

# KVALITETSDEKLARATION

## Hälsoräkenskaper

**Ämnesområde**

Nationalräkenskaper

**Statistikområde**

Nationalräkenskaper

**Produktkod**

NR0109

**Referenstid**

2019 år (preliminär)

2018 år (slutlig)

<b>Statistikens kvalitet .....</b>	<b>3</b>
1 Relevans .....	3
1.1 Ändamål och informationsbehov .....	3
1.1.1 Statistikens ändamål.....	3
1.1.2 Statistikanvändares informationsbehov .....	3
1.2 Statistikens innehåll.....	3
1.2.1 Objekt och population .....	3
1.2.2 Variabler .....	4
1.2.3 Statistiska mått .....	4
1.2.4 Redovisningsgrupper .....	4
1.2.5 Referenstider .....	4
2 Tillförlitlighet.....	4
2.1 Tillförlitlighet totalt.....	4
2.2 Osäkerhetskällor .....	4
2.2.1 Urval .....	5
2.2.2 Ramtäckning.....	5
2.2.3 Mätning.....	5
2.2.4 Bortfall.....	5
2.2.5 Bearbetning .....	5
2.2.6 Modellantaganden .....	6
2.3 Preliminär statistik jämförd med slutlig .....	7
3 Aktualitet och punktlighet .....	7
3.1 Framställningstid .....	7
3.2 Frekvens .....	7
3.3 Punktlighet .....	7
4 Tillgänglighet och tydlighet.....	7
4.1 Tillgång till statistiken .....	7
4.2 Möjlighet till ytterligare statistik.....	7
4.3 Presentation .....	7
4.4 Dokumentation .....	8
5 Jämförbarhet och sam användbarhet .....	8
5.1 Jämförbarhet över tid .....	8
5.2 Jämförbarhet mellan grupper .....	8
5.3 Sam användbarhet i övrigt .....	8
5.4 Numerisk överensstämmelse .....	9
<b>Allmänna uppgifter .....</b>	<b>9</b>
A Klassificeringen Sveriges officiella statistik .....	9
B Sekretess och personuppgiftsbehandling .....	9
C Bevarande och gallring .....	9
D Uppgiftsskyldighet.....	9
E EU-reglering och internationell rapportering.....	10
F Historik.....	10
G Kontaktuppgifter.....	10
Bilaga 1.....	11

## Statistikens kvalitet

### 1 Relevans

#### 1.1 Ändamål och informationsbehov

##### 1.1.1 Statistikens ändamål

Hälsoräkenskapernas syfte är att ge en bild av de utgifter för hälso- och sjukvård som kan relateras till all inhemsk slutlig användning av medicinska varor och tjänster. Statistiken syftar också till att ge en bild av sjukvårdsproducenternas investeringar.

För att kunna göra relevanta internationella jämförelser av olika ländernas utgifter för, och finansiering av, hälso- och sjukvård är det en nödvändighet med ett internationellt angreppssätt.

*Eurostat, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och Världshälsoorganisationen (WHO) har gemensamt tagit fram en handbok, A System of Health Accounts 2011, Revised Edition (SHA2011)<sup>1</sup>, för detta syfte.*

Handboken innehåller bl.a. konsistenta klassificeringar som skapar en begreppsmässig bas för statistikframställning och rapportering. Detta möjliggör en förbättrad jämförbarhet av data över tid och mellan länder, oberoende av skillnader i organisation av hälso- och sjukvård.

##### 1.1.2 Statistikanvändares informationsbehov

Internationella användare är Eurostat, OECD och WHO, vilka producerar tabeller och publikationer baserade på flera länders hälsoräkenskaper.

På den nationella nivån är myndigheter och organisationer med intresse av hälso- och sjukvårdens utgifter, samt allmänheten viktiga användare.

Uppgifterna används till analys av hälso- och sjukvården såväl i ett nationellt som internationellt perspektiv.

### 1.2 Statistikens innehåll

Statistikens innehåller uppgifter om svenska invånares utgifter för sjukvård uppdelade på ändamål, finansiär och producent. Statistiken innehåller också uppgifter om investeringar uppdelade på typ av investering och producentgrupp.

#### 1.2.1 Objekt och population

Målpopulationen är samtliga inhemska institutionella enheter där utgifter för hälso- och sjukvård återfinns. Målobjekt är icke-finansiella företag, finansiella företag, offentliga myndigheter, hushållens icke-vinstdrivna organisationer och hushåll.

SCB:s Eurostats tolkning är att målpopulationens stämmer helt med den intressepopulation som handboken, SHA2011, avser. Observationsobjekten är desamma som målobjekten.

<sup>1</sup> [ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0](https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0)

### 1.2.2 Variabler

Målvariabler är svenska invånares utgifter för hälso- och sjukvård inom och utom landet. Även hälso- och sjukvårdens realkapitalinvesteringar är målvariabler.

Målvariablerna överensstämmer väl med de intressevariablerna som identifieras genom handboken, SHA2011, och överlag överensstämmer även målvariablerna med observationsvariablerna.

### 1.2.3 Statistiska mått

De statistiska mått som används är summor. Redovisning sker i löpande priser i miljoner kronor och som andel av BNP.

### 1.2.4 Redovisningsgrupper

Målet med beräkningen är att kunna redovisa hälso- och sjukvårdsutgifterna i fyra olika dimensioner:

*HC - functional classification of health care* - hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på ändamål

*HF - classification of health care financing* - hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på finansiär

*HP - classification of health care providers* - hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på producenter

*HK - classification of capital formation in health care system* - hälso- och sjukvårdens investeringar fördelade på investeringstyp

Redovisningsgrupperna och dess variabler finns presenterade i bilaga 1.

### 1.2.5 Referenstider

Statistiken avser kalenderår.

## 2 Tillförlitlighet

### 2.1 Tillförlitlighet totalt

Beräkningen utgår från observationsregister från olika statistiska undersökningar. Nationalräkenskaperna ligger till grund för beräkningarna.

Något kvantifierbart mått på tillförlitligheten kan inte fastställas då Hälsoräkenskaper liksom nationalräkenskaper bygger på avstämningar av resultat från flera undersökningar och administrativa material.

### 2.2 Osäkerhetskällor

Den källa som bedöms bidra mest till osäkerheten är modellantaganden. Modellanatagande görs dock enbart för en mindre del av hälsoräkenskaperna varför dess påverkan ändå bedöms vara begränsad. Mätfel kan också påverka osäkerheten. Urval, ramtäckning, bortfall och bearbetning bedöms inte bidra nämnvärt till osäkerheten.

### 2.2.1 Urval

Nationalräkenskapernas offentliga konsumtionsberäkningar är huvudkällan till Hälsoräkskaperna. Då dessa beräkningar till övervägande del grundar sig på statistiska totalundersökningar bidrar inte denna källa till osäkerhet.

### 2.2.2 Ramtäckning

Den under- och övertäckning som skulle kunna förekomma är mycket liten och bedöms inte ha någon nämnvärd påverkan på tillförlitligheten.

### 2.2.3 Mätning

Insamling till Hälsoräkskaperna sker på flera sätt. En stor del, konsumtionsutgifter för den offentliga förvaltningen, hämtas från sammanställningen av nationalräkskaperna.

Insamlingen till nationalräkskaperna sker i sin tur även på olika sätt.

Från den statliga förvaltningen samt från sociala trygghetsfonder sker insamling via Ekonomistyrningsverket. Eventuella mätfelen i denna insamling bedöms vara så små att de inte påverkar Hälsoräkskapernas tillförlitlighet.

För uppgifter som avser kommunerna och regioner används räkskapssammandragen som källa. Räkskapssammandragen för kommuner och regioner är omfattande och har en hög detaljeringsnivå, vilket skulle kunna bidra till osäkerhet i Hälsoräkskaperna. Påverkan på tillförlitligheten bedöms dock som liten. För mer information om räkskapssammandragen för kommuner och regioner se denna undersöknings kvalitetsdeklaration tillgänglig via [www.scb.se/oe0107](http://www.scb.se/oe0107).

För uppgifter avseende privata sjukvårdsförsäkringar fås statistik från Svensk försäkring, [www.svenskforsakring.se](http://www.svenskforsakring.se).

Data över närståendepenning och utlandsvård fås från Försäkringskassan, [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se).

### 2.2.4 Bortfall

Samtliga statliga myndigheter, kommuner och regioner är enligt lag skyldiga att lämna in uppgifter till de statistiska undersökningar och register som nationalräkskaperna baseras på och objektsbortfall är mycket sällsynt.

Partiellt bortfall kan dock förekomma, speciellt då enskilda uppgiftslämnare inte kunnat specificera på den detaljnivå som efterfrågats.

Bortfallet bedöms inte påverka tillförlitligheten nämnvärt för de aggregerade nivåer som Hälsoräkskaperna baseras på.

### 2.2.5 Bearbetning

Uppgifter från statliga myndigheter granskas av Ekonomistyrningsverket.

Kommuner och regioner granskar uppgifterna till stor del redan vid ifyllandet, s.k. uppgiftslämnargranskning. SCB granskar sedan det inkomna materialet på både mikro- och makronivå.

Det insamlade materialet till nationalräkskaperna är omfattande och huvuddelen av granskningen sker i de underliggande undersökningarna men viss granskning av statistikvärden sker även inom nationalräkskaperna.

Mer information om osäkerhetskällan bearbetning finns i kvalitetsdeklarationen för de olika källorna, räkenskassammandrag för kommuner och regioner, [www.scb.se/oe0107](http://www.scb.se/oe0107), och nationalräkenskaperna, [www.scb.se/nr0103](http://www.scb.se/nr0103).

Uppgifterna som samlas in måste också bearbetas så att de motsvarar nationalräkenskapernas definitioner.

Uppgifterna som lämnas till Ekonomistyrningsverket är utifrån myndigheternas redovisning. Ekonomistyrningsverket bearbetar sedan uppgifterna för att leverera enligt nationalräkenskapernas krav.

Detsamma gäller räkenskapssammandragen för kommuner och regioner där en del bearbetningar görs av insamlade uppgifter för att få fram uppgifter som motsvarar nationalräkenskapernas krav. Det finns alltså här en viss risk för bearbetningsfel, men det svårt att uppskatta hur stort den kan vara.

Nationalräkenskaperna, som är den huvudsakliga källan, tillämpar avstämningar dvs. justerade sammanvägningar av resultaten från ett stort antal undersökningar och administrativt material. Syftet med detta är dock att minska den osäkerhet som kan finnas i enskilda primärstatistikprodukter. Avstämningen mellan produktions- och användningssidan är det mest markanta exemplet på detta.

Det är svårt att säga hur granskning, bearbetning och avstämningen påverkar tillförlitligheten men tillförlitligheten borde totalt snarare öka än minska av dessa aktiviteter.

#### **2.2.6 Modellantaganden**

Nedan ges en beskrivning av de modellantaganden som görs inom ramen av sammanställningen av Hälsoräkenskaperna.

Från *Svensk försäkring*, som är försäkringsföretagens branschorganisation, fås uppgifter avseende privata sjukvårdsförsäkringar, [www.svenskforsakring.se](http://www.svenskforsakring.se).

För att kunna kategorisera de privata sjukvårdsförsäkringarna i enlighet med handboken, *SHA2011*, delas denna uppgift upp i en administrationsdel och en transfereringsdel. Detta görs med hjälp av en tjänstekvot som beräknas i nationalräkenskaperna.

Uppgifterna avseende företagshälsovård beräknas genom att anta att en fast andel av produktionsvärdet inom branschen företagshälsovård avser de hälso- och sjukvårdsutgifter som i enlighet med handboken, *SHA2011*, skall ingå. Den andel som används är beräknad efter de verksamhetsaktiviteter som företagen i branschen utför.

Uppgifterna avseende hälso- och sjukvård inom Kriminalvården beräknas genom att beräkna en kvot av lön för läkare och sjuksköterskor i förhållande till lön för samtliga anställda. Denna beräknade andel appliceras sedan på konsumtionsutgiften inom ändamålet Kriminalvård (COFOG 0340).

Trots att den osäkerhet som beror på modellantaganden ännu inte kvantifierats så är SCB:s uppfattning att denna osäkerhetskälla kan ha en viss påverkan på tillförlitligheten i Hälsoräkenskaperna.

### **2.3 Preliminär statistik jämförd med slutlig**

Vid publiceringen som gjordes i mars 2021 reviderades statistiken för år 2018 från preliminär till slutlig. Vid denna revidering skrevs totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter för år 2018 upp med 2,1 miljarder kronor (0,4 %).

Hälsoräkenskaperna speglar till stor del nationalräkenskapernas årsberäkningar och påverkas även av de revideringar som görs där. Detta innebär att även slutlig statistik i Hälsoräkenskaperna revideras regelbundet.

Som en konsekvens av att nationalräkenskaperna, i maj 2020, genomgick en mindre översyn har vid publiceringen i mars 2021 även resterande år i tidsserien från år 2001 reviderats.

## **3 Aktualitet och punktlighet**

### **3.1 Framställningstid**

Slutliga årsuppgifter publiceras ca 27 månader efter referensperiodens slut.

Preliminära årsuppgifter publiceras ca 15 månader efter referensperiodens slut.

Planer på att publicera preliminära uppgifter, på en mer aggregerad nivå, ca 3 månader efter referensperiodens slut finns. Detta kan bli aktuellt tidigast vid publicering 2022.

### **3.2 Frekvens**

Statistiken redovisas årligen. Uppgiftsinsamling till Hälsoräkenskaperna och för det underliggande undersökningar och administrativa material som ligger till grund för Hälsoräkenskaperna sker årligen.

### **3.3 Punktlighet**

Publicering sker enligt publiceringsplanen för serien Sveriges officiella statistik.

Leverans till Eurostat sker enligt bestämd leveransplan. Eurostat ombesörjer sedan vidare leverans till OECD och WHO.

## **4 Tillgänglighet och tydlighet**

### **4.1 Tillgång till statistiken**

Publicering sker som en statistiknyhet under ämnesområdet Nationalräkenskaper på SCB:s webbplats, [www.scb.se/nr0109](http://www.scb.se/nr0109), och i form av tabeller i Statistikdatabasen, [www.statistikdatabasen.scb.se](http://www.statistikdatabasen.scb.se).

### **4.2 Möjlighet till ytterligare statistik**

Relativt begränsad möjlighet att ta fram ytterligare uppgifter då de publicerade tabellerna redan är på en detaljerad nivå givet det underlag som finns tillgängligt.

### **4.3 Presentation**

Statistikdatabasen innehåller ett antal tabeller som presenterar utgifterna enligt Hälsoräkenskaperna enligt de tre dimensionerna HC, HF och HP, samt

investeringarna enligt HK. Användarna har också möjlighet att själva skapa tabeller och diagram.

#### 4.4 Dokumentation

Dokumentation finns tillgänglig via SCB:s webbplats, [www.scb.se/nr0109](http://www.scb.se/nr0109).

Hur statistiken tas fram beskrivs i dokumentet *Statistikens framställning*. Statistikens kvalitet beskrivs i detta dokument, *Kvalitetsdeklaration*. Detaljerad information om mikrodata (MetaPlus) finns tillgänglig via länk under *Statistikens detaljerade innehåll*.

Via länk under rubriken *Fördjupad information* finns även följande tillgängligt:

- *A System of Health Accounts 2011, Revised Edition (SHA2011)*
- *Dokumentation av förändringar som gjorts i Hälsoräkenskapsberäkningarna.*

## 5 Jämförbarhet och sam användbarhet

### 5.1 Jämförbarhet över tid

Serierna i Hälsoräkenskaperna enligt *SHA2011* är jämförbara på alla nivåer från och med år 2011 och framåt. Tidsserier beräknas tillbaka till år 2001.

Vad gäller *utgifternas ändamål (HC)* är de jämförbara tillbaka till år 2001 för samtliga ändamål utom för *HC.3, hälso- och sjukvård inom långtidsomvårdnads-tjänster*, och dess undernivåer. Uppgifterna om *hälso- och sjukvårds-finansiärer (HF)* är jämförbara på samtliga nivåer tillbaka till år 2001.

Data över utgifterna fördelade på *hälso- och sjukvårdsproducentgrupper (HP)* är jämförbara tillbaka till 2011.

Vad gäller data över *investeringarna (HK)* är de jämförbara tillbaka till år 2001.

### 5.2 Jämförbarhet mellan grupper

Hälsoräkenskaperna framställs enligt gemensamma riktlinjer från Eurostat, OECD och WHO med syfte att statistiken ska vara jämförbar mellan länder inom EU, OECD samt WHO.

### 5.3 Sam användbarhet i övrigt

Då Hälsoräkenskaperna är en förädling av nationalräkenskaperna så överensstämmer båda dessa beräkningar till stor del. Eftersom endast inhemska enheters användning ingår ska utgifter för svenska invånares hälso- och sjukvård utomlands inkluderas, men däremot inte utgifter för den hälso- och sjukvård som utländska invånare erhåller i Sverige. Definition av slutlig användning i *SHA2011* överensstämmer med *A System of National Accounts (SNA2008)*<sup>2</sup> med två undantag, *SHA2011* inkluderar även:

- Företagshälsovård<sup>3</sup>

<sup>2</sup> I nationalräkenskapstermer är definitionen identisk med hushållens och offentliga sektorns konsumtionsutgifter för hälso- och sjukvård inklusive import och exklusive export av dessa varor och tjänster samt bruttoinvestering inom hälso- och sjukvård.

<sup>3</sup> I SNA 93 klassificeras företagshälsovård som insatsförbrukning



- Kontanta transfereringar<sup>4</sup> till privata hushåll för vård av sjuka i hemmet. Denna vård behandlas som avlönad hushållsproduktion.

Data från Hälsoräkenskaperna används som del i publikationerna *Health at a Glance* och *Country Health Profiles* som båda finns publicerad på OECD:s webbplats, [www.oecd.org](http://www.oecd.org). Dessa båda publikationerna avser att jämföra hälsotillståndet och hälsosystem mellan länder.

#### 5.4 Numerisk överensstämmelse

Den numeriska överensstämmelsen i tabellerna i Hälsoräkenskaperna är god. Om diskrepanser eventuellt förekommer beror dessa på avrundningar.

## Allmänna uppgifter

### A Klassificeringen Sveriges officiella statistik

Kvalitetsdeklarationen för Hälsoräkenskaperna avser officiell statistik.

För statistik som ingår i Sveriges officiella statistik (SOS) gäller särskilda regler för kvalitet och tillgänglighet, se lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken samt SCB:s föreskrifter (SCB-FS 2016:17) om kvalitet för den officiella statistiken.

### B Sekretess och personuppgiftsbehandling

I myndigheternas särskilda verksamhet för framställning av statistik gäller från och med 30 juni 2009 sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Före dess gällde sekretess enligt 9 kap. 4§ sekretesslagen (1980:100).

Statistiken omfattar endast aggregerade data för vilka inga särskilda sekretessregler gäller. Vid automatiserad behandling av personuppgifter gäller reglerna i EU:s dataskyddsförordning (2016/679). Inga personuppgifter finns i statistikregistret. Sekretessen gäller i 20 år.

### C Bevarande och gallring

Särskilda gallringsföreskrifter finns inte. Resultaten långtidslagras.

### D Uppgiftsskyldighet

Produkten baseras på statistik från flera olika statistiska undersökningar, varav huvudkällan är nationalräkenskaperna. Nationalräkenskaperna grundas på uppgifter från andra statistikproducenter, huvudsakligen SCB men också administrativt material och andra uppgifter. Information om uppgiftsskyldighet framgår av respektive enskild undersökning.

För underlag till officiell statistik föreligger i regel uppgiftsskyldighet och detta regleras i lagen om den officiella statistiken (2001:99), förordningen om den officiella statistiken (2001:100) samt ändringsförfattningen (2013:945) där uppgiftslämnande för offentliga enheter tydliggjorts ytterligare.

Ingen uppgiftsskyldighet föreligger specifikt för Hälsoräkenskaperna.

<sup>4</sup> I SNA 93 klassificeras detta som en kontant social förmån.

## **E EU-reglering och internationell rapportering**

Hälsoräkenskaperna regleras i enlighet med Kommissionens [förordning \(EU\) 2015/359](#).

Enligt förordningen ska uppgifter och referensmetadata lämnas till Eurostat för referensår N senast den 30 april år N + 2. Eurostat ombesörjer att OECD och WHO får tillgång till data.

Nationalräkenskaperna som helhet regleras av Europaparlamentets och rådets [förordning \(EU\) 549/2013](#) om det europeiska national- och regionalräkenskapssystemet i Europeiska unionen (ENS 2010).

## **F Historik**

Sverige publicerade Hälsoräkenskaper för första gången år 2008, då under benämningen satelliträkenskaper för hälso- och sjukvård. Vid den första publiceringen redovisades statistik för perioden 2001-2006.

## **G Kontaktuppgifter**

<b>Statistikansvarig myndighet</b>	Statistiska centralbyrån
<b>Kontaktinformation</b>	Fredrik Nilsson
<b>E-post</b>	Fredrik.nilsson@scb.se
<b>Telefon</b>	010 - 479 65 07

## Bilaga 1

<b>Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på ändamål (HC)</b>	
<b>HC.1-HC.2</b>	<b>Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster</b>
HC.1.1+HC.2.1	Botande och rehabiliterande slutenvård
HC.1.2+HC.2.2	Botande och rehabiliterande dagsjukvård
HC.1.3+HC.2.3	Botande och rehabiliterande öppenvård
HC.1.3.1	Allmän botande öppenvård
HC.1.3.2	Tandvård
HC.1.3.3	Övrig specialiserad öppenvård
HC.1.3.9	Övrig botande öppenvård
HC.1.4+HC.2.4	Botande och rehabiliterande hemsjukvård
<b>HC.3</b>	<b>Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning</b>
HC.3.1	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning inom särskilda boendeformer
HC.3.2	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning inom dagverksamhet och korttidsvård
HC.3.3	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning inom ordinärt boende (hemsjukvård)
HC.3.4	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning inom ordinärt boende (omvårdnadstjänster)
<b>HC.4</b>	<b>Tilläggstjänster inom sjukvård</b>
<b>HC.5</b>	<b>Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter</b>
HC.5.1	Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar
HC.5.1.1	Receptförskrivna mediciner
HC.5.1.2	Receptfria mediciner
HC.5.1.3	Övriga medicinska dagligvaror
HC.5.2	Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor
<b>HC.6</b>	<b>Förebyggande vård</b>
HC.6.1	Informations-, utbildnings- och rådgivningsprogram
HC.6.2	Immuniseringsprogram
HC.6.3	Prevention mot smittsamma sjukdomar

HC.6.4	Allmänna hälsokontroller
HC.6.5	Epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete
HC.6.9	Övriga folkhälsoaktiviteter
<b>HC.7</b>	<b>Administration av hälso- och sjukvård och sjukvårdsförsäkringar</b>
HC.7.1	Offentliga myndigheters administration av hälso- och sjukvård
HC.7.2	Administration av sjukvårdsförsäkringar
<b>HC.0</b>	<b>Andra hälso- och sjukvårdsändamål</b>
	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, servicetjänster (IADL-tjänster)
<b>HC.R.1</b>	

<b>Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på finansiär (HF)</b>	
<b>HF.1</b>	<b>Offentlig sektor</b>
HF.1.1.1	Staten
HF.1.1.2	Kommunala sektorer
HF.1.1.2.1	Primärkommuner
HF.1.1.2.2	Regioner
HF.1.1.2.3	Regionägda bolag
<b>HF.2</b>	<b>Företag och hushåll inkl. HIO</b>
HF.2.1	Frivilliga sjukvårdsförsäkringar
HF.2.2	Hushållens ideella organisationer
HF.2.3	Företag
<b>HF.3</b>	<b>Hushållens utgifter ur egen ficka</b>

<b>Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på producenter (HP)</b>	
<b>HP.1</b>	<b>Sjukhus</b>
<b>HP.2</b>	<b>Omvårdnad och särskilda boendeformer</b>
<b>HP.3</b>	<b>Öppenvårdsproducenter</b>
<b>HP.4</b>	<b>Producenter av tilläggstjänster</b>
<b>HP.5</b>	<b>Detaljhandelsförsäljning och tillhandahållare av medicinska varor</b>
<b>HP.6</b>	<b>Producenter av förebyggande vård</b>
<b>HP.7</b>	<b>Producenter av hälso- och sjukvårdsadministration</b>
<b>HP.8</b>	<b>Producenter i övriga branscher</b>
<b>HP.9</b>	<b>Producenter i utlandet</b>

<b>HP.0</b>	<b>Okända hälso- och sjukvårdsproducenter</b>
-------------	---

<b>Hälso- och sjukvårdens investeringar fördelade på investeringstyp (HK)</b>	
---	--

<b>HK.1.1.1</b>	<b>Byggnader och anläggningar</b>
<b>HK.1.1.2</b>	<b>Maskiner och inventarier</b>
<b>HK.1.1.3</b>	<b>Immateriella tillgångar</b>