två år mer än EU-genomsnittet. Det är viktigt att notera att svenska män och kvinnor i åldern 65 år har den högsta förväntade livslängden i god hälsa i EU och tillbringar mer än två tredjedelar av sina återstående år utan funktionsnedsättning, jämfört med mindre än hälften av deras jämnåriga i EU. Denna fördel är särskilt uttalad bland kvinnor, som kan förvänta sig att leva över fem år längre i god hälsa än EU-genomsnittet (figur 3). Detta gynnsamma mönster av hälsosamt åldrande återspeglas i förekomsten av kroniska sjukdomar: 2022 uppgav endast 34 % av svenska män och 37 % av kvinnor i åldern 65 år och äldre att de levde med mer än en kronisk sjukdom, jämfört med EU-genomsnittet på 40 % respektive 46 %. På samma sätt uppgav 21 % av svenska män över 65 år att de hade begränsningar i sina dagliga aktiviteter, vilket ligger i linje med EU-genomsnittet, medan svenska kvinnor uppvisade en fem procentenheter lägre prevalens än sina EU-motsvarigheter, vilket ytterligare understryker deras överlägsna hälsotillstånd i senare delen av livet.

Sveriges över genomsnittliga förekomst av hjärt-kärlsjukdomar speglar överlägsen upptäckt och överlevnad

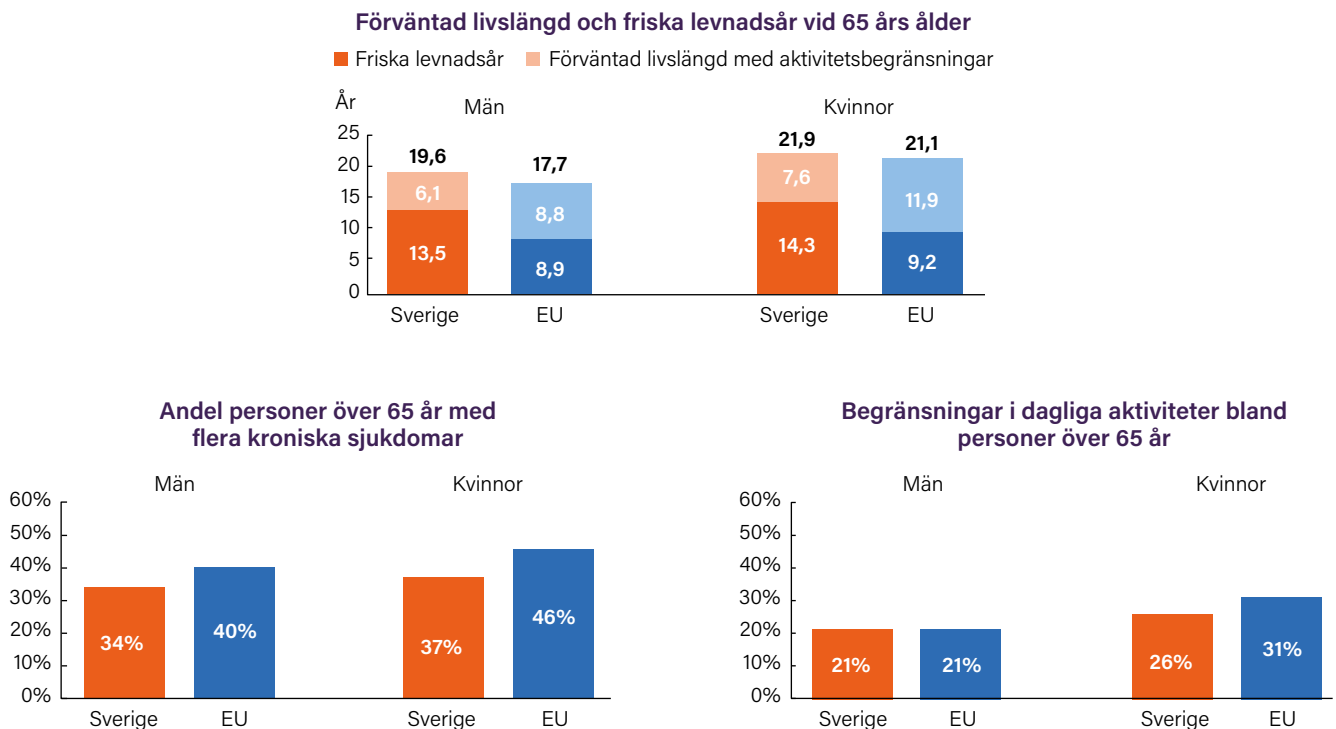
Hjärt-kärlsjukdomar (CVD) är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige och är också den främsta orsaken till sjuklighet och funktionsnedsättning, vilket speglar mönstren i hela EU. Uppskattningar från Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) visar att cirka 144 000 nya fall av hjärt-kärlsjukdomar inträffade i Sverige under 2021, och att 1,5 miljoner människor lever med en hjärt-kärlsjukdom. Detta motsvarar en åldersstandardiserad incidens på 1 340 per 100 000 invånare, vilket är cirka 16 % över EU-genomsnittet.

Prevalensen av hjärt-kärlsjukdomar i Sverige översteg också EU-genomsnittet med cirka 7 % (figur 4). Dessa höga siffror är inte ett tecken på sämre folkhälsa, utan speglar styrkan i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, med avancerad diagnostik, screening och robusta nationella register som säkerställer effektiv upptäckt av fall. På samma sätt bidrar högre överlevnadsfrekvenser till en högre prevalens, eftersom fler individer överlever och lever längre med behandlade hjärt-kärlsjukdomar. Könsskillnaderna i hjärt-kärlhälsa överensstämmer med de europeiska trenderna, eftersom män har betydligt högre sjukdomsfrekvens. Inom den bredare gruppen hjärt-kärlsjukdomar var ischemisk hjärtsjukdom, som orsakas av förträngning av kranskärlen, den vanligaste, med uppskattningsvis 49 000 nya fall per år och 34 % av alla hjärt-kärlsjukdomar i Sverige.

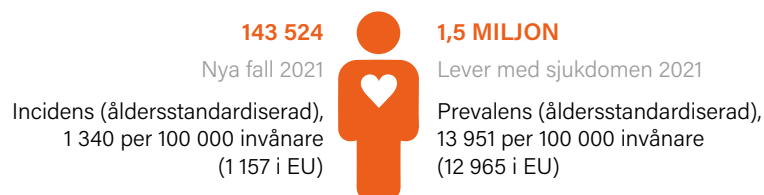
Tack vare högre överlevnad ligger förekomsten av cancer i Sverige över EU-genomsnittet

Enligt uppskattningar från Gemensamma forskningscentret uppstod cirka 62 000 nya cancerfall i Sverige¹ under 2022, medan 527 000 personer uppskattades leva med en cancerdiagnos under 2020, vilket motsvarar cirka 5 % av landets befolkning (figur 5). Sveriges uppskattade cancerbörda ligger något över EU-genomsnittet, med åldersstandardiserade incidensnivåer som är 3 % högre och prevalensnivåer som är 6 % högre än EU-genomsnittet. Denna förhöjda prevalens, trots endast en måttligt högre incidens, återspeglar Sveriges höga och förbättrade överlevnadsnivåer i förhållande till EU-genomsnittet, ett mönster som överensstämmer med bredare nordiska epidemiologiska trender (OECD/European Commission,

¹ Enligt verkliga uppgifter från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/cancerregistret/> fick 72 108 personer en cancerdiagnos under 2022.

Figur 3. Färre äldre personer i Sverige uppger att de har kroniska sjukdomar än EU-genomsnittet

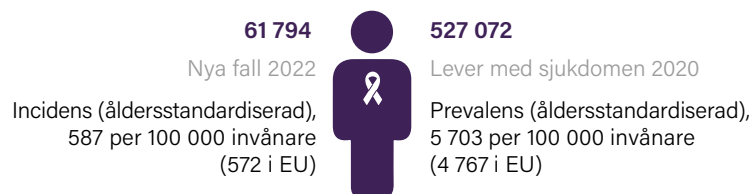
Källa: Eurostat för friska levnadsår (tespm120, tespm130) och SHARE-undersökningen (för kroniska sjukdomar och begränsningar i dagliga aktiviteter). Uppgifterna avser 2022 respektive 2021–22.

Figur 4. Sveriges incidens och prevalens av hjärt-kärlsjukdomar är något högre än EU-genomsnittet

Källa: IHME, Global Health Data Exchange (uppskattningar avser 2021).

2025). Könsskillnaderna i cancerrisk följer mönstren i EU, där den råa cancerincidensen bland män är 18 % högre än bland kvinnor. Bland män är prostata, kolorektalcancer och

hudcancer de vanligaste diagnoserna, medan bland kvinnor är bröstcancer, kolorektalcancer och hudcancer vanligast.

Figur 5. Över 5 % av Sveriges befolkning uppskattas ha en cancerdiagnos

Anmärkning: Dessa är uppskattningar som kan skilja sig från uppgifter från Sveriges cancerregister. Canceruppgifterna omfattar alla cancerformer utom icke-melanom hudcancer.

Källa: European Cancer Information System (uppskattningarna avser 2022 för incidens och 2020 för prevalens).

3 Riskfaktorer

Beteendemässiga och miljömässiga riskfaktorer står för en fjärdedel av alla dödsfall i Sverige

Förebyggbara riskfaktorer står för en betydande del av dödligheten i Sverige, även om deras totala påverkan fortfarande ligger under EU-genomsnittet. Uppskattningar från IHME visar att cirka 22 200 dödsfall i Sverige under 2021 kunde hänföras till beteenderelaterade riskfaktorer, såsom tobaksbruk, ohälsosam kost, alkoholkonsumtion och låg fysisk aktivitet. Kostrelaterade risker var den främsta orsaken och stod för 47 % av dessa förebyggbara dödsfall, följt av tobaksrökning, som stod för 40 %. Miljöfaktorer bidrar också till för tidig dödlighet. År 2021 beräknades 1 000 dödsfall vara kopplade till exponering för fina partiklar (PM_{2,5}) och ozonföroreningar. Sammantaget var beteendemässiga och miljömässiga risker ansvariga för en fjärdedel av alla dödsfall i Sverige, jämfört med 29 % i EU (IHME, 2023).

Rökningen är bland den lägsta i EU, men e-cigarett är populära bland ungdomar

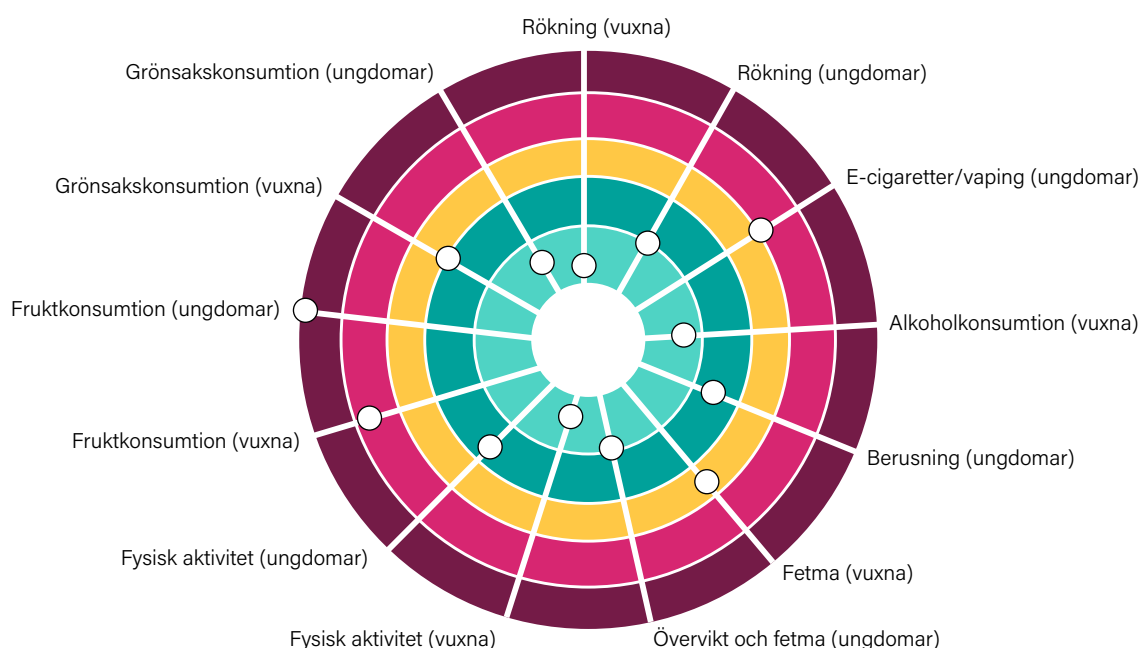
Sverige har gjort betydande framsteg när det gäller att minska den traditionella tobaksrökningen: mellan 2014 och 2023 sjönk andelen dagliga rökare från 12 % till under 9 %, vilket är den lägsta andelen i EU (figur 6). Denna framgång beror till stor del på att cigaretter har ersatts med rökfri tobak (snus). År 2024 använde över 15 % av befolkningen över 16 år tobaksbaserat snus dagligen, och ytterligare 5 % använde tobaksfria varianter. De senaste politiska reformerna har formellt antagit denna produktersättning

som en folkhälsost strategi: i slutet av 2024 antog regeringen ett nytt politiskt ramverk som flyttade målet från att begränsa den totala tobaksanvändningen till att minska dess skadeverkningar. Detta genomfördes genom riskbaserad beskattning, som sänkte skatten på snus med 20 % och höjde skatten på cigaretter med 9 % (Regeringskansliet, 2024). Samtidigt har användningen av e-cigarett bland ungdomar blivit en utmaning, vilket speglar trenderna i hela EU: 2022 uppgav 23 % av 15-åringarna att de hade använt e-cigarett under den senaste månaden, vilket är något över EU-genomsnittet på 21 %.

Sverige upprätthåller låga alkoholkonsumtionsnivåer genom ett restriktivt regelverk

Alkoholkonsumtionen i Sverige är fortfarande bland de lägsta i EU. År 2023 konsumerade vuxna 7,4 liter ren alkohol per person, vilket är cirka 25 % under EU-genomsnittet. Bland ungdomar uppgav 18 % av 15-åringarna att de hade varit berusade mer än en gång, vilket också är lägre än EU-genomsnittet på 23 %. Dessa relativt låga siffror är resultatet av Sveriges långvariga restriktiva alkoholpolitik, som är centrerad kring *Systembolaget*, det statliga detaljhandelsmonopolet som tillämpar strikta kontroller, inklusive förbud mot reklam, förbud mot kampanjpriser, begränsade öppettider och en lägsta ålder för köp på 20 år. Denna modell genomgick nyligen en försiktig reform: i april 2025 godkände riksdagen en ny lagstiftning som tillåter begränsad gårdsförsäljning av vin, öl, cider och sprit från små

Figur 6. Sverige presterar bättre än de flesta EU-länder när det gäller viktiga riskfaktorer, med undantag för fruktkonsumtion (ungdomar) och konsumtion av e-cigarett bland ungdomar



Anmärkning: Ju närmare punkten är centrum, desto bättre presterar landet jämfört med andra EU-länder. Inget land når det vita målområdet, vilket indikerar att alla länder har utrymme för förbättringar på alla områden.

Källor: OECD:s beräkningar baserade på HBSC-undersökningen 2022 för indikatorer för ungdomar; Eurostat baserat på EU-SILC och OECD Data Explorer för indikatorer för vuxna (2022 eller närmaste år).

producenter. Stränga köpbegränsningar per kund innebär dock att reformen sannolikt inte kommer att påverka de totala konsumtionsmönstren i någon större utsträckning.

Hög fysisk aktivitet står i kontrast till dåliga matvanor och ökande fetma

Sverige ligger i täten i EU när det gäller vuxnas fysiska aktivitet: 2022 uppgav nästan 60 % av vuxna att de tränade minst tre gånger per vecka, vilket är nästan dubbelt så mycket som EU-genomsnittet på 31 %. Bland ungdomar var aktivitetsnivån mer blygsam: 16 % av 15-åringarna uppgav att de ägnade sig åt daglig fysisk aktivitet, vilket är i linje med EU-genomsnittet. Kostvanorna visar mindre gynnsamma trender: 2022 uppgav endast 17 % av 15-åringarna att de åt frukt dagligen, vilket är den lägsta andelen i EU. Även fruktkonsumtionen bland vuxna var låg, med mindre än hälften som åt minst en portion dagligen jämfört med EU-genomsnittet på 61 %.

Trots ett stort deltagande i fysisk aktivitet har fetma ökat under de senaste åren. År 2022 klassificerades 17 % av de svenska vuxna som feta, vilket ligger över EU-genomsnittet på 16 % och innebär en ökning sedan 2017. Bland ungdomar drabbades 19 % av 15-åringarna av övervikt och fetma 2022, en ökning från 15 % 2018. Även om denna andel fortfarande låg under EU-genomsnittet på 21 %, kan ökningen tyda på att

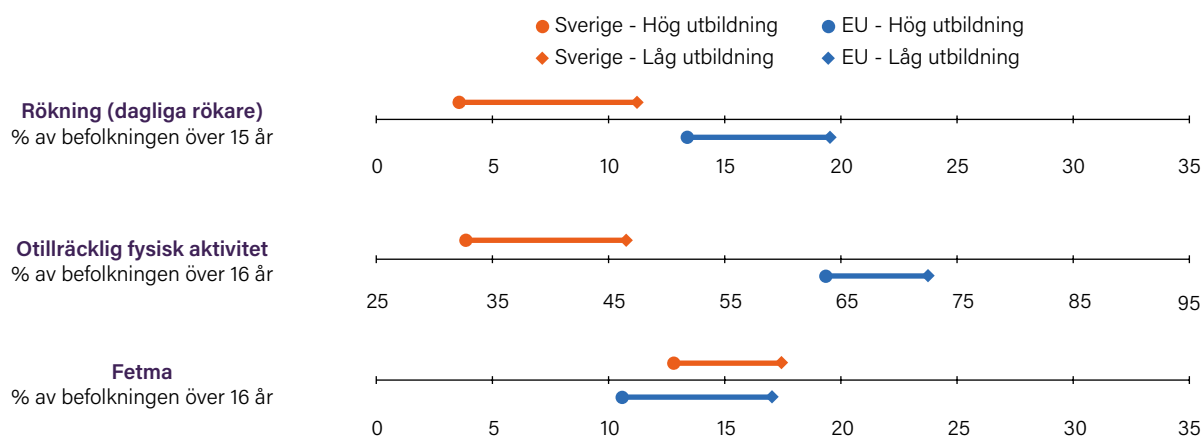
problemet förvärras om inga förebyggande åtgärder vidtas för att bromsa den fortsatta ökningen.

Beteenderelaterade riskfaktorer är vanligare i lägre socioekonomiska grupper

Liksom i andra EU-länder är många beteenderelaterade riskfaktorer i Sverige vanligare bland personer med lägre utbildning. År 2019 uppgick andelen vuxna med lägre utbildning som rökte dagligen till 11 %, jämfört med bara 4 % bland personer med hög utbildning, en skillnad på 7 procentenheter som översteg motsvarande EU-genomsnitt. Ett liknande mönster gäller för otillräcklig fysisk aktivitet: medan Sveriges totala inaktivitetsnivåer ligger långt under EU-genomsnittet är utbildningsgradienten mer uttalad.

Dessa socioekonomiska skillnader syns också i mönstren för fetma, där 18 % av de vuxna med lägst utbildning var feta 2022, jämfört med 13 % bland de med högst utbildning (figur 7). Dessa ojämlikheter fördjupas av ökande ekonomisk utsatthet. Sedan 2019 har långtidsarbetslösheten ökat betydligt bland socioekonomiskt svagare grupper, vilket förstärker hälsoriskerna som ofta sträcker sig till nästa generation. Exempelvis fullföljer 60 % av barnen vars föräldrar endast har grundskoleutbildning inte gymnasiet, vilket bidrar till att upprätthålla en ond cirkel av missgynnade förhållanden.

Figur 7. Trots lägre totala siffror uppvisar Sverige större sociala skillnader när det gäller rökning och fysisk inaktivitet



Anmärkning: Låg utbildning definieras som befolkningen med högst grundskoleutbildning (ISCED-nivå 0–2), medan hög utbildning definieras som befolkningen med eftergymnasial utbildning (ISCED-nivå 5–8). Låg fysisk aktivitet definieras som personer som är fysiskt aktiva tre gånger eller mindre per vecka.

Källa: Eurostat baserat på EHIS 2019 för rökning (hlth_ehis_sk1e) och EU-SILC 2022 för fysisk aktivitet och fetma (ilc_hch07b, ilc_hch10).

4

Hälso- och sjukvårdssystemet

Sveriges decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem kombinerar offentlig finansiering med växande privat tillhandahållande av primärvård

Sveriges hälso- och sjukvårdssystem är uppbyggt kring en mycket decentraliserad styrningsmodell. Medan den

nationella regeringen fastställer den övergripande politiken och regelverket, ansvarar de 21 regionala myndigheterna för finansieringen och tillhandahållandet av merparten av hälso- och sjukvårdstjänsterna. En tredje styrvnivå, de 290 kommunerna, har i uppdrag att tillhandahålla vård- och omsorgsboende och hemtjänst för äldre och

personer med funktionsnedsättning. Sveriges offentligt finansierade, universella system har genomgått en betydande omvandling. Även om offentliga institutioner fortfarande dominerar sjukhusvården har den privata sektorns roll inom primärvården vuxit avsevärt över tid, och privata vårdgivare driver nu cirka 44 % av primärvårdscentralerna, om än med stora regionala variationer (Fredriksson & Isaksson, 2022). Denna expansion påskyndades av 2010 års *lag om patientval*, som gav individer rätt att välja vilken ackrediterad offentlig eller privat vårdgivare de ville.

Med utgångspunkt i detta ramverk lanserade Sverige 2018 ett stort reforminitiativ, *"God och nära vård"*. Med stöd av betydande statlig finansiering, som motsvarar över 20 % av den offentliga hälso- och sjukvårdsbudgeten 2025, syftar politiken till att omorientera systemet från sjukhuscentrerade tjänster till mer tillgänglig, personcentrerad lokal vård genom att stärka samarbetet mellan primärvård, specialiserad öppenvård och kommunal vård.

Sverige har fortsatt höga hälso- och sjukvårdsutgifter, drivna av fortsatt offentlig finansiering

Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter är de fjärde högsta i EU, både per capita och som andel av BNP (figur 8). År 2023 uppgick utgifterna per capita till 4 688 euro (justerat för köpkraft), vilket är cirka 22 % över EU-genomsnittet på 3 844 euro. Hälso- och sjukvårdsutgifterna utgjorde 11,3 % av BNP samma år. De senaste trenderna speglar både långsiktiga strukturella förändringar och de kortsiktiga effekterna av Covid-19-pandemin: mellan 2015 och 2023 ökade de reala hälso- och sjukvårdsutgifterna per capita med i genomsnitt 0,9 % per år, driven av en ökning av de offentliga utgifterna med 1,2 % som kompenserade för en minskning av de privata utgifterna med 1,0 %. Pandemin orsakade kraftiga fluktuationer, med en ökning av de reala utgifterna per capita med 4,1 % under 2021 för att finansiera nödgärder, följt av en minskning med 3 % under 2022,

innan de återgick till en blygsam tillväxt under 2023, återigen driven av offentlig finansiering. Preliminära uppskattningar för 2024 tyder på att de reala utgifterna per capita har stabiliserats på en nivå som är cirka 5 % högre än 2019, där hela nettoökningen kan hänföras till fortsatt offentliga utgifter.

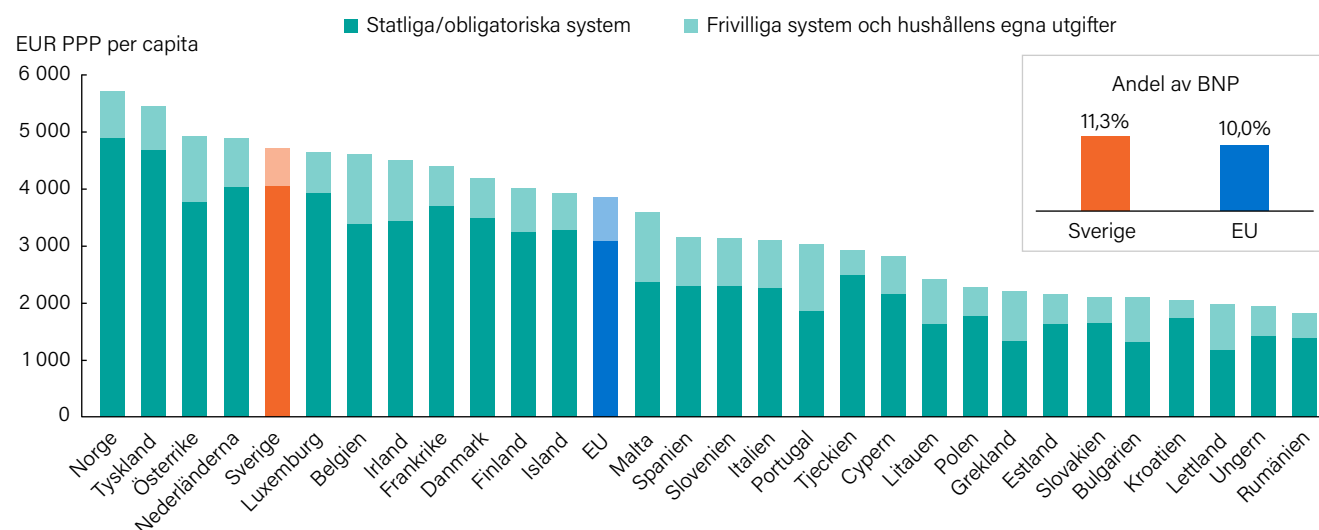
Hög offentlig finansiering i kombination med strukturerad kostnadsdelning säkerställer ett högt ekonomiskt skydd

Sveriges hälso- och sjukvårdsfinansiering domineras av den offentliga sektorn och stöds av noggrant utformade kostnadsdelningsarrangemang. År 2023 stod de offentliga utgifterna för 86 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, vilket är långt över EU-genomsnittet på 80 %. Detta starka skattebaserade åtagande om allmän täckning håller den ekonomiska bördan för hushållen relativt låg: OOP (utgifter ur egen ficka) utgjorde 13 % av de totala utgifterna, jämfört med 16 % i EU. Systemet kombinerar måttliga, enhetliga patientavgifter med årliga utgiftstak som skyddar individer från överdrivna kostnader. Till exempel kostar besök inom primärvården vanligtvis 150–300 SEK (cirka 14–28 EUR) beroende på region, medan årliga gränser gäller separat för konsultations- och receptavgifter. För att stärka den långsiktiga finanspolitiska hållbarheten införde regeringen i juli 2025 omfattande ändringar av systemet för kostnadsdelning för läkemedel, bland annat ett högre årligt tak för utgifter ur egen ficka, vilket har väckt kritik från patientgrupper (se avsnitt 5.2). Trots dessa planerade kostnadsökningar upprätthåller Sverige riktade skyddsåtgärder för utsatta grupper, där barn, gravida kvinnor och äldre fortsatt omfattas av undantag eller reducerade avgifter.

Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter speglar en förskjutning mot öppenvård, med stöd av kostnadsbegränsningar för läkemedel

Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter speglar tydliga politiska val som skiljer landet från de flesta EU-länder.

Figur 8. Sverige ligger på fjärde plats i EU när det gäller hälso- och sjukvårdsutgifter per capita och som andel av BNP



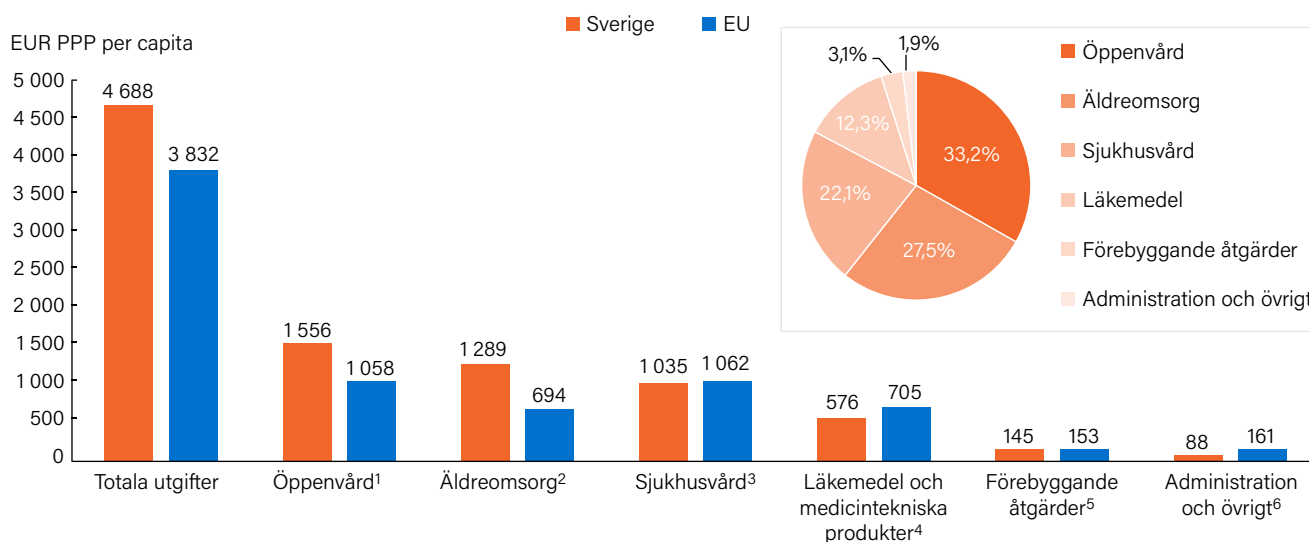
Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat (beräknat av OECD).

Källor: OECD Data Explorer (DF_SHA); Eurostat databas (demo_gind). Uppgifterna avser 2023.

Framför allt har landet framgångsrikt flyttat vården från traditionella sjukhusmiljöer: 2023 stod öppenvården för 33 % av totala hälso- och sjukvårdsutgifterna – en av de högsta andelarna bland EU-länderna med utgifter per capita över EU-genomsnittet (figur 9). Däremot stod sjukhusvården endast för 22 %, vilket är långt under EU-genomsnittet på 28 %. Ett utmärkande drag i Sveriges utgiftsmix är den höga andelen som avsätts till äldreomsorg, som 2023 utgjorde 28 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, jämfört

med EU-genomsnittet på 18 %. Detta återspeglar Sveriges långvariga integrering av stöd till äldre som en central del av hälso- och sjukvårdssystemet och den bredare välfärdsmodellen. Utgifterna för receptfria läkemedel (12 %) är däremot relativt låga tack vare effektiv prisreglering och en hög användning av generiska läkemedel, medan förebyggande vård står för en något mindre andel av de totala utgifterna (3 %) än EU-genomsnittet.

Figur 9. Öppenvård står för en tredjedel av Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter



Anmärkningar: 1. Inkluderar hemvård och tillhörande tjänster (t.ex. patienttransport). 2. Inkluderar endast hälsokomponenten. 3. Inkluderar kurativ-rehabiliterande vård på sjukhus och i andra miljöer. 4. Inkluderar endast öppenvårdsmarknaden. 5. Inkluderar endast utgifter för organiserade förebyggande program. 6. Inkluderar styrning och administration av hälso- och sjukvårdssystemet samt andra utgifter. EU-genomsnittet är viktat (beräknat av OECD).
Källor: OECD Data Explorer (DF_SHA). Uppgifterna avser 2023.

Sverige har en hög nivå av hälso- och sjukvårdspersonal, men det råder fortfarande brist på personal i vissa regioner och specialiteter

Sverige har en relativt stark personalstyrka inom hälso- och sjukvården, med 4,5 läkare per 1 000 invånare år 2022 – cirka 5 % över EU-genomsnittet – och 11,0 sjuksköterskor per 1 000 invånare – nästan 30 % högre än EU-genomsnittet på 8,4 (figur 10). Antalet läkare ökade med 12 % under det senaste decenniet, tack vare utländska läkare som nu utgör cirka 30 % av det totala antalet. Antalet sjuksköterskor har varit stabilt under samma period, men ligger fortfarande långt över EU-nivån. Dessa sammanlagda siffror döljer dock stora regionala skillnader som äventyrar en rättvis tillgång till vård (se avsnitt 5.2). Alla 21 regioner rapporterar brist på både allmänläkare och specialistläkare, med de allvarligaste bristerna i landsbygds- och norra områden. Mer grundläggande är att allmänläkare endast utgör 14 % av läkarkåren, jämfört med EU-genomsnittet på 20 %, vilket återspeglar svårigheterna att stärka primärvårdens kapacitet.

Bristen på vårdplatser återspeglar en decennielång strategi som nu är under press

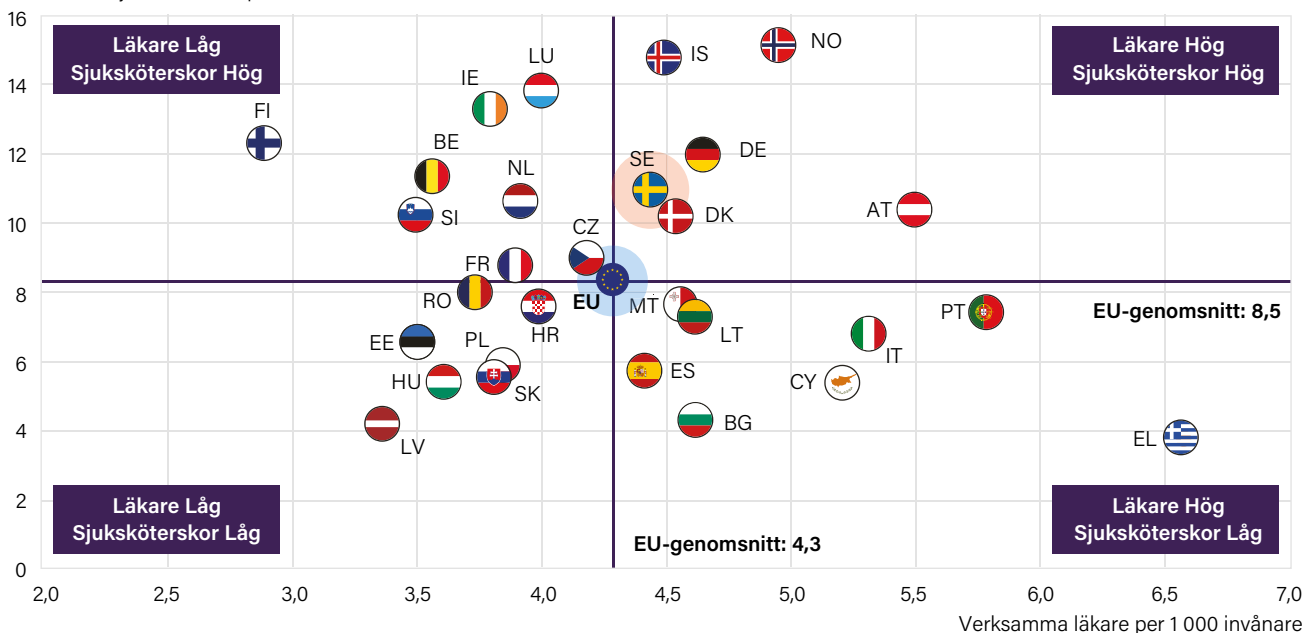
Sveriges hälso- och sjukvårdssystem kännetecknas av den lägsta sjukhusbäddtätheten i EU, vilket är ett direkt

resultat av en långvarig politik för att flytta vården till öppenvård, kommunala och digitala miljöer. Denna slimmade modell har visserligen lyckats hålla nere kostnaderna och främja integrerad vård, men är nu under press på grund av ökad efterfrågan, vilket leder till betydande kapacitetsbegränsningar.

Regeringen tar itu med denna fråga på två fronter. I budgeten för 2025 avsattes 3,7 miljarder kronor för att stärka primärvård och lokal specialistvård inom ramen för initiativet *God och nära vård*, 1 miljard kronor för att minska väntelistorna för operationer och ytterligare 1 miljard kronor fördelades till de 21 regionerna på basis av flera resultatindikatorer. Parallellt med detta finns en mer strukturell utmaning som härrör från ersättningsmekanismer som inte ger tillräckliga incitament för hembaserade och digitala tjänster som skulle kunna minska efterfrågan på sjukhusvård. För att åtgärda denna strukturella brist utvecklar ett EU-finansierat projekt under ledning av Karolinska Universitetssjukhuset en ny betalningsmodell för att stödja Sveriges övergång till ett mer distribuerat och hållbart vårdssystem.

Figur 10. Sverige har ett relativt stort antal läkare och sjuksköterskor

Verksamma sjuksköterskor per 1 000 invånare



Anmärkning: EU-genomsnittet är oviktat. Uppgifterna om sjuksköterskor omfattar alla kategorier av sjuksköterskor (inte bara de som uppfyller EU-direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer). I Portugal och Grekland avser uppgifterna alla läkare med legitimation, vilket leder till en kraftig överskattning av antalet praktiserande läkare. I Grekland underskattas antalet sjuksköterskor, eftersom endast de som arbetar på sjukhus ingår.

Källa: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). Uppgifterna avser 2023 eller närmaste år.

5 Resultat inom hälso- och sjukvården

5.1 Effektivitet

Sverige ligger i täten i EU när det gäller undvikbar dödlighet, vilket återspeglar en stark folkhälsa och klinisk prestanda

År 2022 rapporterade Sverige den lägsta andelen undvikbar dödlighet i EU, vilket återspeglar de kombinerade effekterna av en stark folkhälsopolitik och ett högpresterande hälso- och sjukvårdssystem. Detta resultat understryker Sveriges förmåga att förebygga dödsfall av både behandlingsbara och förebyggbara orsaker genom effektiv vård och omfattande insatser på befolkningsnivå. Den kliniska effektiviteten är särskilt tydlig när det gäller behandlingsbara dödsorsaker: dödligheten var 34 % lägre än EU-genomsnittet 2022, vilket visar systemets förmåga att tillhandahålla snabb och högkvalitativ behandling av livshotande tillstånd (figur 11). Resultaten för ischemisk hjärtsjukdom, kolorektalcancer och bröstcancer är särskilt goda, tack vare väl etablerade vårdkedjor och tidig upptäckt.

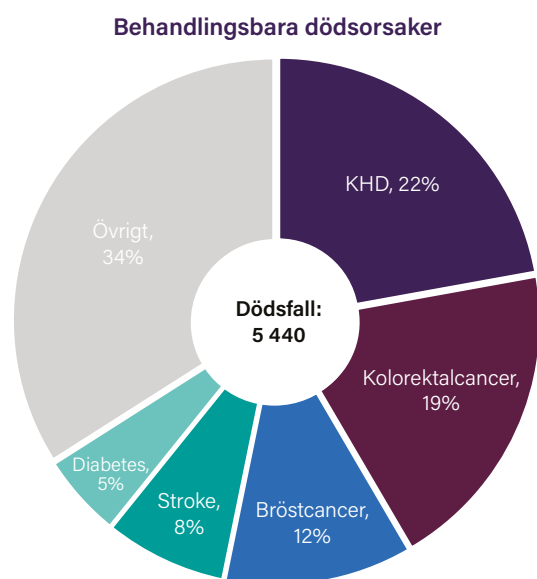
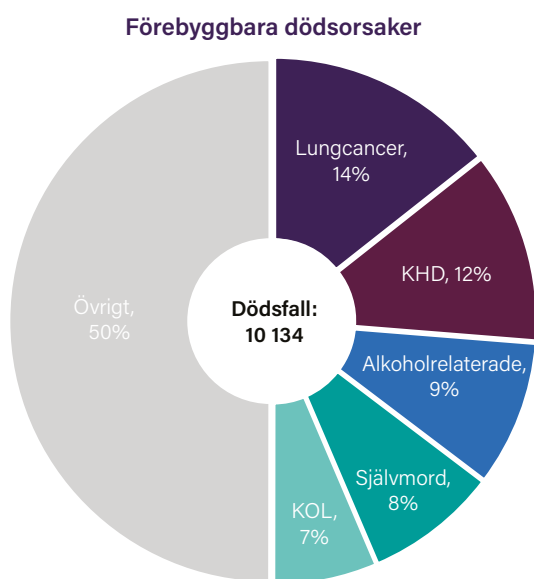
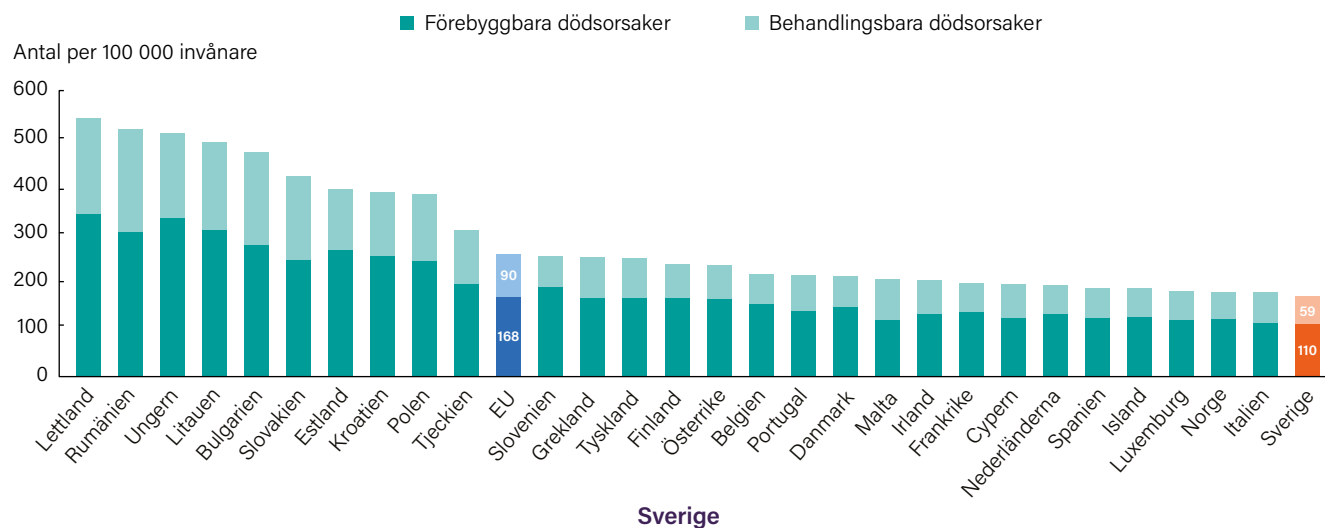
Dödligheten i förebyggbara orsaker var nästan 35 % lägre än EU-genomsnittet, vilket också är den lägsta i EU, vilket understryker effektiviteten i Sveriges förebyggande strategier. De nuvarande dödlighetsmönstren speglar fortfarande effekterna av tidigare riskexponering: trots att

tobaksanvändningen i dag är bland de lägsta i Europa är lungcancer fortfarande den vanligaste orsaken till förebyggbara dödsfall, främst på grund av de rökvanor som var vanliga under tidigare decennier.

Sverige har en hög vaccinationstäckning, och de senaste insatserna har fokuserat på att vända mindre nedgångar och förbättra uppsökande verksamhet

Sveriges vaccinationsprogram fungerar genomgående väl, vilket återspeglar en robust infrastruktur för folkhälsa och ett stort förtroende för vaccinationer hos allmänheten. Liksom i de flesta EU-länder riktar sig säsongsinfluensavaccinationen till personer över 65 år. Täckningen har legat över EU-genomsnittet och nådde en topp på 70 % under 2021/2022, då vaccinationstäckningen ökade bland högriskgrupper under pandemin. Efter en liten nedgång 2022/2023 återhämtade sig täckningen 2023/2024 och närmade sig sin högsta nivå under pandemin (figur 12). Täckningen för vaccinationer av barn är också hög, särskilt för mässling och HPV. År 2024 fick 94 % av barn under 1 år den första dosen mot mässling, vilket är något över EU-genomsnittet på 92 %. För att hantera en måttlig nedgång efter pandemin investerar myndigheterna i digitaliserade vaccinationsinformationssystem för att identifiera och nå

Figur 11. Sverige har den lägsta undvikbara dödligheten i EU



Anmärkningar: Förebyggbar dödlighet definieras som dödsfall som huvudsakligen kan undvikas genom folkhälsoinsatser och primär prevention. Behandlingsbar (eller påverkbar) dödlighet definieras som dödsfall som huvudsakligen kan undvikas genom hälso- och sjukvårdsinsatser, inklusive screening och behandling. Båda indikatorerna avser för tidig dödlighet (under 75 år). I listorna hänförs hälften av alla dödsfall för vissa sjukdomar (t.ex. ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och högt blodtryck) till listan över förebyggbar dödlighet och den andra hälften till behandlingsbara orsaker, så att samma dödsfall inte räknas två gånger. KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) avser kronisk obstruktiv lungsjukdom.

Källa: Eurostat (hlth_cd_apr). Uppgifterna avser 2022.

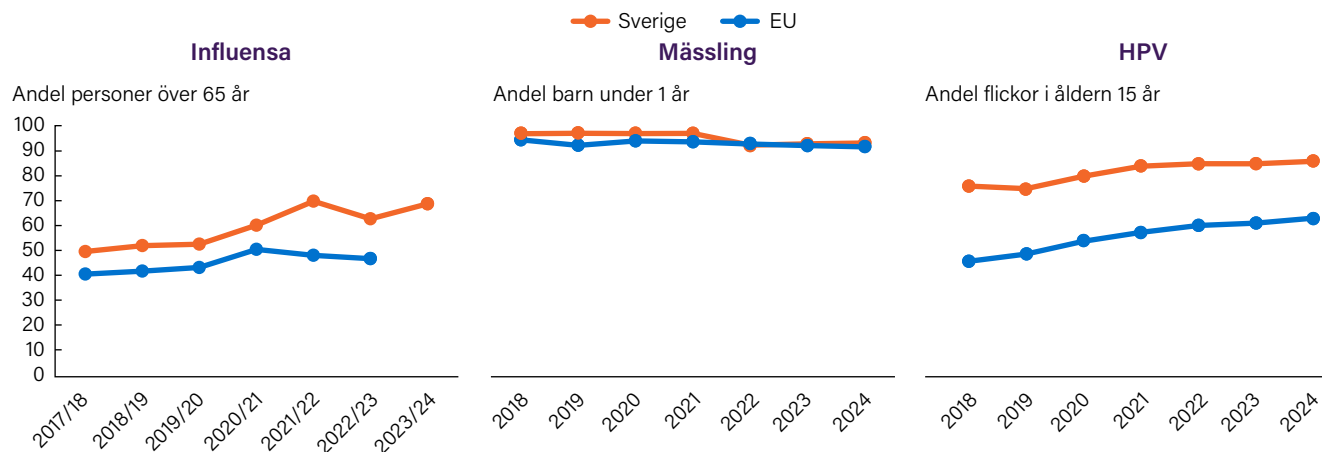
grupper med låg vaccinationstäckning. HPV-vaccinationen är en särskild framgång; täckningen bland 15-åriga flickor ökade från 76 % 2018 till 86 % 2024, vilket placerar Sverige på andra plats i EU och cirka 35 % över EU-genomsnittet. Sedan 2020 omfattar det nationella barnvaccinationsprogrammet även HPV-vaccination för pojkar, vilket kompletterar det program för flickor som infördes 2012.

Hög deltagandegrad i cancerscreeningprogram främjar tidig upptäckt

Sverige har tre rikstäckande cancerscreeningprogram som styrs av nationella rön och prioriteringar, som ibland avviker från EU:s riktlinjer. Till exempel erbjuder bröstcancerprogrammet mammografi till kvinnor i åldern 40–74 år – vilket är bredare än EU:s rekommendation på 50–69 år – baserat på svensk forskning som visar att tumörer hos yngre kvinnor kan uppvisa mer aggressiva tillväxtmönster. Programmet använder åldersstratifierade intervall: var 18:e

månad för kvinnor i åldern 40–49 år och var 24:e månad för kvinnor i åldern 50–69 år. Detta tillvägagångssätt prioriterar maximal minskning av dödligheten och accepterar kompromisser i form av högre resursanvändning och fler falskt positiva resultat.

Stort förtroende hos allmänheten och en välorganiserad screeninginfrastruktur ger deltagandegrader som ligger betydligt över EU-genomsnittet. År 2023 uppnådde bröstcancerscreeningen en deltagandegrad på 83 %, jämfört med EU-genomsnittet på 57,5 %. På samma sätt nådde screening för livmoderhalscancer, som erbjuds kvinnor i åldern 23–64 år, en deltagandegrad på 78 %, vilket är mer än en tredjedel högre än EU-genomsnittet. Screeningprogrammet för kolorektalcancer, som riktar sig till vuxna i åldern 60–74 år, utvecklades mer gradvis och genomfördes fullt ut på nationell nivå först 2022. När programmet väl var på plats ökade dock deltagandet snabbt

Figur 12. Vaccintäckningen för influensa, mässling och HPV ligger över EU-genomsnittet

Anmärkningar: EU-genomsnittet är viktat för influensa (beräknat av Eurostat) och oviktat för mässling och HPV.

Källor: OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC), Eurostat (hlth_ps_immu) och WHO/UNICEF.

och nådde nästan 65 % 2023, jämfört med EU-genomsnittet på 48 %.

Låga sjukhusinläggningsfrekvenser för kroniska sjukdomar tyder på mycket effektiv öppenvård

Sveriges robusta primärvårdssystem är mycket effektivt när det gäller att hantera kroniska sjukdomar, vilket resulterar i sjukhusinläggningsfrekvenser som är bland de lägsta i Europa. År 2023 var den sammanlagda sjukhusinläggningsfrekvensen för diabetes, hjärtsvikt, astma och KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) 25 % lägre än EU-genomsnittet, vilket återspeglar en robust primärvårdskapacitet och en effektiv hantering av kroniska sjukdomar. Till skillnad från de flesta EU-länder, som upplevde en kraftig nedgång i inläggningarna för kroniska sjukdomar 2020 följt av en återhämtning, bibehöll Sverige sin etablerade nedåtgående trend under hela krisen. År 2023 låg antalet inläggningar för hjärtsvikt 15 % under EU-genomsnittet, antalet inläggningar för astma och KOL

24 % lägre och antalet inläggningar för diabetes nästan 50 % under EU-genomsnittet (figur 13). En viktig drivkraft för denna ihållande förbättring har varit sjuksköterskornas utökade roll inom den svenska primärvården, särskilt när det gäller hantering av diabetes och astma.

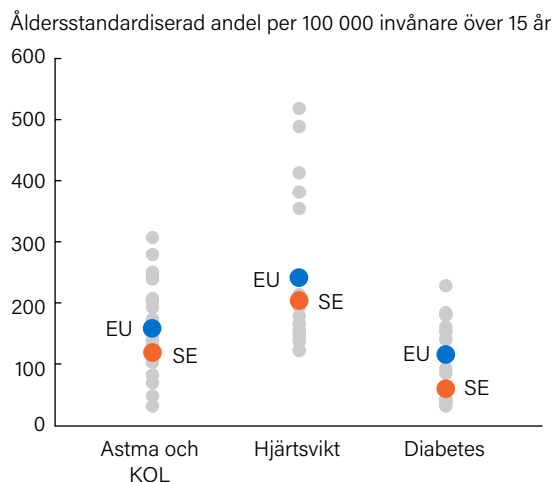
5.2 Tillgänglighet

Sveriges offentliga täckningsgrad för hälso- och sjukvårdstjänster ligger över EU-genomsnittet

Sverige erbjuder allmän sjukförsäkring till alla invånare, ett åtagande som återspeglas i offentliga finansieringsnivåer som överstiger EU-genomsnittet för de flesta kärntjänster. Nästan alla kostnader för sjukhusvård (99 %) och öppenvård (93 %) täcks av det offentliga, och även tandvårdsersättningen (42 %) är betydligt högre än EU-genomsnittet. Det viktigaste undantaget är läkemedel, där den offentliga täckningen på 54 % ligger något under EU-genomsnittet, vilket är ett resultat av Sveriges graderade egenavgiftsmodell (figur 14). Medan den ekonomiska täckningen är omfattande är definitionen av vad som täcks avsevärt decentraliserad. Sverige har inget uttryckligt nationellt förmånspaket, utan vårdsystemet bygger istället på principen att tillhandahålla all nödvändig och kostnadseffektiv vård utifrån medicinska behov. För att hantera risken för skillnader i tjänsterna mellan de 21 självstyrande regionerna samarbetar Socialstyrelsen och SKR för att ta fram gemensamma riktlinjer som säkerställer att rättvisa standarder upprätthålls i hela landet.

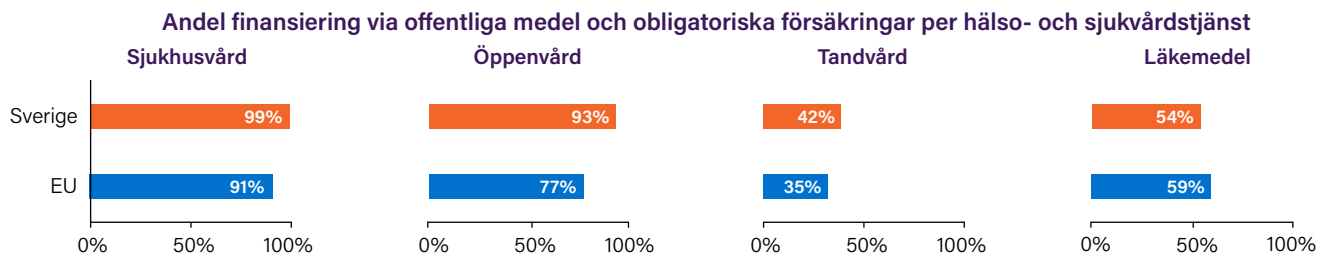
Tak för patientavgifter och undantag mildrar den regressiva effekten av användaravgifter

Sverige har en av EU:s lägsta nivåer av privat finansiering av hälso- och sjukvård, med endast 14 % av hälso- och sjukvårdsutgifterna privatfinansierade 2023. Dessa utgifter består nästan uteslutande av OOP (utgifter ur egen ficka), som är koncentrerade till receptfria läkemedel (34 %), tandvård (24 %) och öppenvård (13 %) (figur 15). Även om patientavgifter tillämpas i stor utsträckning för alla tjänster finns det strategiska undantag för mödra- och barnhälsovård

Figur 13. Antalet undvikbara sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar i Sverige är lägre än EU-genomsnittet

Anmärkning: Inläggningsfrekvensen är inte justerad för skillnader i sjukdomsförekomst mellan länderna. Uppgifterna avser 2023.

Källa: OECD Data Explorer (DF_HCQO).

Figur 14. Den offentliga täckningsgraden är högre än EU-genomsnittet, med undantag för läkemedel

Anmärkning: Öppenvård avser främst tjänster som tillhandahålls av allmänläkare och specialister inom öppenvården. Läkemedel omfattar receptbelagda och receptfria läkemedel samt medicinska förbrukningsvaror. EU-genomsnittet är oviktat.

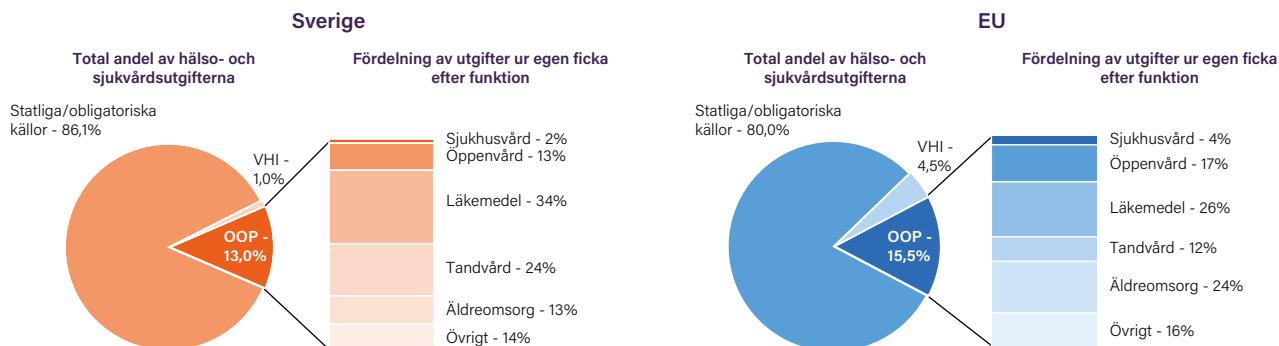
Källa: OECD Data Explorer (DF_SHA). Uppgifterna avser 2023.

inom primärvården och för vissa tjänster för äldre. Regionerna har viss handlingsfrihet när det gäller nivåerna på patientavgifterna, men den nationella politiken uppmuntrar till att primärvården används framför sjukhusvård.

För att stärka den långsiktiga finanspolitiska hållbarheten och hantera de stigande läkemedelskostnaderna införde regeringen i juli 2025 en omfattande reform av systemet för kostnadsdelning för läkemedel. Det årliga taket för patientavgifter höjdes från 2 900 SEK (~260 EUR) till 3 800 SEK (~345 EUR) och ersättningsstrukturen omarbetades så att patienterna initialt bär en högre andel av läkemedelskostnaderna innan de får gradvis ökande subventioner. När de sammanlagda årliga

läkemedelskostnaderna når 7 117 SEK (~645 EUR) täcker ett "frikort" alla ytterligare kostnader (Swedish eHealth Agency, 2025).

Liksom i många andra EU-länder är den offentliga finansieringen av tandvård fortfarande relativt begränsad, vilket leder till högre patientavgifter. De senaste och kommande reformerna syftar dock till att förbättra tillgängligheten och prisnivån: i januari 2025 sänktes åldersgränsen för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år i de flesta regioner, och ett nytt offentligt tandvårdsprogram för personer över 67 år kommer att träda i kraft i januari 2026 (Regeringskansliet, 2025).

Figur 15. Sverige har en lägre andel utgifter som betalas ur egen ficka än EU-genomsnittet

Anmärkning: VHI omfattar även andra frivilliga försäkringsbetalningssystem. EU-genomsnittet är viktat.

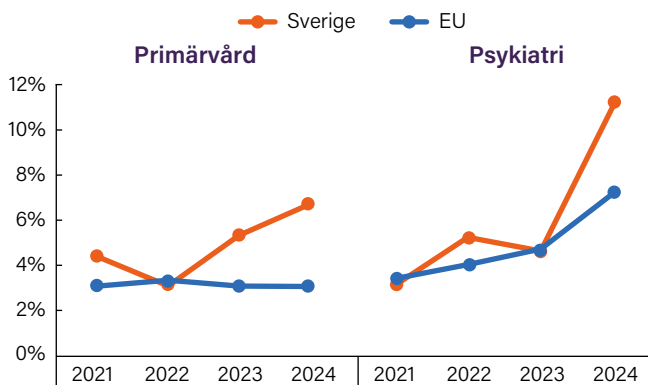
Källa: OECD Data Explorer (DF_SHA). Uppgifterna avser 2023.

För långa väntetider driver upp Sveriges uppfyllda behov av sjukvård

År 2024 kunde 3,9 % av de personer som uppgav att de hade medicinska behov i Sverige inte tillgodose åtminstone några av dessa behov, vilket är en andel som ligger något över EU-genomsnittet på 3,6 %. Kostnadsrelaterade hinder är fortfarande minimala tack vare stark offentlig finansiering och skyddsmekanismer. Istället beror de flesta rapporterade uppfyllda behoven på långa väntetider. För långa väntetider är fortfarande ett systemiskt problem, särskilt inom specialistvården: sedan 2021 har cirka 30 % av patienterna konsekvent väntat längre än den föreskrivna gränsen på 90 dagar på en första konsultation (Regeringskansliet, 2024).

Dessa förseningar drabbar låginkomstgrupper oproportionerligt hårt: 2024 kunde 7,2 % av de personer i riskzonen för fattigdom och som rapporterade medicinska behov inte tillgodose åtminstone några av dessa, jämfört med ett EU-genomsnitt på 6,0 % för denna grupp. Bristerna i tillgången är särskilt märkbara inom primärvården och psykiatri, där 7,0 % respektive 11,0 % av befolkningen uppgav att de hade vissa uppfyllda behov, vilket är över EU-genomsnittet och en fortsatt uppåtgående trend ses (figur 16). Vissa framsteg har gjorts mot målet om tillgång till primärvård inom tre dagar i vissa regioner, men förbättringarna är fortfarande ojämna och otillräckliga för att vända den övergripande negativa trenden.

Figur 16. Självrapporterade ouppfyllda behov av primärvård och psykisk hälsovård ökar



Anmärkning: Primärvård omfattar tillgång till allmänläkare/husläkare eller vårdcentral.

Källa: Eurofound's e-enkät "Att bo och arbeta i EU" (2025).

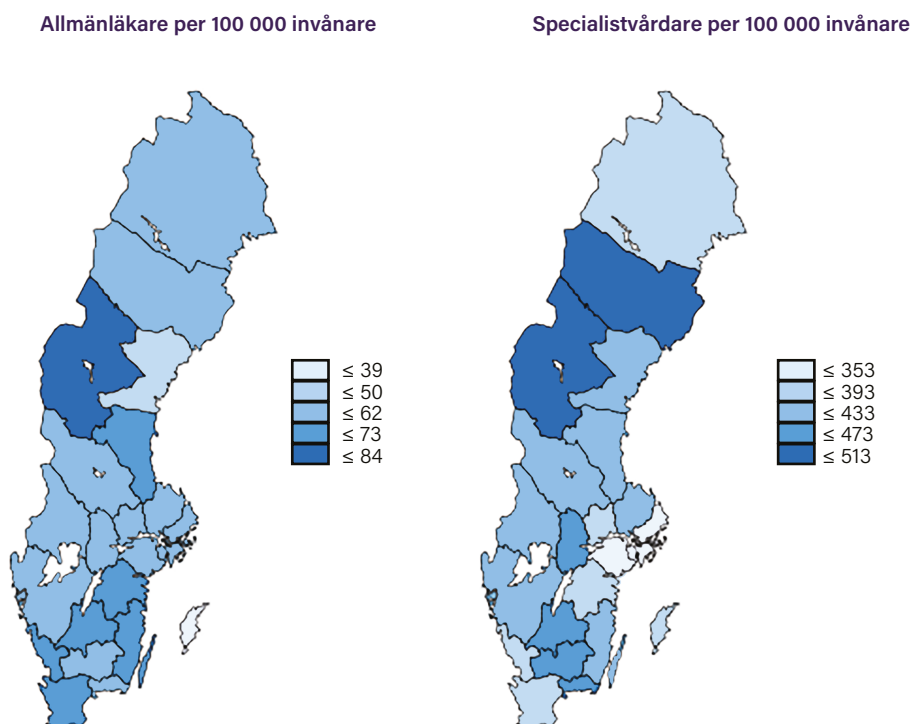
Trots Sveriges stora vårdpersonalstyrka underminerar regionala brister den rättvisa tillgången till vård

Trots att Sverige har en av EU:s högsta tätheter av hälso- och sjukvårdspersonal (se avsnitt 4) finns det stora regionala

skillnader i fördelningen av läkare, särskilt inom primärvården. Medan storstadsregioner som Stockholm och Västra Götaland rapporterar hög tackning av allmänläkare, har flera andra regioner, däribland Blekinge, Västerbotten och Gävleborg, mycket lägre tackning. Hög personalomsättning och ihållande rekryteringssvårigheter fortsätter att undergräva vårdkontinuiteten, särskilt i landsbygds- och glesbygdsområden, vilket har fått många regioner att utöka sina mobila vårdteam och förlänga öppettiderna för att förbättra tillgängligheten. Beroendet av tillfälliga vikarierande läkare (*hyrläkare*) har minskat, och antalet regioner som använder dem för att upprätthålla grundläggande kontinuitet i primärvården har minskat från åtta till fyra mellan 2023 och 2025, eftersom de flesta regioner nu begränsar sådana kontrakt till fasta tjänster (Socialstyrelsen, 2025). Bristen på arbetskraft är fortfarande mest akut inom primärvården och viktiga specialiteter som psykiatri och geriatrik, där det fortfarande är svårt att rekrytera personal.

Den specialiserade sjuksköterskeförsörjningen uppvisar liknande regionala skillnader, som förvärras av höga pensionsavgångar, begränsad utbildningskapacitet och konkurrens från privata vårdgivare (figur 17).

Figur 17. Fördelningen av allmänläkare och specialistsjuksköterskor över Sverige är ojämn mellan regionerna



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, alla specialistsjuksköterskor och alla allmänläkare som är anställda inom hälso- och sjukvården, både offentlig och privat, i december 2022.

5.3 Anpassningsförmåga

Anpassningsförmåga i hälso- och sjukvårdssystemet – förmågan att förbereda sig för, hantera (absorbära, anpassa sig och omvandla) och lära av chocker och strukturella förändringar – har blivit centralt i den politiska

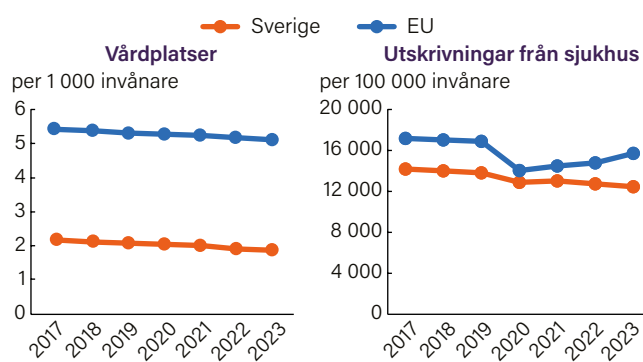
agendan. Viktiga prioriteringar är att minska trycket på tjänsteleveransen, stärka hälso- och sjukvårdens infrastruktur och personalens kapacitet, anpassa strategier för krisberedskap, stödja digital innovation och säkerställa långsiktig hållbarhet.

Trots stora investeringar kvarstår bristen på sjukhuskapacitet, eftersom personalbrist hindrar Sveriges expansionsplaner

Sverige har under lång tid haft en nedgång i antalet vårdplatser, vilket återspeglar en medveten politik att flytta vården från kostsamma slutenvårdsplatser till mer effektiva öppenvårdstjänster. Även om denna modell framgångsrikt har begränsat kostnaderna och upprätthållit kvaliteten i årtionden, har den i allt högre grad blivit en sårbarhet. År 2023 var sjukhusbäddskapaciteten den lägsta i EU, med 1,9 bäddar per 1 000 invånare, vilket är långt under EU-genomsnittet på 5,1, och antalet utskrivningar från sjukhus var cirka 20 % lägre (figur 18). År 2024 bekräftade Socialstyrelsen att det saknades 2 230 sjukhusplatser och betonade att systemets infrastruktur hade blivit för liten för att möta efterfrågan. Denna kapacitetsbrist är geografiskt koncentrerad, och de tre största storstadsregionerna står för 60 % av den totala bristen.

Som svar på detta lanserade regeringen en flerårig expansionsplan, där man avsatte över 2 miljarder kronor (cirka 180 miljoner euro) per år för att bemanna 1 220 nya vårdplatser och samtidigt åtgärda den återstående bristen

Figur 18. Sverige har en av de lägsta sjukhuskapaciteterna i EU



Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat för vårdplatser och oviktat för utskrivningar från sjukhus (beräknat av OECD).

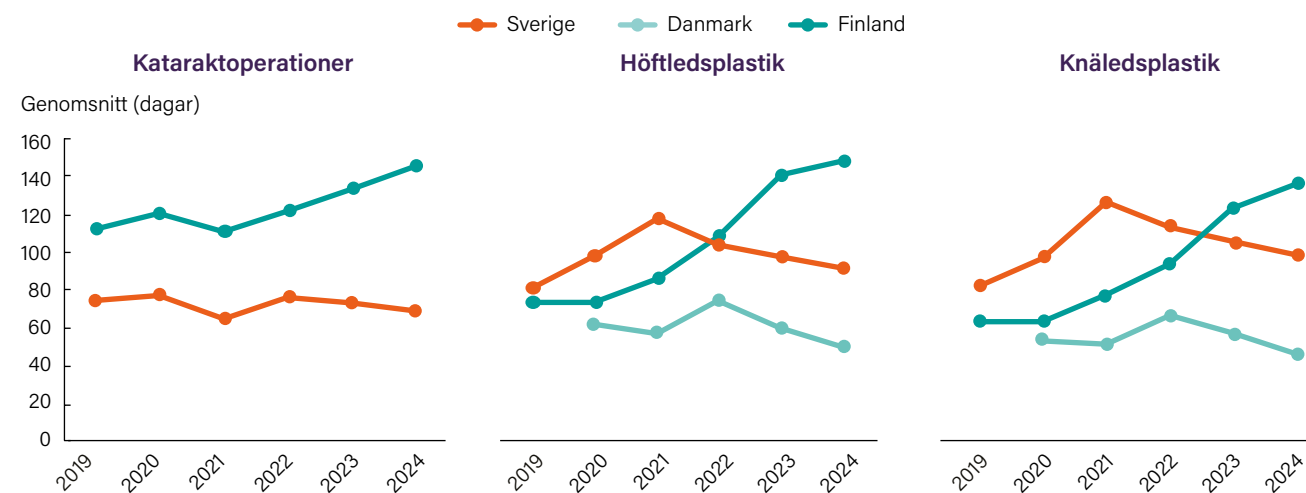
Källor: Eurostat (hlth_rs_bds1) och OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC).

genom effektivitetsvinster. Genomförandet har dock visat sig vara svårt: trots betydande finansiering visade Socialstyrelsens data en ytterligare minskning med 40 bemannade vårdplatser mellan 2023 och 2024 (Socialstyrelsen, 2025), och data visar att den grundläggande orsaken till bristen inte så mycket är brist på fysisk kapacitet eller finansiering som en kritisk brist på vårdpersonal. Som ett resultat har strategin omarbetats i grunden: regeringen kräver nu personalreformer, särskilt inriktade på rekrytering och bibehållande av personal, som en förutsättning för att regionerna ska få tillgång till ny kapacitetsfinansiering (SKR, 2025). Denna utmaning har varit så svår att man har reviderat målen: det ursprungliga målet att minska kapacitetsbristen till 2026 har skjutits upp till 2027, och Socialstyrelsen varnar nu för att utan mer beslutsamma åtgärder kanske jämvikt inte kan uppnås före 2033 (Socialstyrelsen, 2025).

Kvarstående operationsköer har lett till reformer för att stärka Sveriges lagstadgade vårdgaranti

Väntetiderna för planerade operationer i Sverige speglar både de kvarvarande effekterna av pandemirelaterade störningar och strukturella utmaningar när det gäller att säkerställa snabb tillgång till vård. Under 2021 ökade den genomsnittliga väntetiden för höftledsplastik och knäledsplastik till nästan 50 % över nivåerna före pandemin. Även om väntetiderna minskade avsevärt under 2022 och 2023 ligger de fortfarande över 2019 års nivåer och fortsätter att överstiga nivåerna i regionala jämförelseländer som Danmark. Denna återhämtning står i kontrast till Finland, där väntetiderna har fortsatt att öka (figur 19). Kataraktoperationer visade sig ha högre anpassningsförmåga mot pandemins påfrestningar, men tillgången är fortfarande ojämn: mellan augusti 2023 och augusti 2024 väntade 41 % av patienterna i landet längre än riktmärket på 90 dagar, från bara 7 % i Stockholm till 70 % i Västerbotten (Regeringskansliet, 2024). För alla planerade kirurgiska ingrepp har den lagstadgade 90-dagarsgarantin inte uppfyllts, och cirka 45 % av patienterna väntade längre än målet mellan 2021 och 2024 (Regeringskansliet, 2024).

Figur 19. De genomsnittliga väntetiderna för höft- och knäoperationer i Sverige är lägre än i Finland, men betydligt högre än i Danmark



Källa: OECD Data Explorer (DF_WAITING).

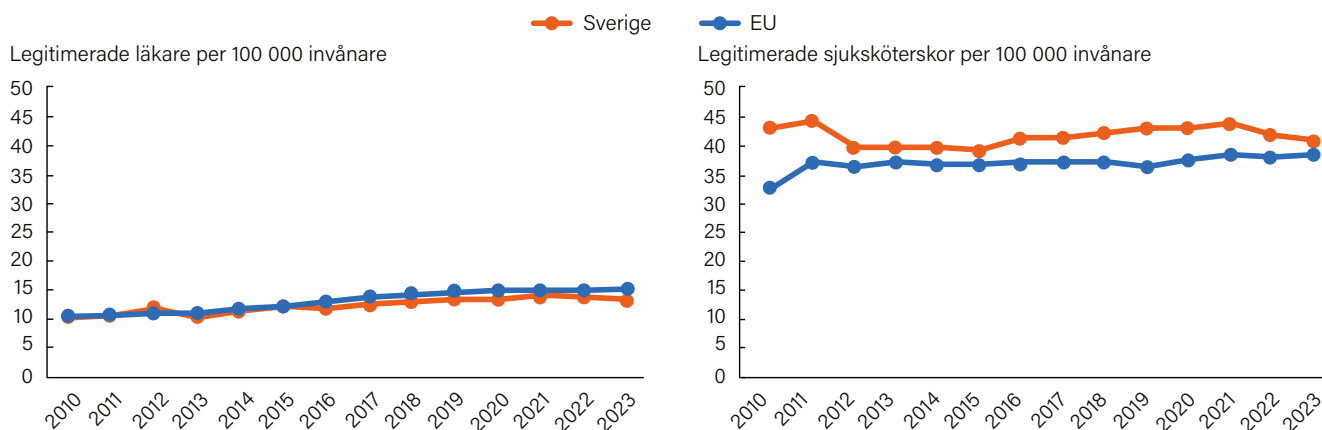
För att komma till rätta med dessa ihållande eftersläpningar inledde regeringen 2024 en utredning för att stärka den lagstadgade vårdgarantin. Utredningen föreslog engångsbidrag från staten baserade på resultat, kortare tidsgränser och tidigare remisser mellan regioner när lokala mål inte uppnås. Baserat på rekommendationerna fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 497 miljoner kronor till regionerna under 2025, med betalningar kopplade till ytterligare ingrepp inom höftledsplastik, behandling av bäckenorgansprolaps och kataraktoperationer (Socialstyrelsen, 2025).

Sverige reformerade läkar- och sjuksköterskeutbildningen för att bättre anpassa utbildningen till arbetskraftsbehovet

Sveriges årliga produktion av legitimerade läkare har stabiliserats på cirka 14 legitimerade läkare per 100 000 invånare år 2023, vilket ligger i linje med EU-genomsnittet efter en gradvis expansion som tillförde cirka 440 utbildningsplatser mellan 2017 och 2023 (figur 20). För att påskynda övergången för nya läkare till praktisk

verksamhet genomförde Sverige en omfattande reform av läkarutbildningen 2021, där det tidigare kravet på praktik ersattes med ett sexårigt program som leder direkt till läkarlegitimation. Examenstagarna genomgår sedan ett integrerat första år av grundutbildning (*Bastjänstgöring*) innan de går in i AT-program som varar i minst fem år. En viktig utmaning har varit att minska utbildningsflaskhalsar som fördröjer utvecklingen mot fullständig behörighet. Tidigare väntade nytexaminerade i genomsnitt 11 månader på AT-tjänst, och en prioritering i reformen är att förhindra liknande förseningar i den nya grundutbildningsfasen – särskilt inom allmänmedicin, där det fortfarande saknas tillräckligt med finansierade utbildningsplatser. För att åtgärda dessa brister har Socialstyrelsen tilldelat regionerna 847 miljoner kronor mellan 2022 och 2024 för att utöka utbildningskapaciteten, med ytterligare 226 miljoner kronor planerade för 2025. Som ett komplement till dessa insatser har Nationella vårdkompetensrådet lagt fram en plan för 2025 för att bättre anpassa antalet utexaminerade läkare till antalet finansierade ST-tjänster (Regeringskansliet, 2025).

Figur 20. Antalet utexaminerade läkare och sjuksköterskor i Sverige ligger i linje med EU-genomsnittet



Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat (beräknat av OECD). Uppgifterna omfattar utexaminerade från alla sjuksköterskeutbildningar, inte bara de som uppfyller EU-direktivet för allmänna sjuksköterskor.

Källa: OECD Data Explorer (DF_GRAD).

Däremot har sjuksköterskeutbildningen i Sverige historiskt sett varit väl anpassad till arbetskraftsbehovet, även om de senaste reformerna medför nya påfrestningar. Antalet utexaminerade är fortsatt stabilt och starkt med 41 per 100 000 invånare 2023, vilket är cirka 7 % över EU-genomsnittet. Reformen 2023 för att uppfylla kraven i EU:s direktiv om yrkeskvalifikationer, som föreskriver minst 2 300 timmars handledd klinisk praktik, har dock belastat praktikplatserna och tillgången på kvalificerade handledare. Sjuksköterskeutbildningarna har eftersträvat flexibilitet i genomförandet på grund av farhågor om att en snabb expansion skulle kunna äventyra antagningsnivåerna eller utbildningskvaliteten (Göteborgs universitet, 2023). Utbildningsvägarna efter examen är fortfarande väl etablerade, med ettåriga forskarutbildningsprogram inom områden som intensivvård och barnmorskeutbildning. Dessa avancerade yrkesroller blir allt viktigare i takt med att Sverige

hanterar utmaningar i fråga om arbetskraftsfördelning och tjänsteleverans genom justeringar av kompetensmixen.

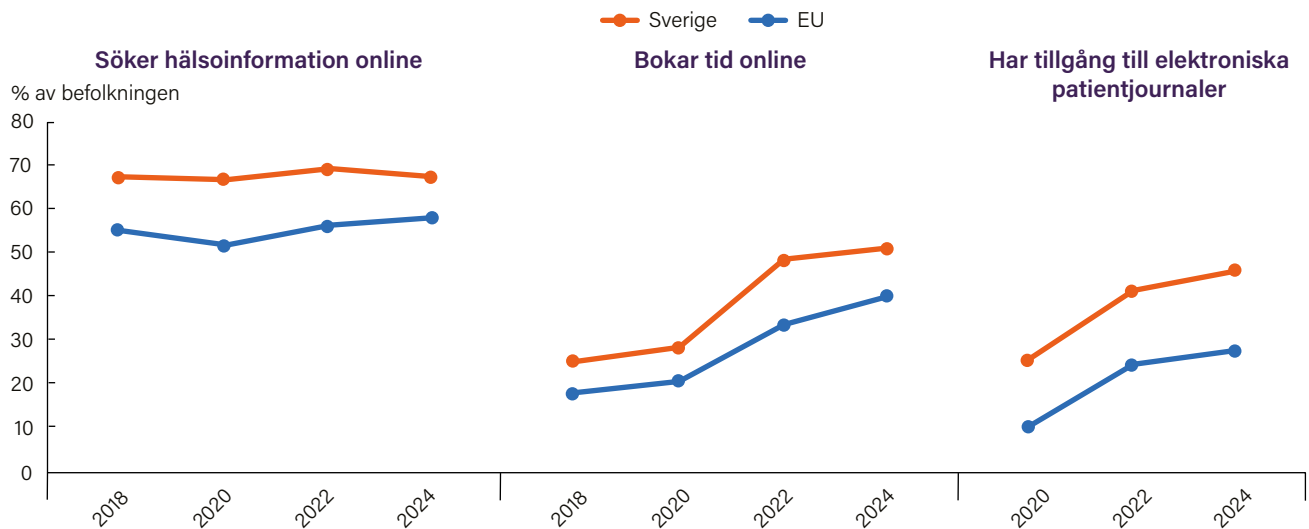
Höga digitala investeringar och starkt offentligt intresse gör Sverige till en europeisk ledare inom teknikbaserad hälso- och sjukvård

Sveriges fortsatta strategiska satsning på teknikbaserad hälso- och sjukvård gör landet till ett av Europas mest digitalt avancerade hälso- och sjukvårdssystem. Denna satsning är tydlig i de höga investeringarna i informations- och kommunikationsteknik (IKT) inom hälso- och sjukvården. År 2023 uppgick investeringarna i IKT inom hälso- och sjukvården till 5,9 miljoner euro per 100 000 invånare, vilket är den tredje högsta nivån efter Österrike och Danmark och mer än två och en halv gånger EU-genomsnittet.

Avkastningen på denna tekniska investering är tydligt synlig i befolkningens engagemang för digital hälsa: svenska invånare använder konsekvent digitala hälsotjänster i högre utsträckning än invånare i andra EU-länder inom flera områden, bland annat när det gäller att söka hälsoinformation online, boka tid digitalt och få tillgång till personliga e-journaler (figur 21). Dessa höga användningsnivåer

speglar både mognaden i Sveriges digitala hälsoinfrastruktur och befolkningens vana vid teknikmedierade medicinska interaktioner. Utöver tjänster riktade till medborgarna fortsätter Sverige att stärka sin kapacitet att leverera hälso- och sjukvårdstjänster genom övriga digitala tekniker, såsom artificiell intelligens (AI) (ruta 1).

Figur 21. Sverige överstiger EU-genomsnittet när det gäller användningen av digitala hälsoverktyg inom alla viktiga områden



Källa: Eurostat-databas (isoc_ci_ac_i).

Ruta 1. Utnyttja AI för att förbättra kvaliteten och effektiviteten i Sveriges hälso- och sjukvårdssystem

Sverige har etablerat en samordnad nationell strategi för att integrera artificiell intelligens i sitt offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystem. Regeringens Vision *eHälsa 2025* och nationella AI-strategi prioriterar omvandlingen av hälso- och sjukvården, med stöd av betydande investeringar i digital infrastruktur. Flaggskeppsprogrammet Informationsdriven hälso- och sjukvård (2019–2024) förenade alla 21 regionala hälso- och sjukvårdsmyndigheter med akademien och industrin för att skala upp framgångsrika pilotprojekt över hela landet. Praktiska tillämpningar visar redan på konkreta fördelar:

- **Medicinsk bilddiagnostik:** AI-assisterad mammografiscreening upptäckte 4 % fler cancerfall än traditionell dubbelgranskning, samtidigt som radiologernas arbetsbelastning halverades. Liknande algoritmer inom patologi hjälper specialister att ställa mer konsekventa diagnoser genom att kvantifiera immuncellsmönster i cancerbiopsier.
- **Prediktiv analys och tidig intervention:** AI-modeller förutsäger patienters uteblivna besök för att optimera tidsbokningen och minska väntelistorna. Inom neonatal intensivvård upptäcker AI-övervakning infektioner upp till 24 timmar innan symtomen uppträder, vilket möjliggör livräddande tidig behandling.
- **Optimering av arbetsflödet:** Pilotprojekt inom primärvården använder AI-baserade triageverktyg för att samla in strukturerad patienthistorik och prioritera fall, vilket minskar den administrativa bördan och förbättrar patientflödet.

Det nationella centret *AI Sverige* samordnar många av dessa projekt, inklusive ett partnerskap med Unity Health Toronto 2024 som kombinerar ledarskapsutbildning, delade dataplattformar och gemensam verktygsutveckling mellan tre stora universitetssjukhus. Detta systematiska tillvägagångssätt gör det möjligt för Sverige att skala upp beprövade AI-applikationer över hela landet, vilket förbättrar vårdkvaliteten och systemeffektiviteten samtidigt som man bygger upp vårdpersonalens kapacitet för den digitala framtiden.

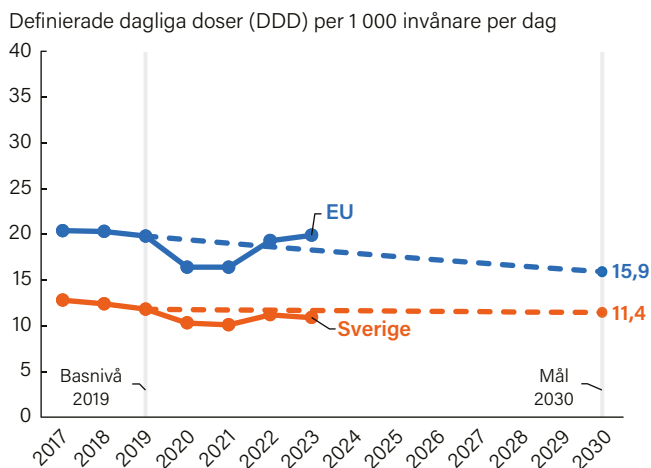
Källa: AI Sverige (2025).

Sverige är en europeisk föregångare i kampen mot antibiotikaresistens

Sveriges strategi för antimikrobiell resistens (AMR) ger exceptionella resultat, som har sina rötter i en lång tradition av försiktig användning. Antibiotikaförbrukningen är den näst lägsta i EU och efter en marginell nedgång under pandemin från en redan låg utgångsnivå återhämtade den sig något till uppskattningsvis 10,9 definierade dagliga doser per 1 000 invånare 2023, vilket är 45 % under EU-genomsnittet och väl inom Sveriges nationella minskningsmål för 2030 som fastställdes i EU-rådets rekommendation 2023 (Figur 22). Detta positiva resultat förstärks av högkvalitativ förskrivning, där nästan 70 % av antibiotikan faller inom WHO:s lågresistenta "Access"-grupp. Som ett direkt resultat rankas Sverige som näst bäst i EU i ECDC:s sammansatta AMR-index.

På denna grund bygger Sverige en banbrytande, transformativ upphandlingsmodell för att säkerställa tillgången till kritiska antibiotika utan att uppmuntra överanvändning. Systemet, som testades 2020, kopplar bort betalningen från försäljningsvolymen genom att ge tillverkarna fasta årliga betalningar. Detta eliminerar det ekonomiska incitamentet för överanvändning samtidigt som tillgången garanteras – en innovation som har väckt stor internationell uppmärksamhet. Detta tillvägagångssätt är en hörnsten i Sveriges bredare nationella strategi för 2024–2025 för att bekämpa antibiotikaresistens (Socialdepartementet, 2023).

Figur 22. Sverige har redan nått sitt mål för minskad antibiotikakonsumtion för 2030



Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat. Diagrammet visar antibiotikaförbrukningen på sjukhus och i samhället. Den streckade linjen illustrerar den politiska målsättningen för att uppnå 2030 års minskningsmål som fastställts i EU-rådets rekommendation om att intensifiera EU:s åtgärder för att bekämpa antimikrobiell resistens i en One Health-strategi – 2023/C 220/01.

Källa: ECDC ESAC-Net; 2023 års data för Sverige från Folkhälsomyndigheten och Veterinärmedicinska myndigheten, Swedres-Svarm 2024.

6 I fokus: Läkemedel

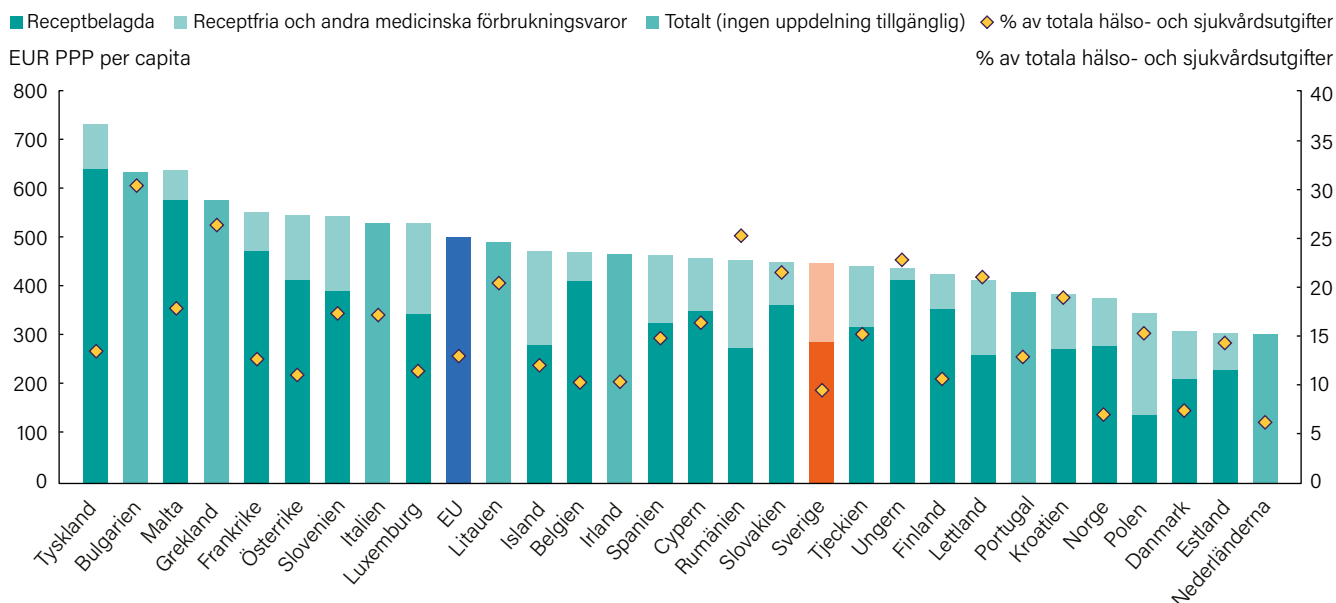
Starka kostnadsbegränsande åtgärder och en politik för bred tillgång håller Sveriges läkemedelsutgifter under EU-genomsnittet

Trots att Sveriges totala hälso- och sjukvårdsutgifter per capita är 22 % högre än EU-genomsnittet, uppgick utgifterna för läkemedel i detaljhandeln endast till 454 euro per capita 2023 – 11 % under EU-genomsnittet på 510 euro, vilket återspeglar en effektiv kombination av kostnadsbegränsande åtgärder och en politik för bred tillgång (figur 23). Inom Norden ligger Sverige på andra plats efter Island när det gäller läkemedelsutgifter per capita, vilket till stor del beror på strukturella skillnader i läkemedelsdistributionen. En relativt stor andel av läkemedelskonsumtionen kanaliseras via apotek i samhället snarare än via sjukhus: ersättningsgilla receptbelagda läkemedel som expedieras i detaljhandeln står för över två tredjedelar av de totala läkemedelsutgifterna, jämfört med 59 % i EU. Sjukhusinköpta läkemedel står för cirka 20 %, medan icke-ersättningsgilla receptbelagda läkemedel och receptfria läkemedel (OTC) står för resten. Receptfria läkemedel och medicinska förbrukningsvaror utgör över en tredjedel av detaljhandelsutgifterna, en relativt hög andel som speglar Sveriges liberala distributionsmodell, som tillåter försäljning både i apotek och i andra butiker.

Sveriges ramverk för kostnadsbegränsning förblir centralt i takt med att läkemedelskonsumtionen och utgiftsmönstren utvecklas (ruta 2). Obligatorisk generisk substitution upprätthåller konkurrenskraftiga priser, och efterlevnaden är så hög att extra egenavgifter för patienter som väljer originalläkemedel endast står för 0,3 % av de totala kostnaderna för förmånsprogrammet. Konfidentiella tillverkarrabatter minskar de offentliga nettoutgifterna ytterligare under listpriserna, medan rigorösa utvärderingar av hälsoteknik (HTA) och indikationsspecifika ersättningsgränser styr förskrivningen mot de mest kostnadseffektiva alternativen.

Sverige hanterar läkemedelspriser och ersättning genom ett etiskt baserat, prevalensjusterat ramverk

Sveriges läkemedelsprissättning och ersättning fungerar enligt en samordnad styrmodell som balanserar kostnadseffektivitet med patienternas tillgång. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om inkludering i det nationella förmånsprogrammet och fastställer listpriserna, med tillämpning av en etisk plattform utifrån människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Sverige använder inte ett enda uttryckligt tröskelvärde för

Figur 23. Sverige spenderar över 10 % mindre på läkemedel i detaljhandeln jämfört med EU-genomsnittet

Anmärkning: Denna siffra avser utgifter för läkemedel som dispenserats genom apotek för endast öppenvård. Den omfattar inte läkemedel som administreras på sjukhus, kliniker eller läkarmottagningar.

Källa: OECD Data Explorer (DF_SHA). Uppgifterna avser 2023, med undantag för Norge och Malta (2022).

Ruta 2. Sveriges läkemedelsutgifter förväntas öka betydligt under de kommande två åren

År 2024 var Sveriges läkemedelsutgifter i detaljhandeln koncentrerade till ett fåtal terapeutiska områden, vilket återspeglar användningen av innovativa läkemedel tillsammans med besparingar från patentutgångar. Läkemedel för nervsystemet utgjorde den största kategorin med 6 miljarder kronor, driven av nya behandlingar för ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) och migrän. Läkemedel för hjärt-kärlsjukdomar och cancer var lika stora (vardera ~4,95 miljarder SEK): utgifterna för hjärt-kärlsjukdomar ökade med nyare läkemedel, delvis uppvägt av generiska läkemedel, medan trycket på cancerläkemedel minskade på grund av nyligen utgångna patent. Utgifterna för biologiska läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar ökade med 12 %, dämpat av priskonkurrens. Den snabbaste tillväxten skedde inom diabetesbehandlingar (3,69 miljarder kronor; +14 %), vilket återspeglar en ökad användning av nyare läkemedel.

Läkemedelskostnaderna förväntas fortsätta att stiga, även om politiska förändringar kan förändra denna utveckling väsentligt. Socialstyrelsen prognostiserar att kostnaderna för läkemedel som omfattas av förmånen kommer att öka med 20 % mellan 2024 och 2028, medan kostnaderna för sjukhusläkemedel förväntas öka med 15 %. Dessa prognoser exkluderar regeringens reform av tröskelvärdena för högkostnadsskydd (se avsnitt 5.2), som förväntas minska de offentliga utgifterna för receptbelagda läkemedel med cirka 2 miljarder kronor per år från 2026.

Källa: Socialstyrelsen (2025).

kostnadseffektivitet; betalningsviljan varierar beroende på sjukdomens svårighetsgrad och, i allt högre grad, befolkningsstorlek. Sedan 2024 har TLV infört ett mer nyanserat ramverk, enligt vilket behandlingar för mycket sällsynta sjukdomar kan accepteras till högre kostnadseffektivitetskvoter, vilket kompenseras av förväntningar på lägre priser för läkemedel som används i större populationer.

För att främja en enhetlig tillämpning av nya sjukhusbehandlingar utfärdar regionernas *NT-råd* (Rådet för nya terapier) nationella rekommendationer baserade på TLV:s analyser, med stöd av ett lagkrav för lokala läkemedelskommittéer. Kostnadsbegränsningen förstärks genom den ökande användningen av konfidentiella rabatter,

med återbetalningar som beräknas uppgå till 3,3 miljarder kronor 2023 och som förväntas nå 4,7 miljarder kronor 2026 (TLV, 2025). Avgörande är att TLV sedan 2024 har bedömt jämförelseprodukter med hjälp av nettopriser (efter konfidentiella rabatter), vilket motverkar "listprisillusionen", där värdet kan överskattas om det jämförs med ett rabatterat befintligt läkemedel (TLV, 2025).

Trots rigorösa bedömningar säkerställer Sverige en relativt snabb och bred tillgång till nya läkemedel

Trots TLV:s rigorösa bedömningsramverk ger Sverige relativt snabb tillgång till nya läkemedel. Enligt EFPIA:s W.A.I.T.-indikator nådde 50 % av de EU-godkända produkterna svenska patienter mellan 2020 och 2023, vilket är över

EU-genomsnittet på 46 %. Detta placerar Sverige i mitten av de nordiska länderna, i nivå med Finland på 50 %, efter Danmark på 60 % och långt före Norge på 37 % och Island på 34 % (Newton et al, 2025). Hastigheten är en särskild styrka: medianvärdet för tiden från EU-marknadsgodkännande till allmän tillgänglighet är cirka 361 dagar, vilket är betydligt snabbare än EU-genomsnittet på 578 dagar och näst snabbast efter Danmark (339 dagar) bland de nordiska länderna. Det är värt att notera att denna prestation uppnås utan att man förlitar sig på formella förfaranden för tidig tillgång som kan blåsa upp tillgänglighetsstatistiken på andra håll.

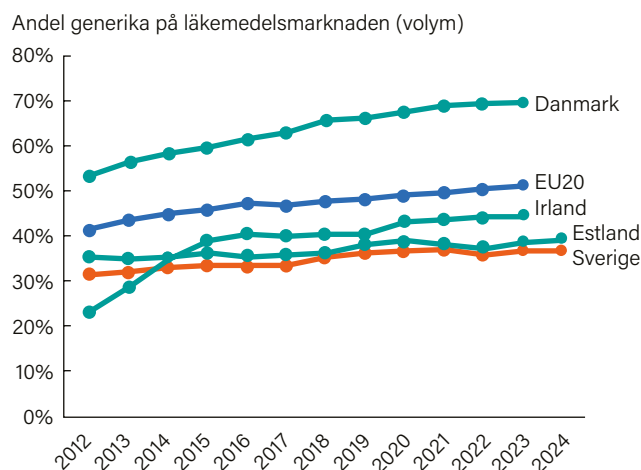
Dessa jämförelser bör dock tolkas med försiktighet: W.A.I.T.-indikatorn mäter tiden till offentlig notering och andelen noterade produkter, men den fångar inte upp klinisk användning, forskrivningsrestriktioner eller tillverkarnas beslut om lanseringssekvenser på olika marknader. Lägre "tillgänglighet" kan spegla selektiv, värdebaserad ersättning snarare än sämre tillgång i sig, och de övergripande tidsramarna beror inte bara på HTA-bedömningen utan också på efterföljande prisförhandlingar, budgetprocesser och tidpunkten för företagets ansökningar. När Sverige integrerar EU:s HTA-förordningsram från januari 2025 förväntas harmoniserade bedömningar och delade utvärderingsresurser stärka den vetenskapliga stringensen och samtidigt potentiellt påskynda tillgången till kostnadseffektiva innovationer utan att kompromissa med principerna om kostnadsbegränsning.

Ett strikt substitutionssystem och prisregleringsåtgärder gör att priserna på patentfria läkemedel i Sverige är bland de lägsta i Europa

Sverige tillämpar en robust strategi för kostnadsbegränsning inom läkemedel, där generisk substitution spelar en central roll för att hålla priserna låga i internationell jämförelse. Sedan 2002 har ett system med "månadens vara" krävt att apotek ska expediera det billigaste ersättningsbara läkemedlet inom angivna substitutionsgrupper och förpackningsstorlekar. Läkemedelsverket fastställer kriterierna för substituerbarhet, medan TLV utser månadens "vinnare" och reservprodukter. Originalprodukter kan konkurrera direkt med generiska läkemedel och väljs ibland som det mest kostnadseffektiva alternativet. Biosimilarer undantas från automatisk substitution på apoteksnivå och kräver att förskrivaren initierar bytet.

Detta ramverk har upprätthållit en hög användning av generiska läkemedel och låga priser på läkemedel vars patent har löpt ut. År 2023 stod generiska läkemedel för ungefär två tredjedelar av receptvolymen i detaljhandeln, medan deras värdeandel förblev betydligt lägre, vilket återspeglar den starka priskonkurrensen. TLV:s internationella jämförelse från 2023 visade att Sverige hade de lägsta priserna bland 20 europeiska länder för läkemedel som konkurrerar med generiska läkemedel (TLV, 2023). Mätproblem kan dock dölja denna utveckling i jämförelser mellan länder. Om man använder definierade dagliga doser (DDD) för hela läkemedelsmarknaden var generikandelarna 2023 under 40 %, vilket är under EU-genomsnittet på 51 % (figur 24). Denna uppenbara skillnad återspeglar en bredare nämnare och en mindre detaljhandelsbas i Sverige,

Figur 24. Sveriges totala generiska marknadspenetration i volym är lägre än EU-genomsnittet



Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat.

Källa: OECD Data Explorer (DF_GEN_MRKT).

eftersom en växande andel av receptförskrivningen till öppenvårdspatienter avser specialiserade läkemedel som fortfarande är patentskyddade (t.ex. GLP-1-receptoragonister) och som inte omfattas av substitutionssystemet. När originalläkemedelsföretagen dessutom underbjuder konkurrenterna och vinner månatliga upphandlingar, realiseras besparingar utan att "generiska" täljaren ökar (E-hälsomyndigheten, 2024).

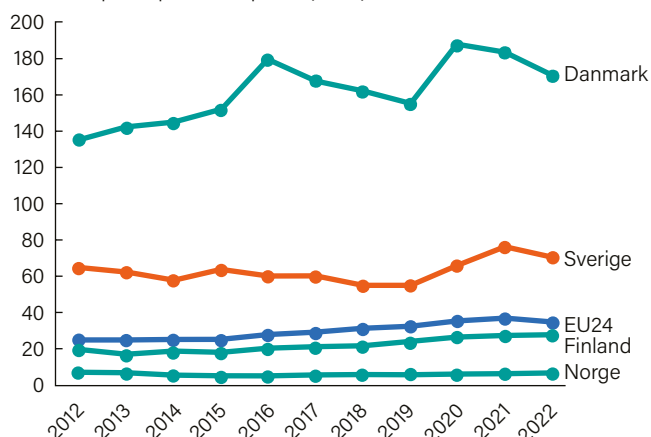
Utöver besparingar genom substitution tillämpar Sverige en "15-årsregel" som automatiskt sänker listpriserna med 7,5 % för äldre produkter med begränsad generisk konkurrens när läkemedel vars substans och form når 15 år från det första marknadsgodkännandet, vilket upprätthåller en strikt priskontroll där marknadskrafterna ensamma kan vara otillräckliga.

Sveriges ekosystem för forskning och utveckling inom läkemedel kombinerar betydande företagsinvesteringar med växande offentligt stöd

Sverige har en stark bas för forskning och utveckling (FoU) inom läkemedelsområdet, som vilar på både stora företags laboratorier och ett tätt nätverk av små och medelstora bioteknikföretag. Denna styrka framgår tydligt av landets FoU-investeringar per capita från läkemedelstillverkare, som uppgick till 71 euro per capita 2022. Denna siffra är mer än dubbelt så hög som EU-genomsnittet på 35 euro och innebär en ökning med 7 % från 2019, efter flera år av gradvis nedgång. Även om denna investeringsintensitet ligger under ledande länder som Danmark, överstiger den betydligt både Finland och Norge (figur 25). I absoluta tal ökade läkemedelsforskningen och -utvecklingen till cirka 18,1 miljarder SEK 2023, vilket motsvarar nästan 5 % av den totala läkemedelsforskningen och -utvecklingen i EU. Industriellt sett är Sverige också en betydande producent, som rankas på åttonde plats i EU och står för cirka 4 % av EU:s läkemedelsproduktion 2023 (EFPIA, 2025).

Figur 25. Sveriges företagsinvesteringar i läkemedelsforskning och -utveckling är dubbelt så stora som EU-genomsnittet

EUR PPP per capita, fasta priser (2022)



Anmärkning: EU-genomsnittet är viktat (beräknat av OECD).

Källa: OECD Data Explorer (DF_ANBERDi4).

Det politiska stödet är betydande: löneskattemässiga lättnader minskar arbetsgivarens sociala avgifter med 20 % på berättigade FoU-löner, med ett månatligt tak som höjs till 3 miljoner kronor per koncern från januari 2024. I 2024 års forsknings- och innovationsproposition fastställs en fyraårig finansieringsplan, där 1,5 miljarder kronor läggs till 2025 och ökar till 6,5 miljarder kronor 2028, med cirka 600 miljoner kronor öronmärkt för precisionsmedicin, psykisk hälsa, kvinnors hälsa och demensforskning (Regeringskansliet, 2024). FoU-miljön stärks ytterligare av öppna translationella plattformar som SciLifeLabs plattform för läkemedelsupptäckt och -utveckling, bioprocess-testbädden Testa Centre i Uppsala och det nationella innovationsklustret för avancerade

terapiprodukter (ATMP) som samordnas av Vinnova.

Lagförslaget riktar sig också mot forskningskapaciteten: av ökningen för 2028 går cirka 1,6 miljarder kronor till anslag för forskning inom hög utbildning och 4,9 miljarder kronor till forskningsråd och institut.

Sverige är fortfarande en stark innovatör inom läkemedel, men den minskade kliniska prövningsverksamheten har föranlett nya politiska åtgärder

Sveriges innovationsstatistik visar på en fortsatt stark utveckling, men också på nya utmaningar som har föranlett politiska åtgärder. Den internationella patentverksamheten visar på en fortsatt stark utveckling: efter att ha minskat från över 12 per miljon invånare 2010 till 6,3 2014 har antalet ansökningar överstigit 10,0 per år sedan 2018, med en topp på 13,6 år 2021. Denna nivå är två till tre gånger högre än EU-genomsnittet, och sökande med säte i Sverige står för cirka 7 % av alla läkemedelspatentansökningar från EU-länder, vilket är en betydande andel med tanke på Sveriges relativt lilla befolkning.

Kliniska prövningar har också varit en viktig styrka, med nästan dubbelt så många prövningar som EU-genomsnittet, cirka 35 nya prövningar per miljon invånare. En minskning med 21 % av prövningsansökningarna per capita 2023 har dock utlöst en proaktiv politisk reaktion för att upprätthålla landets konkurrenskraft. Regeringen har inlett en utredning för att öka antalet prövningar, medan Läkemedelsverket testar innovativa decentraliserade prövningar som omfattar hembesök och fjärrövervakning (Läkemedelsverket, 2024). Detta sker samtidigt som Sveriges forskningslandskap förblir distinkt, med en relativt hög andel offentligt finansierade kliniska prövningar (60 %) och ett starkt fokus på tidig utvecklingsfas.

7 Viktiga slutsatser

- Sverige uppvisar utmärkta hälsoresultat för befolkningen, med en förväntad livslängd vid födseln på 84,1 år 2024, vilket är nästan två och ett halvt år över EU-genomsnittet och det högsta i EU. Hjärt-kärlsjukdomar och cancer är fortfarande de vanligaste dödsorsakerna och står tillsammans för 54 % av alla dödsfall. Även om incidensen och prevalensen för dessa sjukdomar ligger över EU-genomsnittet, återspeglar detta styrkan i hälso- och sjukvårdssystemet, där avancerad diagnostik leder till att fler människor lever längre med behandlade sjukdomar. Sverige är ledande inom EU när det gäller hälsosamt åldrande, och 65-åringar har den högsta förväntade livslängden i god hälsa i EU.
- Beteendemässiga och miljömässiga riskfaktorer orsakade en fjärdedel av dödsfallen i Sverige 2021, vilket är under EU-genomsnittet. Dålig kost är den främsta bidragande faktorn, följt av tobaksbruk. Sverige har EU:s lägsta andel rökare bland vuxna, men användningen av e-cigarettor bland ungdomar ökar. Trots hög fysisk aktivitet bland vuxna bidrar dålig kost och låg fruktkonsumtion bland ungdomar till att andelen vuxna med fetma ligger över EU-genomsnittet.
- Sveriges starkt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem erbjuder allmän täckning som huvudsakligen finansieras av offentliga medel, vilket resulterar i låga patientavgifter. Resurserna är i hög grad inriktade på öppenvård och äldreomsorg, medan slutenvård står för en andel på 22 %, vilket är under EU-genomsnittet. Även om läkar- och sjukskötersketätheten fortfarande ligger långt över EU-genomsnittet, kvarstår betydande regionala skillnader i tillgången till läkare och sjuksköterskor, trots de senaste insatserna för att utöka den fasta personalstyrkan och minska beroendet av tillfälliga vikarier.
- Sverige ligger i täten i EU när det gäller undvikbar dödlighet, med en behandlingsbar dödlighet som ligger 34 % under EU-genomsnittet och en förebyggbar dödlighet som är 35 % lägre, vilket är det bästa resultatet i EU. Den höga vaccinationstäckningen bidrar till denna framgång, bland annat genom att influensavaccinationen överstiger EU-genomsnittet och HPV-vaccinationen ligger på 85 %. Deltagandet i cancerscreening är exceptionellt, med screeningfrekvenser för bröstcancer, livmoderhalscancer och kolorektalcancer som väsentligt överstiger EU-genomsnittet. Den starka effektiviteten i öppenvården visas av att antalet sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar ligger 25 % under EU-genomsnittet.
- Sverige har hög offentlig finansiering av både slutenvård och öppenvård, vilket ger låga finansiella barriärer för att söka vård. Andelen ouppfyllda medicinska behov ligger dock något över EU-genomsnittet, främst på grund av långa väntetider, där cirka 30 % av patienterna väntar längre än den föreskrivna gränsen på 90 dagar för specialistkonsultation. Sverige höjer det årliga taket för patientavgifter för läkemedel för att hantera stigande kostnader, samtidigt utvidgas den offentliga tandvårdsförsäkringen till att omfatta yngre och äldre åldersgrupper.
- Sverige står inför betydande utmaningar när det gäller sjukhuskapaciteten. Landet har EU:s lägsta sjukhusbäddtäthet, och bristen på vårdpersonal undergräver expansionsinsatserna och orsakar köer för operationer, eftersom 45 % av patienterna väntar längre än den garanterade tiden på 90 dagar för planerade ingrepp. Reformen av läkar- och sjuksköterskeutbildningen pågår, men det finns fortfarande flaskhalsar när det gäller kliniska praktikplatser. Å andra sidan är Sverige ledande inom teknikbaserad hälso- och sjukvård med den tredje högsta investeringen i hälso- och sjukvårds-IKT och en stark användning av digitala verktyg. Landet är en europeisk föregångare när det gäller antibiotikaresistens och har den näst lägsta antibiotikakonsumtionen i EU.
- Trots höga totala hälso- och sjukvårdsutgifter ligger Sveriges läkemedelsutgifter per capita 11 % under EU-genomsnittet, vilket återspeglar ett robust ramverk för kostnadsbegränsning som drivs av obligatorisk generisk substitution, utökad användning av konfidentiella rabatter och rigorösa utvärderingar av hälsoteknik. Trots detta rigorösa ramverk erbjuder Sverige snabbare tillgång till nya läkemedel än de flesta EU-länder, med en mediantid till tillgänglighet på 361 dagar. Landets ekosystem för läkemedelsforskning och -utveckling är en viktig styrka, med företagens investeringar i forskning och utveckling per capita mer än dubbelt så höga som EU-genomsnittet.

Viktiga källor

Janlöv N, Merkur S. Sweden: Health System Summary, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Referenser

E-hälsomyndigheten (2024). Detaljhandel med läkemedel 2023 (Retail sale of pharmaceuticals 2023).

AI Sweden (2025). Training packages, Healthcare. Retrieved 05 16, 2025, from <https://www.ai.se/en/project/training-packages-healthcare>

EFPIA (2025). The Pharmaceutical Industry in Figures - 2024.

Ministry of Health and Social Affairs (2023). Swedish Strategy to Combat Antimicrobial Resistance, 2024-2025.

Newton M et al. (2025). EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey. Brussels, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

OECD/European Commission (2025). EU Country Cancer Profile: Sweden 2025, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing

Regeringskansliet (2024). 2025 Budget Bill.

Regeringskansliet (2024). Ny och stärkt vårdgaranti – för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård (New and strengthened healthcare guarantee – for accessible and equal healthcare).

Regeringskansliet (2024). 600 miljoner till life science och hälsa i regeringens forsknings- och innovationsproposition (600 million for life sciences and health in the government's research and innovation bill).

Regeringskansliet (2024). Förslag på statliga engångsinsatser för (Proposals for one-off government measures to reduce waiting times in healthcare).

Regeringskansliet (2024). Government proposes reduced tax on snus and increased tax on cigarettes (Regeringen föreslår sänkt skatt på snus och höjd skatt på cigaretter).

Regeringskansliet (2025). Regeringen satsar 226 miljoner på fler tjänster för allmäntjänstgöring för läkare (The government is investing 226 million in more public service positions for doctors).

Regeringskansliet (2025). Största tandvårdsreformen på över 20 år (Largest dental care reform in over 20 years).

SKR (2025) Agreements between the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR) and the government in the field of health and social care.

Socialstyrelsen (2025). Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028 (Pharmaceutical sales in Sweden – analysis and forecast 2025–2028).

Socialstyrelsen (2024). Plats för vård (Proposal for a national plan to reduce the shortage of hospital beds in health care).

Socialstyrelsen (2025). Antalet vårdplatser i Sverige minskar – Socialstyrelsen: "Mer arbete behövs" (The number of hospital beds in Sweden is decreasing – National Board of Health and Welfare: 'More work is needed').

Socialstyrelsen (2025). Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta värdköerna (Assignment to the National Board of Health and Welfare to allocate, disburse and follow up funds to reduce healthcare waiting lists).

Socialstyrelsen (2025). Uppföljning av omställningen till en god och nära vård: Delredovisning 2025 (Follow-up of the transition to good and accessible healthcare: Interim report 2025).

Swedish eHealth Agency (2025). Raised limits in the high-cost reimbursement scheme on 1st July 2025. E-hälsomyndigheten.

Swedish Medical Products Agency (2024). Analysis of national statistics on clinical trials 2023.

TLV (2023) International price comparison 2023 - an analysis of Swedish pharmaceutical prices in relation to other 19 European countries.

TLV (2025) Återbäringsprognos 2025–2028 (Rebates forecast 2025-2028).

University of Gothenburg (2023) Sjuksköterskeutbildningar behöver tid för att möta VFU-krav (Nursing programmes need time to meet clinical training requirements).

Förkortningar för länder

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

State of Health in the EU

Landsprofil hälsa 2025

Landshälsoprofilerna är en viktig del av Europeiska kommissionens cykel om *hälsotillståndet i EU*, ett kunskapsförmedlingsprojekt som utvecklats med ekonomiskt stöd från Europeiska unionen.

Dessa profiler är resultatet av ett samarbete mellan Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbete med Europeiska kommissionen. Analysen bygger på en konsekvent metodik som använder både kvantitativa och kvalitativa data och täcker de senaste utmaningarna och utvecklingen inom hälso- och sjukvårdspolitiken i varje EU-/EES-land.

2025 års upplaga av *Country Health Profiles* ger en sammanfattning av olika viktiga aspekter, bland annat:

- det aktuella hälsotillståndet i landet
- hälsofaktorer, med särskilt fokus på beteenderelaterade riskfaktorer
- hälso- och sjukvårdssystemets struktur och organisation
- effektivitet, tillgänglighet och motståndskraft hos hälso- och sjukvårdssystemet
- en redogörelse för läkemedelssektorn och läkemedelspolitiken i landet.

De viktiga slutsatserna i landshälsoprofilerna kompletteras av en *sammanfattande rapport*.

För mer information, se: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en

Vänligen citera denna publikation som: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Landsprofil hälsa 2025: Sverige. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.