

Samhällskostnaderna för hudcancer i Sverige

Emelie Andersson, Chiara Malmberg, Katarina Steen Carlsson





Författare:

Emelie Andersson, IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund
Chiara Malmberg, IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund
Katarina Steen Carlsson, IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund

Citera rapporten som:

Andersson E, Malmberg C, Steen Carlsson K. Samhällskostnaderna för hudcancer i Sverige. IHE RAPPORT 2025:5, IHE: Lund

RCC i samverkan var uppdragsgivare till denna rapport och det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

IHE RAPPORT 2025:5
e-ISSN: 1651-8179
ISSN: 1651-7598

© IHE- Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida



Förord

Hudcancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och allt fler drabbas av sjukdomen. Strålsäkerhetsmyndigheten har tidigare beräknat samhällskostnaderna för hudcancer i Sverige till 1,6 miljarder kronor år 2011. Det senaste årtiondets ökning i incidens och behandlingsutveckling inom hudcancer innebär att samhällskostnaderna troligen är högre idag. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har fått i uppdrag av Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm Gotland att genomföra en uppdaterad beräkning av de samhällsekonomiska kostnaderna för hudcancer i Sverige. Analysen inkluderar kostnader för hudcancer samt för premaligna solskador.

Vi riktar ett stort tack till projektgruppen vid den nationella arbetsgruppen för cancerprevention som har bistått med synpunkter och underlagsmaterial. Vi vill också tacka läkarna Cristina Hendre och Ana Carneiro för klinisk expertis. Vi vill även tackar Kenneth Villman och Registret för cancerläkemedel, i synnerhet Region Skåne, för uttag av data från läkemedelsregistret. RCC i samverkan var uppdragsgivare till denna rapport. Det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

Lund, maj 2025

Peter Lindgren
Verkställande direktör, IHE

Innehållsförteckning

Förord	3
Innehållsförteckning	4
Sammanfattning	5
Summary	7
1. Introduktion	9
2. Metod	10
Beskrivning av sjukdomskostnadskalkyl	10
Inkluderade diagnoser	10
Datakällor	11
Primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård	11
Kommunal palliativ vård	11
Läkemedel	12
Produktionsbortfall	12
3. Resultat	14
Totala kostnader	14
Kostnader uppdelat på kostnadsposter	14
Kostnader uppdelat på diagnos	15
Kostnadsutveckling	18
4. Avslutande kommentarer	20
Referenser	21
Appendix	23

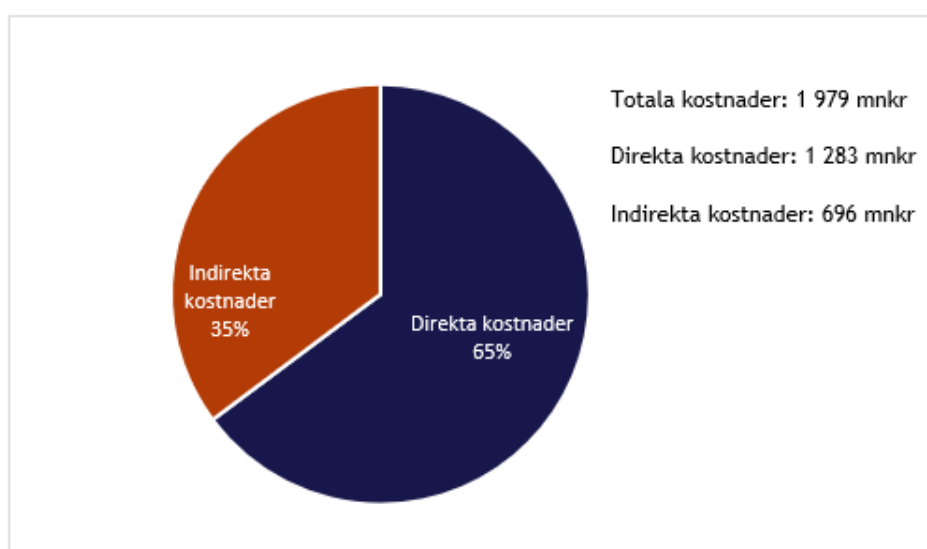
Sammanfattning

Hudcancer är den cancerform med störst prevalens i Sverige och år 2022 hade Sverige den femte högsta ålderstandardiserade incidensen av hudcancer i världen. Strålsäkerhetsmyndigheten har tidigare publicerat en rapport där de totala samhällskostnaderna för hudcancer i Sverige beräknades till 1,6 miljarder kronor år 2011. Sedan dess har flera förändringar skett med både en ökad incidens och införande av nya behandlingar vilket på olika sätt kan påverka kostnaderna. Syftet med denna studie är att genomföra en uppdaterad beräkning av de samhällsekonomiska kostnaderna för hudcancer i Sverige. Diagnoserna melanom, skivepitelcancer och basalcellscancer ingår i analysen. Även premaligna solskador som aktinisk keratos, skivepitelcancer och melanom in situ samt melanocytnevus inkluderas.

En sjukdomskostnadskalkyl användes för att beskriva storleken på resursåtgång och kostnader för hudcancer. Sjukdomskostnadskalkylen baserades på en prevalensansats vilket betyder att kostnaderna beräknades för personer med hudcancer under en viss period, i detta fall år 2023. Populationen består av individer i olika faser av sjukdomen, vilket inkluderar både nyinsjuknade personer såväl som personer som haft sjukdomen under en längre tid. För att inhämta information om resursutnyttjande och tillhörande kostnader har registerbaserade källor och publicerade rapporter använts.

Kostnaderna i sjukdomskostnadskalkylen kan delas upp i direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader är resurser kopplat till sjukdomen som förbrukas inom hälso- och sjukvård såväl som omsorg i regioner och kommuner. Häri ingår primärvård, specialiserad öppenvård, slutenvård, läkemedelsbehandling och kommunal vård och omsorg. Indirekta kostnader uppstår för samhället i form av minskad arbetsproduktion. Produktionsbortfallet uppstår när en person i arbetsför ålder delvis eller helt lämnar arbetsmarknaden på grund av nedsatt arbetsförmåga eller förtida död till följd av sjukdom.

De totala samhällskostnaderna för hudcancer beräknades till 2 miljarder kronor år 2023. Merparten av kostnaderna (65 procent) kunde hänföras till direkta kostnader, som beräknades till 1,3 miljarder kronor. Resterande kostnader (35 procent) utgjordes av indirekta kostnader kopplade till produktionsbortfall och beräknades till 696 miljoner kronor.



Figur 1 Kostnaderna för hudcancer år 2023

Den största enskilda kostnadsposten var kostnader för produktionsbortfall relaterat till dödsfall som beräknades till 609 miljoner kronor och därmed 31% av de totala kostnaderna, följt av kostnader för specialiserad öppenvård (554 miljoner kronor, 28%) och primärvårdskostnader (291 miljoner kronor, 15%). Kostnaderna för förskrivningsläkemedel skattades till 276 miljoner kronor (14%), slutenvårdskostnaderna till 148 miljoner kronor (7%) och kostnaderna för kortvarigt produktionsbortfall till 82 miljoner kronor (4%). De två minsta kostnadsposterna var kostnader för kommunal palliativ vård och långvarigt produktionsbortfall, som beräknades till 14 respektive 11 miljoner kronor (0,7% och 0,2%).

Malignt melanom (C43) var den enskilt största kostnadsposten bland de inkluderade diagnoserna och beräknades till 1,2 miljarder kronor eller 72% av de diagnosrelaterade kostnaderna. Nära hälften av kostnaderna för melanom utgjordes av produktionsbortfall relaterat till förtida död. Den diagnoskod som stod för näst högst kostnader var C44 (Andra maligna tumörer i huden) som beräknades till 243 miljoner kronor (14%). Kostnaderna för D22 (Melanocytnevus) och L57.0 (Aktinisk keratos) beräknades till 140 respektive 92 miljoner kronor (6 respektive 5%). Även om kostnaderna för Melanocytnevus enbart utgjorde omkring sex procent av de totala diagnosrelaterade kostnaderna så genererade den diagnosen högst primärvårdskostnader, som skattades till 106 miljoner kronor. Diagnoserna D04 (cancer in situ i huden) och D03 (Melanom in situ) utgjorde en mindre andel av kostnaderna och beräknades till fem respektive två miljoner kronor år 2023.

Kostnaderna för hudcancer år 2023, som i denna rapport beräknades till 2 miljarder kronor, kan jämföras mot kostnaden för hudcancer år 2011 som beräknades av Strålsäkerhetsmyndigheten till 1,6 miljarder kronor (lite drygt 2 miljarder kronor prisjusterat till år 2023). Detta indikerar att de totala kostnaderna ligger på ungefär samma nivå trots att antalet hudcancerfall per 100 000 har ökat med omkring 80 procent under samma period. Ökningen i hudcancerfall inkluderar inte basalcells cancer.

Det betyder att kostnaden per fall inte har ökat i samma takt som ökningen i antalet diagnosticerade personer. En bidragande faktor till detta är att fler personer diagnosticeras i tidigare stadier där behandlingskostnader är mindre kostsamma. En annan förklaring är att det är färre som avlider i yngre åldrar bland annat tack vare effektiva behandlingar, vilket minskat produktionsbortfallet på grund av dödsfall i arbetsför ålder.

Sammanfattningsvis visar beräkningar i denna rapport på betydande samhällskostnader för hudcancer. Tillsammans med en stigande sjukdomsburda över lag med en växande och åldrande befolkning, blir breda insatser inklusive prevention från olika samhällsaktörer för att minska antalet personer som insjuknar i hudcancer samt åtgärder för att tidigt upptäcka och behandla hudcancer allt viktigare.

Summary

Skin cancer is the cancer type with the highest prevalence in Sweden and in 2022, Sweden had the fifth highest age-standardised incidence of skin cancer in the world. The Swedish Radiation Safety Authority has previously published a report where the total societal costs for skin cancer in Sweden in 2011 were estimated to be 1.6 billion Swedish crowns. Since then, there have been changes with both an increased incidence and introduction of new treatments which can influence costs related to skin cancer in different ways. The aim of this study was to conduct an updated calculation of the societal costs of skin cancer in Sweden. The analysis included the diagnoses melanoma, squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma. Even precancerous sun damage such as actinic keratosis, squamous cell carcinoma and melanoma in situ, as well as melanocytic nevi, are included.

A cost-of-illness study was conducted to describe the size of the resource use and costs related to skin cancer. A prevalence approach was chosen which means that costs were calculated for individuals with skin cancer during a specific period of time, in this case the year 2023. The population consist of individuals in different stages of the disease, which includes both newly diagnosed persons as well as persons who have had the disease under a longer time period. For the collection of data regarding resource use and corresponding costs, register-based references and published reports have been used.

The costs in this study can be divided into direct and indirect costs. Direct costs are resources related to the disease that are used in the health care system as well as care in the regions and municipalities. This includes primary care, specialised outpatient care, inpatient care, pharmaceutical treatment and municipal healthcare and social care. Indirect costs arise for society in the form of decreased work productivity. Productivity loss occurs when a person of working age leaves the workforce, partially or fully, due to decreased work capability or premature death due to the disease.

The total societal costs for skin cancer were estimated to be 2 billion Swedish crowns in 2023. Direct costs accounted for the majority of the costs (65%) and were estimated to be 1.3 billion Swedish crowns. The remaining costs (35%) consisted of indirect costs related to productivity loss and were calculated to be 696 million Swedish crowns.

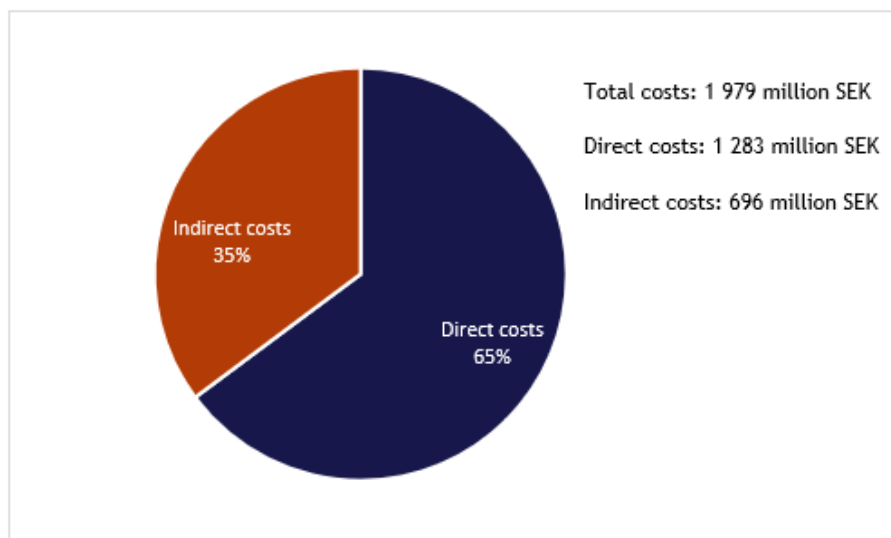


Figure 1 Costs for skin cancer in 2023

The largest single cost item were costs for productivity loss related to death which was estimated at 609 million Swedish crowns and thus 31% of the total costs, followed by costs for specialised outpatient care (554 million Swedish crowns, 28%) and primary care costs (291 million Swedish crowns, 15%). Costs for prescription drugs were estimated to be 276 million Swedish crowns (14%), inpatient care costs to be 148 million Swedish crowns (7%) and costs for short-term productivity loss to be 82 million Swedish crowns (4%). The two smallest cost items were costs for municipal palliative care and long-term productivity loss, which were calculated to be 14 and 11 million Swedish crowns, respectively (0.7% and 0.2%).

Malignant melanoma of the skin (C43) was the single largest cost item among the included diagnoses and was calculated to cost 1.2 billion Swedish crowns or 72% of the diagnosis-related costs. Approximately half of the costs for melanoma consisted of productivity loss related to premature death. The diagnosis code which accounted for the second highest costs was C44 (Other malignant neoplasms of the skin) which were calculated to be 243 million Swedish crowns (14%). The costs for D22 (Melanocytic nevi) and L57.0 (Actinic keratosis) were estimated to be 140 and 92 million Swedish crowns, respectively (6% and 5%). Although accounting for only approximately 6% of the total diagnosis-related costs, the diagnosis of melanocytic nevi generated the highest primary care costs which was estimated at 106 million Swedish crowns. The diagnostic codes D04 (Carcinoma in situ of the skin) and D03 (Melanoma in situ) accrued the smallest share of costs which were calculated to be 5 and 2 million Swedish crowns, respectively, in 2023.

The 2023 costs for skin cancer, which were estimated to be 2 billion Swedish crowns in this report, can be compared to the 2011 costs of skin cancer which were calculated to be 1.6 billion Swedish crowns (approximately 2 billion Swedish crowns if price-adjusted to 2023) by the Swedish Radiation Safety Authority. This indicates that the total costs are similar despite an increase of approximately 80% in the number of skin cancer cases per 100 000 during the same period. The increase in skin cancer cases did not include basal cell carcinoma.

This means that the cost per case has not increased to the same extent as the increase in number of diagnosed patients. One contributing factor to this is that there are more individuals who are diagnosed in earlier stages where treatment is less costly. Another explanation could be that there are fewer who die in younger ages due to among other things effective treatment which decreases the productivity loss due to premature death for persons of working age.

To summarise, the calculations in this report show that there are significant societal costs related to skin cancer. Due to an increased general disease burden with a growing and ageing population, a wider approach including prevention from different stakeholders in society as well as measures for early detection and treatment becomes more and more important to decrease the number of persons who are diagnosed with skin cancer.

1. Introduktion

Hudcancer är den cancerform med störst prevalens i Sverige och de tre vanligaste typerna är basalcellscancer, melanom och skivepitelcancer (1). År 2022 hade Sverige den femte högsta ålderstandardiserade incidensen av hudcancer i världen (2). Melanom är den allvarligaste formen av hudcancer och 2023 fick 2 692 kvinnor och 3 010 män i Sverige diagnosen (3). Den rapporterade ålderstandardiserade incidensen av melanom har ökat från 8 respektive 6 fall per 100 000 kvinnor och män år 1970 till 41 respektive 45 fall per 100 000 kvinnor och män år 2023 (4). En ökad exponering för UV-strålning är en viktig orsak till denna utveckling (5). Det finns även regionala skillnader i incidens i Sverige, vilket dels kan förklaras av geografiskt läge och dels av andra faktorer såsom socioekonomiska förhållanden, rese- och solvanor samt tillgänglighet till tidig diagnostik (6). Dödligheten i melanom har dock inte ökat utan den ålderstandardiserade dödligheten har varit stabil sedan den tidigast tillgängliga registreringen i Dödsorsaksregistret år 1997 fram till idag (7).

Att dödligheten i melanom har varit stabil trots den kraftiga ökningen i incidens skulle kunna indikera att man har blivit bättre på att hitta cancer tidigt. En annan förklaringsfaktor är att behandlingarna har utvecklats över tid, vilket särskilt gäller för avancerad sjukdom. Exempelvis har behandling med immunterapi fått stor betydelse för metastaserad melanom, där cirka 50 procent har en tydlig effekt av behandlingen (5).

Hudcancer är en av de cancerformer som ökar snabbast i Sverige, där ökningen de senaste 20 åren har varit i genomsnitt 5 procent per år för män och 6 procent för kvinnor (1). Sammantaget skulle en ökad incidens och minskad dödlighet kunna leda till att allt fler lever med hudcancer, vilket innebär utmaningar för både sjukvården samt för patienter och anhöriga.

Samhällsekonomiska kostnader kan beräknas för att belysa bördan av en viss sjukdom, som bärs av både samhället i stort och av personer med sjukdomen. En beräkning av kostnader som relateras till en viss sjukdom kallas för sjukdomskostnadskalkyl (på engelska "cost-of-illness" study, COI). En sjukdomskostnadskalkyl beräknar kostnader för resurser som tas i anspråk till följd av en sjukdom givet nuvarande behandlingsmöjligheter. Den inkluderar också kostnader för samhället mätt som produktionsbortfall till följd av att sjukdomen påverkar arbetsförmågan hos den drabbade eller till följd av dödsfall samt den vård och omsorg som ges av närstående.

Strålsäkerhetsmyndigheten har tidigare publicerat en rapport där de totala samhällskostnaderna för hudcancer i Sverige beräknades till 1,6 miljarder kronor år 2011 (8). Ökningen i incidens och behandlingsutvecklingen inom hudcancer innebär att samhällskostnaderna troligen är högre idag.

Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm Gotland har bett Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) om en aktuell beräkning av samhällskostnaderna för hudcancer i Sverige. Analysen inkluderar kostnader för hudcancer samt för premaligna solskador.

2. Metod

Beskrivning av sjukdomskostnadskalkyl

En sjukdomskostnadskalkyl beskriver storleken på resursåtgång och kostnader för en viss sjukdom. Den kan också ge en bild av hur kostnaderna fördelas mellan olika aktörer i samhället. Denna sjukdomskostnadskalkyl baserades på en prevalensansats vilket betyder att kostnaderna beräknades för personer med hudcancer under en viss period, i detta fall år 2023. Populationen består av individer i olika faser av sjukdomen, vilket inkluderar både nyinsjuknade personer såväl som personer som haft sjukdomen under en längre tid. För att inhämta information om resursutnyttjande och tillhörande kostnader har registerbaserade källor använts. Ett så kallat ”bottom up” förfarande har tillämpats, vilket innebär att studien utgått från en genomsnittlig resursåtgång och kostnad för en grupp av patienter som sedan extrapolerats till en större grupp, som i detta fall alla personer med hudcancer i Sverige. Exempelvis kan den genomsnittliga behandlingskosten per patient beräknas för en specifik behandling och sedan skalas upp till en total kostnad utifrån uppgifter om hur många personer med relevant diagnos som fick behandlingen år 2023.

Kostnaderna i sjukdomskostnadskalkylen kan delas upp i direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader är resurser kopplat till sjukdomen som förbrukas inom hälso- och sjukvård såväl som omsorg i regioner och kommuner. Exempel för detta är primärvård, specialiserad öppenvård, slutenvård, läkemedelsbehandling och kommunal vård och omsorg. Indirekta kostnader uppstår för samhället i form av minskad arbetsproduktion. Produktionsbortfallet uppstår när en person i arbetsför ålder delvis eller helt lämnar arbetsmarknaden på grund av nedsatt arbetsförmåga eller förtida död till följd av sjukdom. Produktionsbortfallet beräknades enligt humankapitalmetoden (9), vilket är den vanligaste metoden för att skatta produktionsbortfall. Metoden innebär att kostnaderna för den förlorade produktionen värderas utifrån kostnaden för en anställd, vilket betyder att det beräknas med bruttolön plus sociala avgifter.

Rapportens bilaga presenterar kostnader för slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård per region och uppdelat per cancerdiagnos. Det saknades dataunderlag för att dela upp övriga kostnadsposter på regional nivå.

Inkluderade diagnoser

Cancerformerna anges med diagnoskoder enligt klassificeringen ”International Classification of Diseases” version 10 (ICD-10). Diagnoserna som inkluderades i studien presenteras nedan i Tabell 1. Dessa diagnoser ingick även i den tidigare rapporten från Strålsäkerhetsmyndigheten (8).

Utöver de sjukdomsspecifika diagnoskoderna har även Z-koder för kontrollundersökning samt strål- och kemoterapi inkluderats. Anledningen är att dessa listas som separata ICD-koder i register över resursåtgång och är viktiga för att skapa en helhetsbild över kostnaderna som uppstår i samband med sjukdomen. Undersökningar av hudförändringar inkluderas inte om de inte registrerats med någon av de ingående diagnoserna som huvuddiagnos. Resursåtgång kopplat till radioterapeutisk och kemoterapeutisk behandling finns även för andra cancerdiagnoser och därför villkorades uppgifter för dessa på någon av de diagnostiska koderna som bidiagnos.

Tabell 1 Inkluderade diagnoser

Diagnoskod (ICD-10)	Indikation
C43	Malignt melanom i huden
C44	Andra maligna tumörer i huden
D03	Melanom in situ
D04	Cancer in situ i huden
D22	Melanocytnevus
L57.0	Aktinisk keratos
Z08.9 A-C	Kontrollundersökning efter ospecificerad behandling för basalcellscancer, skivepitelcancer i huden och malignt melanom i huden
Z09.8	Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd
Z51.0	Radioterapeutisk behandling*
Z51.1	Kemoterapeutisk behandling för tumör*

*Inkluderades om en av diagnoskoderna listade i tabellen angavs som bidiagnos

Datakällor

Primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård

Information om antal vårdtillfällen och kostnader för primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård har hämtats från Kostnad per patient (KPP)-databasen (10). KPP-databasen är en nationell databas som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ansvarar för och som innehåller statistik över vårdtillfällen, vård dagar och kostnader per vårdtillfälle. Även distanskontakter inkluderas. Statistiken kan kopplas till diagnosrelaterade grupper (DRG), diagnoskoder (ICD-10) och till åtgärds-koder (KVÅ). Den senast rapporterade täckningsgraden i KPP-databasen var 94 procent för slutenvården, 74 procent för den specialiserade öppenvården och 30 procent för primärvården (10). Eftersom det inte är full täckningsgrad i KPP-databasen har täckningsgraden för respektive vårdinstans justerats upp till 100 procent i beräkningarna. Detta baseras på antagandet att de vårdenheter som inte rapporterar in sina uppgifter till KPP-databasen har en liknande fördelning av vårdinsatser som de vårdenheter som rapporterar in sina uppgifter till KPP-databasen.

Vårdtillfällen och kostnader inkluderar även kostnader för ytterfall, dvs de dyraste vårdkontakt-erna. I slutenvården utgör ytterfall de 5 procent dyraste vårdkontakt-erna och i öppenvården är det de 3 procent dyraste vårdkontakt-erna (11).

Kommunal palliativ vård

Palliativa insatser till personer med hudcancer kan ges på olika vårdnivåer inom den regionala vården samt inom den kommunala vården och omsorgen. I denna studie fångas palliativa insatser upp i uppgifterna från KPP för primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård när dessa insatser ges vid vårdkontakter där någon av de ingående diagnoserna är huvuddiagnos. Det är dock svårt att lyfta ut och särrapportera dessa på ett tillförlitligt sätt.

Från Svenska Palliativregistret hämtades information om antalet personer med cancersjukdom som avlidit i särskilt boende, korttidsboende samt i eget hem med stöd av allmän kommunal hemsjukvård. Beräkningarna använde också uppgifter om medianvårdtid per vårdform för personer som avlidit utifrån uppgifter från registret samt ett genomsnittspris per dygn för de olika vårdformerna (12). Täckningsgraden för antalet dödsfall för de olika vårdformerna varierar från 36 procent för eget hem till 71 procent för särskilt boende och korttidsboende,

vilket för beräkningarna justerades upp till 100 procent. Uppgifter i Palliativregistret redovisas för cancer som huvudgrupp och för att skatta den del som kan härledas till hudcancer användes uppgifter från Socialstyrelsens Dödsorsaksregister (7). Detta innebär ett antagande om att insatser inom palliativ kommunal vård följer samma fördelning som antalet dödsfall i cancer i genomsnitt.

Kommunal vård och omsorg av hudcancer som faller utanför palliativ vård har inte kunnat inkluderas i analysen till följd av brist på data.

Läkemedel

Kostnader för rekvisitionsläkemedel, inklusive immunterapi, ingår i de vårdtillfällen som rapporteras till KPP och redovisas därför inte separat.

Beräkningen av kostnader för förskrivningsläkemedel baseras på antalet personer som har fått respektive läkemedel under 2023. För de förskrivningsläkemedel som uteslutande har en indikation för diagnoserna listade i Tabell 1 har information om antalet patienter hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister (13). För resterande förskrivningsläkemedel har antalet patienter baserats på data från RCC:s register om läkemedelsanvändning. Registerdata angående antalet behandlingar och behandlingstid för Region Skåne användes och justerades upp för riket (personlig kommunikation). Läkemedelspriser har hämtats från TLV:s databas över läkemedelsförmånspriser (14). För de förskrivningsläkemedlen som inte har ett förmånspris har prisuppgifter hämtats från apoteket eller utvärderingar av TLV (15, 16) och priser har då justerats upp till 2023 års kostnader. Där ingen annan datakälla var tillgänglig har den genomsnittliga behandlingslängden diskuterats och uppskattats av kliniska experter.

Produktionsbortfall

Produktionsbortfall definieras som varor och tjänster som skulle kunna ha producerats om inte människor avlidit eller fått reducerad arbetskapacitet på grund av sjukdomar och olyckor. I analysen ingår det kortvarigt och långvarigt produktionsbortfall samt produktionsbortfall på grund av förtida död.

Cancer kan medföra sjukskrivningar under kortare och längre tid. För sjukskrivningar upp till 14 dagar ansvarar arbetsgivaren. Det saknas dock nationell statistik över dessa tillfällen. Efter de två första veckorna, från dag 15 och framåt, ansvarar Försäkringskassan. Det finns kortvarig och långvarig sjukfrånvaro. Kortvarig sjukfrånvaro (sjuk- och rehabiliteringspenning) ges vid sjukdom som leder till tillfälligt nedsatt arbetsförmåga. Långvarig sjukfrånvaro (sjuk- och aktivitetsersättning) ges när personer av medicinska skäl har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Långvarig sjukfrånvaro kan ha en omfattning av 25, 50, 75 eller 100 procent.

Uppgifter för båda former av sjukfrånvaro finns tillgängliga i Försäkringskassans statistikdatabas (17). Information om antal personer och dagar med kortvarig sjukfrånvaro hämtades från databasen enligt diagnos. Sjuklöneperioden, dvs de första 14 dagar, har lagts till i beräkningen för att uppskatta hela omfattningen av sjukskrivningen. De med kortare sjukskrivningsperiod än 15 dagar ingår dock inte i beräkningen. Information om antal personer med långvarig sjukfrånvaro efter diagnos beställdes från Försäkringskassan. Värdet av produktionsbortfallet har beräknats utifrån Statistiska Centralbyråns lönestatistik (18) med tillägg för sociala avgifter (19). Lönen har sedan justerats för sysselsättningsgrad (20) och medelarbetstid (21).

Utöver kortvarigt och långvarigt produktionsbortfall tas även hänsyn till produktionsbortfall till följd av dödsfall orsakad av hudcancer bland personer i arbetsför ålder. Antal dödsfall per

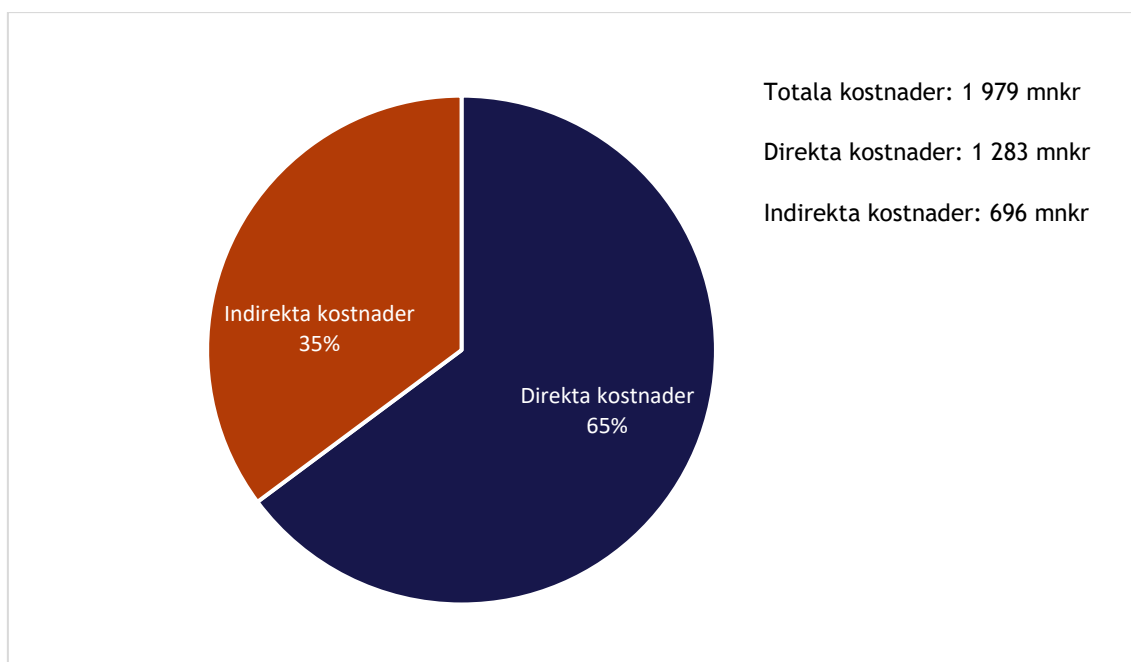
diagnos och ålder år 2023 har hämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksregister (7). Antalet dödsfall har sedan multiplicerats med den förväntade återstående produktionen som beräknades genom att summera värdet av den kvarstående årliga åldersrelaterade produktionen upp till och med 69 års ålder. Den återstående produktionen justerades ned utifrån årlig åldersrelaterad överlevnad (22) och diskonterades med en årlig diskonteringsränta på tre procent.

Informell vård kunde inte inkluderas i kalkylen på grund av brist på studier och uppgifter om resursåtgång relaterat till anhörigas börda för hudcancer i Sverige.

3. Resultat

Totala kostnader

De totala samhällskostnaderna för hudcancer beräknades till 2 miljarder kronor år 2023. Merparten av kostnaderna (65 procent) kunde härledas till direkta kostnader, som beräknades till 1,3 miljarder kronor. Resterande kostnader (35 procent) utgjordes av indirekta kostnader kopplade till produktionsbortfall och beräknades till 696 miljoner kronor.

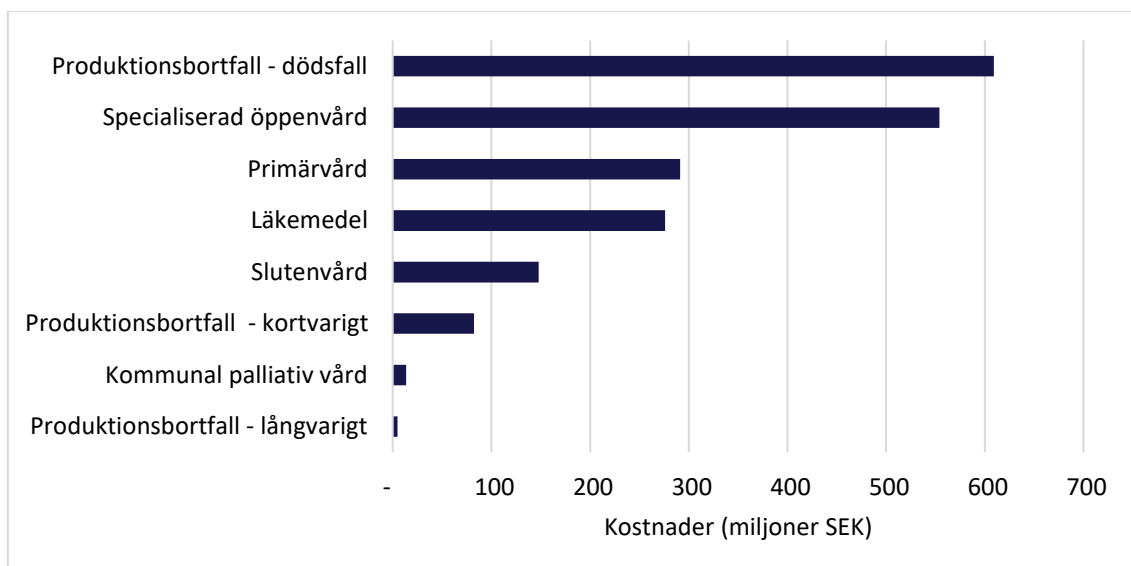


Figur 1 Kostnaderna för hudcancer år 2023

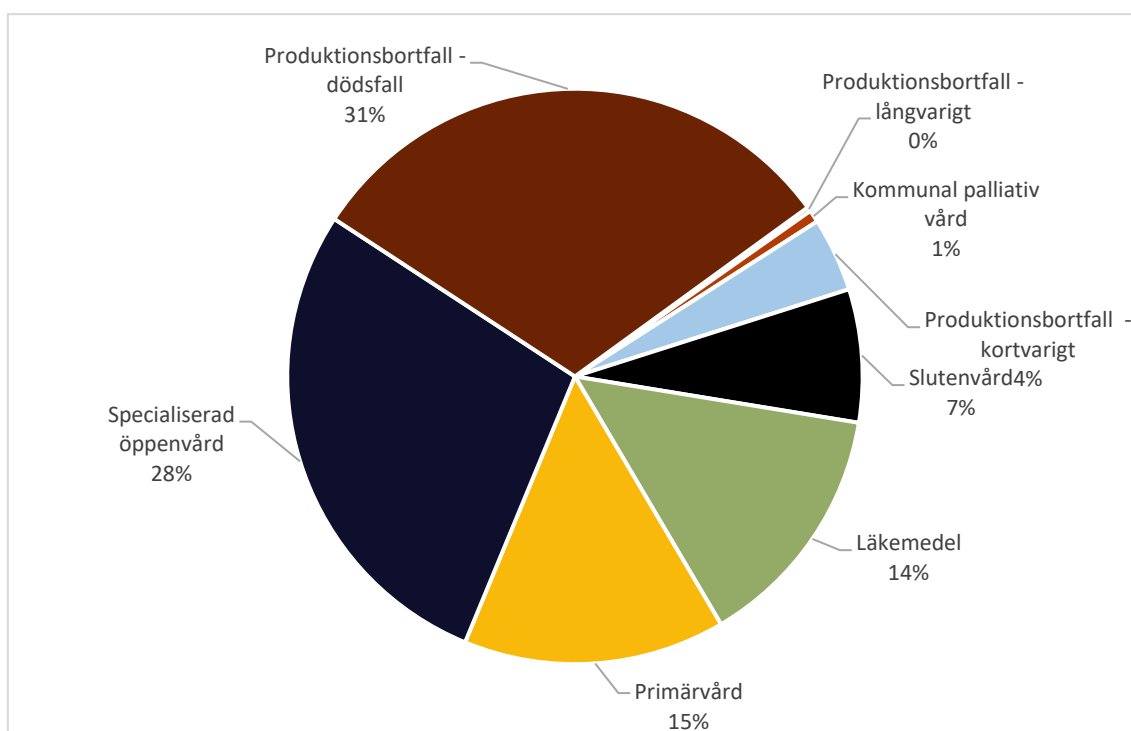
Kostnader uppdelat på kostnadsposter

Kostnader för hudcancer uppdelat på kostnadsposter presenteras i Figur 2 och Figur 3. Den största kostnadsposten var kostnader för produktionsbortfall relaterat till dödsfall som beräknades till 609 miljoner kronor och därmed 31% av de totala kostnaderna, följt av kostnader för specialiserad öppenvård (554 miljoner kronor, 28%) och primärvårdskostnader (291 miljoner kronor, 15%). Kostnaderna för förskrivningsläkemedel skattades till 276 miljoner kronor (14%), slutenvårdskostnaderna till 148 miljoner kronor (7%) och kostnaderna för kortvarigt produktionsbortfall till 82 miljoner kronor (4%). De två minsta kostnadsposterna var kostnader för kommunal palliativ vård och långvarigt produktionsbortfall, som beräknades till 14 respektive 11 miljoner kronor (0,7% och 0,2%).

Antalet vårdtillfällen i slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård med hudcancer som huvuddiagnos presenteras i Tabell 4 i Appendix. Den vårdinstans som hade flest vårdtillfällen var primärvården med 130 067 besök, följt av specialiserad öppenvård med 42 594 vårdtillfällen. Slutenvården hade betydligt färre besök, med 1 654 vårdtillfällen.



Figur 2 Kostnader för hudcancer enligt kostnadsposter



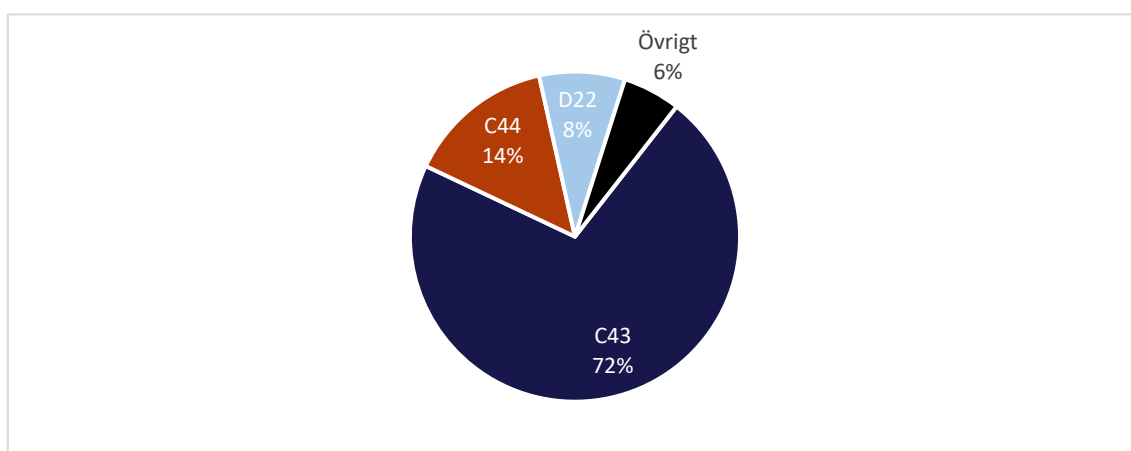
Figur 3 Procentuell fördelning av kostnader per kostnadspost

Kostnader uppdelat på diagnos

Kostnader uppdelat på diagnoskod redovisas i Tabell 2 och Figur 4. De största kostnaderna stod melanom för, som beräknades till 1,2 miljarder kronor eller 72% av de diagnosrelaterade kostnaderna. Nära hälften av kostnaderna för melanom utgjordes av produktionsbortfall relaterat till förtida död. Den diagnoskod som stod för näst högst kostnader var C44 (Andra maligna tumörer i huden) som beräknades till 243 miljoner kronor (10%). Kostnaderna för D22 (Melanocytnevus) och L57.0 (Aktinisk keratos) beräknades till 140 respektive 92 miljoner kronor (6 respektive 5%). Även om kostnaderna för Melanocytnevus enbart utgjorde omkring sex

procent av de totala diagnosrelaterade kostnaderna så genererade den diagnosen högst primärvårdskostnader, som skattades till 106 miljoner kronor. Diagnoserna D04 (cancer in situ i huden) och D03 (Melanom in situ) utgjorde en mindre andel av kostnaderna och beräknades till fem respektive två miljoner kronor år 2023.

Kostnader för slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård uppdelat efter diagnos och region där regionala data fanns att tillgå presenteras i Tabell 5 i Appendix. Det kan observeras regionala variationer med hänsyn till var personer med hudcancer behandlas. Diagnoskoderna C43 (Malignt melanom) och C44 (Andra maligna tumörer i huden) står för den största andelen av slutenvårdskostnaderna i de flesta regionerna. Jämfört med den specialiserade öppenvården är det dock färre patienter som verkar behandlas inom slutenvården. I vissa regioner (tex Norrbotten och Västerbotten) behandlas de mindre allvarliga diagnoserna (diagnoskoderna D03, D04, D22 och L57.0) i större utsträckning i primärvården, medan behandlingen i andra regioner (tex Skåne och Kalmar) fördelas mer mellan specialiserad öppenvård och primärvård.



Figur 4 Procentuell fördelning av kostnader* enligt diagnoskod

**Kostnader för förskrivningsläkemedel är inte inkluderade då dessa inte är möjliga att dela upp enligt diagnoskod*

Tabell 2 Kostnader i miljoner kronor år 2023 per diagnos och kostnadspost

Diagnoskod ICD-10	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård	Kortvarigt produktionsbortfall	Långvarigt produktionsbortfall	Produktionsbortfall dödsfall	Kommunal palliativ vård	Totala kostnader
C43 - Malignt melanom i huden	77,04	464,62	12,05	64,34	3,36	559,61	11,41	1 192
C44 - Andra maligna tumörer i huden	68,75	52,17	54,42	13,97	1,47	49,59	2,32	243
D03 - Melanom in situ	1,23	0,32	0,77	-	-	-	-	2
D04 - Cancer in situ i huden	0,52	1,70	2,05	1,11	-	-	-	5
D22 - Melanocytnevus	0,48	32,71	106,43	0,53	-	-	-	140
L57.0 - Aktinisk keratos	-	2,22	87,08	2,33	-	-	-	92
Z08.9 A-C - Kontrollundersökning efter ospecificerad behandling för basalcells-cancer, skivepitelcancer i huden och malignt melanom i huden	0,02	0,84	0,39	-	-	-	-	1
Z09.8 - Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd	0,04	0,55	28,10	-	-	-	-	29
Förskrivningsläkemedel*	276							

*Kostnader för förskrivningsläkemedel kunde inte delas upp enligt diagnoskod och presenteras därför separat som en totalkostnad för alla diagnoser

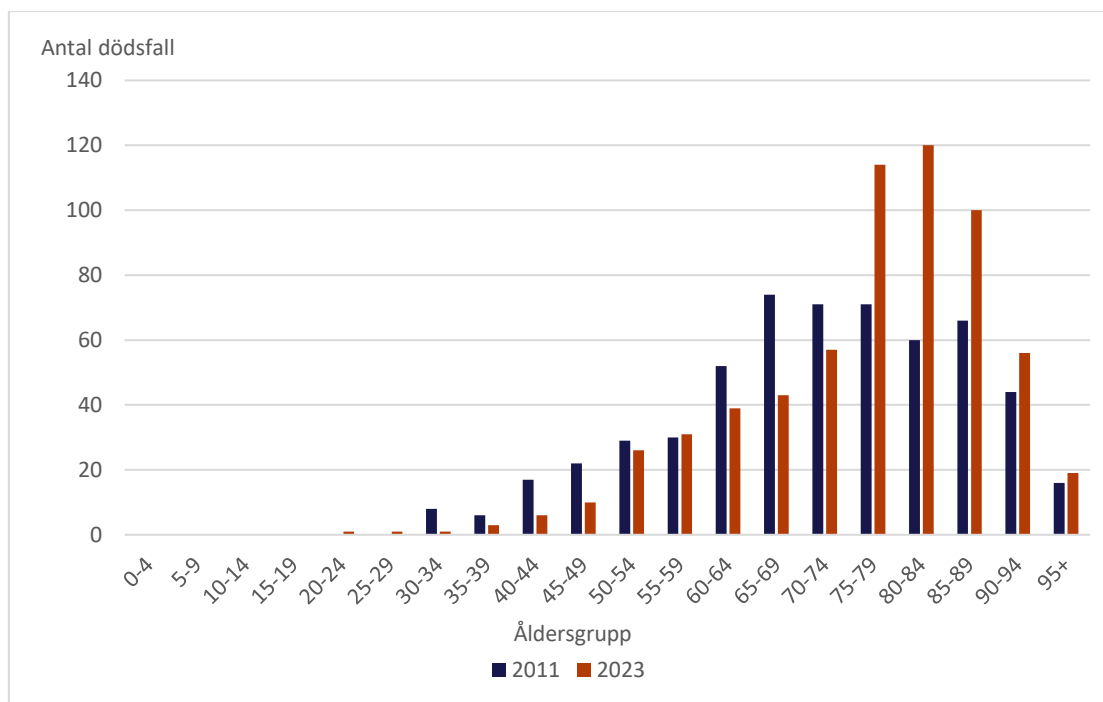
Kostnadsutveckling

Kostnaderna för hudcancer år 2023 som i denna rapport beräknades till 2 miljarder kronor kan jämföras mot kostnaden för hudcancer år 2011 som beräknades av Strålsäkerhetsmyndigheten till 1,6 miljarder kronor (lite drygt 2 miljarder kronor prisjusterat till år 2023). Detta indikerar att de totala inflationsjusterade kostnaderna ligger kvar på ungefär samma nivå. Antalet hudcancerfall exklusive basalcells cancer per 100 000 har däremot ökat med 80 procent (79 procent för kvinnor och 84 procent för män) under samma period. Det betyder att kostnaden per fall inte har ökat i samma takt som ökningen i antalet diagnosticerade personer.

En jämförelse av enskilda kostnadsposter mellan rapporterna försvåras av att vissa kostnader inte är rapporterade helt på samma sätt. Exempelvis är kostnaderna för primärvård och specialiserad öppenvård sammanslagna i den tidigare rapporten medan de särrapporteras i den nuvarande rapporten. Dessutom baserades uppskattningar av primärvården i den tidigare rapporten på en regional KPP databas som sedan skalades upp till hela landet. I denna rapport ingick även ytterligare en kostnadspost, kostnader för kommunal palliativ vård, som inte ingick i den tidigare rapporten. Denna kostnadspost utgör dock enbart en procent av de totala kostnaderna.

Det finns trots detta flera intressanta jämförelser mellan resultaten i denna rapport och de drygt 10 år gamla resultaten i Strålsäkerhetsmyndighetens rapport. Resultaten från rapporterna visar en minskning i kostnaderna för vårdbesök. Den totala kostnaden för primärvård och specialiserad öppenvård beräknades till 971 miljoner kronor (justerat till år 2023) i den tidigare rapporten, vilket kan jämföras mot 845 miljoner kronor i denna rapport. Skillnaden innebär en minskning med omkring 15 procent. Om man jämför slutenvårdskostnader så minskade dessa ytterligare, från cirka 181 miljoner kronor (justerat till år 2023) i den tidigare rapporten till 148 miljoner kronor i den nuvarande, vilket innebär en minskning omkring 22 procent.

En annan intressant skillnad mellan den tidigare och nuvarande beräkningen av kostnaderna för hudcancer är att kostnaden för produktionsbortfall till följd av förtida död minskat från 763 miljoner kronor år 2011 (uppräknat till 2023 års prisnivå) till 609 miljoner kronor år 2023. Detta innebär en minskning på omkring 154 miljoner kronor eller 25 procent. Förklaringen till detta är att dödsfallen i hudcancer förskjutits uppåt i åldrarna, vilket illustreras i Figur 5. Figuren visar antalet dödsfall 2011 och 2023 till följd av malignt melanom i huden och andra maligna tumörer i huden (ICD-10 C44 och C43) fördelat på åldersgrupp. Antalet dödsfall var fler i arbetsför ålder år 2011 jämfört med 2023, vilket också förklarar att skattningen av produktionsbortfallet till följd av förtida död var större 2011.



Figur 5 Antal dödsfall 2011 och 2023 till följd av malignt melanom i huden och andra maligna tumörer i huden (ICD-10 C44 och C43) fördelat på åldersgrupp.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret

Att dödligheten i hudcancer inte har ökat i samma takt som incidensen och att dödsfallen förskjutits till äldre åldrar kan bero på tillgången till nya behandlingar. Läkemedelskostnaden i den tidigare rapporten från Strålsäkerhetsmyndigheten beräknades till 25,4 miljoner kronor (justerat till prisnivå för år 2023) medan den beräknades till 276 miljoner kronor i denna rapport. Den främsta anledningen till den stora skillnaden i kostnaderna kan förklaras med antalet förskrivningsläkemedel som inkluderades och kostnaderna för de nya behandlingarna. Det var färre förskrivningsläkemedel som inkluderades i den tidigare rapporten (ATC koderna som ingick var D02B, D06BX02, D05BB02, D06BB10, L01XD03, L01XD04, L01XX43). De ytterligare förskrivningsläkemedlen som inkluderades i denna analys står dessutom för majoriteten av kostnader (247 miljoner kronor vilket motsvarar cirka 90%). Det beror på att de nya förskrivningsläkemedlen som har tillkommit i behandlingen av hudcancer sedan den tidigare rapporten skrevs framför allt är dyra nya cancerläkemedel som har godkänts sedan dess. Samtidigt har ytterligare nya behandlingar kommit som troligen innebär en ännu större kostnadsökning. Exempelvis godkändes immunterapi även som neoadjuvant behandling för melanom år 2024. Kostnaderna kan alltså vara högre nu än vad som redovisas i rapporten, som baseras på data från 2023.

Ytterligare en förklaring till att kostnadsutvecklingen inte helt följt utvecklingen i incidens skulle kunna vara att man nu hittar hudcancer tidigare. Enligt uppgifter från Nationella kvalitetsregistret för hudmelanom diagnosticerades 56 procent av alla hudmelanom i stadium IA år 2011, vilket hade stigit till 64 procent år 2023 (23). Enligt samma källa mer än halverades dessutom andelen som diagnosticerades i stadium IV, från 0,8 procent år 2011 till 0,3 procent år 2023. Denna utveckling indikerar att ökningen i incidens främst har skett av mindre allvarliga fall av hudcancer.

4. Avslutande kommentarer

I denna rapport beräknades de totala samhällskostnaderna för hudcancer till 2 miljarder kronor år 2023, varav merparten av kostnaderna kunde härledas till kostnader för hälso- och sjukvård (65 procent). Melanom beräknades generera störst kostnader och ett betydande produktionsbortfall, vilket stod för över hälften av kostnaderna för den diagnosen. Detta drevs till stor del av förlorad arbetsproduktion till följd av förtida död. Produktionsbortfall kopplat till förtida död var också den enskilt största kostnadsposten, med 609 miljoner kronor (31%) av de totala kostnaderna följt av specialiserad öppenvård med 554 miljoner kronor (28%). Primärvården hade dock fler vårdtillfällen, 130 067 jämfört med 42 594 i den specialiserade öppenvården. Sammantaget visar detta att dessa diagnoser genererar en stor vårdtyngd i den öppna sjukvården i Sverige.

Fördelningen av kostnader per kostnadspost skiljer sig mellan diagnoser. För de maligna tumörerna (ICD-10 C43, C44) låg en stor del av kostnaderna i slutenvården och den specialiserade öppenvården, medan det relativt sett låg en mindre andel av kostnaderna på primärvården. Andra diagnoser, så som melanocytnevus och aktinisk keratos, hade mindre kostnader i slutenvård samt specialiserad öppenvård och större kostnader i primärvården. Detta indikerar att diagnoserna i denna rapport både innehåller mer allvarliga sjukdomsfall, som drabbar färre personer och med vårdtyngd i den specialiserade vården, samt mindre allvarliga sjukdomsfall som kan hanteras inom primärvården men som drabbar många personer. Båda typer av sjukdomsfall genererar totalt sett höga kostnader, men på olika sätt.

Denna rapport har, liksom många andra studier om sjukdomsbörda, begränsningar i form av otillräckliga data. Det saknades uppgifter om informell vård av anhöriga vid hudcancer, vilket innebär att denna kostnadspost inte inkluderas i beräkningen. Även sjukskrivningar som varar kortare tid än två veckor och som enbart registreras hos arbetsgivaren saknas. Täckningsgraden för uppgifter om primärvård var också så otillräcklig att en analys av sjukdomskostnaderna på regional nivå inte var möjlig. Samtidigt är KPP primärvårdsdatabasen den bästa möjliga datakällan som finns tillgänglig idag och visar troligtvis en bättre bild av primärvården för hudcancer jämfört med den regionala KPP databasen som valdes för beräkningarna om primärvården i den förra rapporten från Strålsäkerhetsmyndigheten.

Sammanfattningsvis visar beräkningar i denna rapport på en betydande samhällsbörda för hudcancer. Tillsammans med en stigande sjukdomsbörda över lag med en växande och åldrande befolkning, blir preventivt arbete allt viktigare för att minska insjuknandet i hudcancer.

Referenser

1. Cancerfonden. Statistik hudcancer. 2025 [2025/03/28]. Tillgänglig från: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/hudcancer>.
2. World Cancer Research Fund. Skin cancer statistics. 2025. Tillgänglig från: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/skin-cancer-statistics/>.
3. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för cancer, Antal nya cancerfall per 100 000, 190 Malignt melanom i huden, 191 Tumör i huden, ej malignt melanom, oavsett tumörtyp, Riket, 2011-2023. 2025.
4. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för cancer, Antal nya cancerfall och Åldersstandardiserad incidens per 100 000 enligt FoB 70, 190 Malignt melanom i huden, oavsett tumörtyp, Riket, 1970-2023. 2025.
5. Socialstyrelsen och Cancerfonden. Cancer i siffror - Populärvetenskapliga fakta om cancer 2023. 2023.
6. Svenska Melanomregistret - SweMR. Nationell årsrapport för hudmelanom. 2024.
7. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx.
8. Strålsäkerhetsmyndigheten. Samhällskostnader för hudcancer 2011. 2014;2014:49.
9. Drummond MF SM TG, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care Programmes. New York: Oxford University Press; 2005.
10. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP Databas. 2024 [17/03/2025]. Tillgänglig från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html>.
11. Sveriges Kommuner och Regioner. Uppföljning regionernas KPP-databas. 2024 [17/03/2025]. Tillgänglig från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/uppfoljning.75015.html>.
12. Carlsson H, Fridhammar A, Steen Carlsson K, Löfvendahl S. Kostnader för cancer - idag och i framtiden. Lund: 2025 (kommande publicering).
13. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för läkemedel. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx.
14. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Sök priser och beslut i databasen. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: <https://www.tlv.se/beslut/sok-priser-och-beslut-i-databasen.html>.
15. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Mekinist (trametinib) - Underlag för beslut om subvention. 2019.
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Mektovi (binimetinib), Braftovi (enkorafenib) - Underlag för beslut om subvention. 2018.
17. Försäkringskassan. Statistik inom sjukområdet. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk>.
18. Statistiska centralbyrån. Genomsnittlig grund- och månadslön samt kvinnors lön i procent av mäns lön efter sektor, yrke (SSYK 2012), kön och ålder. År 2023. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från:

https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0110_AM0110A/LonYrkeAlder4AN/.

19. Statistiska centralbyrån. Arbetskraftskostnader (ENS2010) efter näringsgren SNI 2007, löpande priser. Kvartal 1993K1 - 2024K4. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_NR_NR0103_NR0103A/NR0103ENS2010T08KvRK/.
20. Statistiska centralbyrån. Befolkningen 15-74 år (AKU) efter kön, ålder och arbetskraftstillhörighet. År 2001 - 2024. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0401_AM0401A/NAKUBefolkning2Ar/.
21. Statistiska centralbyrån. Medelarbetstid (överenskommen) per vecka för sysselsatta 15-74 år (AKU) efter kön och ålder. År 2005 - 2024. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0401_AM0401S/NAKUOkMedArbtidAr/.
22. Statistiska centralbyrån. Ettårig livslängdstabell efter utbildningsnivå, födelseregion, kön och ålder. 2025 [17/03/2025]. Tillgänglig från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0701/LivslUtbFland/.
23. Nationella kvalitetsregistret för hudmelanom. Interaktiv rapport. 2023 [2025/05/02]. Tillgänglig från: <https://statistik.incanet.se/Hudmelanom/>.

Appendix

Tabell 3 Inkluderade förskrivningsläkemedel

ATC-kod	Läkemedel
D02B	Medel som skyddar mot UV-strålning
D06BB10	Imikvimod
L01XD03	Sensibiliserande ämnen för strålning /fotodynamisk behandling - Metylaminolevulinat
L01XD04	Sensibiliserande ämnen för strålning /fotodynamisk behandling - Aminolevulinsyra
L01XX43 (EMA)/ L01XJ01 (FASS)	Vismodegib
L01BC02	5-fluorouracil 5 % kräm
L01BC52	Actikerall
L01EC01	Vemurafenib
L01EC02	Dabrafenib
L01EC03	Enkorafenib
L01EE01	Trametinib
L01EE03	Binimetinib
L01EE02	Kobimetinib
L01XJ02	Sonidegib

Tabell 4 Antal vårdtillfällen i slutenvård, öppen- och primärvård uppdelat efter diagnos

Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
C43	906	30 398	6 057
C44	715	6 625	31 003
D03	16	64	543
D04	5	228	1 287
D22	10	4 235	43 370
L57.0	-	641	35 630
Z08.9 A-C	1	308	147
Z09.8	1	168	12 030
TOTALT	1 654	42 594	130 067

Tabell 5 Kostnader (i SEK) för slutenvård, öppen och primärvård uppdelat efter region* och diagnos

Region	Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
Stockholm	C43	8 016 413	21 649 854	Ingen rapportering**
	C44	14 373 488	13 277 477	Ingen rapportering**
	D03	186 273	432 309	Ingen rapportering**
	D04	63 419	3 729 692	Ingen rapportering**
	D22	124 443	1 845 291	Ingen rapportering**
	L57.0	-	10 942 549	Ingen rapportering**
	Z08.9 A-C	-	499 200	Ingen rapportering**
	Z09.8	44 364	907 230	Ingen rapportering**
Uppsala	C43	4 855 995	11 219 056	122 853
	C44	4 705 094	17 374 643	960 970
	D03	-	4 694 715	12 930
	D04	-	3 114 211	47 050
	D22	-	135 891 096	4 191 943
	L57.0	-	3 903 930	2 773 873
	Z08.9 A-C	-	881 203	5 927
	Z09.8	-	-	1 693 310

Region	Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
Sörmland	C43	2 536 094	4 556 146	2 286 477
	C44	1 697 550	25 026 017	757 770
	D03	-	817 030	49 120
	D04	-	6 344 220	61 967
	D22	-	2 673 065	3 477 023
	L57.0	-	8 331 562	4 405 290
	Z08.9 A-C	-	4 765 808	10 517
	Z09.8	-	-	3 980 107
Östergötland	C43	10 995 443	11 094 579	509 147
	C44	6 927 282	64 768 842	3 823 847
	D03	475 160	821 359	19 043
	D04	245 271	743 992	210 407
	D22	-	4 824 066	14 720 803
	L57.0	-	2 143 120	8 171 553
	Z08.9 A-C	-	21 812 958	-
	Z09.8	-	-	5 540 147
Jönköping	C43	1 951 771	14 071 378	1 043 837
	C44	1 320 888	68 326 089	8 078 200
	D03	-	1 939 051	222 060
	D04	23 974	4 624 614	453 837
	D22	-	985 526	17 819 213
	L57.0	-	2 519 134	7 228 327
	Z08.9 A-C	-	816 126	40 217
	Z09.8	-	-	1 479 637
Kronoberg	C43	609 567	5 861 237	334 303
	C44	1 237 900	8 755 862	1 234 210
	D03	-	391 400	55 330
	D04	-	580 251	31 667
	D22	-	2 962 965	4 101 893
	L57.0	-	5 709 432	2 456 157
	Z08.9 A-C	-	-	8 027
	Z09.8	-	-	717 980

Region	Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
Kalmar	C43	1 962 457	10 155 413	612 580
	C44	362 579	422 085 609	2 212 617
	D03	-	866 449	47 190
	D04	-	35 531 664	109 330
	D22	-	28 850 843	7 736 227
	L57.0	-	4 008 153	5 992 463
	Z08.9 A-C	-	-	30 573
	Z09.8	-	-	2 032 290
Blekinge	C43	460 277	3 911 248	94 367
	C44	544 011	33 310 739	1 233 977
	D03	74 881	1 276 224	-
	D04	-	2 799 688	16 270
	D22	-	2 002 354	4 193 663
	L57.0	-	8 260 614	3 130 577
	Z08.9 A-C	-	-	-
	Z09.8	-	-	936 990
Skåne	C43	11 871 802	156 169 057	1 408 487
	C44	9 897 791	35 147 611	5 684 820
	D03	458 035	1 374 762	125 800
	D04	142 633	2 605 118	194 960
	D22	-	126 106 657	13 316 097
	L57.0	-	-	5 848 637
	Z08.9 A-C	-	-	25 343
	Z09.8	-	-	967 643
Halland	C43	740 104	5 234 384	111 747
	C44	579 546	29 201 214	715 943
	D03	-	286 989	10 547
	D04	-	1 203 153	5 300
	D22	-	4 384 470	3 662 143
	L57.0	-	5 233 116	3 231 397
	Z08.9 A-C	-	-	-
	Z09.8	-	-	1 272 367

Region	Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
Västra Götaland	C43	18 763 555	99 659 131	Ingen rapportering**
	C44	12 093 519	12 720 507	Ingen rapportering**
	D03	34 112	2 306 876	Ingen rapportering**
	D04	48 046	415 493	Ingen rapportering**
	D22	357 530	2 892 259	Ingen rapportering**
	L57.0	-	-	Ingen rapportering**
	Z08.9 A-C	24 196	-	Ingen rapportering**
	Z09.8	-	-	Ingen rapportering**
Värmland	C43	1 792 197	7 240 227	445 463
	C44	766 147	350 305 550	3 003 430
	D03	-	2 401 424	40 680
	D04	-	4 580 731	117 450
	D22	-	28 742 128	6 636 783
	L57.0	-	-	9 642 553
	Z08.9 A-C	-	-	24 090
	Z09.8	-	-	2 990 407
Örebro	C43	3 711 740	10 871 412	Ingen rapportering**
	C44	6 521 689	8 652 476	Ingen rapportering**
	D03	-	606 145	Ingen rapportering**
	D04	-	616 442	Ingen rapportering**
	D22	-	1 742 216	Ingen rapportering**
	L57.0	-	-	Ingen rapportering**
	Z08.9 A-C	-	-	Ingen rapportering**
	Z09.8	-	-	Ingen rapportering**
Västmanland	C43	2 798 441	10 503 484	58 920
	C44	387 616	5 498 213	447 977
	D03	-	240 766	8 747
	D04	-	34 355 205	32 450
	D22	-	124 174 065	1 645 550
	L57.0	-	-	1 339 653
	Z08.9 A-C	-	-	-
	Z09.8	-	-	608 827

Region	Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
Dalarna	C43	879 916	3 930 952	1 439 333
	C44	691 521	15 755 988	12 788 910
	D03	-	309 836	28 603
	D04	-	6 344 220	214 533
	D22	-	2 922 304	6 905 343
	L57.0	-	-	9 132 533
	Z08.9 A-C	-	-	8 870
	Z09.8	-	-	847 117
Gävleborg	C43	553 538	38 519 722	2 386 383
	C44	280 481	5 900 747	1 510 587
	D03	-	863 032	-
	D04	-	743 992	-
	D22	-	-	4 108 890
	L57.0	-	-	3 891 577
	Z08.9 A-C	-	-	-
	Z09.8	-	-	-
Västernorrland	C43	2 481 013	3 868 557	185 013
	C44	98 264	9 552 541	3 039 520
	D03	-	1 977 008	73 230
	D04	-	4 823 965	115 583
	D22	-	-	3 230 607
	L57.0	-	-	5 401 250
	Z08.9 A-C	-	-	34 400
	Z09.8	-	-	1 056 623
Jämtland/Härjedalen	C43	334 533	9 101 158	-
	C44	463 351	6 903 339	-
	D03	-	2 009 568	-
	D04	-	549 739	-
	D22	-	-	-
	L57.0	-	-	-
	Z08.9 A-C	-	-	-
	Z09.8	-	-	-

Region	Diagnoskod	Slutenvård	Specialiserad öppenvård	Primärvård
Västerbotten	C43	1 328 190	12 033 268	272 940
	C44	5 319 202	16 797 520	3 582 980
	D03	-	2 139 326	37 947
	D04	-	33 753 559	162 657
	D22	-	-	4 578 993
	L57.0	-	-	4 829 460
	Z08.9 A-C	-	-	157 367
	Z09.8	-	-	856 127
Norrbotten	C43	392 652	3 780 578	631 257
	C44	101 754	9 696 008	3 545 967
	D03	-	1 276 224	32 050
	D04	-	-	217 590
	D22	-	-	3 545 247
	L57.0	-	-	5 846 310
	Z08.9 A-C	-	-	35 967
	Z09.8	-	-	2 045 837

*För Region Gotland sker det ingen inrapportering till KPP databasen för sluten- och öppen vård

**För Regionerna Stockholm, Västra Götaland, Örebro och Gotland sker det ingen inrapportering till KPP primärvårdsdatabasen

IHE RAPPORT 2025:5