

KVALITETSDEKLARATION

Hälsoräkenskaper

Ämnesområde

Nationalräkenskaper

Statistikområde

Nationalräkenskaper

Produktkod

NR0109

Referenstid

2001-2016

Statistikens kvalitet	3
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	5
1.2.5 Referenstider	5
2 Tillförlitlighet	5
2.1 Tillförlitlighet totalt	5
2.2 Osäkerhetskällor	5
2.2.1 Urval	5
2.2.2 Ramtäckning	5
2.2.3 Mätning	5
2.2.4 Bortfall	6
2.2.5 Bearbetning	6
2.2.6 Modellantaganden	7
2.3 Preliminär statistik jämförd med slutlig	7
3 Aktualitet och punktlighet	7
3.1 Framställningstid	7
3.2 Frekvens	8
3.3 Punktlighet	8
4 Tillgänglighet och tydlighet	8
4.1 Tillgång till statistiken	8
4.2 Möjlighet till ytterligare statistik	8
4.3 Presentation	8
4.4 Dokumentation	8
5 Jämförbarhet och sam användbarhet	8
5.1 Jämförbarhet över tid	8
5.2 Jämförbarhet mellan grupper	9
5.3 Sam användbarhet i övrigt	9
5.4 Numerisk överensstämmelse	9
Allmänna uppgifter	10
A Klassificeringen Sveriges officiella statistik	10
B Sekretess och personuppgiftsbehandling	10
C Bevarande och gallring	10
D Uppgiftsskyldighet	10
E EU-reglering och internationell rapportering	10
F Historik	10
G Kontaktuppgifter	11
Bilaga 1	12

Statistikens kvalitet

1 Relevans

1.1 Ändamål och informationsbehov

1.1.1 Statistikens ändamål

Statistiken syftar till att möjliggöra en förbättrad jämförbarhet av data över tiden och mellan länderna vad gäller utgifter för och finansiering av hälso- och sjukvård.

För att kunna göra relevanta jämförelser av ländernas utgifter för och finansiering av hälso- och sjukvård är det en nödvändighet med ett gemensamt angreppssätt. Kommissionen (Eurostat), Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och Världshälsoorganisationen (WHO) har gemensamt tagit fram en handbok för detta syfte, *A System of Health Accounts 2011, Revised Edition (SHA2011)*.

Statistiken grundas på beräkningar som mäter totala utgifter för hälso- och sjukvård i Sverige. Beräkningarna benämns Hälsoräkenskaper och utgår från nämnda handbok. Handboken består av konsistenta klassificeringar och skapar en begreppsmässig bas för statistikframställning och rapportering av hälso- och sjukvård. Detta möjliggör en förbättrad jämförbarhet av data över tiden och mellan länder, oberoende av skillnader i ländernas hälso- och sjukvårdsorganisation.

1.1.2 Statistikanvändares informationsbehov

Internationella användare är Eurostat, OECD och WHO som producerar egna tabeller samt publikationer på detta område. Nationella användare är allmänhet, myndigheter och organisationer med intresse av hälso- och sjukvårdens utgifter. Uppgifterna används till analys av hälso- och sjukvården såväl i ett nationellt som internationellt perspektiv.

1.2 Statistikens innehåll

1.2.1 Objekt och population

Målpopulationen är samtliga inhemska institutionella enheter där utgifter för hälso- och sjukvård återfinns. Institutionella enheter kan vara icke-finansiella företag, finansiella företag, offentliga myndigheter, hushållens icke-vinstdrivna organisationer (HIO) och hushåll. Intressepopulationen stämmer väl överens med målpopulationen. Målobjekten följer samma indelning som målpopulationen fast är då på den enskilda enheten.

Beräkningen utgår från observationsregister från olika undersökningar. Nationalräkenskapsdata ligger till grund för beräkningarna som i sin tur hämtar in data från olika sektorer. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna återfinns framförallt inom fyra sektorer; offentlig förvaltning, hushåll, HIO samt näringsliv. Offentlig förvaltning utgörs av stat, kommun och landsting. Staten avser summan av alla myndigheter i Sverige. Kommuner innehåller

Sveriges 290 kommuner samt kommunalförbund. Landsting innehåller Sveriges 20 landsting.

Totala utgifter för hälso- och sjukvård mäter inhemska enheters slutgiltiga användning av medicinska varor och tjänster samt sjukvårdsproducenternas investeringar. 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 SHA överensstämmer med A System of National Accounts (SNA2008) (1) med två undantag, SHA inkluderar även:

- Företagshälsovård (2)
- Kontanta transfereringar (3) till privata hushåll för vård av sjuka i hemmet. Denna vård behandlas som avlönad hushållsproduktion.

1) 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.

2) I SNA 93 klassificeras företagshälsovård som insatsförbrukning

3) I SNA 93 klassificeras detta som en kontant social förmån.

1.2.2 Variabler

Målet med beräkningen är att kunna redovisa hälso- och sjukvårdsutgifterna totalt samt på de fyra olika dimensionerna HC, HF, HP och HK. HC står för hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på ändamål, engelsk benämning: functional classification of health care. HF står för hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på finansiär, engelsk benämning: classification of health care financing. HP står för hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på producenter, engelsk benämning: classification of health care providers. HK står för hälso- och sjukvårdens investeringar fördelade på investeringstyp, engelsk benämning: classification of capital formation in health care system.

Varje dimension finns fördelad på en mängd variabler, se bilaga 1.

För att nå målet utgår Hälsoräkenskaperna ifrån att hälso- och sjukvårdsutgifterna finns hos de enheter som ingår i offentlig sektor, det vill säga stat, kommun och landsting. Dessutom finns utgifterna inom hushållssektorn, hushållens ideella organisationer (HIO) samt inom näringslivet. För merparten av dessa källor används konsumtionsutgifter som mått. Undantaget är näringslivet där produktionsvärde används.

Intressevariablerna överensstämmer väl med målvariablerna och överlag överensstämmer även observationsvariablerna med målvariablerna.

1.2.3 Statistiska mått

De statistiska mått som används är summor och totaler i miljoner kronor. Utgifterna för hälso- och sjukvården sätts även i relation till BNP och visar då dess andel av BNP. Redovisning till Eurostat, OECD och WHO samt publicerade uppgifter sker i löpande priser i miljoner kronor.

1.2.4 Redovisningsgrupper

Hälsoräkenskaperna redovisas enligt de variabler som utgör beräkningen det vill säga utgifternas ändamål (HC), finansiär (HF), producent (HP) samt investeringar (HK). Redovisningsgrupperna presenteras i bilaga 1.

1.2.5 Referenstider

Statistiken avser helårsuppgifter vilket också är fallet med de undersökningar och administrativa material som ligger till grund för Hälsoräkenskaperna.

2 Tillförlitlighet

2.1 Tillförlitlighet totalt

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

2.2 Osäkerhetskällor

Hälsoräkenskaperna bygger till största del på nationalräkenskapernas konsumtionsberäkningar för offentlig sektor, i synnerhet landstingens. Huvudkällan till landstingens konsumtionsberäkning i nationalräkenskaperna är landstingens räkenskapsammandrag (RS).

Av de osäkerhetskällor som finns är modellantagande den osäkerhetskälla som bedöms som mest osäker. Modellanatagande görs dock för en mindre del av beräkningen varför dess påverkan på Hälsoräkenskaperna i stort bedöms som mindre. Mätfel som kan förekomma i nationalräkenskaperna kan påverka osäkerheten i Hälsoräkenskaperna. Urval, ramtäckning, bortfall och bearbetning är samtliga osäkerhetskällor som inte bedöms bidra stort till osäkerheten i statistiken.

2.2.1 Urval

De offentliga konsumtionsberäkningarna är huvudkällan till Hälsoräkenskaperna. Då de till stor del grundar sig på totalundersökningar bidrar inte denna källa till osäkerhet.

2.2.2 Ramtäckning

Målet med beräkningen är att kunna redovisa de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för Sverige. Detta görs genom att sammanställa konsumtionen av hälso- och sjukvård från offentlig sektor, hushållssektorn, hushållens icke vinstdrivande organisationer (HIO). För näringslivets mäts det istället från produktionssidan. Den under- och övertäckning som kan förekomma anses liten och påverkar därför ej tillförlitligheten.

2.2.3 Mätning

Data till beräkningen hämtas till största del från nationalräkenskaperna. Då hälso- och sjukvårdsutgifter till största del finns inom landstingen är det framförallt konsumtionsberäkningarna för landstingen som används.

Insamling till Hälsoräkenskaperna sker på flera sätt. En stor del hämtas från sammanställningen av nationalräkenskaperna. Insamlingen till nationalräkenskaperna i sin tur sker även det på olika sätt. De data som främst

används från nationalräkenskaperna avser konsumtionsutgifter för den offentliga förvaltningen. För den statliga förvaltningen samt sociala trygghetsfonder sker insamling från Ekonomistyrningsverket där den huvudsakliga överföringen sker elektroniskt. För kommuner och landsting används räkenskapssammandragen som samlas in elektroniskt via en Excel-fil som respektive kommun och landsting fyller i. Räkenskapssammandragen är omfattande och komplexa att fylla i vilket kan ge risk för mätfel. Även att räkenskapssammandragen har en hög detaljeringsnivå kan påverka att schabloner används vilket i sin tur kan påverka fördelningar mellan områdena.

Uppgifterna som hämtas från nationalräkenskaperna är bearbetade till NR-definitioner. Uppgifterna som lämnas till Ekonomistyrningsverket är utifrån myndigheternas redovisning som Ekonomistyrningsverket sedan bearbetar för att leverera enligt nationalräkenskapernas krav. Utifrån räkenskapssammandragen för kommuner och landsting görs en del anpassningar för att ta fram uppgifter enligt nationalräkenskapernas krav. Eftersom en del bearbetning görs av insamlat material till nationalräkenskaperna kan visst mätfel förekomma, vilket är svårt att uppskatta hur stort det kan vara.

Hälsoräkenskaperna är en satelliträkenskap inom nationalräkenskaperna och ytterligare mätfel avseende data som används från nationalräkenskaperna utöver de som finns inom nationalräkenskaperna är av mindre betydelse.

2.2.4 Bortfall

Data till beräkningen hämtas till största del från nationalräkenskaperna. Samtliga statliga myndigheter, kommuner och landsting lämnar in uppgifter till nationalräkenskaperna. Partiellt bortfall kan dock förekomma i samtliga fall där uppgiftslämnaren inte kunnat dela upp informationen som efterfrågats. Denna typ av bortfall är ovanliga och inga strategier för att minska dessa bedöms som nödvändiga. Svartsbortfall förekommer inom andra undersökningar inom nationalräkenskaperna som bygger på avstämningar av resultaten från ett stort antal undersökningar och administrativa material. Det bedöms dock inte påverka data som används till Hälsoräkenskaperna. Även bortfallet i de övriga källorna bedöms som små och av mindre betydelse. Bortfall är inte en osäkerhetskälla som påverkar tillförlitligheten i Hälsoräkenskaperna.

2.2.5 Bearbetning

Nationalräkenskaperna, som är den huvudsakliga källan, bygger på avstämningar av resultaten från ett stort antal undersökningar och administrativa material och det är svårt att fastställa hur bearbetning av data kan påverka tillförlitligheten totalt. Precis som inom nationalräkenskaperna bedöms den vara förhållandevis liten. Den bearbetning som sker vid sammanställningen av nationalräkenskaperna bidrar också till att minska den osäkerhet som härrör från primärstatistiken, genom att olika källor i många fall kan ställas mot varandra samt genom den avstämning som görs mellan produktions- och användningssida. Uppgifter från statliga myndigheter granskas av Ekonomistyrningsverket. Kommuner och landsting granskar uppgifterna till stor del redan vid ifyllandet av uppgifterna då

kontroller och stora förändringar faller ut för kontroll. SCB granskar sedan det inomna materialet på både mikro- och makronivå (rikstotal). Dock är det inomna materialet till nationalräkenskaperna omfattande och det är inte möjligt att granska all data noggrant. Mer information kring osäkerhetskällan bearbetning finns att läsa i kvalitetsdeklarationen för de lika källorna t.ex. Räknenskassammandrag för landsting och nationalräkenskaperna.

2.2.6 Modellantaganden

I vilken omfattning modellantagande påverkar nationalräkenskaperna tillförlitlighet beskrivs inte i denna kvalitetsdeklaration. Här ges en beskrivning av de modellantaganden som görs inom ramen av sammanställningen av Hälsoräkenskaperna.

Uppgifter avseende privata sjukvårdsförsäkringar fås från Svensk försäkring, för att kunna kategorisera dem enligt handboken delas denna uppgift på en administrationsdel och en transfereringsdel. Detta görs med hjälp av en tjänstekvot enligt nationalräkenskaperna.

Uppgifterna avseende företagshälsovård beräknas genom att anta att en viss andel av produktionsvärdet inom branschen företagshälsovård avser företagshälsovård i enlighet med handboken. Exempel på verksamhetsaktiviteter inom branschen som ska ingå enligt handbokens definition är hälsokontroller, rehabiliteringsverksamhet och första hjälpen-utbildning.

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

2.3 Preliminär statistik jämförd med slutlig

Definitiva årsuppgifter publiceras ca 27 månader efter referensperioden. Preliminära årsuppgifter publiceras ca 15 månader efter referensperioden. Den publicering som gjordes i mars 2018 innehöll definitiva årsuppgifter för år 2001-2015 samt preliminära årsuppgifter för år 2016. Uppgifterna avseende totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter för år 2015 som till denna publicering blev definitiva reviderades upp med 1,9 miljarder kronor (0,4 %) jämfört med den preliminära versionen året innan.

3 Aktualitet och punktlighet

3.1 Framställningstid

Definitiva årsuppgifter publiceras ca 27 månader efter referensperioden. Preliminära årsuppgifter publiceras ca 15 månader efter referensperioden. Den publicering som gjordes i mars 2018 innehöll definitiva årsuppgifter för år 2001-2015 samt preliminära årsuppgifter för år 2016. En ansats till att publicera preliminära uppgifter ca 3 månader efter referensperioden finns, då på en mer aggregerad nivå. Detta blir tidigast aktuellt i och med publiceringen 2019.

3.2 Frekvens

Statistiken över Hälsoräkenskaperna avser årsstatistik. Statistiken redovisas årligen från och med år 2008. Som beskrivits i punkt 2.3 betraktas senaste publicerade året som preliminärt och revideras året efter och betraktas då som definitivt. Uppgiftsinsamling till Hälsoräkenskaperna sker årligen.

3.3 Punktlighet

Publicering sker enligt publiceringsplan för serien Sveriges officiella statistik. Leverans till Eurostat sker enligt leveransplan. Eurostat ombesörjer sedan vidare leverans till OECD och WHO.

4 Tillgänglighet och tydlighet

4.1 Tillgång till statistiken

Publicering sker under ämnesområdet nationalräkenskaper på SCB:s webbplats www.scb.se/nr0109 årsvis.

4.2 Möjlighet till ytterligare statistik

Relativt begränsad möjlighet att ta fram mer uppgifter eftersom de publicerade tabellerna är på en detaljerad nivå givet det underlag som finns till grund.

4.3 Presentation

SCB:s webbplats (www.scb.se/nr0109) innehåller ett antal tabeller som presenterar utgifterna enligt Hälsoräkenskaperna enligt de tre dimensionerna HC, HF, HP samt investeringarna enligt HK.

4.4 Dokumentation

Hälsoräkenskaperna är dokumenterade enligt SCB:s dokumentationssystem. Hur statistiken tas fram beskrivs i dokumentet Statistikens framställning. Statistikens kvalitet beskrivs i innevarande dokument, Kvalitetsdeklaration. Detaljerad information om mikrodata finns beskrivet i Dokumentation av mikrodata (MetaPlus). Samtliga dokumentationer finns på SCB:s webbplats, www.scb.se/nr0109.

På SCB:s webbplats finns även följande dokument tillgängliga:

- Handboken, A System of Health Accounts 2011, Revised Edition på engelska
- Dokumentation av förändrade Hälsoräkenskapsberäkningar

5 Jämförbarhet och sammanvändbarhet

5.1 Jämförbarhet över tid

Serierna i Hälsoräkenskaperna enligt SHA2011 är fullt ut på alla nivåer jämförbara från och med år 2011. Tidsserier har beräknats tillbaka till år 2001. Vad gäller utgifternas ändamål (HC) är de jämförbara tillbaka till år 2001 för

samtliga HC utom 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 från år 2011. Vad gäller data över investeringarna (HK) finns de tillgängliga från och med år 2001.

5.2 Jämförbarhet mellan grupper

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

5.3 Samanvändbarhet i övrigt

Då Hälsoräkenskaperna är en förädling av nationalräkenskaperna så överensstämmer båda dessa beräkningar till stor del.

5.4 Numerisk överensstämmelse

Den numeriska överensstämmelsen i tabellerna i Hälsoräkenskaperna är god. Om eventuella skillnader förkommer beror de 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 personuppgiftslagen (1998:204). 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 nationalräkenskaper. 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 (SFS 2001:99), förordningen om den officiella statistiken (2001:100) samt ändringsförfattningen 2013:945 där uppgiftslämnande för offentliga enheter tydliggjorts ytterligare. Dock föreligger ingen uppgiftsskyldighet specifikt för Hälsoräkenskaperna.

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 Europeiska Rådets förordning (EG 549/2013) om Europeiska national- och regionalräkenskapssystemet i gemenskapen (ENS2010).

F Historik

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

Vid publiceringen den 28 mars 2018 publicerades tidserien 2001-2016. Uppgifterna avseende år 2016 är preliminära medan de tidigare åren är definitiva.

G Kontaktuppgifter

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

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på ändamål (HC)

HC.1-HC.2	Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster
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
HC.3	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning
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)
HC.4	Tilläggstjänster inom sjukvård
HC.5	Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter
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
HC.6	Förebyggande vård
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
HC.7	Administration av hälso- och sjukvård och sjukvårdsförsäkringar
HC.7.1	Offentliga myndigheters administration av hälso- och sjukvård
HC.7.2	Administration av sjukvårdsförsäkringar
HC.0	Andra hälso- och sjukvårdsändamål
	Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, servicetjänster (IADL-tjänster)
HC.R.1	

Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på finansiär (HF)

HF.1	Offentlig sektor
HF.1.1.1	Staten
HF.1.1.2	Kommunala sektorer
HF.1.1.2.1	Primärkommuner
HF.1.1.2.2	Landsting
HF.1.1.2.3	Landstingsägda bolag
HF.2	Företag och hushåll inkl. HIO
HF.2.1	Frivilliga sjukvårdsförsäkringar
HF.2.2	Hushållens ideella organisationer
HF.2.3	Företag
HF.3	Hushållens utgifter ur egen ficka

Hälso- och sjukvårdsutgifter fördelade på producenter (HP)

HP.1	Sjukhus
HP.2	Omvårdnad och särskilda boendeformer
HP.3	Öppenvårdsproducenter
HP.4	Producenter av tilläggstjänster
HP.5	Detaljhandelsförsäljning och tillhandahållare av medicinska varor
HP.6	Producenter av förebyggande vård
HP.7	Producenter av hälso- och sjukvårdsadministration
HP.8	Producenter i övriga branscher
HP.9	Producenter i utlandet

HP.0	Okända hälso- och sjukvårdsproducenter
-------------	---

Hälso- och sjukvårdens investeringar fördelade på investeringstyp (HK)	
---	--

HK.1.1.1	Byggnader och anläggningar
-----------------	-----------------------------------

HK.1.1.2	Maskiner och inventarier
-----------------	---------------------------------

HK.1.1.3	Immateriella tillgångar
-----------------	--------------------------------