

Arbejdsrapport 93

Udvikling i aktivitet og ressourceforbrug på de offentlige sygehuse

Cecilie Tandrup-Rasmussen og Karsten Bo Larsen

16. marts 2026

Behandlingsaktiviteten pr. anvendt skattekrone faldt i det offentlige sygehusvæsen i gennemsnit med 1,0 pct. om året fra 2019 til 2024. Dette står i stærk kontrast til den ellers positive produktivitetsvækst på 2,2 pct. om året fra 2004 til 2018. Danskerne kunne i 2024 have fået mere sygehusbehandling for ca. 6 mia. kr., hvis alle regioner var lige så gode til at udnytte ressourcerne som Region Midtjylland.

Kontakt

Karsten Bo Larsen

Forskningschef

karsten@cepos.dk

Telefon 41 22 04 76

CEPOS

Resumé

Emnet ”hospitaller og sundhed” har gennem en meget lang periode været blandt topscorerne blandt de emner, som vælgerne lægger mest vægt på¹. Derfor er det vigtigt, at befolkningen kan få indblik i, hvordan det går med driften af sygehusvæsenet. I den forbindelse er det helt afgørende, hvordan det går med sygehusenes evne til at levere sundhedsbehandlinger for skattekrone.

I perioden fra 2004-2018 udarbejdede Indenrigs- og Sundhedsministeriet årlige opgørelser af behandlingsaktiviteten pr. krone på de offentlige sygehuse – også kaldet produktiviteten. Udviklingen blev dokumenteret og publiceret i Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige produktivetsrapporter.

Produktiviteten på sygehusene steg i gennemsnit med 2,2 pct. om året fra 2004 og frem til 2018. Med økonomiaftalen for 2019 introducerede man en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet (Regeringen og Danske Regioner 2018), og siden da er der ikke udgivet rapporter over produktivetsudviklingen. Det har således ikke været muligt at vurdere, hvordan det er gået for de seneste to regeringer med hensyn til at give borgerne flest mulige sygehusbehandlinger for skattekrone.

Derfor undersøger vi i denne analyse produktivetsudviklingen fra 2019 og frem. Her finder vi følgende hovedresultater:

- De offentlige sygehuse oplevede samlet set et fald i produktiviteten på gennemsnitligt 1,0 pct. årligt i perioden 2019-2024. Dette svarer til, at man i 2024 kunne have fået meraktivitet på sygehusene for 4.088 mio. kr., hvis produktiviteten var forblevet uændret på 2019-niveau.
- Medarbejderproduktivitet – behandlingsaktivitet pr. medarbejder - faldt med 2,9 pct. om året i samme periode.
- I analysen redegøres der for, at Covid-19 i 2020-2022 og sygeplejerskestrejken i 2021 ikke påvirker den gennemsnitlige årlige produktivetsvækst.
- I 2024 havde Region Midtjylland det højeste produktivetsniveau, mens Region Sjælland havde det laveste. Hvis alle regioner havde været lige så produktive som Region Midtjylland, ville man i sygehusvæsenet kunne have opnået meraktivitet for 5.894 mio. kr., hvilket svarer til en stigning i produktionsværdien på 7,5 pct.
- Hvis man omsætter potentialet for meraktivitet i 2024 til antal operationer/undersøgelser (DRG-takst), svarer det inden for frakturkirurgi (intern fiksektion) til 70.800 knæ/underben operationer eller 72.300 hoftenære operationer. Alternativt svarer det til 2.280.000 komplicerede eller 2.916.200 ukomplicerede CT-scanninger. Inden for alloplastik (underkøstremitet, store led) svarer potentialet til 96.100 (primær/mindre revision) operationer eller 52.400 (større revision)

¹ <https://www.altinget.dk/artikel/saadan-staar-partier-politikere-og-vaelgere-her-er-de-nyeste-tal>

operationer. Inden for kræftområdet svarer det til, at man i gennemsnit ville kunne behandle 15.300 kræftpatienter over en 5-årig periode².

- Region Syddanmark havde det højeste medarbejderproduktivitsniveau i 2024, mens Region Hovedstaden havde det laveste. Hvis alle regioner havde været lige så produktive som Region Syddanmark, svarer det til et potentiale for meraktivitet på 3.644 mio. kr.
- Hvis man omsætter potentialet for medarbejderproduktivitet i 2024 til flere varme hænder, svarer det til, at man vil kunne ansætte 2.900 ledende overlæger, 4.670 underordnede læger eller 6.610 sygeplejersker (ikke-ledende).

Befolkningens sammensætning kan have betydning for, hvorfor nogle regioner er mere produktive end andre. Vi finder, at Region Sjælland har det højeste socioøkonomiske indeks (svageste borgersammensætning), hvilket kan gøre det sværere at opnå et højt produktivitsniveau. Omvendt havde Region Midtjylland det laveste socioøkonomiske indeks (stærkeste borgersammensætning), hvilket kan gøre det nemmere at opnå et højt produktivitsniveau.

Det bemærkes, at højere produktivitet ikke nødvendigvis betyder bedre service og behandlingsresultater for patienterne. Derimod kan der være en mulighed for, at øget produktivitet kan været opnået på bekostning af behandlingskvaliteten. Det er derfor væsentligt at supplere produktivitsanalysen med kvalitetsindikatorer. Specifikt undersøges følgende tre kvalitetsmål; ventetid, genindlæggelser og patienttilfredshed. Vi finder en statistik signifikant sammenhæng mellem højere produktivitet og lavere ventetid. Der er tale om en indirekte sammenhæng, hvor højere produktivitet og bedre ressourceanvendelse fører til øget aktivitet, hvilket leder til en reduktion i ventetid. Den praktiske betydning af sammenhængen er dog minimal. Vi finder, at der ikke er en væsentlig sammenhæng mellem udviklingen i genindlæggelser og produktivitet. I forhold til patienttilfredshed var det ikke muligt at udføre en statistik analyse.

Denne analyse har været i review hos to eksterne eksperter i sundhedsøkonomi. Vi skylder dem en stor tak for meget værdifulde bemærkninger og forslag til forbedringer af vores analyse, der alle er blevet indarbejdet i analysen. Eventuelle fejl og mangler i dette arbejdsrapport er naturligvis alene forfatterens ansvar.

Det bør naturligvis i forlængelse af denne analyse overvejes, hvordan man i fremtiden sikrer sig, at danskerne får mest mulig sundhed for deres skatte kroner.

Gennemsigthed i udviklingen i produktivitet er den altafgørende forudsætning for et øget politisk og styringsmæssigt fokus på sygehusenes evne til at levere behandling for pengene. Derfor kan det undre, at Sundhedsministeriet siden 2018 ikke har lavet årlige opgørelser af produktiviteten på sygehusene. Ydermere har Sundhedsministeriet gennem mange år ikke leveret de fornødne grunddata, der ville sætte andre i stand til at lave

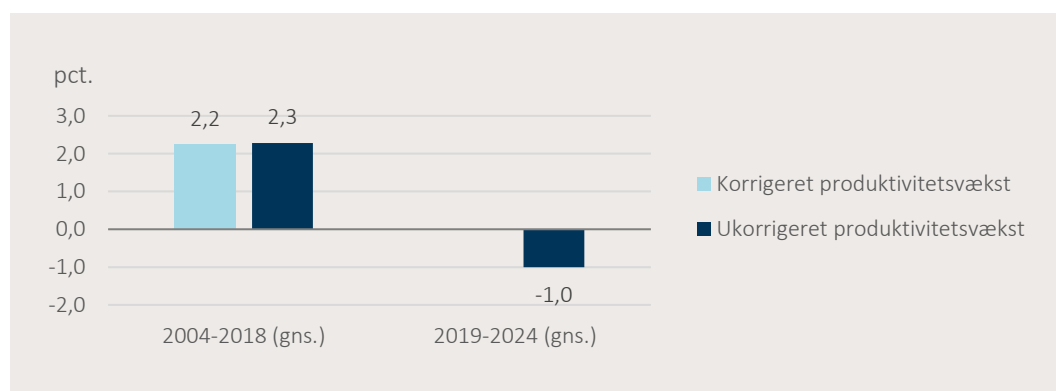
² Baseret på hvad en gennemsnitlig kræftpatient koster samfundet fra året før diagnosen til tre år efter diagnosen (fem år i alt). Ifølge Kruse og Hostenkamp (2016) kostede en gennemsnitlig kræftpatient 315.000 kr. i 2013 over en femårig periode (tabel 4.1 side 170). Det svarer til 384.000 kr. i 2024-priser.

produktivitetsopgørser sygehusene. Data er først for nylig blevet tilgængelige hos Danmarks Statistik, og derfor er det først med offentliggørelsen af denne analyse i 2026, at det bliver muligt at vurdere og debattere udviklingen i sygehussektoren i perioden 2019-2024.

Udover øget gennemsnitlighed i produktivitetsudviklingen bør det overvejes at genindføre en finansieringsmodel, der giver regionerne et økonomisk incitament til at øge deres produktivitet- eller i det mindste undgå betydelige fald over tid som det har været tilfældet i perioden 2019-2024.

Figur 1

Årlig produktivetsvækst på de offentlige sygehuse, gennemsnit (pct.)



Anm.: Korrigeret vs. ukorrigeret produktivetsvækst referer til, om der er taget højde for korrektionerne, der blev lavet i Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige produktivetsrapporter. Fra 2019 og frem findes korrektionerne ikke og derfor vises kun den ukorrigerede produktivetsvækst. Se figur 6 for yderligere detaljer.

1. Introduktion

Med økonomaftalen for 2019 introducerede man en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet. Her ændrede man fokus fra at være på sygehusaktivitet til et fokus på bredere mål. Det er derfor interessant, at Indenrigs- og Sundhedsministeriets rapporter over produktivitetsudviklingen i sygehussektoren, der blev publiceret årligt fra 2004 og frem til 2018 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet u.å.), stoppede med at blive udgivet, netop som man introducerede den nye styringsmodel.

Hovedparten af regionernes finansiering kommer fra staten, mens en mindre del kommer fra den kommunale medfinansiering jf. økonomisk vejledning (Danske Regioner, u.å.). Det betyder, at sundhedsvæsenet i princippet falder ind under Rigsrevisionens opgaver. En del af Rigsrevisionens forvaltningsopgave er at vurdere, om der er systemer og processer, der understøtter sparsommelighed, produktivitet og effektivitet (Rigsrevisionen, u.å.). De årlige produktivetsrapporter af sygehusvæsenet, der fandt sted frem til og med 2018, var med til at understøtte Rigsrevisionens opgave og sikre, at de statslige midler blev forvaltet efter hensigten. Det er derfor problematisk, at der ikke er udkommet produktivetsopgørelser siden 2018.

Introduktionen af den nye styringsmodel i 2019 samt det faktum, at der ikke har været offentliggjort produktivetsrapporter siden, gør det særligt interessant at se på, hvordan produktiviteten i sygehusvæsenet har udviklet sig de seneste seks år.

1.1 Ny styringsmodel for sundhedsvæsenet i 2019

Med økonomaftalen for 2019 indførte man en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet (Regeringen og Danske Regioner 2018). Frem til og med 2018 var der et statsligt produktivetskrav på 2 pct. om året. Gevinsterne fra effektiviseringerne forblev i sygehusvæsenet og kunne dermed bruges til at øge aktiviteten. Derudover var der en aktivitetspulje, der udgjorde 1 pct. af regionernes budget i perioden 2014-2018.

Produktivetsmålet på de 2 pct. havde ikke noget økonomisk incitament i sig selv. Det økonomiske incitament bestod i, at den årlige aktivitetsbaserede finansiering kun blev udbetalt, hvis produktivetskravet var opfyldt. I praksis indebar det, at baseline for årets produktion blev hævet med 2 pct. hvert år, og det var først når produktionen var højere end baseline, at den aktivitetsbaserede finansiering begyndte.

Med den nye styringsmodel afskaffede man det statslige produktivetskrav på 2 pct., og i stedet introducerede man et teknologibidrag som en form for finansieringsbidrag. Teknologibidraget var på 0,5 mia. kr. i 2019. Gevinsterne fra dette skulle forblive i sundhedsvæsenet – ligesom produktivetsgevinsterne fra det tidligere produktivetskrav også forblev i sundhedsvæsenet. Teknologibidraget skulle være med til at finansiere den demografiske udvikling, men så vidt vides, følges der ikke op på realiseringen af dette beløb.

Med den nye styringsmodel ønskede man at skifte fokus fra primært at være på sygehusaktivitet til at have fokus på bredere mål, herunder omstilling af patienterne fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen. I den forbindelse blev aktivitetspuljen afskaffet. Finansieringen fra aktivitetspuljen blev anvendt til at introducere nærhedsfinansiering, der udgjorde 1,5 mia. kr. i 2019. Ligesom aktivitetspuljen udbetales nærhedsfinansieringen løbende i budgetåret, hvilket er med til at lægge en smule økonomisk pres.

1.2 Tidligere produktivetsmålinger

Der har længe været interesse for produktivetsudviklingen i sundhedsvæsenet. I 1986 anvendte Indenrigsministeriet en regressionsmodel til at beregne produktiviteten per sygehus (Indenrigsministeriet 1986). Året efter anvendte Pedersen, Olesen og Petersen (1987) DEA-metoden til at måle produktiviteten på de danske sygehuse. Se også Pedersen (2013) for yderligere information.

I 1995 begyndte man at eksperimentere med anvendelsen af DRG-systemet til produktivetsmålinger (Sundhedsministeriet 1995). Dette banede vejen for Indenrigs- og Sundhedsministeriets rapporter over produktivetsudviklingen i sygehussektoren, der årligt blev publiceret fra 2004 og frem til 2018 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet u.å.). Men offentliggørelserne har desværre ikke fundet sted siden 2018, og siden da har der derfor været begrænset viden om produktiviteten på sygehusene.

En af de eneste produktivetsindikationer, der har været siden 2018, blev foretaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2023 som en del af et eftersyn af sygehusvæsenet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2023). På baggrund af lavere produktionsværdi (målt i DRG-værdi) og en stigning i antallet af sundhedsfagligt personale, konkluderede eftersynet, at der var et produktivetsfald på de offentlige sygehuse på 4 pct. fra 2. kvartal 2019 til 2. kvartal 2022.

1.3 Nærværende analyse

Nærværende analyse tager udgangspunkt i Indenrigs- og Sundhedsministeriets metode til beregning af produktivetsudviklingen. Det vil sige, at produktivetsudviklingen udelukkende vises for somatisk behandling på offentlige sygehuse. Produktivitet beregnes via omkostningsbrøkmotoden, dvs. produktionsværdien divideret med de tilrettede driftsudgifter, hvor de tilrettede driftsudgifter er de direkte patientrelaterede driftsudgifter på sygehusene og afspejler udgiften ved selve sygehusbehandlingen af somatiske patienter.

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige rapporter over produktiviteten i sygehussektoren foretages en række korrektioner af produktionsværdien og de tilrettede driftsudgifter. Produktionsværdien korrigeres for medicin på ambulante afdelinger, for forskelle i organisering og regionsspecifikke korrektioner, mens de tilrettede driftsudgifter korrigeres for udgifter til medicin på ambulante afdelinger samt udgifter til internt finansieret forskning. Det har desværre ikke været muligt at finde disse korrektioner fra

2019 og frem, og derfor er de ikke inkluderet i beregningen af produktivitsudviklingen fra 2019 til 2024. Historisk set har korrektionerne dog ikke haft en væsentlig indflydelse på produktivitsvæksten bortset fra 2018 jf. bilag 1. Korrektionerne har til gengæld en mindre indflydelse på, hvordan regionerne klarer sig indbyrdes, når man ser på produktivitsniveauet. Her er det valgt at lave en justering for at imødekomme dette. Ser man på det samlede potentiale for meraktivitet i 2018, har det dog meget lille betydning.

Da vi ikke kender korrektionerne fra 2019 og frem, er det heller ikke muligt at tage højde for organisatoriske ændringer i denne periode, ligesom der heller ikke kan tages højde for potentielle store udsving i medicin, forskning og andre regionsspecifikke forhold.

Man kan diskutere hvilke inputs og outputs, der bør indgå i produktivitsanalysen. Vi har valgt at tage udgangspunkt i totalproduktivitet, som anvendes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Derudover ser vi på medarbejderproduktivitet, da lønninger udgør den største udgiftspost i sygehusvæsenet (lønninger udgjorde 62 pct. af de totale driftsudgifter i 2024³). Derved kan vi måle værdien, der skabes per fuldtidsbeskæftiget. Man kunne dog også argumentere for, at det er interessant at se på kapital og teknologi, siden produktivitsstigninger i sygehusvæsenet også hænger sammen med f.eks. MR- og CT-scannere, robotkirurgi og telemedicin.

Nedenfor gennemgås først udviklingen i produktionsværdi, dernæst udviklingen i de tilrettede driftsudgifter og lønudgifter. Til sidst vises udviklingen i totalproduktivitet og medarbejderproduktivitet. I den forbindelse redegøres der både for påvirkningen af Covid-19 i 2020-2022 og sygeplejerskestrejken i 2021.

Produktiviteten opgøres på landsplan og på regionsniveau. Vi er også interesseret i produktiviteten på sygehusniveau, men det har desværre ikke været muligt at undersøge det nærmere med det tilgængelige data fra Danmarks Statistik vedrørende produktionsværdi. Når man ser på produktivitsniveauet på regionsniveau, er det relevant at overveje, om borgersammensætningen har betydning for, hvor godt/dårligt en region klarer sig. Dette belyses ved at se på det socioøkonomiske indeks per region.

Afslutningsvis suppleres produktivitsanalysen med et afsnit vedrørende kvalitet i sygehusvæsenet. Dette er relevant, siden produktivitsberegningen ikke tager højde for kvaliteten af behandlingen. Mere specifikt undersøges udviklingen i ventetid, genindlæggelser og patienttilfredshed.

³ Lønninger som procent af de totale driftsudgifter (skema 1-3)

2. Udvikling i produktionsværdi

2.1 Metode

Produktionsværdien frem til 2018 er baseret på Indenrigs- og Sundhedsministeriets opgørelser, mens produktionsværdien for 2019-2024 er beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistiks forskerdatabase vedrørende DRG (Diagnose Relaterede Grupper) produktionsværdi.

Når man ser på udviklingen i produktionsværdi, er det væsentligt, at det foregår i faste priser. Siden DRG-systemet ændres fra år til år, skal vi derfor både kende indeværende år og forrige års produktionsværdi i indeværende års takstsystem. Udviklingen fra 2019 og frem kan beregnes ved hjælp af Danmarks Statistiks forskningsservice, hvor hvert register-år fra 2021-2024 dækker en treårig periode. Således kan vi beregne udviklingen for 2019-2021 baseret på DRG2021⁴, 2021-2022 udviklingen på DRG2022, 2022-2023 udviklingen på DRG2023, og 2023-2024 udviklingen på DRG2024.

I starten af 2019 var der en overgang fra LPR2 (Landspatientregister, version 2) til LPR3, hvilket skaber et databrud. Det er derfor valgt ikke at estimere udviklingen fra 2018 til 2019. Alle regioner var først fuldt overgået til LPR3 i starten af marts, og derfor estimeres udviklingen fra 2019 til 2020 kun på baggrund af 2.-4. kvartal.

Det er valgt at vise både den korrigerede og ukorrigerede produktionsværdi. Den korrigerede produktionsværdi er den officielle produktionsværdi, som er offentliggjort i de årlige opgørelser af produktiviteten i sygehusvæsenet frem til 2018. Her korrigeres produktionsværdien for udgifter til medicin på ambulante afdelinger, forskelle i organisering samt regionsspecifikke korrektioner. Det har ikke været muligt at inkludere korrektionerne i denne analyse, og derfor vises udviklingen fra 2019 til 2024 kun som den ukorrigerede produktionsværdi. Se bilag 1 for nærmere uddybelse af korrektionerne.

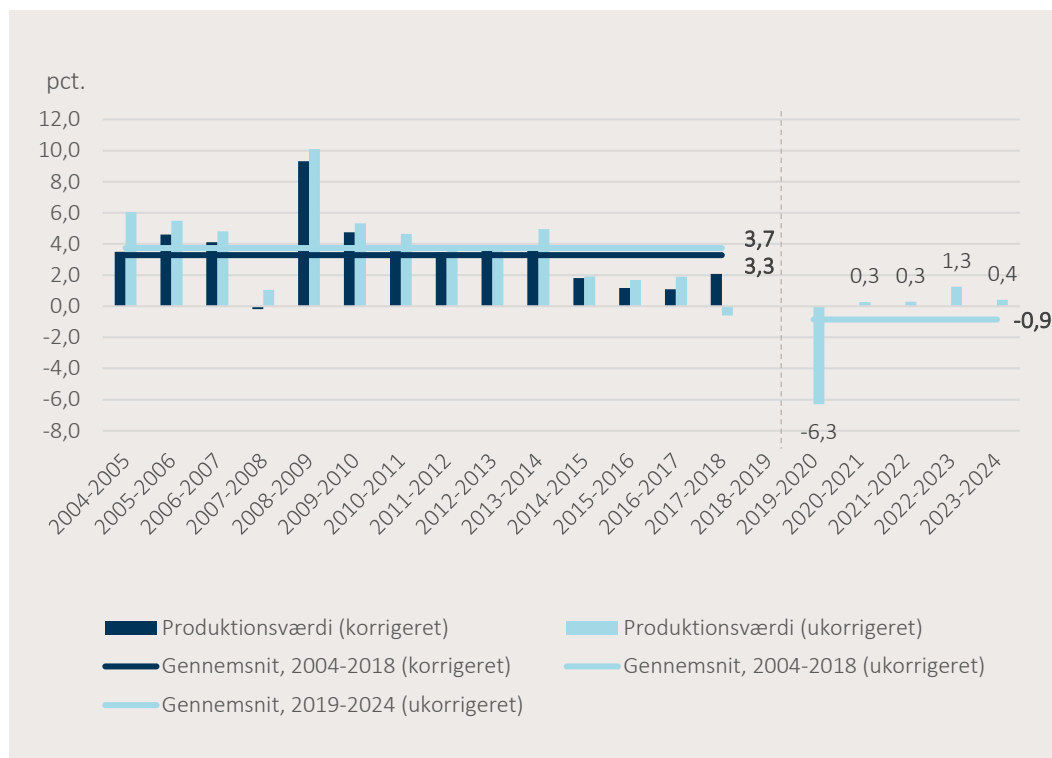
2.2 Resultat

Generelt set har der i perioden fra 2004 til 2024 været en nedadgående trend, når man ser på udviklingen i produktionsværdi. Det bemærkes, at 2008 og 2021 var påvirket af sygeplejerskestrejker, mens 2020-2022 var påvirket af Covid-19.

I 2019 indførte man en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet. Det gør det interessant at sammenholde udviklingen frem til 2018 med udviklingen efter. Ser man på figur 2, var den gennemsnitlige årlige vækst i produktionsværdi (ukorrigeret) på 3,7 pct. i perioden 2004-2018, mens den var på -0,9 pct. i perioden 2019-2024. Således var der en gennemsnitlig positiv vækst i produktionsværdi frem til 2018, mens væksten i gennemsnit har været svagt negativ i perioden 2019-2024.

⁴ Optimalt set vil produktionsværdien opgøres i de indeværende års priser, så udviklingen for 2019-2020 ville optimalt set blive opgjort i DRG2020. Dette har dog ikke været muligt med det tilgængelige data.

Figur 2

Udvikling i DRG produktionsværdi (pct.)

Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode. Udviklingen for 2019-2020 er i DRG2021. Udviklingen for 2019-2020 er for 2.-4. kvartal pga. overgangen til LPR3. Den stiplede linje indikerer et databrud som følge af overgangen fra LPR2 til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Udviklingen fra 2004-2018 er egne beregninger ud fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren", mens udviklingen fra 2019-2024 estimeres på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

2020 vækst: Produktionsværdien faldt med 6,3 pct. fra 2019 til 2020, hvilket er drevet af Covid-19. For at vurdere påvirkningen af Covid-19 sammenlignes produktionsværdien for de Covid-ramte måneder med de tilsvarende måneder i ikke-Covid ramte år. Beregninger for påvirkningen af Covid-19 fremgår af bilag 6.

Det var særligt månederne fra marts til maj 2020, hvor produktionsværdien var lavere sammenlignet med 2019. Et forsigtigt estimat af Covid-19's betydning på væksten i produktionsværdi er på mellem -5,4 og -6,6 procentpoint for 2020 jf. bilag 6.

Produktionsværdien fra juli til december 2020 ser også ud til at være påvirket af Covid-19, når man sammenligner med 2019. Produktionsværdien i 2023, som er et post-Covid år, var dog ikke væsentligt højere end Covid-årene 2020-2022, hvilket indikerer, at produktionsværdien ikke er tilbage på niveauet før Covid-19. Dette understøttes af den gennemsnitlige negative vækstrate på 0,9 pct. i perioden 2019-2024.

2021 vækst: Fra 2020 til 2021 var der en positiv vækst i produktionsværdien på 0,3 pct. Som det fremgår af bilag 6, estimeres Covid-19 at påvirke væksten på mellem -0,3 og +2,1 procentpoint.

Væksten i 2021 blev negativt påvirket af sygeplejerskestrejken, der varede fra den 19. juni til den 28. august 2021 (TV2 2021). Sundhedsstyrelsen vurderede den 25. august 2021, at behandlingsefterslæbet som følge af strejken var på 35.500 udskudte operationer, og det kunne tage op mod 2 år at afvikle efterslæbet (Sundhedsstyrelsen 2021). I bilag 5 estimeres sygeplejerskestrejken at påvirke væksten i produktionsværdi negativt med 0,5-0,7 procentpoint i 2021. Det er særligt i august måned, at der var et fald i produktionsværdi.

2022 vækst: I 2022 steg produktionsværdien med 0,3 pct. Det kan undre, at væksten i 2022 ikke var højere, da der var en lav base i 2021 som følge af både Covid-19 og sygeplejerskestrejken. Et forsigtigt estimat i bilag 5 og bilag 6 indikerer, at Covid-19 havde en positiv påvirkning på væksten på 2,2 til 4,3 procentpoint, mens sygeplejerskestrejken påvirkede væksten positivt med 0,5 til 0,7 procentpoint.

2023 vækst: I 2023 var væksten på 1,3 pct. Estimatet fra bilag 6 indikerer, at Covid-19 havde en positiv nettoeffekt i 2023 pga. den lavere base i 2022. Estimatet for Covid-19 er på mellem +1,4 og +2,3 procentpoint.

2024 vækst: I 2024 steg produktionsværdien med 0,4 pct.

Ser man på udviklingen i de øvrige aktivitetsindikatorer, viser de samme billede som udviklingen i DRG-værdi jf. bilag 2.

3. Udvikling i driftsudgifter

3.1 Metode

De tilrettede driftsudgifter er baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen. I Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige offentliggørelse af produktivitet i sygehusvæsenet korrigeres driftsudgifterne for medicin på ambulante afdelinger og udgifter til internt finansieret forskning. Da det ikke har været muligt at inkludere disse korrektioner i beregningerne fra 2019 og frem, vises udviklingen i denne periode kun som ukorrigerede udgifter.

Udviklingen i de tilrettede driftsudgifter er baseret på faste priser med pris- og lønjustering fra aftalerne om regionernes økonomi (Danske Regioner). Frem til 2018 kendes den faktiske pris- og lønregulering fra de årlige produktivetsrapporter, men for at gøre hele perioden sammenlignelig er det valgt at anvende pris- og lønjusteringen fra Danske Regioner gennem hele perioden. Forskellen mellem de to pris- og lønjusteringer er minimal, hvilket fremgår af figur 18 i metodebilaget.

3.2 Resultat

I perioden fra 2019 til 2024 steg de ukorrigerede udgifter i gennemsnit 0,2 pct. per år jf. figur 3. I perioden 2004-2018 steg de officielle (korrigerede) udgifter 1,1 pct. i gennemsnit og de ukorrigerede (sammenlignelige) udgifter steg med 1,8 pct.⁵. Således har der været en tendens til en mindre stigningstakt i driftsudgifter efter 2019 i forhold til før 2018.

2019 vækst: De tilrettede driftsudgifter steg med 0,4 pct. fra 2018 til 2019.

2020 vækst: Fra 2019 til 2020 faldt de tilrettede driftsudgifter med 0,2 pct.

Driftsudgifterne var påvirket af Covid-19 i 2020-2022. Ifølge skema 6.39 "Særlige udgifter ifm. COVID-19" i de tilrettede driftsudgifter, var denne post på 2.559 mio. kr. i 2020, 2.183 mio. kr. i 2021 og 1.837 mio. kr. i 2022. Det er dog værd at bemærke, at skema 6.39 fratrækkes de samlede tilrettede driftsudgifter og derfor ikke påvirker udviklingen i de tilrettede driftsudgifter. Udviklingen i de tilrettede driftsudgifter er derfor kun påvirket af Covid-19 i det omfang, at Covid-19 relaterede udgifter ikke er en del af skema 6.39.

2021 vækst: Fra 2020 til 2021 faldt de tilrettede driftsudgifter med 3,1 pct.

Sygeplejerskestrejken i 2021 påvirkede lønudgifterne, da sygeplejerskerne ikke fik løn fra deres arbejdsgiver under strejken. Et forsigtigt estimat i bilag 5 indikerer, at udviklingen i lønudgifter blev påvirket mellem 0,3 og 0,4 procentpoint i 2021. Derved bidrager de lavere lønudgifter kun en smule til faldet i de tilrettede driftsudgifter.

⁵ Pris- og lønindeks fra Danske Regioner er anvendt i hele perioden for de ukorrigerede udgifter

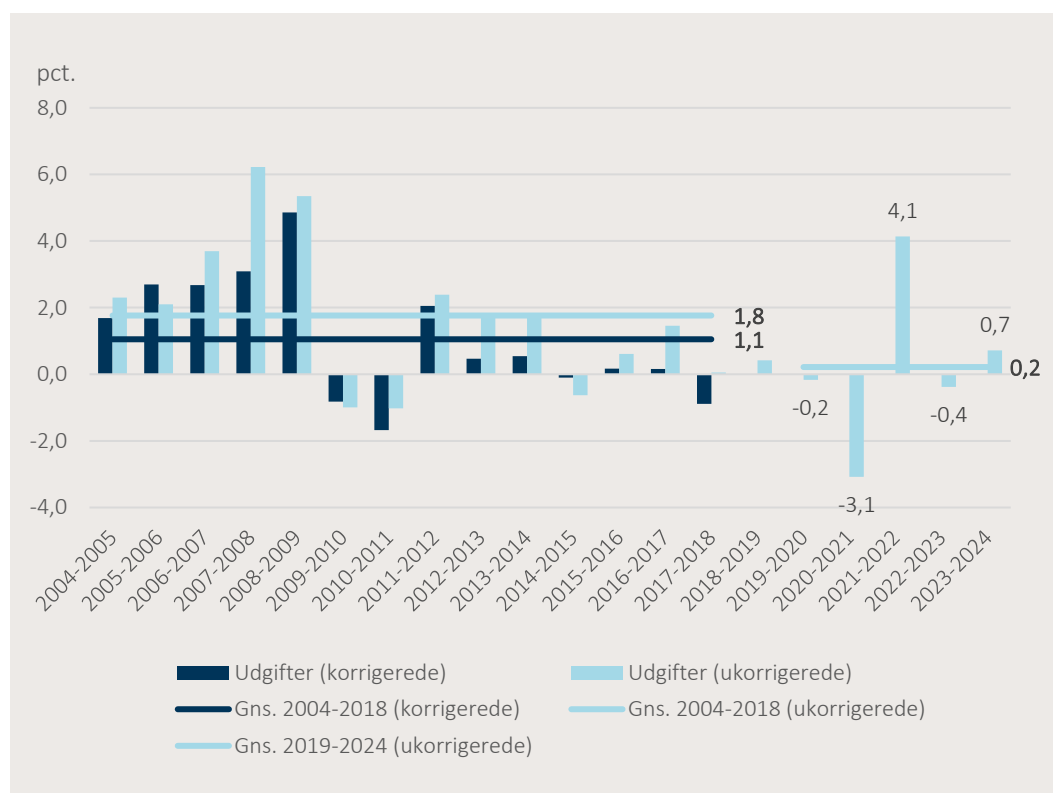
2022 vækst: De tilrettede driftsudgifter steg med 4,1 pct. fra 2021 til 2022. Pga. de lavere udgifter til sygeplejerskerne i 2021, bidrog de sygeplejerskestrejken i 2021 en smule til stigningen i driftsudgifterne i 2022.

2023 vækst: Fra 2022 til 2023 faldt de tilrettede driftsudgifter med 0,4 pct.

2024 vækst: De tilrettede driftsudgifter steg med 0,7 pct. fra 2023 til 2024.

Figur 3

Udvikling i de tilrettede driftsudgifter (pct.)



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren", Sundhedsdatastyrelsen samt PL-justering fra Danske Regioner

Det bemærkes, at der kan være store forskelle på udviklingen i de tilrettede driftsudgifter ift. udviklingen i de samlede driftsudgifter. F.eks. faldt de tilrettede driftsudgifter med 0,2 pct. fra 2020 til 2021, mens de samlede driftsudgifter i samme periode steg med 4,1 pct.⁶. Desuden er det værd at bemærke, at skemaerne, der ligger til grund for beregningen af de tilrettede driftsudgifter, løbende revideres af Sundhedsdatastyrelsen. Det betyder, at der er forskel på, hvad de tilrettede driftsudgifter indeholder fra år til år og gør det udfordrende at se på udviklingen.

⁶ Faste priser, pris- og lønindeks fra Danske Regioner. De samlede driftsudgifter er skema 1-3, og de tilrettede driftsudgifter er skema 1-3 minus skema 4-7.

4. Udvikling i lønomkostninger

Lønomkostninger er den største udgiftspost i sygehusvæsenet, og det er derfor interessant at se på udviklingen i disse omkostninger særskilt.

4.1 Metode

Lønomkostninger er fra de tilrettede driftsudgifter og er en summering af Skema 1 'Hovedart 1: Lønninger' og Skema 2 'Hovedart 1: Lønninger'.

Fordelen ved at anvende lønudgifterne fra de tilrettede driftsudgifter er, at det er disse lønudgifter, Sundhedsdatastyrelsen har vurderet hører til somatisk behandling. Man kunne også have valgt at anvende data fra KRL (u.å.), men da det ikke er muligt at se den regionale kontoplan '1.10.01 Somatiske sygehuse' per region, vurderes det ikke at være en god mulighed. Man kunne som et andet alternativ have valgt at beregne lønomkostninger baseret på Danmarks Statistiks forskningsdatabase, men ulempen ved dette er, at man ikke kan opdele i somatisk og psykiatrisk behandling. I bilag 3 kan man se udviklingen i lønomkostninger ved de alternative metoder.

4.2 Resultat

I perioden 2012-2018 steg lønomkostningerne til somatisk sygehusaktivitet med et gennemsnit på 0,7 pct. om året, mens den gennemsnitlige vækst var på 2,2 pct. i perioden 2019-2024 jf. figur 4.

2019 vækst: Lønudgifterne steg med 2,2 pct. fra 2018 til 2019.

2020 vækst: Fra 2019 til 2020 steg lønudgifterne med 3,5 pct. Lønudgifterne blev påvirket af Covid-19, hvor man ser en stigning i antal fuldtidsbeskæftigede fra april 2020 og frem, hvilket fremgår af bilag 6. Hvis antal fuldtidsbeskæftigede for de Covid-19 påvirkede stillingsgrupper havde været på niveau med 2019 (før Covid-19), svarer det til, at væksten i lønudgifter blev påvirket med +0,9 procentpoint i 2020.

2021 vækst: Fra 2020 til 2021 steg lønudgifterne med 6,7 pct. Covid-19 bidrog til stigningen i lønudgifter, som det fremgår af bilag 6. Hvis antal fuldtidsbeskæftigede for de Covid-19 påvirkede stillingsgrupper havde været på niveau med enten 2019 eller 2023, svarer det til en påvirkning på væksten i lønudgifter hhv. +3,2 og +1,8 procentpoint.

Sygeplejerskestrejken i 2021 påvirkede dog lønudgifterne i den modsatte retning, da sygeplejerskerne ikke fik løn fra deres arbejdsgiver under strejken. Som det fremgår af bilag 5, estimeres sygeplejerskestrejken at påvirke væksten med -0,3 til -0,4 procentpoint.

2022 vækst: Lønudgifterne steg med 2,1 pct. fra 2021 til 2022. De lavere lønudgifter under sygeplejerskestrejken i 2021 bidrager en smule til stigningen i lønudgifter i 2022. Til gengæld trækker Covid-19 i den modsatte retning, og estimeres i bilag 6 at have en

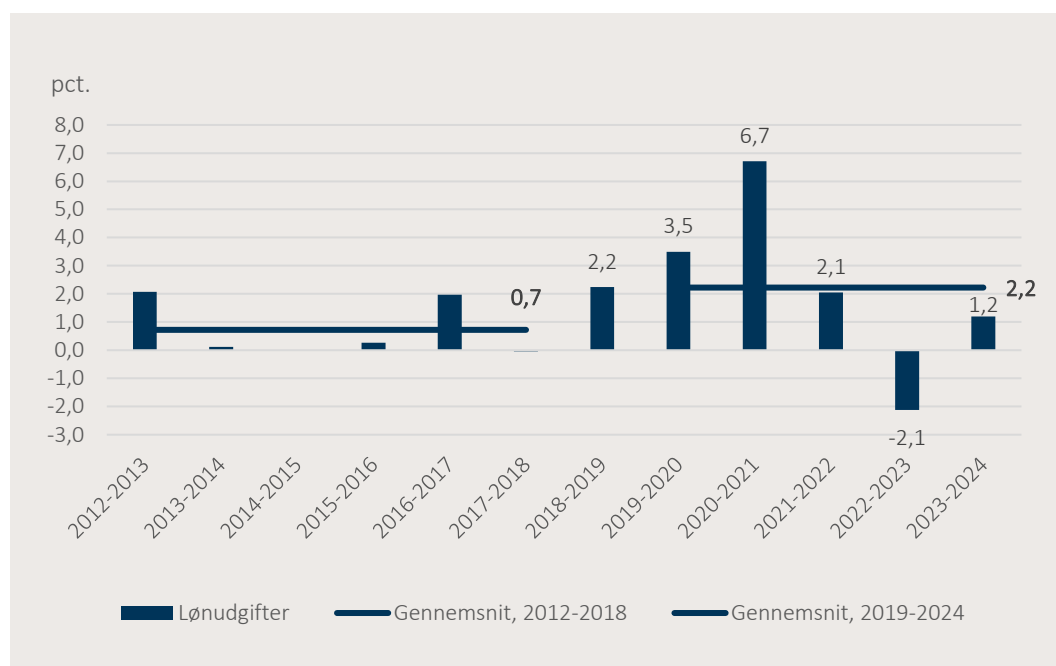
påvirkning på væksten i lønudgifter på mellem -1,4 og -3,3 procentpoint. Det skyldes, at Covid-19 relaterede lønudgifter var lavere i 2022 end i 2021.

2023 vækst: Fra 2022 til 2023 faldt lønudgifterne med 2,1 pct. Covid-19 bidrog til faldet i lønudgifter pga. den højere base i 2022, og påvirkningen af Covid-19 estimeres i bilag 6 til at være på mellem -0,8 og -1,3 procentpoint.

2024 vækst: Lønudgifterne steg med 1,2 pct. fra 2023 til 2024.

Figur 4

Udvikling i lønomkostninger (pct.)



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen). Lønudgifterne dækker over Skema 1 'Hovedart 1: Lønninger' og Skema 2 'Hovedart 1: Lønninger'. PL-justering fra Danske Regioner.

4.3 Sammenligning af lønomkostninger med de tilrettede driftsudgifter

Hvis man sammenligner udviklingen i lønomkostninger med udviklingen i de samlede tilrettede driftsudgifter, ser man en væsentlig forskel de seneste år jf. figur 5. F.eks. steg lønudgifterne med 3,5 pct. i 2020 og 6,7 pct. i 2021, mens de tilrettede driftsudgifter faldt med 0,2 pct. i 2020 og 3,1 pct. i 2021.

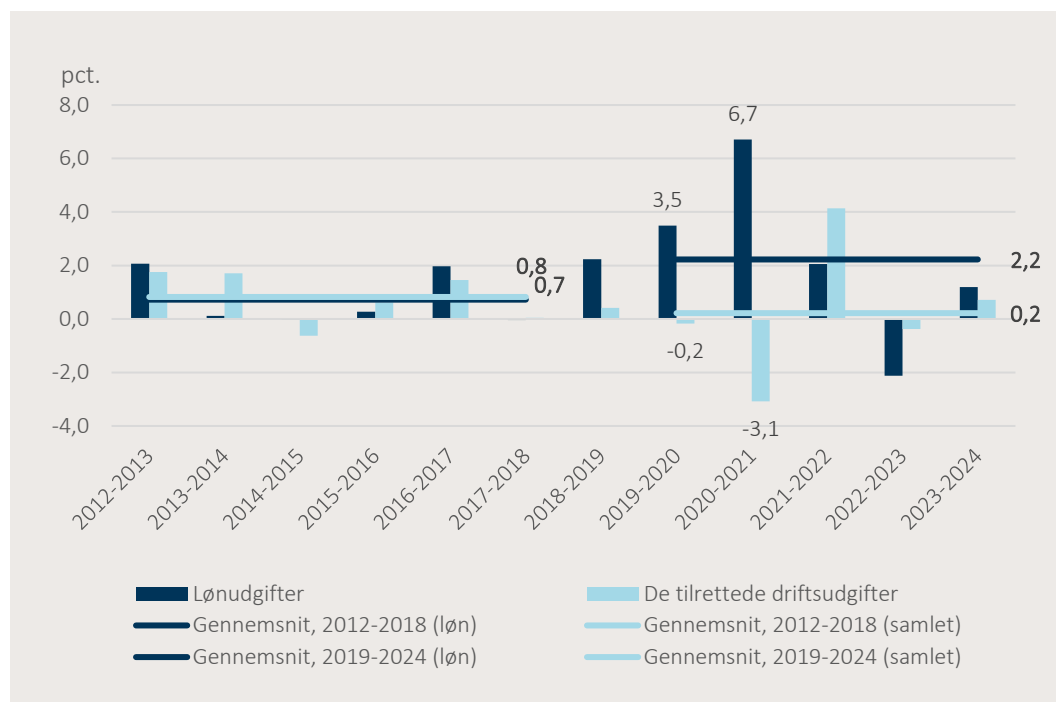
Der er også en væsentlig forskel i den gennemsnitlige vækstrate for 2019-2024. Mens de tilrettede driftsudgifter steg med 0,2 pct. om året, steg lønudgifterne med 2,2 pct. om året. Den lavere vækst i de tilrettede driftsudgifter skyldes bl.a. tilføjelsen af 'skema 6.42 udleveret medicin' i 2021, der fratrækkes i de tilrettede driftsudgifter⁷.

⁷ Udgifterne i "skema 6.42: Udleveret medicin" var på 3.729 mio. kr. i 2021, 3.626 mio. kr. i 2022, 4.021 mio. kr. i 2023 og 4.449 mio. kr. i 2024.

I perioden 2020-2022 er udgifterne påvirket af Covid-19. En væsentlig forskel, på hvad der indgår i de tilrettede driftsudgifter i forhold til lønudgifterne, er, at særlige udgifter til Covid-19 bliver fratrasket i opgørelsen af de tilrettede driftsudgifter⁸.

Figur 5

Sammenligning af lønomkostninger og de tilrettede driftsudgifter



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen) og PL-justering fra Danske Regioner.

I produktivitsanalysen er det valgt at se på både udviklingen i totalproduktivitet og udviklingen i medarbejderproduktivitet. Givet den store forskel på udviklingen i de tilrettede driftsudgifter og udviklingen i lønudgifterne, er der en væsentlig forskel på resultaterne i de to produktivitsberegninger.

⁸ Udgifterne i "skema 6.39: Særlige udgifter ifm. Covid-19" var på 2.559 mio. kr. i 2020, 2.183 mio. kr. i 2021, 1.837 mio. kr. i 2022, 113 mio. kr. i 2023 og 29 mio. kr. i 2024.

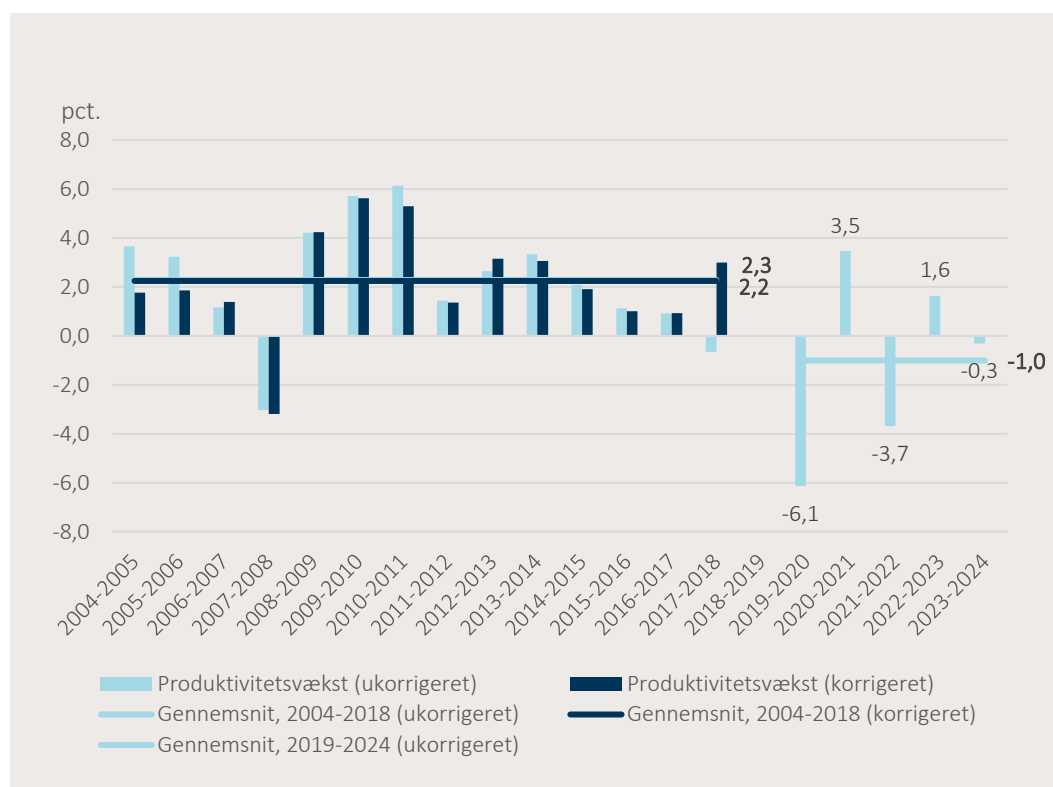
5. Udvikling i totalproduktivitet

Produktiviteten opgøres via omkostningsbrøkmethode som produktionsværdi divideret med de tilrettede udgifter.

Den gennemsnitlige produktivitetsudvikling var på -1,0 pct. i perioden 2019-2024 jf. figur 6. I perioden 2004-2018 var den ukorrigerede (sammenlignelige) produktivitetsvækst på +2,3 pct., mens den korrigerede (officielle) produktivitetsvækst var på +2,2 pct.

Figur 6

Produktivitetsudvikling fra år til år (pct.)



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode. Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Den stiplede linje indikerer et databrud som følge af overgangen fra LPR2 til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Data frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Data fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner.

2020 vækst: Fra 2019 til 2020 faldt produktiviteten med 6,1 pct. Det var drevet af et fald i produktionsværdien på 6,3 pct., mens udgifterne faldt med 0,2 pct. Som tidligere beskrevet er den negative vækst i produktionsværdien i 2020 drevet af Covid-19 med en estimeret påvirkning på mellem -5,4 og -6,6 procentpoint.

2021 vækst: Der var en positiv produktivitetsvækst på 3,5 pct. fra 2020 til 2021. Dette var drevet af et fald i udgifter på 3,1 pct., mens produktionsværdien steg med 0,3 pct. Som beskrevet i afsnittet om produktionsværdi havde Covid-19 formentlig en lille positiv påvirkning på produktionsværdivæksten på mellem -0,3 og +2,1 procentpoint. De tilrettede driftsudgifter blev kun påvirket i det omfang, at Covid-19 udgifterne ikke hørte under skema 6.39 "Særlige udgifter ifm. COVID-19".

Sygeplejerskestrejken havde formentlig kun en minimal påvirkning på væksten. Estimatet i bilag 5 indikerer en lille negativ påvirkning på produktivitetsvæksten på mellem -0,1 og -0,4 procentpoint.

2022 vækst: Produktiviteten faldt med 3,7 pct. i 2022, drevet af en stigning i udgifter på 4,1 pct., mens produktionsværdien steg med 0,3 pct. Den negative produktivitetsvækst var på trods af, Covid-19 estimeres at påvirke produktionsværdivæksten positivt med mellem +2,2 og +4,3 procentpoint jf. bilag 6, mens de tilrettede driftsudgifter kun var påvirket, hvis Covid-19 udgifterne ikke indgik under skema 6.39. Desuden påvirkes væksten en smule positivt af sygeplejerskestrejken med +0,1 til +0,4 procentpoint.

2023 vækst: Produktiviteten steg med 1,6 pct. fra 2022 til 2023. Dette var drevet af en vækst i produktionsværdien på 1,3 pct., mens udgifterne faldt med 0,4 pct. Igen var væksten positivt påvirket af den lavere base i 2022 som følge af Covid-19. I bilag 6 estimeres Covid-19 at have en positiv påvirkning på væksten i produktionsværdi på mellem +1,4 og +2,3 procentpoint.

2024 vækst: Fra 2023 til 2024 faldt produktiviteten med 0,3 pct. Dette var drevet af en stigning i de tilrettede driftsudgifter på 0,7 pct., mens produktionsværdien steg med 0,4 pct.

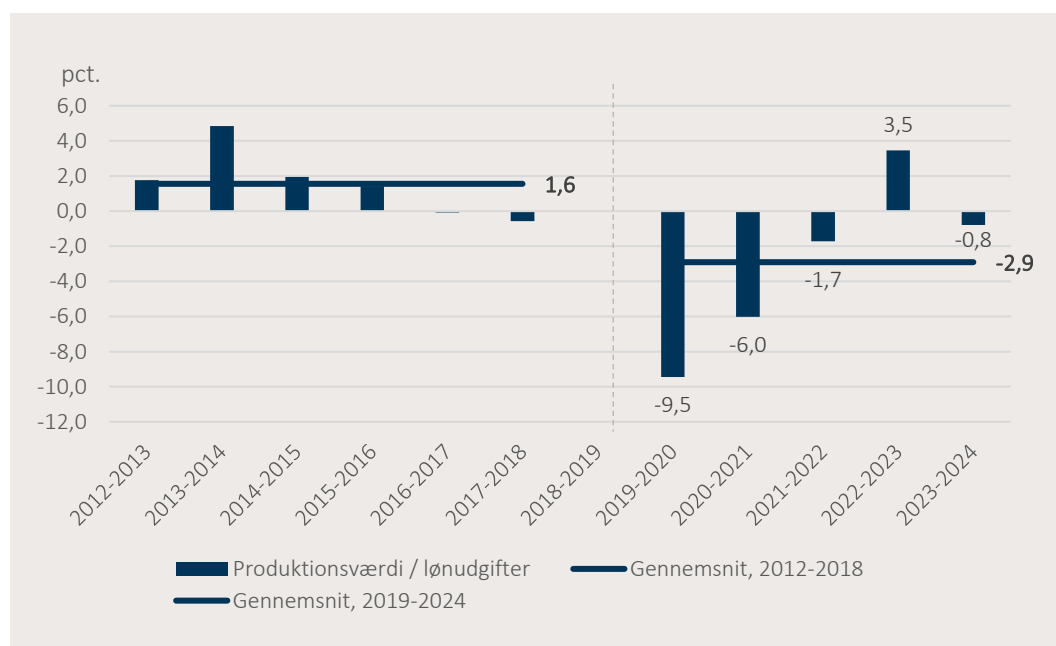
6. Udvikling i medarbejderproduktivitet

Som en supplerende opgørelse, er det interessant at se på udviklingen i medarbejderproduktivitet. Her er det valgt kun at se på produktionsværdi som andel af den samlede lønsum, fordi udviklingen for produktionsværdi per medarbejder næsten er identisk.

Ser man på produktiviteten per medarbejder, var der en gennemsnitlig negativ vækst på 2,9 pct. i perioden 2019-2024 sammenlignet med en positiv vækst på 1,6 pct. i perioden 2012-2018 jf. figur 7. Hvis man ser på udviklingen baseret på lønudgifter fra KRL og Danmarks Statistik, ses der samme tendens jf. bilag 4.

Figur 7

Medarbejderproduktivitetsudvikling (pct.)



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode. Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 er for 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Den stiplede linje indikerer et databrud som følge af overgangen fra LPR2 til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud. Kilde: Produktionsværdien frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Produktionsværdien fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik. Lønudgifter er fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen) og PL-justering fra Danske Regioner.

2020 vækst: I 2020 var der et fald i medarbejderproduktivitet på 9,5 pct., påvirket af et fald i produktionsværdi på 6,3 pct. og en stigning i lønudgifter på 3,5 pct. Som tidligere beskrevet, er både produktionsværdi og lønudgifter i 2020 negativt påvirket af Covid-19. I bilag 6 estimeres Covid-19 til samlet set at påvirke medarbejderproduktivitetsvæksten med mellem -6,4 og -7,5 procentpoint.

2021 vækst: Medarbejderproduktiviteten faldt med 6,0 pct. i 2021, drevet af en stigning i lønudgifter på 6,7 pct., mens produktionsværdien steg med 0,3 pct. Som beskrevet tidligere estimeres Covid-19 at påvirke væksten i lønudgifter med mellem +1,8 og +3,2 procentpoint, mens påvirkningen på væksten i produktionsværdi estimeres til at være på mellem -0,3 og +2,1 procentpoint. Det svarer til en samlet effekt på medarbejderproduktivitetsvæksten på mellem -3,4 og +0,4 procentpoint. Sygeplejerskestrejken havde en minimal påvirkning på produktivitetsvæksten på mellem -0,1 og -0,4 procentpoint jf. bilag 5.

2022 vækst: I 2022 var der et fald i medarbejderproduktivitet på 1,7 pct., drevet af en stigning i lønudgifter på 2,1 pct., mens produktionsværdien steg med 0,3 pct. Faldet i medarbejderproduktivitet er på trods af, at Covid-19 estimeres til at have en positiv påvirkning på væksten på mellem 3,6 og 7,6 procentpoint.

2023 vækst: I 2023 steg medarbejderproduktiviteten med 3,5 pct., drevet af et fald i lønudgifter på 2,1 pct. og en stigning i produktionsværdi på 1,3 pct. Væksten var positivt påvirket af den lavere base i 2022 som følge af Covid-19, der estimeres at påvirke medarbejderproduktivitetsvæksten med mellem 2,2, og 3,6 procentpoint.

2024 vækst: Medarbejderproduktiviteten faldt med 0,8 pct fra 2023 til 2024. Dette var drevet af en stigning i lønudgifter på 1,2 pct., mens produktionsværdien steg med 0,4 pct.

7. Totalproduktivitet per region

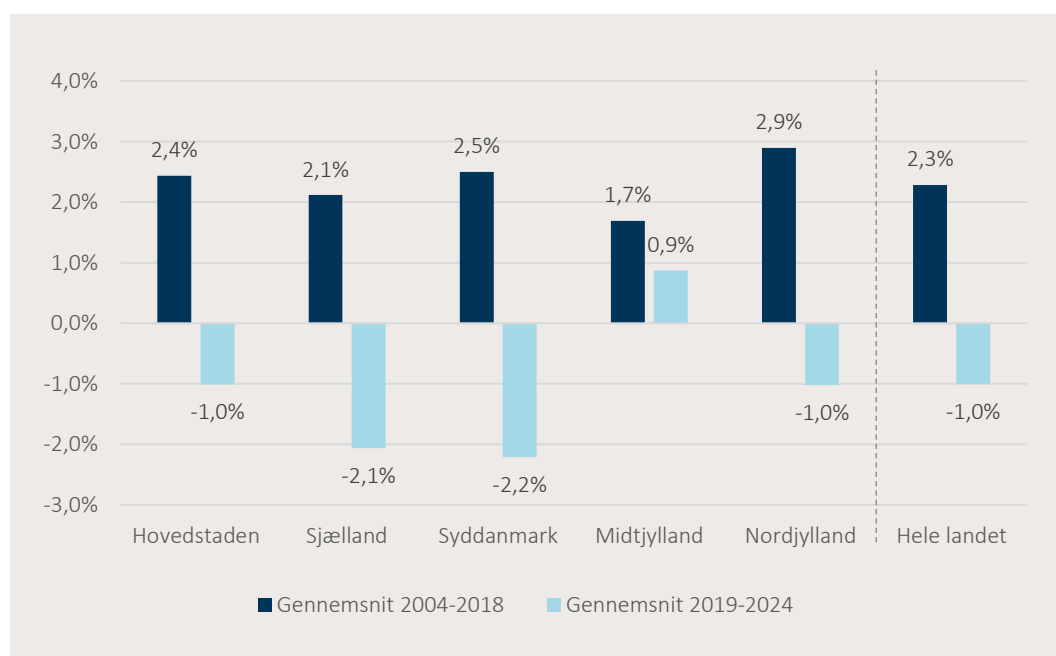
Denne sektion giver et indblik i produktivitetsudviklingen per region.

7.1 Produktivitetsudvikling per region

Ser man på udviklingen på regionsniveau, var Region Midtjylland den eneste region med en gennemsnitlig positiv produktivitetsvækst i perioden 2019-2024 jf. figur 8. Regionen havde dog til gengæld den laveste gennemsnitlige produktivitetsvækst i perioden 2004-2018.

Figur 8

Produktivitetsudvikling per region, ukorrigeret (pct.)



Anm.: Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Data frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Data fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner.

Tabel 1 viser den årlige udvikling i produktivitet per region. Alle regioner havde negativ vækst fra 2019 til 2020, positiv vækst fra 2020 til 2021 og negativ vækst fra 2021 til 2022. Dette svarer til udviklingen på landsplan. Fra 2022 til 2023 havde alle regioner på nær Region Sjælland en positiv vækst. Fra 2023 til 2024 havde alle regioner på nær Region Midtjylland en negativ vækst.

Tabel 1

Årlig produktivitsudvikling per region, ukorrigeret (pct.)

	04-05	05-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
Hovedstaden	3,7	1,2	-0,1	-2,7	5,2	7,7	7,0	3,3	3,3	4,6	0,7	-0,3	1,9	-1,4	-7,3	3,6	-2,4	2,3	-1,2
Sjælland	0,7	4,5	1,7	-1,7	3,5	8,0	6,8	2,4	4,5	0,4	5,9	1,1	-1,5	-6,5	-7,2	0,8	-1,4	-2,0	-0,5
Syddanmark	4,4	4,5	1,2	-2,0	5,1	4,7	4,8	-0,5	3,2	2,1	1,6	3,2	1,5	1,2	-7,0	2,3	-6,4	0,5	-0,5
Midtjylland	3,8	4,4	1,7	-5,6	2,5	4,4	4,0	-0,1	1,7	3,7	1,5	0,6	0,2	0,9	-3,6	5,0	-2,6	3,6	2,0
Nordjylland	5,6	4,0	3,5	-2,7	4,0	0,8	9,9	1,5	-1,0	4,7	4,8	3,1	0,8	1,6	-4,2	5,6	-7,2	2,4	-1,6
Hele landet	3,7	3,2	1,2	-3,0	4,2	5,7	6,1	1,4	2,6	3,3	2,1	1,1	0,9	-0,7	-6,1	3,5	-3,7	1,6	-0,3
Østdanmark	2,9	2,0	0,4	-2,4	4,7	7,7	6,9	3,1	3,6	3,5	2,1	0,1	1,0	-2,8	-7,3	2,9	-2,1	1,1	-1,0

Anm.: Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Det bemærkes, at den ukorrigerede produktivitsudvikling, der vises i denne tabel, afviger fra den korrigerede produktivitsudvikling, særligt udviklingen for 2017-2018. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Data frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Data efter 2019 er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner.

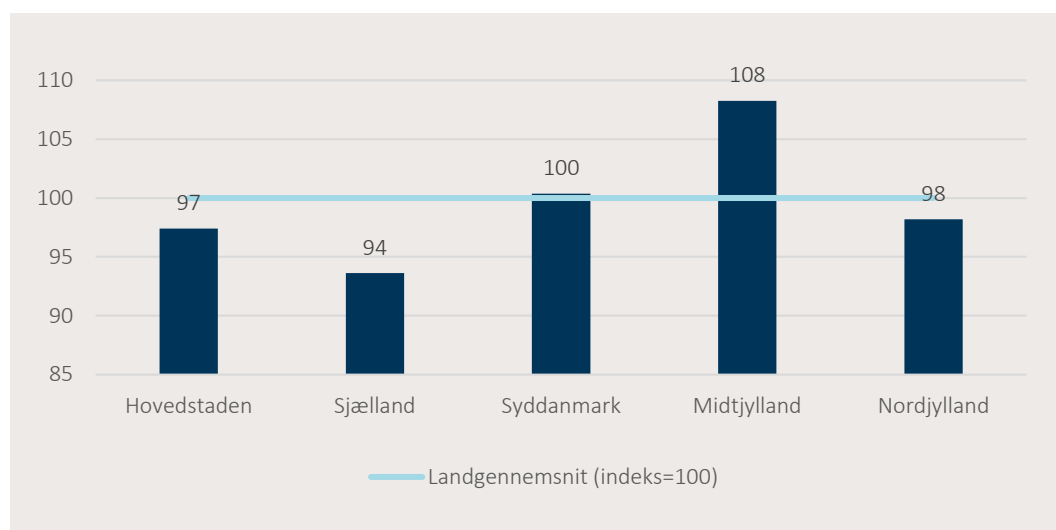
7.2 Produktivitsniveau per region

Det er interessant at undersøge, hvordan regionernes produktivitsniveau ligger i forhold til landsgennemsnittet. Her indekseres produktivitsniveauet til 100 for hvert år.

Mens korrektionerne, der inkluderes i de "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren" og som ikke tages højde for i denne analyse, ikke har væsentlig betydning for produktivitsudviklingen, så har det en lille betydning for produktivitsniveauet jf. bilag 1. For at tage højde for dette anvendes forskellen mellem den korrigerede produktivitet og ukorrigerede produktivitet for årene 2015-2017 (gennemsnit for årene) til at justere den ukorrigerede produktivitet for 2019-2024. Justeringen er dog blot et skøn, og hvis der f.eks. har været større organisatoriske ændringer i sygehusstrukturen, tages der ikke højde for dette.

Som det fremgår af figur 9, havde Region Midtjylland det højeste produktivitsniveau i 2024, mens Region Sjælland havde de laveste. I tabel 2 vises produktivitsniveauet for 2019-2024. Det er dog ikke meningsfuldt at sammenligne produktivitsniveauer over tid, da det er et relativt mål i forhold til landsgennemsnittet det pågældende år. Hvis man ønsker at se på regionernes produktivitet over tid, skal man i stedet anvende produktivitsudviklingen for den enkelte region.

Figur 9

Produktivitetsniveau i 2024

Anm.: Produktionsniveau er opgjort i indeværende års priser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 2

Produktivitetsniveau for 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hovedstaden	100	99	99	98	98	97
Sjælland	97	96	93	97	94	94
Syddanmark	105	104	103	102	100	100
Midtjylland	98	101	102	103	106	108
Nordjylland	97	99	101	98	100	98
Hele landet	100	100	100	100	100	100
Østdanmark	99	98	97	98	97	96

Anm.: Produktionsværdien, der indgår i beregningen af produktionsniveauet, for 2019 dækker kun 2.-4. kvartal.

Produktionsniveauet er opgjort i indeværende års priser bortset fra 2019 og 2020, der er i 2021-priser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

7.3 Potentiale for meraktivitet

Det er interessant at undersøge, hvor meget man vil kunne øge aktiviteten i sygehusvæsenet, hvis alle regioner blev lige så produktive som den mest produktive region. Hvis alle regioner i 2024 var lige så produktive som Region Midtjylland, kunne man opnå en meraktivitet for 5.894 mio. kr. Det svarer til 7,5 pct. af produktionsværdien⁹.

Et mere konservativt estimat for potentialet er, hvad man kan opnå, hvis de mindst produktive regioner blev lige så produktive som landsgennemsnittet. I så fald er

⁹ Som det fremgår af bilag 1 havde korrektionerne kun en minimal påvirkning på potentialet i 2018. Forskellen på potentialet ved at anvende det korrigerede frem for det ukorrigerede produktivitetsniveau var på -0,3 pct. af produktionsværdien i 2018.

potential for meraktivitet på 1.449 mio. kr., hvis Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Nordjylland var lige så produktive som landsgennemsnittet. Det svarer til 1,9 pct. af produktionsværdien.

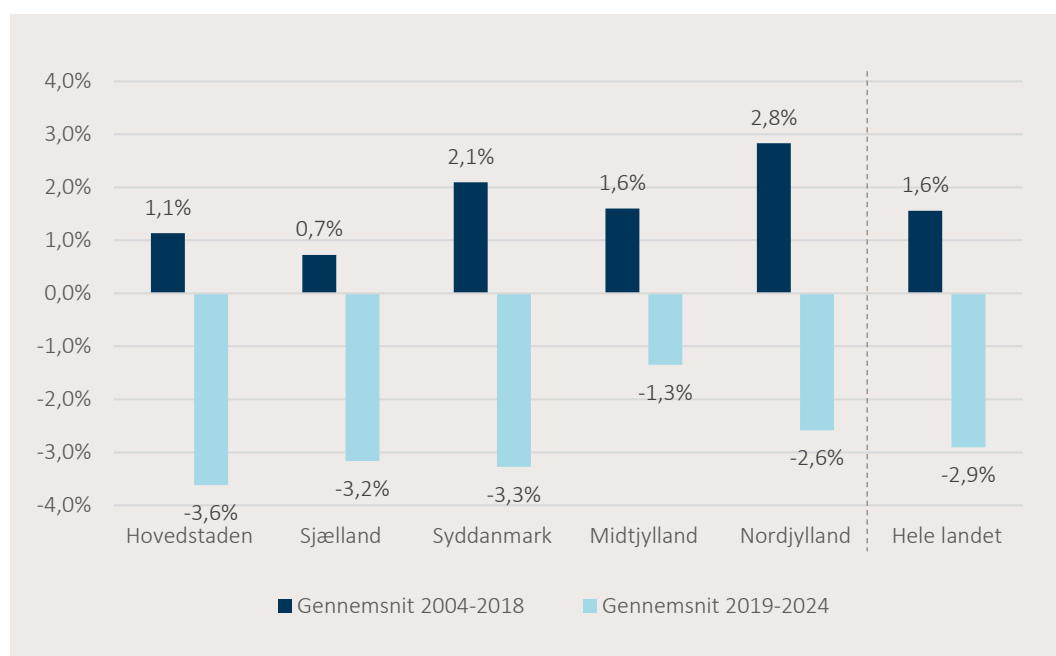
8. Medarbejderproduktivitet per region

8.1 Medarbejderproduktivitetsudvikling per region

Ser på man på udviklingen i medarbejderproduktivitet på regionsniveau jf. figur 10, havde samtlige regioner en gennemsnitlig positiv vækst i perioden 2012-2018 og negativ vækst i perioden 2019-2024. Region Hovedstaden oplevede den laveste vækst i 2019-2024, mens Region Midtjylland oplevede den mindst negative vækst.

Figur 10

Medarbejderproduktivitetsudvikling per region, ukorrigeret (pct.)



Anm.: Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Produktionsværdi frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Produktionsværdi fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik. Lønudgifter er fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen) og PL-justering fra Danske Regioner.

Tabel 3

Årlig medarbejderproduktivitetsudvikling per region, ukorr. (pct.)

	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
Hovedstaden	1,3	6,6	0,8	-0,7	0,1	-1,3	-11,0	-7,3	-0,7	2,3	-1,4
Sjælland	6,5	3,7	3,2	2,5	-4,6	-7,0	-9,9	-8,4	2,3	2,1	-2,0
Syddanmark	0,5	5,6	1,5	2,2	0,7	2,1	-9,3	-5,9	-4,2	4,0	-0,9
Midtjylland	1,5	2,2	2,2	2,0	1,3	0,3	-7,8	-4,0	-1,0	5,1	0,9
Nordjylland	0,7	4,1	5,0	4,7	0,6	1,9	-7,2	-2,7	-6,1	4,0	-0,9
Hele landet	1,8	4,8	1,9	1,4	-0,1	-0,6	-9,5	-6,0	-1,7	3,5	-0,8
Østdanmark	2,7	5,9	1,4	0,2	-1,2	-2,8	-10,7	-7,6	0,1	2,3	-1,5

Anm.: Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

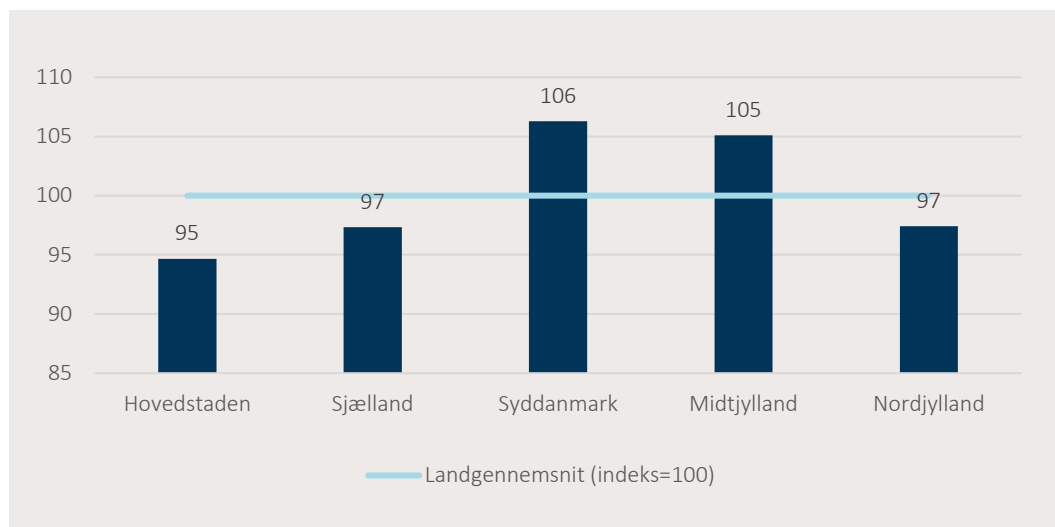
Kilde: Produktionsværdi frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Produktionsværdi fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik. Lønudgifter er fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen) og PL-justering fra Danske Regioner.

8.2 Medarbejderproduktivitetsniveau per region

Det er også interessant at se, hvordan regionernes medarbejderproduktivitetsniveau ligger i forhold til landsgennemsnittet, hvor medarbejderproduktivitetsniveauet er indekseret til 100 for hvert år. Her ønsker vi også at justere produktionsværdien med korrektionerne fra de årlige produktivetsrapporter og anvender forskellen på den ukorrigerede og korrigerede produktionsværdi i årene 2015-2017 til at justere den ukorrigerede produktionsværdi for 2019-2024. Medarbejderudgifterne er allerede eksklusive medicinudgifter, men formodes at inkludere udgifter til internt finansieret forskning. Vi har derfor valgt at korrigere medarbejderudgifterne for internt finansieret forskning.

Ser man på medarbejderproduktivitetsniveauet jf. figur 11, havde Region Syddanmark det højeste produktivetsniveau efterfulgt af Region Midtjylland i 2024. Region Hovedstaden havde det laveste medarbejderproduktivitetsniveau i 2024.

Figur 11

Medarbejderproduktivitetens niveau i 2024

Anm.: Opgjort i indeværende års priser.

Kilde: Produktionsværdi er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik. Lønudgifter er fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen) og PL-justering fra Danske Regioner.

Tabel 4

Medarbejderproduktivitetens niveau for 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hovedstaden	100	99	98	97	95	95
Sjælland	97	97	94	99	99	97
Syddanmark	107	107	107	106	106	106
Midtjylland	97	98	100	101	103	105
Nordjylland	95	97	100	97	98	97
Hele landet	100	100	100	100	100	100
Østdanmark	99	98	97	98	96	95

Anm.: Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Produktionsværdi frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Produktionsværdi fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik. Lønudgifter er fra de tilrettede driftsudgifter (Sundhedsdatastyrelsen) og PL-justering fra Danske Regioner.

8.3 Potentiale for meraktivitet

Lige som for totalproduktivitet er det interessant at undersøge, hvor meget man kan øge meraktiviteten i sygehusvæsenet, hvis alle regioner var lige så produktive som den mest produktive region. Hvis alle regioner i 2024 var lige så produktive som Region Syddanmark, vil man kunne opnå meraktivitet for 3.644 mio. kr. Det svarer til, at man ville kunne ansætte 6,0 pct. flere medarbejdere.

Det mere konservative estimat af potentialet er, hvad man kan opnå, hvis de mindst produktive regioner blev lige så produktive som landsgennemsnittet. I så fald er

potentialet på 1.499 mio. kr., hvis Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland blev lige så produktive som landsgennemsnittet. Det svarer til, at man kunne øge lønudgifterne med 2,5 pct..

9. Befolkningens sammensætning

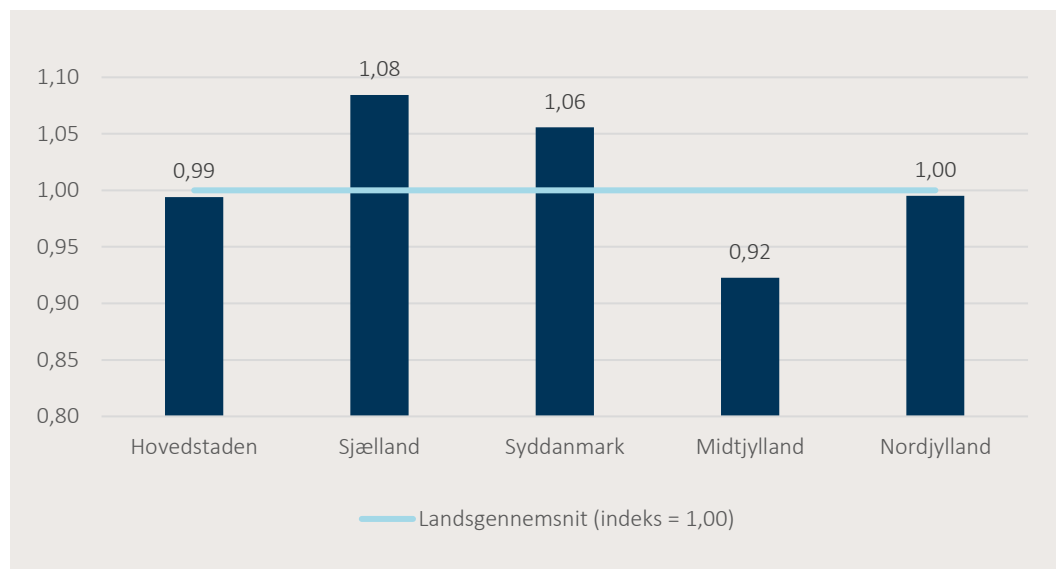
Befolkningens sammensætning kan have betydning for, hvorfor nogle regioner er mere produktive end andre¹⁰. Socioøkonomi spiller for det første en rolle i forhold til hvilken type sygdom, man får. For det andet spiller det en rolle i forhold til ens behandlingsforløb, når sygdom er opstået. I forhold til sygdomstype, tages der i nogen grad højde for dette via DRG-grupperingen og de tilhørende takster, der er baseret på de landsgennemsnitlige omkostninger. Således må det forventes, at socioøkonomi spiller en begrænset rolle her. Til gengæld er det sværere at tage højde for socioøkonomi, når det gælder behandlingsforløb. Her kan man nemt forestille sig, at svagere stillet borgere kan være sværere at behandle, have flere følgevirkninger mv. Det må derfor forventes, at patientsammensætning har en vis betydning, hvor jo svagere patientsammensætningen er, jo dyrere kan det være at behandle patienten.

For at undersøge socioøkonomi på tværs af regionerne, er det valgt at anvende socioøkonomisk indeks. Socioøkonomisk indeks bruges til at måle kommunernes relative udgiftsbehov ud fra en række kriterier som f.eks. "antal 20-59-årige uden beskæftigelse", "antal enlige over 65 år" og "antal indvandrere og efterkommere". For at undersøge socioøkonomi på tværs af regionerne, har det været nødvendigt at aggregere det socioøkonomiske indeks fra kommuneniveau til regionsniveau ved at vægte med antal indbyggere. En værdi over 1 betyder, at regionen har et større udgiftsbehov (svagere borgersammensætning) relativt til landsgennemsnittet, imens en værdi lavere end 1 betyder et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet (noegletal.dk).

Ser man på det socioøkonomiske indeks per region jf. **Error! Reference source not found.**, fremgår det, at Region Sjælland har det højeste socioøkonomiske indeks dvs. den svageste borgersammensætning. Dette kan være en forklarende årsag til det relativt lave produktivetsniveau sammenlignet med de andre regioner. Omvendt har Region Midtjylland det laveste socioøkonomiske indeks, hvilket burde gøre det en smule lettere at opnå et højere produktivetsniveau sammenlignet med de andre regioner.

¹⁰ Udover socioøkonomi kan alderssammensætningen også spille en rolle i forhold til, hvor "tung" befolkningen er. Hvis man ser på andelen af 80+ årige per region, havde Region Hovedstaden den laveste andel 80+ årige (4,6% af befolkningen), efterfulgt af Region Midtjylland (5,1% af befolkningen). Andelen af 80+ årige var på 6,0% for Region Syddanmark og Region Nordjylland, mens den var på 6,1% for Region Sjælland. Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nogletal.dk.

Figur 12

Socioøkonomisk indeks per region, 2024

Anm.: Socioøkonomisk reference er aggregeret fra kommuneniveau til regionsniveau ved at vægte med antal indbyggere.

Her er udgangspunktet sygehusets lokation. Som et robusthedstjek er socioøkonomisk beregnet ift. patienternes bopælskommune, og dette ændrer ikke væsentligt på figuren.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra noegletal.dk.

10. Kvalitet

Når man ser på produktivitetsudviklingen ved hjælp af omkostningsbrøkmeteren, tages der ikke højde for, hvordan sygehusaktiviteten i sidste ende påvirker patientens helbred. For at få en forståelse af dette, er det nødvendigt at se nærmere på kvaliteten og resultaterne af behandlingen (outcome).

Donabedians kvalitetsmodel er en af de centrale kvalitetsteorier inden for sundhedsvæsenet (Donabedian 1966, Pedersen 2013). Der arbejdes med tre dimensioner af kvalitet – struktur, proces og resultat (outcome). Struktur og proces er midler, mens outcome er målet. Struktur handler om ressourcer dvs. hvilket personale/udstyr mv. man har, og hvordan man er organiseret. Proces handler om, hvordan behandlingen udføres, dvs. bliver de kliniske retningslinjer overholdt, hvilke operationer udføres og hvordan, samt hvilken pleje og medicin får patienten mv. Resultat (outcome) handler om effekten på patientens helbred, dvs. har patienten overlevet? Var der komplikationer? Og hvad er patientens livskvalitet?

I nærværende analyse måles produktivitet som produktionsværdi divideret med de tilrettede driftsudgifter (eller lønudgifter). De tilrettede driftsudgifter kan man anse for at være en del af strukturkvalitet, da det omhandler udgifter til personale, kapital, materialer mv. Produktionsværdi kan anses som værende sygehusenes aktivitet, og er dermed en form for proceskvalitet.

Ideelt set tager man højde for proces- og outcome-kvalitet ved at kvalitetsjustere produktionsværdien. Dette er dog svært at gøre i praksis, da der for mange DRG-grupper ikke findes kvalitetsindikatorer. I det følgende har vi valgt at se nærmere på ventetid til behandling (proces-mål), andelen af genindlæggelser (outcome-mål) og patienttilfredshed (outcome-mål). Man kunne også have valgt at se nærmere på dødelighed (outcome-mål), men dette ville være mere komplekst, da man i så fald skulle gøre det på sygdomsniveau.

10.1 Ventetid

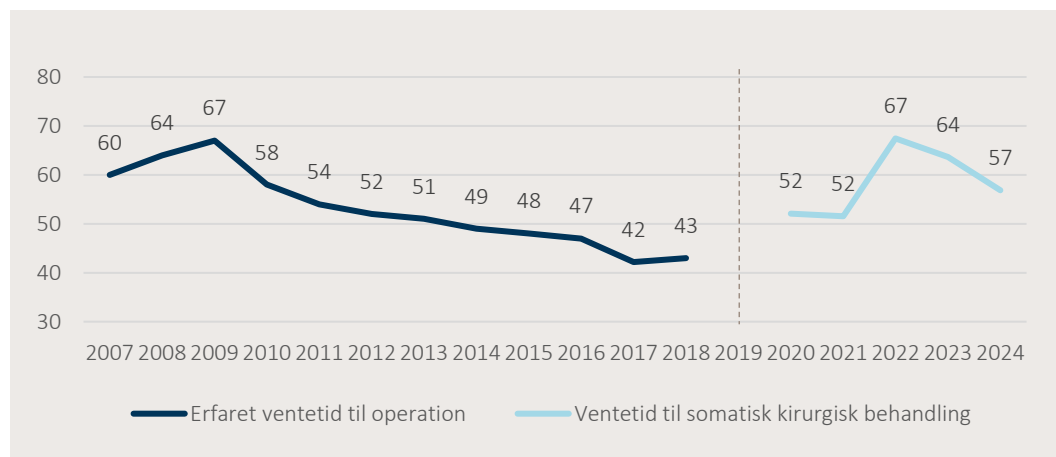
Inden for sundhedsvæsenet er der ikke en normal markedsmekanisme, og det er derfor interessant at se på, om øget produktivitet kan føre til lavere ventetid. Hypotesen er, at højere produktivitet indikerer en bedre ressourceudnyttelse, hvilket gør, at man kan øge aktiviteten og dermed reducere ventetiden.

Ser man på perioden 2007-2018 var der generelt et fald i ventetid jf. figur 13, samtidig med at produktiviteten steg. Ser man på perioden fra 2020 til 2024 har udviklingen i ventetid været på et nogenlunde uændret niveau. Det er ærgerligt, at der er et databrud i ventetid i 2019, da den tidligere omtalte negative produktivitetsvækst på 1,0 pct. er et gennemsnit for perioden 2019-2024. Hvis man ønsker at sammenligne udviklingen i ventetid med udviklingen i produktionsværdi, skal man derfor se på perioden 2020-2024. I

denne periode var der en gennemsnitlig produktivitetsvækst på 0,3 pct. Dette svarer nogenlunde til det uændrede niveau i ventetid.

Figur 13

Udvikling i ventetid (antal dage)



Anm: Den stiplede linje indikerer et databrud. Ventetid fra 2007-2018 er erfarede ventetider til operation dvs. den tid, hvor en patient har været registreret som ventende fra første henvisning fra egen læge og frem til en operation.

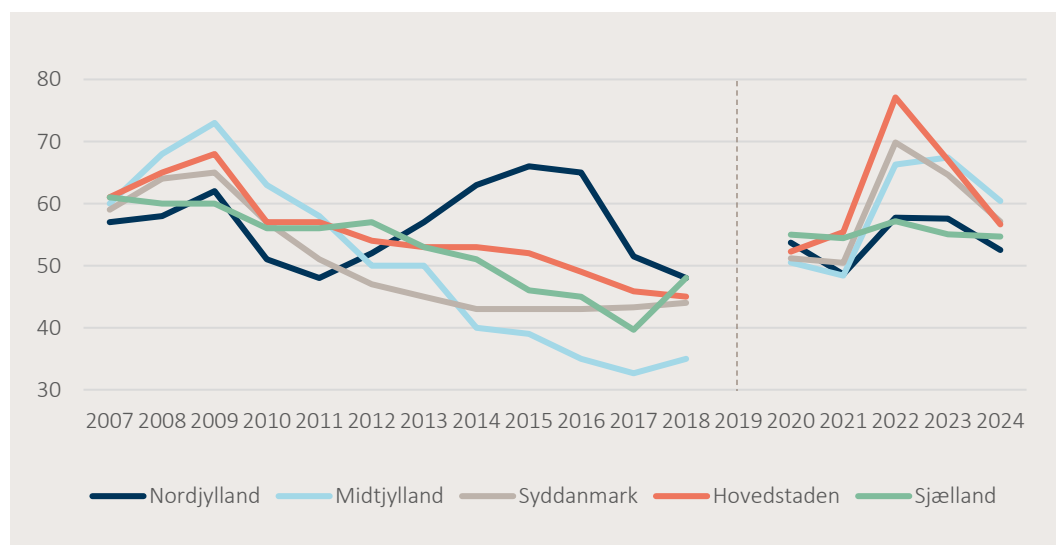
Ventetid fra 2020-2024 er ventetid til behandling på sygehus dvs. fra patienten er endeligt udredt på sygehus til behandling påbegyndes. Såfremt patientens udredning ikke er foregået på sygehus, løber ventetiden fra, at patientens henvisning til behandling er modtaget på sygehus, til behandling påbegyndes. Pakkeforløb for kræft er ekskluderet fra statistikken over ventetid til behandling i perioden 2020-2024.

Kilde: eSundhed

Figur 14 viser ventetiden per region i perioden 2007-2018 og 2020-2024. Der ses ikke nogen umiddelbar sammenhæng mellem, at regioner med højt produktivitsniveau også har lavere ventetid.

Figur 14

Udvikling i ventetid per region (antal dage)



Anm: Se anmærkninger i figur 13.

Kilde: eSundhed

For at undersøge om der er en sammenhæng mellem produktivitetsvækst og reduktion i ventetid, er det valgt at foretage en OLS regression baseret på årligt data i perioden 2007-2018 og 2020-2024 på regionsniveau. Den procentvise udvikling i ventetid anvendes som den afhængige variabel, og produktivitetsudviklingen anvendes som den uafhængige variabel. Regressionen viser en statistisk signifikant negativ sammenhæng med en forklaringsgrad på 0,19. Koefficientens størrelse indikerer dog, at den praktiske betydning af sammenhængen er minimal. Når produktivitetsvæksten stiger med 1 procentpoint, falder den gennemsnitlige ventetid med 0,016 dage. Her skal det bemærkes, at der er tale om en indirekte påvirkning, hvor øget produktivitet betyder bedre ressourceudnyttelse, hvilket gør, at sygehusene kan øge aktiviteten og derigennem nedbringe ventetiden.

10.2 Genindlæggelser

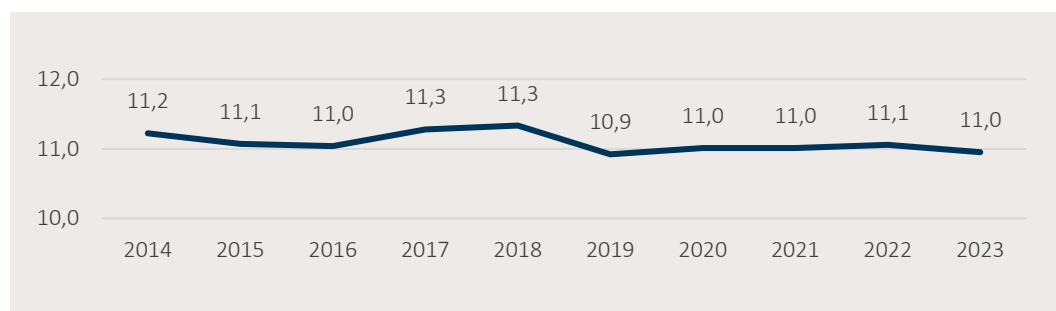
Genindlæggelser kan betragtes som et outcome-mål. Men nogle genindlæggelser kunne være undgået ved den rette behandling/pleje – enten fra sygehusets side (f.eks. ved for kort indlæggelsestid), kommunal side (f.eks. hjemmesygepleje) eller almen praksis. Når man ser på andelen af genindlæggelser, skal der derfor tages forbehold for, at genindlæggelser kan være et resultat af pleje (eller mangel på pleje) uden for sygehusene. Dertil kommer, at ikke alle genindlæggelser kan forebygges.

Figur 15 viser udviklingen i andelen af akutte somatiske genindlæggelser, køns- og aldersstandardiseret. Andelen af genindlæggelser defineres som andelen af somatiske indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Det fremgår, at andelen har været nogenlunde konstant siden 2019.

Det er desværre ikke muligt at se genindlæggelser for 2024 på eSundhed.dk, fordi data er blevet rykket til sundhedsdatabank.dk. Da man i den nye databank ikke kan se data fra før 2020, er det valgt at vise data fra eSundhed.

Figur 15

Andel genindlæggelser, køns- og aldersstandardiseret (pct.)



Anm: Andelen af akutte somatiske genindlæggelser er defineret som andelen af somatiske indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse.

Data går kun frem til 2023, da man ikke kan se genindlæggelser for 2024 på eSundhed.dk. Det skyldes, at data er blevet rykket til sundhedsdatabank.dk. I den nye databank kan man ikke se data fra før 2020, og derfor er det valgt at vise data fra eSundhed for at få en længere tidsperiode.

Kilde: eSundhed

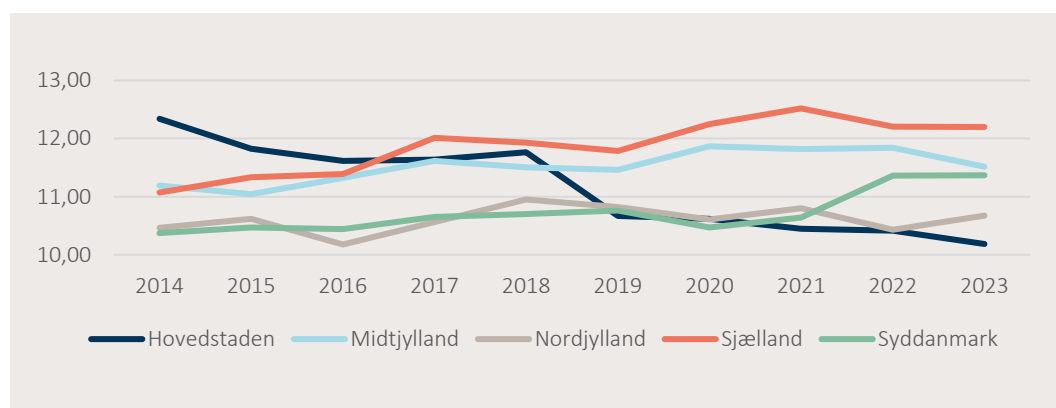
En anden hypotese kunne være, at regioner, der formår at levere et højt produktivitsniveau, gør det på bekostning af flere genindlæggelser. Det kunne f.eks. være, at man udskrifter patienter hurtigere, end man burde. Derved sænkes indlæggelsestiden for den primære indlæggelse, hvilket reducerer omkostningerne uden at påvirke produktionsværdien. Når patienten så genindlægges, øges produktionsværdien såvel som omkostningerne. Derved vil sygehuset, på bekostning af flere genindlæggelser, samlet set opnå højere produktivitet.

I 2023 havde Region Sjælland den højeste andel genindlæggelser i 2023, mens Region Hovedstaden havde den laveste jf. figur 16. Ser man på produktivitsniveauet jf. figur 9 havde de to regioner dog den laveste produktivitet.

For at undersøge nærmere om en positiv produktivitsvækst sker på bekostning af flere genindlæggelser, er der foretaget en OLS regression baseret på årligt data i perioden 2014-2023 på regionsniveau. Her ses der heller ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem produktivitsvækst og udviklingen i andel genindlæggelser. Vi finder således ikke evidens for, at produktivitet var på bekostning af kvalitet, målt som andelen af genindlæggelser, i den undersøgte periode.

Figur 16

Andel genindlæggelser per region, køns- og aldersstandardiseret (pct.)



Anm.: Andel akutte somatiske genindlæggelser, køns- og aldersstandardiseret

Kilde: eSundhed

10.3 Patienttilfredshed

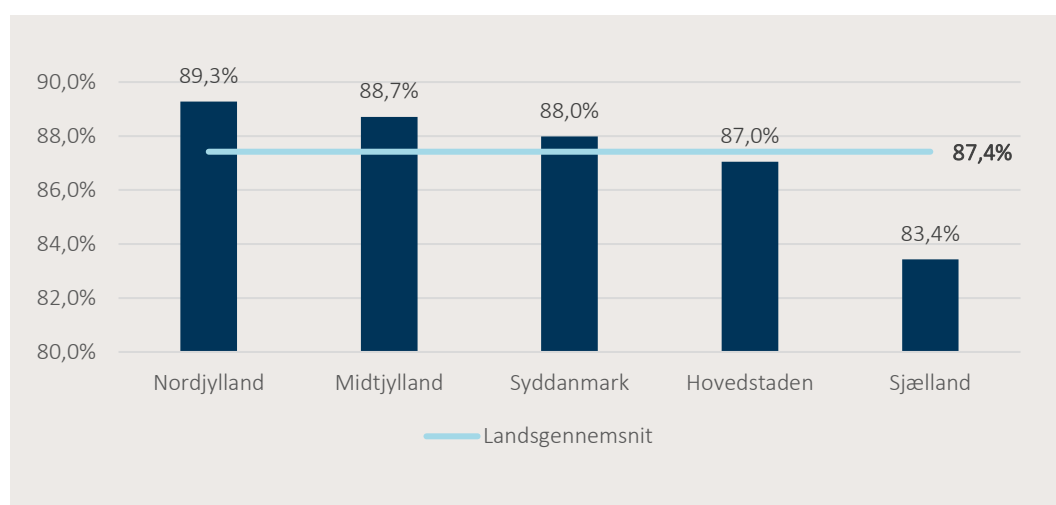
Et væsentligt outcome-mål er patienternes egen oplevelse af deres behandling. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er en national spørgeskemaundersøgelse, der hvert år giver patienter mulighed for at give feedback på deres sygehusophold¹¹. Siden 2020 er der årligt udkommet en one-pager for somatiske sygehusophold. Data går dog ikke langt nok tilbage i tid til, at der kan foretages en statistisk analyse af sammenhængen mellem patienttilfredshed og produktivitet.

¹¹ <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Sider/default.aspx>

Patienttilfredsheden er generelt set høj jf. figur 17, og 87 pct. af patienterne svarede i 2024, at de i høj grad eller meget høj grad var tilfredse med deres hospitalsbesøg/indlæggelse. Region Nordjylland havde den højeste patienttilfredshed, mens Region Sjælland havde den laveste. Det er dog væsentligt at pointere, at siden det er en spørgeskemaundersøgelse, er der tale om subjektive besvarelser. Det vil sige, at hvis borgerne i Region Sjælland generelt er mindre tilfredse med livet og deres helbred end landsgennemsnittet, vil de formentlig også have tendens til at svare, at de er mindre tilfredse med deres hospitalsbesøg/indlæggelse¹².

Figur 17

Andel patienter, der svarede, at de i høj grad eller i meget høj grad var tilfredse med deres besøg/indlæggelse i 2024



Anm.: Svar på spørgsmålet "Jeg er alt i alt tilfreds med mit besøg/min indlæggelse" på en skala fra 1 til 5, hvor 5 er "i meget høj grad" og 4 er "i høj grad".

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2024, LUP Somatik one-pager.

¹² På Den Nationale Sundhedsprofil (<https://www.danskernessundhed.dk/>) kan man se danskernes besvarelse på, hvordan de selv vurderer deres helbred. Andelen, der i 2023 svarede, at de havde et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred varierede fra 81,2 pct. i Region Sjælland til 84,4 pct. i Region Hovedstaden. I Region Nordjylland var andelen på 82,7 pct., i Region Midtjylland var andelen på 83,9 pct. og i Region Syddanmark var andelen på 82,6 pct.

11. Konklusion

Sygehusvæsenet oplevede i perioden 2019-2024 en årlig negativ produktivitetsvækst på 1,0 pct., hvilket står i kontrast til den ellers høje årlige gennemsnitlige positive produktivitetsvækst på 2,2 pct. i perioden 2004-2018 (2,3 pct. ukorrigeret produktivitetsvækst årlig). Samme billede viser sig, hvis man ser på udviklingen i medarbejderproduktivitet, bortset fra at det gennemsnitlige fald i produktivitet var på -2,9 pct. om året i perioden 2019-2024.

I 2024 havde Region Midtjylland det højeste produktivetsniveau, mens Region Sjælland havde det laveste. Hvis alle regioner havde været lige så produktive som Region Midtjylland, ville sygehusvæsenet kunne opnå meraktivitet for 5.894 mio. kr., hvilket varer til en stigning i produktionsværdi på 7,5 pct. Et mere konservativt estimat er, hvis de mindst produktive regioner havde været lige så produktive som landsgennemsnittet. I så fald er potentialet på 1.449 mio. kr.

Hvis man omsætter potentialet til antal operationer/undersøgelser¹³, svarer det inden for frakturkirurgi (intern fiksektion) til 70.800 knæ/underben operationer eller 72.300 hofteoperationer. Alternativt svarer det til 2.280.000 komplicerede eller 2.916.200 ukomplicerede CT-scanninger. Inden for alloplastik (underekstremitet, store led)¹⁴, svarer potentialet til 96.100 (primær/mindre revision) operationer eller 52.400 (større revision) operationer. Inden for kræftområdet svarer det til, at man i gennemsnit kan behandle 15.300 kræftpatienter over en 5-årig periode¹⁵.

Region Syddanmark havde det højeste medarbejderproduktivetsniveau i 2024, mens Region Hovedstaden havde det laveste. Hvis alle regioner havde været lige så produktive som Region Syddanmark, svarer det til et potentiale på 3.644 mio. kr. Det vil sige, man ville kunne øge lønudgifterne med 6,0 pct. Hvis de mindst produktive regioner havde været lige så produktive som landsgennemsnittet, er potentialet på 1.499 mio. kr.

Hvis man omsætter potentialet til varme hænder, svarer det til, at man ville kunne ansætte 2.900 ledende overlæger, 4.670 underordnede læger eller 6.610 sygeplejersker (ikke-ledende)¹⁶.

¹³ Antal operationer/undersøgelser beregnes som det samlede potentiale for hvis alle regioner blev lige så produktive som Region Midtjylland divideret med DRG-taksten for den pågældende DRG-gruppe.

¹⁴ Alloplastik er en rekonstruktiv operation på led med indsættelse af en kunstig protese, og "underekstremitet, store led" refererer til benene, primært hofte og knæ.

¹⁵ Baseret på hvad en gennemsnitlig kræftpatient koster samfundet fra året før diagnosen til tre år efter diagnosen (fem år i alt). Ifølge Kruse og Hostenkamp (2016) kostede en gennemsnitlig kræftpatient 315.000 kr. i 2013 over en femårig periode (tabel 4.1 side 170). Det svarer til 384.000 kr. i 2024-priser.

¹⁶ Potentialet for hvis alle regioner blev lige så produktive som Region Syddanmark. Personaleudgifter er fra kr1.dk, hvor der anvendes de samlede lønudgifter inkl. efterreguleringer for somatiske sygehuse for følgende stillinger "Overlæger, lægelige chefer m.v.", "Underordnede læger (reservelæger)" og "Sygeplejersker (basis)"

Det er værd at bemærke, at analysen ikke giver indsigt i, hvad den enkelte region eller sygehus kan gøre for at blive mere produktive. Det bemærkes også, at borgersammensætningen i en given region kan medvirke til, at det er lettere eller sværere for regionen at opnå et højt produktivitsniveau.

Da produktivitsberegningen ikke tager højde for kvalitet, supplerede vi produktivitsanalysen med tre kvalitetsindikatorer – ventetid, genindlæggelser og patienttilfredshed – velvidende at andre kvalitetsindikatorer også er relevante. Her fandt vi en statistik signifikant sammenhæng mellem produktivitsvækst og en reduktion i ventetid, om end den praktiske betydning af sammenhængen er lille.

Den positive produktivitsvækst fra 2004 og frem til 2018 afspejler formentlig, at man begyndte at bruge DRG-systemet som et værktøj. Desuden var der en styringsmodel, der havde fokus på sygehusaktivitet.

En forklaring på det gennemsnitlige produktivitsfald siden 2019 kunne være introduktionen af den nye styringsmodel med økonomiaftalen for 2019. Siden der ikke længere er samme fokus på sygehusaktivitet, må man formode, at der heller ikke er samme fokus på at forbedre produktiviteten.

En anden forklaring kunne være, at produktivitsfaldet siden 2019 skyldes Covid-19. Uden tvivl var Covid-19 den primære forklaring på den negative produktivitsvækst i 2020. Men ser man på en gennemsnitlig vækstrate fra 2019 til 2024, spiller Covid-19 ikke nogen rolle, siden vi i 2024 var ovre pandemien. De år, der var påvirket negativt af Covid-19, vil i det efterfølgende år blive påvirket positivt af en lavere baseline.

En tredje forklaring kunne være, at da man startede med de årlige produktivitsmålinger i 2004, da havde man mulighed for at høste nogle lavthængende frugter. Som tiden er gået, og nu 20 år senere, er det muligt, at det er blevet sværere at opnå væsentlige produktivitsgevinster. Men selvom de lavthængende frugter er høstet, burde man ikke ligefrem opleve et produktivitsstab, som har været tilfældet siden 2019.

En fjerde forklaring på produktivitsstabet kunne være, at der er sket ændringer i patientsammensætningen. F.eks. hvis flere borgere har dobbeltdiagnoser, kan det være mere komplekst og ressourcetungt at behandle dem. Dette tages der i en vis grad højde for gennem DRG-systemet, men vi kan ikke udelukke, at det har en betydning. Derudover kan der være sket adfærdsmæssige ændringer som følge af f.eks. Covid-19, der kan påvirke produktivitsudviklingen. F.eks. hvis der er indført nye procedurer og arbejdsgange (ekstra rengøring mv.), der gør det mere ressourcekrævende at behandle patienter.

Det bør naturligvis i forlængelse af denne analyse overvejes, hvordan man i fremtiden sikrer sig, at danskerne får mest mulig sundhed for deres skatte kroner. Denne analyse tyder på, at de økonomiske incitamenter betydelig indflydelse på udviklingen i produktiviteten på sygehusene. Derfor bør det overvejes, hvordan man kan indrette en styringsmodel for sygehusene, der giver øget fokus på produktivitsudviklingen.

Gennemsigtighed i udviklingen i produktivitet er den altafgørende forudsætning for et øget politisk og styringsmæssigt fokus på sygehusenes evne til at levere behandling for pengene. Derfor kan det undre, at Sundhedsministeriet siden 2018 ikke har lavet årlige opgørelser af produktiviteten på sygehusene. Ydermere har Sundhedsministeriet gennem mange år ikke leveret de fornødne grunddata, der ville sætte andre i stand til at lave produktivetsopgørelser sygehusene. Data er først for nylig blevet tilgængelige hos Danmarks Statistik, og derfor er det først med offentliggørelsen af denne analyse i 2026, at det bliver muligt at vurdere og debattere udviklingen i sygehussektoren i perioden 2019-2024.

I forhold til at øge fokus på produktivitsudviklingen kan man uden tvivl hente meget nyttig inspiration i den model, der var gældende frem til 2018. Denne model var dog ikke uproblematisk, da den bl.a. blev kritiseret for at give incitament til overbehandling af patienterne, der er et betydeligt problem i stort set alle sygehussystemer i de vestlige lande (OECD 2017). Derfor bør det overvejes, hvordan man kan søge at begrænse dette gennem opstilling af kvalitetsindikatorer, der kan supplere produktivetsopgørelserne. Desuden kunne man supplere produktivitsanalyserne med analyser af udviklingen i behandlingspraksis og benchmark af regionale forskelle i niveauet for tildeling af forskellige typer behandlinger.

Med sundhedsreformen 2024 er der kommet en ny styringsmodel for de fire regioner, hvor det resultatafhængige tilskud (nærhedsfinansiering) til sundhedsvæsenet er blevet nedlagt fra 2026 (Regeringen og Danske Regioner 2025). Men frem til og med økonomiaftalen for 2025 var der en række kriterier, regionerne skulle levere på, hvis de ikke ville gå glip af nærhedsfinansieringen. Det vil sige, at der var målbare og transparente målsætninger for, hvad regionerne skulle levere på.

I 2024 og 2025 udgjorde nærhedsfinansieringen samlet set 1,7 mia. kr. og var baseret på følgende 4 kriterier (Regeringen og Danske Regioner 2024):

1. Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger
2. Reduktion i sygehusaktivitet pr. kroniker (KOL og diabetes)
3. Reduktion i andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage
4. Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb

Hvis 3 kriterier eller flere blev opfyldt, forblev 100 pct. af nærhedsfinansieringen i regionen. Betingelserne var dynamiske og kunne udskiftes fra år til år.

Hvis man vil have et større fokus på produktivitet, ville den mest simple løsning være at genindføre et resultatafhængigt tilskud a la nærhedsfinansiering, hvor et af kriterierne er et mål for produktivitet. Tilsvarende havde det været den mest oplagte vej til at modvirke problemet med faldende produktivitet i perioden 2019-2024, at man havde haft produktivitet med som et af målene, der skulle opfyldes for at regionerne kunne få pengene fra nærhedsfinansieringen.

Referencer

- Danske Regioner. u.å. "Økonomisk Vejledning". <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-vejledning/>.
- Donabedian, Avedis. 1966. "Evaluating the quality of medical care". The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), side 166–206.
- eSundhed. u.å. "Høring af grupperingslogikken til DRG2021". <https://www.esundhed.dk/DRG/DRG/DRG-2021>.
- Højgaard, Betina, Jakob Kjellberg, og Mickael Bech. 2018. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde – Analyse af centrale instrumenter". VIVE. <https://www.ism.dk/Media/2/E/VIVE-Den-statslige-styring-af-det-regionale-sundhedsomraade.pdf>.
- Indenrigsministeriet. 1986. "Standardomkostninger og produktivitet for 96 somatiske sygehuse". En studierapport fra Indenrigsministeriet. København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2023. "Eftersyn af sygehusvæsenet". <https://www.ism.dk/Media/638095617135578721/Udfordringsbillede-Et-grundigt-eftersyn-af-sygehusv%C3%A6senet.pdf>.
- KRL. u.å. "Årsstatistik". <https://krl.dk/#/sirka>.
- Kruse, Marie og Gisela Hostenkamp. 2016. "De samfundsøkonomiske omkostninger ved kræft". COHERE Analyse, Syddansk Universitet. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/publications/de-samfunds%C3%B8konomiske-omkostninger-ved-kr%C3%A6ft/>.
- OECD. 2017. "Tackling Wasteful Spending on Health". https://www.oecd.org/en/publications/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en.html
- Pedersen, Kjeld Møller. "Sundhedsøkonomi". København 2013. Munksgaard forlag.
- Pedersen, Peter Bogetoft, Ole Olesen og Niels Christian Petersen. 1987. "Produktivitetsevaluering af 96 danske sygehuse - en præsentation af DEA-metoden og et eksempel på dens anvendelse". Ledelse og Erhvervsøkonomi, bind 51(2), side 67-81.
- Regeringen og Danske Regioner. 2018. "Aftale om regionernes økonomi for 2019". <https://www.regioner.dk/media/9660/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2019.pdf>
- Regeringen og Danske Regioner. 2024. "Aftale om regionernes økonomi for 2025". <https://www.regioner.dk/media/kdbp4nl1/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2025.pdf>
- Regeringen og Danske Regioner. 2025. "Aftale om regionernes økonomi for 2026". <https://www.regioner.dk/media/1pzn4px2/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2026.pdf>
- Rigsrevisionen. u.å. "Forvaltningsrevision". <https://www.rigsrevisionen.dk/saadan-arbejder-vi/saadan-reviderer-vi-statsregnskabet/forvaltningsrevision>.
- Sundhedsdatastyrelsen. 2018. "Takstsystem 2018". <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/media/15385/Takstvejledning%202018.pdf>.
- . u.å.-a. "De tilrettede driftsudgifter". <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/de-tilrettede-driftsudgifter>.
- . u.å.-b. "DRG-gruppering". <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/drg/drg-gruppering>.

- Sundhedsministeriet. 1995. "Måling af sygehuses produktivitet: en DRG-analyse for Nordjyllands Amt". København.
- Sundhedsstyrelsen. 2021. "Sundhedsstyrelsens aktuelle vurdering af konsekvenser af sygeplejerskestrejken". <https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2021/Sundhedsstyrelsens-aktuelle-vurdering-af-konsekvenser-af-sygeplejerskestrejken.ashx>.
- TV2. 2021. "Lovindgreb mod strejken er vedtaget". 27. august 2021. <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2021-08-27-lovindgreb-mod-strejken-er-vedtaget>.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. u.å. "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren":

- 2004: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2006/januar/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-foerste-delrapport>
- 2005: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2006/december/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-anden-delrapport>
- 2006: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2008/januar/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-tredje-delrapport>
- 2007: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2009/september/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-fjerde-delrapport>
- 2008: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2010/april/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-femte-delrapport>
- 2009: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2010/december/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-sjette-delrapport>
- 2010: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2011/december/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-syvende-delrapport>
- 2011: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2012/november/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-ottende-delrapport>
- 2012: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2014/marts/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-niende-delrapport>
- 2013: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2015/januar/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-tiende-delrapport>
- 2014: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2015/december/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-xi-delrapport>
- 2015: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2016/december/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-xii-delrapport>

2016: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2018/februar/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-xiii-delrapport>

2017: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2019/februar/loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehussektoren-xiv-delrapport>

2018: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/publikationer/sundhedsvaesenet/produktivitet-i-sygehussektoren>

Genindlæggelser:

<https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Genindlaeggelser-i-somatik-og-psykiatri>

Ventetider:

<https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Erfarede-ventetider>

<https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Ventetider-til-behandling-eSundhed>

Patienttilfredshed:

<https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Sider/default.aspx>

Metode

Analysen af den historiske periode er baseret på rapporterne ”Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren”. Denne analyse går kun tilbage til 2005, da det ikke var muligt at downloade tallene bag den første produktivitetsrapport i 2004 i excel-format. En oversigt over de anvendte rapporter kan findes i reference-bilaget.

Produktivitetsudviklingen fra 2019 til 2024 er beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistiks forskningsservice og Sundhedsdatastyrelsen.

I analysen beregnes produktivitetsudviklingen fra periode $t-1$ til periode t via omkostningsbrøkmotoden:

$$\text{Produktivitetsudvikling}_t = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_t}{\text{Udgifter}_t}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{t-1}}{\text{Udgifter}_{t-1}}}$$

Derudover anvendes begrebet produktivetsniveau, hvilket er produktiviteten for den enkelte region ift. til landsgennemsnittet (indeks=100).

Produktionsværdi (DRG)

Produktionsværdien er opgjort i DRG-værdi (Diagnose Relaterede Grupper). DRG er et system, der grupperer patienter efter diagnoserelaterede grupper, hvor man forsøger at oprette grupperne, så de er klinisk meningsfulde og ressourcehomogene. Derudover ønsker man, at antal grupper er overskueligt (Sundhedsdatastyrelsen, u.å.-b). Hver gruppe har en DRG-takst, der udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter (på landsplan) inden for den pågældende DRG-gruppe.

DRG-taksterne beregnes årligt som de landsgennemsnitlige udgifter. For at disse kan blive så retvisende som muligt, er det vigtigt, at omkostningsdatabasen, der ligger til grund for beregningerne, er så komplet som muligt og opdateret med data fra de seneste år. I skrivende stund er der elementer af omkostningerne i omkostningsdatabasen, der ikke har været opdateret i mange år – især under kategorien ’service data’. Dette kan skabe usikkerhed vedrørende datagrundlaget for takstberegningerne.

DRG-systemet er et nulsumsspil. Således er produktionsværdien for f.eks. 2018 tilpasset de samlede tilrettede driftsudgifter for 2016 fremskrevet til 2018 P/L-niveau (Sundhedsdatastyrelsen 2018).

Produktionsværdien er beregnet som en sum af DRG-værdien, *TOTALPRIS_DRGSGHF*, i Danmarks Statistiks registre ”*DRG_SGHFORLOB*” for register-årene 2021, 2022, 2023 og 2024. Den totale produktionsværdi for hvert DRG-sygehusforløb er DRG-taksten plus antal langliggertage gange med langliggertprisen. Hver DRG-gruppe har et trimpunkt, hvilket er det punkt, der angiver grænsen for (målt i dage), hvornår en normalbehandling ophører

inden for den pågældende DRG-gruppe. Når en patient må blive længere på sygehuset end normalt, så bliver patienten en langligger, og afregningen sker via en langliggertakst. Antal langliggerdage beregnes som antal liggedage udover trimpunktet, mens antal liggedage op til trimpunktet indgår i DRG-taksten.

Da der er ændringer i DRG-grupperingslogikken fra år til år, er det vigtigt, at årene, der sammenlignes, også er sammenlignelige. Dette er muligt med data fra Danmarks Statistik, da hvert register-år dækker en treårig periode. Således beregnes produktivitetsudviklingen for 2019-2020 og 2020-2021 ud fra DRG2021¹⁷, udviklingen for 2021-2022 beregnes ud fra DRG2022, udviklingen for 2022-2023 beregnes ud fra DRG2023, og udviklingen for 2023-2024 beregnes ud fra DRG2024.

De offentlige sygehuse overgik til det nye landspatientregister (LPR3) i starten af 2019. Derfor er udviklingen for 2019-2020 kun baseret på 2.-4. kvartal. På grund af databrudet ved overgangen til LPR3, vises udviklingen for 2018 til 2019 ikke.

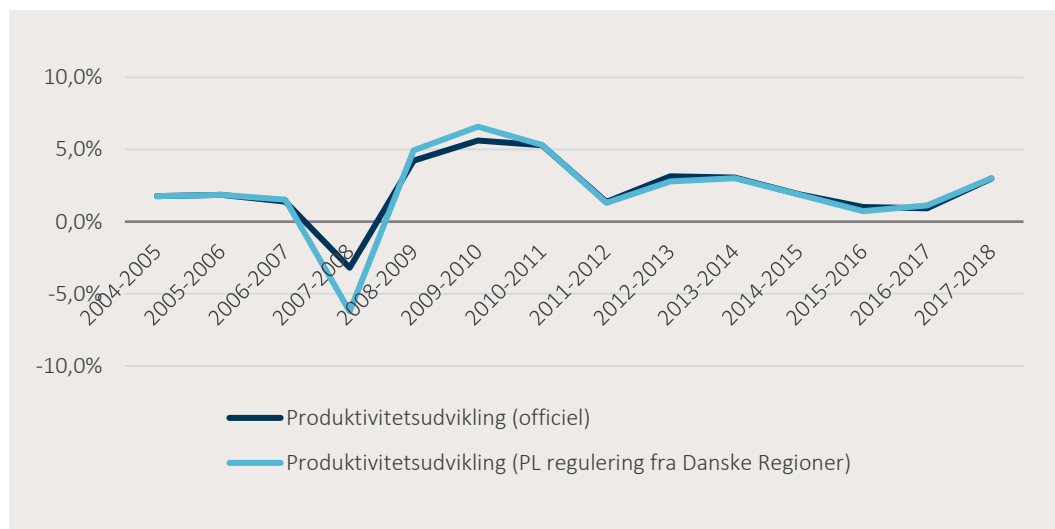
Udgifter (De Tilrettede Driftsudgifter)

Udgifterne til sygehuse er 'De Tilrettede Driftsudgifter' fra Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside fra 2018 og frem (Sundhedsdatastyrelsen, u.å.-a). Frem til 2018 er de tilrettede driftsudgifter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets løbende opgørelser af produktivitet. De tilrettede driftsudgifter beregnes på baggrund af sygehuses regnskabsindberetninger. Her udregnes de tilrettede driftsudgifter som de totale driftsudgifter (summen af skema 1-3) minus ikke-somatisk relaterede udgifter til husleje, leasing, psykiatri mv. (summen af skema 4-7). Derved er det kun udgifter, der er forbundet med somatisk behandling, der indgår. I skema 6 indgår bl.a. særlige udgifter ifm. Covid-19, og disse udgifter indgår dermed ikke i de tilrettede driftsudgifter, der anvendes i analysen.

Fra 2018 og frem findes de tilrettede driftsudgifter kun i løbende priser. Til opgørelsen af produktivitet har det været nødvendigt at omregne udgifterne til faste priser. Her anvendes pris- og lønregulering fra aftalerne om regionernes økonomi (sundhedsområdet ekskl. medicin) for det pågældende år (Danske Regioner, u.å.). Frem til 2018 kan man anvende Indenrigs- og Sundhedsministeriets løbende opgørelser af produktivitet til at udlede det anvendte pris- og lønindeks. Betydningen for produktivitetsvæksten af at anvende pris- og lønregulering fra Danske Regioner frem for Sundhedsdatastyrelsens kan ses i figur 18. Den gennemsnitlige officielle produktivitetsvækst var på 2,2 pct. i 2004-2018, mens den var på 2,1 pct. ved brug af pris- og lønjustering fra Danske Regioner.

¹⁷ Ideelt set vil man bruge indeværende års DRG-grupperingslogik til at beregne produktivitetsudviklingen for indeværende år. Vi har dog ikke data tilgængeligt i DRG2020 og derfor anvendes DRG2021.

Figur 18

Udvikling i produktivitet med forskellig PL-regulering

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren" og Danske Regioner.

Korrektioner til produktionsværdi og driftsudgifter

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige opgørelser af produktivitet er der en række korrektioner til produktionsværdien og de tilrettede driftsudgifter. Produktionsværdien fratrækkes medicin på ambulante afdelinger, og der foretages en korrektion for forskelle i organisering og regionsspecifikke korrektioner. De tilrettede driftsudgifter fratrækkes udgifter til medicin på ambulante afdelinger samt udgifter til internt finansieret forskning. Disse korrektioner beskrives nærmere i bilag 1.

Lønudgifter fra de tilrettede driftsudgifter

I analysen anvendes lønudgifter fra de tilrettede driftsudgifter til at beregne medarbejderproduktivitet. Lønudgifter er beregnet som en sum af Skema 1 'Hovedart 1: Lønninger' og Skema 2 'Hovedart 1: Lønninger'.

Lønudgifter fra Danmarks Statistik

Lønudgifter beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistiks forskningsdatabase er baseret på BFL-registret (lønmodtagerdata fra e-Indkomst). Data dækker over branchekode (AJO_BRANCHE07) '861000 Hospitaler' og sektorkode (SEKTORKODE) '74 Regionernes forvaltning og service- integrerede enheder'. Det er ikke muligt at opdele lønmodtagerne i somatik og psykiatri, og derfor indgår psykiatrien i opgørelsen af lønudgifterne.

Lønudgifterne er beregnet på baggrund af variablen 'AJO_BREDT_LOENBELOEB'. Arbejdsstedets kommunkode (AJO_ARB_KOMKODE) anvendes til at aggregere data til regionsniveau.

Lønudgifter fra KRL

Lønudgifter beregnet på baggrund af data fra Kommunernes og Regionernes

Løndatakontor (KRL) er baseret på konto '11001 Somatiske sygehuse' i perioden 2009-

2024, hvor ansættelsesformen er 'overenskomstansatte' eller 'tjenestemænd'.

Lønudgifterne er inklusive efterreguleringer. Overenskomstområdet "Ambulanceuddannet personale, Regioner" indgår ikke i analysen, da løngruppen ikke har været en del af det somatiske område i hele perioden.

Bilag 1 – Korrektioner i Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige produktivitetsopgørelser

Nedenfor er en gennemgang af korrektionerne i Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige opgørelser af produktivitet i sygehussektoren samt en redegørelse for, hvordan de behandles i denne analyse.

Korrigerings af produktionsværdi

I de årlige offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren korrigeres produktionsværdien for medicin på ambulante afdelinger, for forskelle i organisering samt regionsspecifikke korrektioner.

Medicin på ambulante afdelinger

Udgifter til medicin på ambulante afdelinger tages ud af produktionsværdien med begrundelsen om, at udgifterne ikke indgår retvisende i DRG/DAGS-produktionsværdien. Forbruget er uensartet fordelt mellem sygehuse, og korrektionen hindrer således, at sygehuse med ekstraordinære medicinudgifter ikke stilles dårligt. Korrektionen for udgifter til medicin er både i produktionsværdien og de tilrettede driftsudgifter.

Korrektion for forskelle i organisering

Der foretages også en korrektion for forskelle i organisering. Korrektionen er kun på sygehus- og regionsniveau og foretages ikke på landsplan. Korrektionen foretages med begrundelsen om, at nogle hospitaler anvender flere sygehusnumre under samme ledelsesmæssige sygehusenhed, mens andre hospitaler har flere sygehusledelser under samme sygehusnummer. Da produktionsværdien opgøres via DRG-sygehusforløb, det vil sige per sygehusnummer, er denne korrektion nødvendig. For eksempel hvis en patient overflyttes fra et hospital med et sygehusnummer til et hospital med et andet sygehusnummer, så vil der være en afregning per sygehus. Dette vil være uhensigtsmæssigt, hvis de to sygehuse hører under den samme ledelsesmæssige enhed, da patienten vil tælle to gange.

Regionsspecifikke korrektioner

Den sidste korrektion er de regionsspecifikke korrektioner. Korrektionerne stammer fra den såkaldte "Løkke-pose" fra 2002, hvor regeringen startede med at afsætte et særligt tilskud til meraktivitet på sygehuse. Regionerne søgte om de regionsspecifikke korrektioner gennem den statslige pulje. I de årlige offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren medtages de korrektioner, der blev efterkommet, og som var tilstrækkeligt dokumenterede.

Et eksempel på en korrektion kunne være omlægning fra stationær til ambulante behandling. Argumentet for at korrigerer produktionsværdien er, at hvis et sygehus

omlægger behandlingen fra stationær til ambulant behandling, så vil det påvirke produktionsværdien negativt, da DRG-taksten vil være lavere for ambulant behandling end for stationær behandling. Sygehuse skal således ikke straffes for at effektivisere.

Tabel 5 viser de samlede korrektioner til produktionsværdien fra 2005 frem til 2018.

Tabel 5

Korrektioner til produktionsværdi (mia. kr.)

	Udgifter til medicin		Forskelle i organisering		Regionsspecifikke korrektioner		Andet	
	Indeværende år	Baseline	Indeværende år	Baseline	Indeværende år	Baseline	Indeværende år	Baseline
2005	1,01	0,76	-	-	-	-	0,44	-0,39
2006	1,27	1,02	-	-	-	-	0,33	0,15
2007	2,45	1,95	-	-	-0,09	-	-0,02	-0,01
2008	3,03	2,44	-	-	-	-	0,00	0,00
2009	3,94	3,23	-	-	-0,02	-	-	-
2010	4,63	3,96	-	-	-0,15	-	-	-
2011	5,05	4,14	-	-	-0,09	-	-	-
2012	5,34	4,66	-	-	-0,01	0,26	-	-
2013	5,77	5,20	-	0,17	-0,01	0,05	-	-
2014	6,03	4,87	-	0,08	0,00	0,19	-	-
2015	5,09	4,59	-	0,17	0,00	0,17	-	-
2016	5,45	4,71	-	0,11	-	0,23	-	-
2017	5,75	4,85	-	0,02	-	0,30	-	-
2018	4,93	4,53	-	-0,04	-	2,12	-	-

Anm: I bilagene ses der ingen regionsspecifikke korrektioner i 2006 og 2008.

Kolonnen "Andet" dækker over følgende: I 2005 var der korrektioner for "Nye koder mv. ambulant", "Nye koder mv. stationært" og "Strukturændringer" (indeværende år og baseline). I 2006 var der korrektioner for "Nye koder til intensiv behandling" og "Forskel i registreringspraksis på strålecentre" (indeværende år og baseline). I baselinen for 2006 var der yderligere korrektioner for "Fys/ergo i Århus amt" og "Strukturændringer". I 2007 var der korrektioner for "Nye koder, stationær", "Nye koder, ambulant" og "Fejl i grupperingslogik" (indeværende år og baseline). I 2008 var der en korrektion for "Fejl i grupperingslogik" (indeværende år og baseline).

Kilde: Bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Syghehussektoren".

Korrigeret af driftsudgifter

I de årlige offentliggørelser af produktiviteten i syghehussektoren korrigeres de tilrettede driftsudgifter for udgifter til internt finansieret forskning og udgifter til medicin på ambulante afdelinger. Udgifter til internt finansieret forskning indgår ikke med begrundelsen, at det ikke bidrager direkte til somatisk behandling. Det tilføjes, at der er stor forskel på udgifterne til internt finansieret forskning mellem sygehusene. Udgifter til medicin på ambulante afdelinger indgår ikke med begrundelsen om at skabe

overensstemmelse med produktionsværdien, da medicin også ekskluderes i produktionsværdien.

Tabel 6 giver en samlet oversigt over korrektionerne til driftsudgifterne.

Tabel 6

Korrektioner til de tilrettede driftsudgifter (mia. kr.)

	Udgifter til internt finansieret forskning		Udgifter til medicin		Andet	
	Indeværende år	Baseline	Indeværende år	Baseline	Indeværende år	Baseline
2005	0,46	0,45	2,20	1,94	0,56	0,53
2006	0,57	0,49	2,62	2,28	-0,02	0,52
2007	0,59	0,58	3,24	2,74	-	-
2008	0,64	0,62	3,47	2,85	-	-
2009	0,72	0,67	4,37	3,79	-	-
2010	0,90	0,85	4,64	4,48	-	-
2011	1,12	1,12	4,74	4,68	-	-
2012	1,19	1,15	5,07	4,81	-	-
2013	1,41	1,34	5,53	5,14	-	-
2014	1,53	1,48	6,21	5,60	-	-
2015	1,41	1,55	6,41	6,32	-	-
2016	1,51	1,36	6,61	6,49	-	-
2017	1,56	1,53	7,22	6,71	-	-
2018	1,61	1,58	7,94	7,41	-	-

Anm: Kolonnen "Andet" dækker over følgende: I 2005 var der korrektioner for "Laboratorieydelse til praksissektoren" (indeværende år og baseline) og "Ensretning" (baseline). I 2006 var der korrektioner for "Udgifter til særydelse leveret til frit valgs patienter på basisniveau" (indeværende år) og "Vederlagsfri laboratorieydelse til praksissektoren" (baseline). Kilde: Bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren".

Hvor stor betydning har korrektionerne for produktivitetsudviklingen?

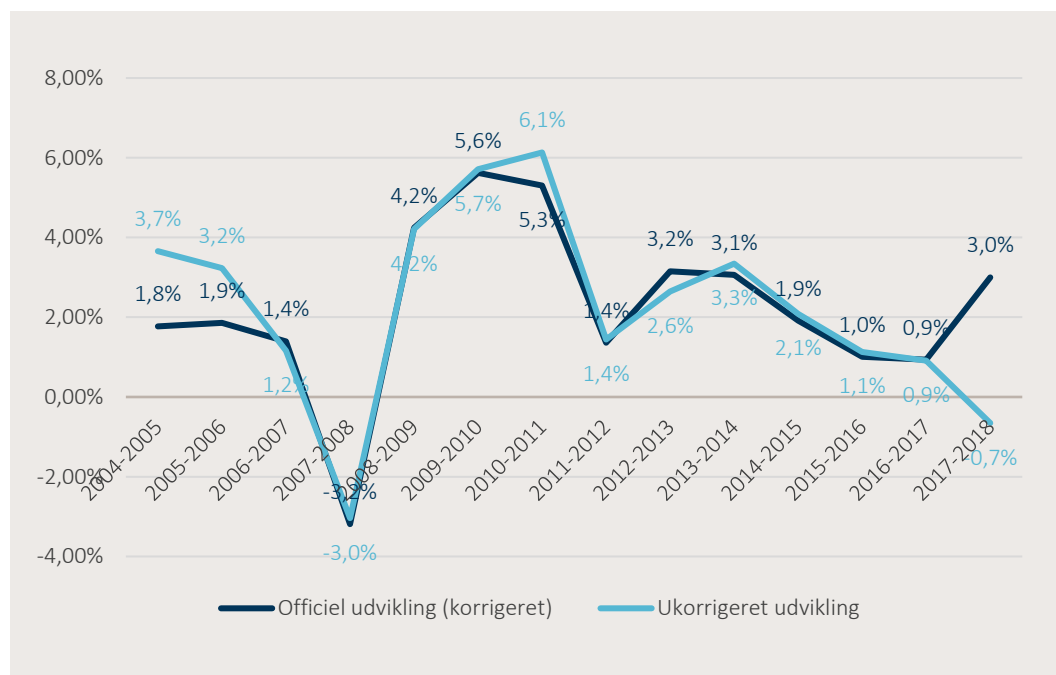
Ideelt set vil vi i analysen gerne foretage de samme korrektioner som i de årlige offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren. Det har dog ikke været muligt at finde data til at foretage korrektionerne, og derfor har det ikke været muligt at foretage dem.

Ser man på den historiske periode fra 2004-2018, er der dog ikke væsentlig forskel på produktivitetsudviklingen med og uden korrektioner jf. figur 19, hvis man ser på landsplan. Selvom der er udsving fra år til år, så var den gennemsnitlige officielle produktivetsfremgang på 2,24 pct. i perioden 2004-2018 med korrektionerne og 2,28 pct. uden korrektionerne.

Det er dog værd at bemærke, at der i 2018 var en særlig stor forskel på produktivitsudviklingen med og uden korrektioner, hvor den var på 3,0 pct. med korrektioner og -0,7 pct. uden korrektioner. Forskellen skyldes primært de regionsspecifikke korrektioner, som var særligt store i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland.

Figur 19

Udviklingen i produktivitet, med og uden korrektioner



Anm.: Den store forskel på den korrigerede og ukorrigerede udvikling i 2018 skyldes primært de regionsspecifikke korrektioner, der var væsentligt højere i 2018-rapporten i forhold til tidligere år. Hvis man undlader at inkludere de regionsspecifikke korrektioner, ville den korrigerede udvikling være på -0,4 pct. i stedet for 3,0 pct.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren"

Tabel 7 viser produktivitsudviklingen med og uden de specifikke korrektioner. Den ukorrigerede produktivitsudvikling er uden alle korrektioner. De resterende kolonner (uden medicin, forskning, organisering, regionsspecifik.) er den officielle produktivitsudvikling uden den specifikke korrektion. Der er tendens til en positiv bias ved ikke at korrigere for medicin og en negativ bias ved ikke at korrigere for de regionsspecifikke korrektioner. Korrektionerne for internt finansieret forskning og forskelle i organisering har mindre betydning for produktivitsudviklingen historisk set.

Produktivitsudviklingen med og uden korrektioner per region kan findes i bilag 7.

Tabel 7

Udviklingen i produktivitet, med og uden korrektioner

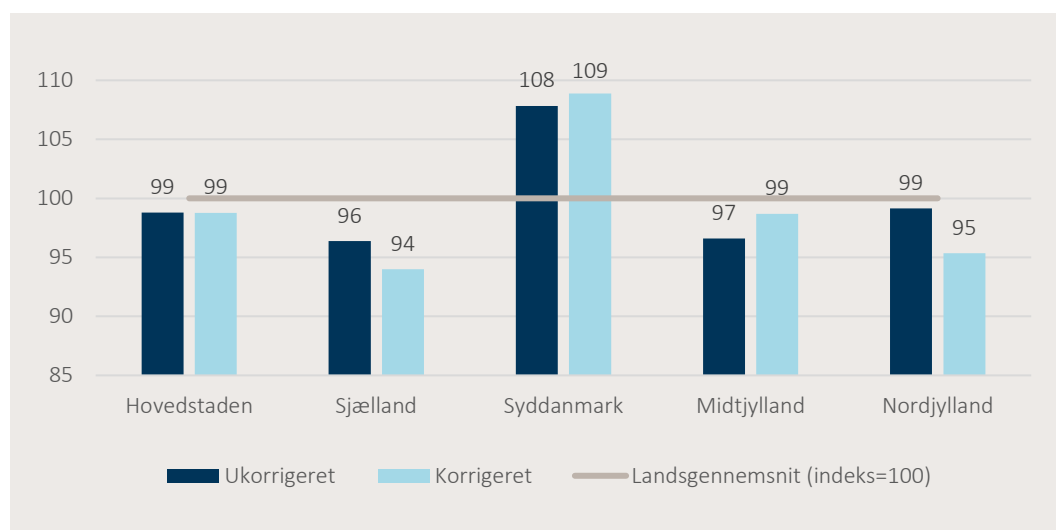
	Produktivitetsudvikling					
	Officiel (korrigeret)	Ukorrigeret	Uden medicin	Uden forskning	Uden organisering	Uden regions- specifik.
2005	1,8%	3,7%	1,7%	1,8%	1,8%	1,8%
2006	1,9%	3,2%	1,7%	1,7%	1,9%	1,9%
2007	1,4%	1,2%	1,4%	1,4%	1,4%	1,2%
2008	-3,2%	-3,0%	-3,0%	-3,2%	-3,2%	-3,2%
2009	4,2%	4,2%	4,3%	4,2%	4,2%	4,2%
2010	5,6%	5,7%	6,1%	5,5%	5,6%	5,3%
2011	5,3%	6,1%	6,3%	5,3%	5,3%	5,1%
2012	1,4%	1,4%	1,9%	1,3%	1,4%	0,9%
2013	3,2%	2,6%	3,1%	3,0%	2,8%	3,0%
2014	3,1%	3,3%	3,6%	3,0%	2,9%	2,7%
2015	1,9%	2,1%	2,4%	2,2%	1,6%	1,6%
2016	1,0%	1,1%	1,9%	0,7%	0,8%	0,6%
2017	0,9%	0,9%	1,4%	0,9%	0,9%	0,4%
2018	3,0%	-0,7%	2,5%	2,9%	3,1%	-0,4%

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren".

Hvor stor betydning har korrektionerne for produktivitetsniveauet?

Ser man på produktivitetsniveauet per region, er korrektionerne ikke helt uden betydning jf. figur 20. Hvis man ser på det ukorrigerede produktivitetsniveau i 2018, er Region Nordjylland mere produktiv end Region Midtjylland, men ser man på det korrigerede produktivitetsniveau, var det omvendt.

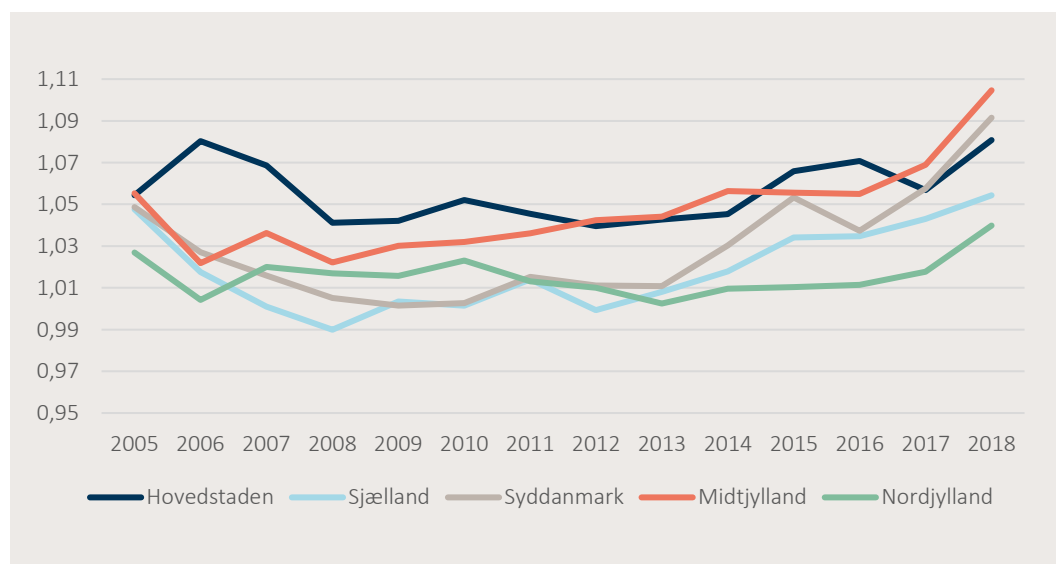
Figur 20

Korrigeret og ukorrigeret produktivetsniveau, 2018

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygesektoren".

Hvis man ser på det korrigerede produktivetsniveau i forhold til det ukorrigerede produktivetsniveau, er den mindste forskel for Region Nordjylland og Region Sjælland og den største forskel for Region Midtjylland og Region Hovedstaden jf. figur 21. Forholdet mellem det korrigerede og ukorrigerede produktivetsniveau ændrer sig dog over tid.

Figur 21

Korrigeret vs. ukorrigeret produktivetsniveau

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygesektoren".

Når vi ser på produktivetsniveauet for 2019 og frem i analysen, har vi valgt at justere den ukorrigerede produktivitet med en justeringsfaktor, der er beregnet som den gennemsnitlige værdi i perioden 2015-2017 af forholdet mellem den korrigerede og ukorrigerede produktivitet. Perioden 2015-2017 er valgt, da vi ønsker en tidsperiode så

tæt på den aktuelle som muligt. Vi har dog valgt ikke at anvende 2018, da korrektionerne i dette år afviger væsentligt fra tidligere år, og vi har ikke nogen grund til at forvente samme niveau af korrektioner i de efterfølgende år.

Ser man på det samlede potentiale for meraktivitet i 2018, er der ikke den store forskel på, om man bruger det korrigerede eller ukorrigerede produktivetsniveau. Hvis alle regioner var lige så produktive som Region Syddanmark, ville potentialet være på 4.681 mio. kr. baseret på det korrigerede produktivetsniveau og 4.867 mio. kr. baseret på det ukorrigerede produktivetsniveau i 2018. Forskellen svarer til ca. 0,3 pct. af produktionsværdien.

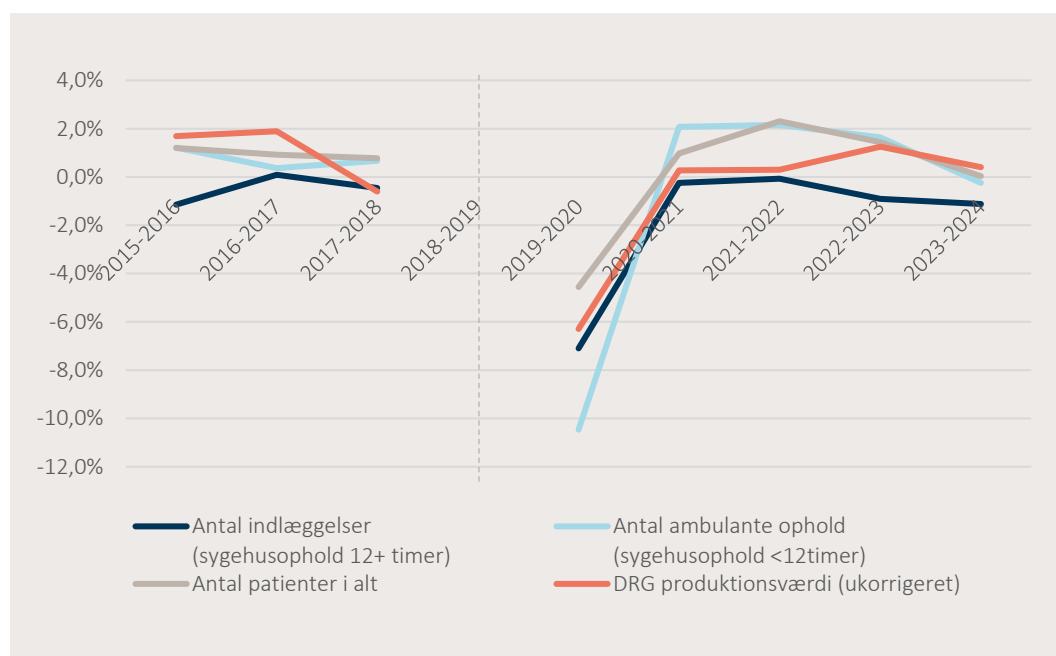
Bilag 2 - Aktivitetsindikatorer

Figur 22 viser udviklingen i aktivitetsindikatorer på de offentlige sygehuse, somatisk behandling.

Denne gennemsnitlige årlige vækstrate for perioden 2019-2024 var på -1,9 pct. for antal indlæggelser, -1,1 pct. for antal ambulante ophold, 0,0% for antal patienter og -0,9 for DRG produktionsværdi.

Figur 22

Udvikling i aktivitetsindikatorer, offentlige somatiske sygehuse



Anm.: Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud ved overgangen fra LPR2 til LPR3.

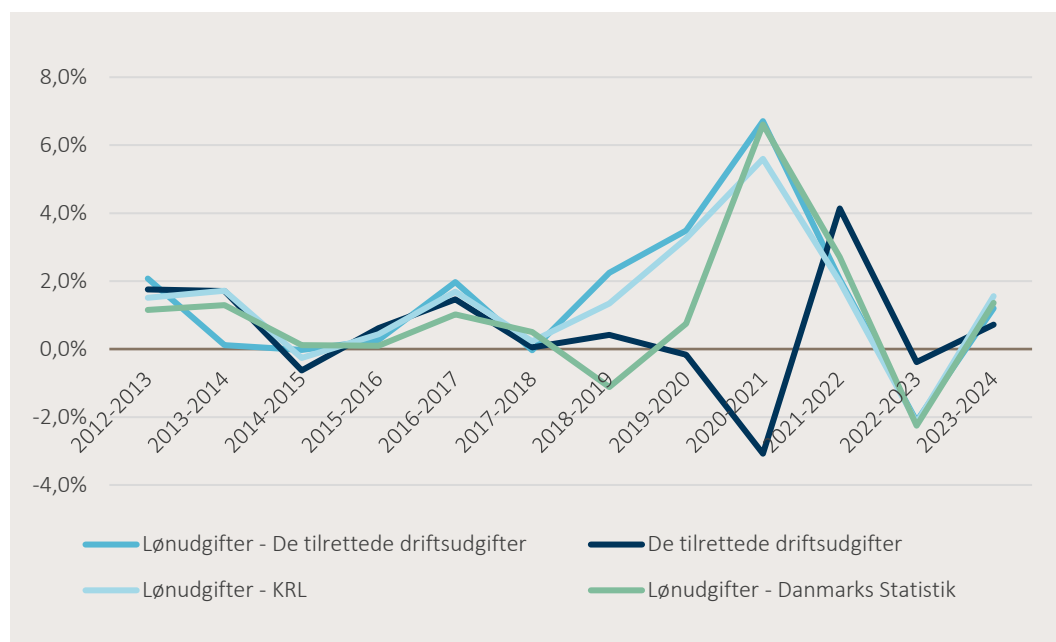
Kilde: Sundhedsdatabanken og egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Bilag 3 – Alternative beregninger af udviklingen i lønudgifter

På grund af den markante forskel i udviklingen i de tilrettede driftsudgifter og de lønudgifter, der indgår i de tilrettede driftsudgifter, er det valgt som et robusthedstjek at undersøge udviklingen i lønomkostninger ved brug af to alternative datakilder. Figur 23 viser, at udviklingen i lønomkostninger er nogenlunde den samme på tværs af de tre datakilder. Det bemærkes dog, at lønudgifter beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistik ikke er helt sammenlignelig med de andre, da lønudgifterne er inkl. psykiatri.

Figur 23

Sammenligning af udviklingen i lønudgifter



Anm.: Lønudgifter beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistik er inkl. psykiatri, mens øvrige tal kun dækker over somatik. Alle omkostninger er PL-reguleret iht. økonomiaftalerne (Danske Regioner).

Kilde: De tilrettede driftsudgifter og lønudgifterne derfra er beregnet på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen.

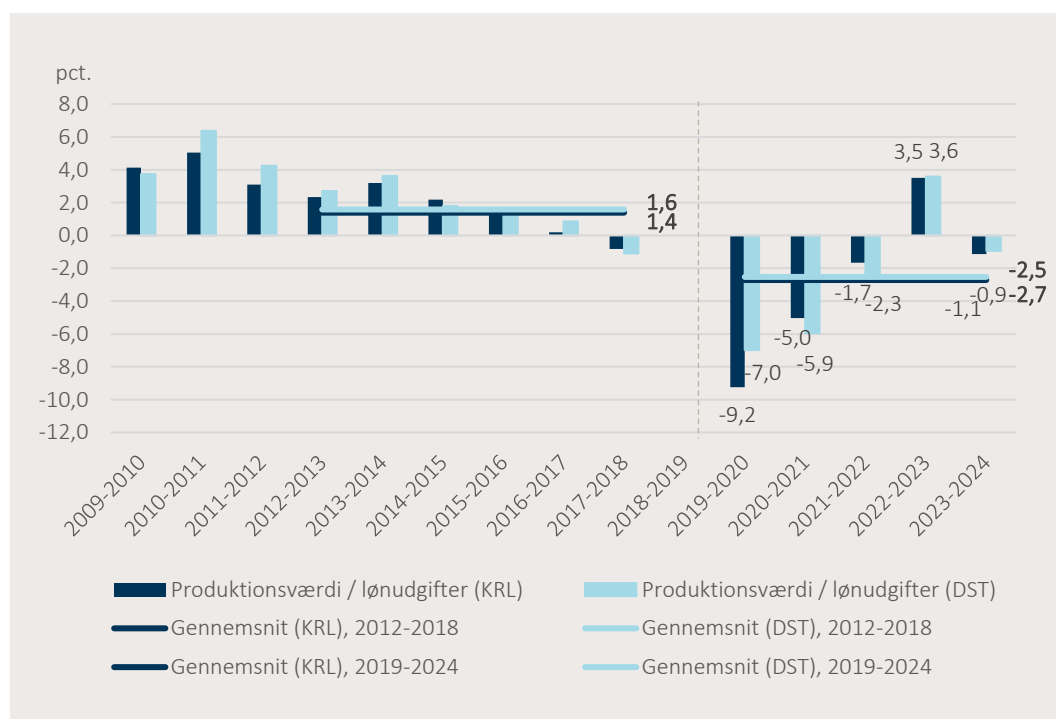
Lønudgifter baseret på data fra KRL er fra krl.dk og lønudgifter baseret på data fra Danmarks Statistik er fra forskerdatabasen.

Bilag 4 – Alternative beregninger af medarbejderproduktivitetsudviklingen

Nedenfor ses produktivitetsudviklingen i forhold til lønudgifter beregnet på baggrund af data fra KRL og Danmarks Statistik. Lønudgifterne er omregnet fra løbende til faste priser ud fra pris- og lønjusteringen i økonomiaftalerne.

Figur 24

Medarbejderproduktivitetsudvikling (pct.)



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate for den pågældende periode. Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 dækker kun 2.-4.kvartal pga. overgangen til LPR3. Udviklingen for 2018-2019 vises ikke pga. databrud.

Kilde: Produktionsværdien frem til 2018 er egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren". Produktionsværdien fra 2019 og frem er egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik. Lønudgifter er egne beregninger baseret på data fra KRL og Danmarks Statistik. PL-justering fra Danske Regioner.

Bilag 5 – Sygeplejerskestrejke 2021

Sygeplejerskestrejken varede fra den 19. juni til den 28. august 2021 og påvirkede både produktionsværdi og lønudgifter. I bilaget laves der et forsigtigt estimat for, hvad sygeplejerskestrejken betød for produktivitetsudviklingen. Disse laves udelukkende for at give en indikation af strejkens betydning, og estimaterne skal således fortolkes varsomt.

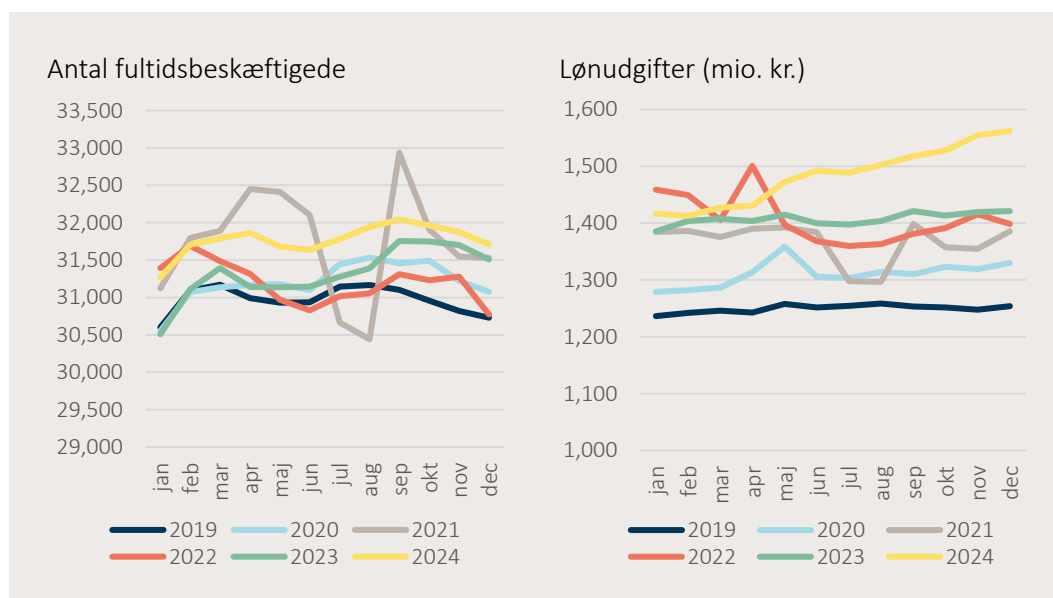
Estimaterne i bilaget indikerer, at produktionsværdien blev negativt påvirket med ca. 340-472 mio. kr., svarende til 0,5-0,7 pct. af produktionsværdien. Lønudgifter var lavere med ca. 185-203 mio. kr., hvilket svarer til 0,3-0,4 pct. af de samlede lønudgifter. Nettoeffekten af sygeplejerskestrejken på produktivitetsudviklingen er således minimal med mellem -0,1 og -0,4 procentpoint.

Påvirkning på lønudgifter

Månedligt data for antal fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker og lønudgifter til sygeplejersker viser et tydeligt fald i særligt juli og august måned jf. den grå linje i figur 25. Faldet skyldes, at arbejdsgiveren ikke udbetaler løn under en konflikt, medmindre man indgår i nødberedskabet. I stedet får man som medlem af Dansk Sygeplejeråd strejkeunderstøttelse¹⁸.

Figur 25

Antal fuldtidsbeskæftigede og lønudgifter til sygeplejersker



Anm.: Tallene inkluderer ledende sygeplejersker og dækker overenskomstansatte og tjenestemænd. Tallene er udelukkende for somatiske sygehuse. Lønudgifter inkluderer overarbejde.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra KRL

¹⁸ <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-argang-2021-nr-7/hvis-du-skal-strejke/>

Generelt var antal fuldtidsbeskæftigede i sygehusvæsenet på det højeste niveau i sommeren 2021 som følge af Covid-19 (se bilag 6). Hvis man vil give et estimat for, hvad sygeplejerskestrejken betød for lønudgifterne, er det derfor mest meningsfuldt at sammenligne med de omkringliggende måneder i 2021 i stedet for at sammenligne med de tilsvarende måneder i 2020 og 2022. Derfra kan man vælge at antage, at enten antal fuldtidsbeskæftigede eller lønudgifter i juni-august 2021 var på niveau med gennemsnittet for de omkringliggende måneder (april, maj og september 2021). Derved lander man på et estimat for påvirkningen af sygeplejerskestrejken på mellem 185 og 203 mio. kr., hvilket svarer til 0,3-0,4 pct. af lønudgifterne.

Påvirkning på produktionsværdien

Produktionsværdien blev også påvirket af sygeplejerskestrejken. Sundhedsstyrelsen vurderede den 25. august 2021, at behandlingsefterslæbet som følge af strejken var på 35.500 udskudte operationer, og det kunne tage op mod 2 år at afvikle efterslæbet (Sundhedsstyrelsen 2021).

En hypotese er, at det særligt er de ikke-akutte operationer, der udskydes under strejker. Derfor har vi valgt at se på udviklingen i produktionsværdi for DRG-sygehusforløb med og uden en procedurekode for en operation.

Ser man på DRG-sygehusforløb med mindst én procedurekode for en operation, var der en betydelig mindre produktionsværdi i august 2021 sammenlignet med august 2022 og august 2023 jf. figur 26. Til gengæld viser DRG-sygehusforløb uden en operation ikke umiddelbart tegn på lavere produktionsværdi, selvom man godt kan argumentere for, at der er et lille dyk i august.

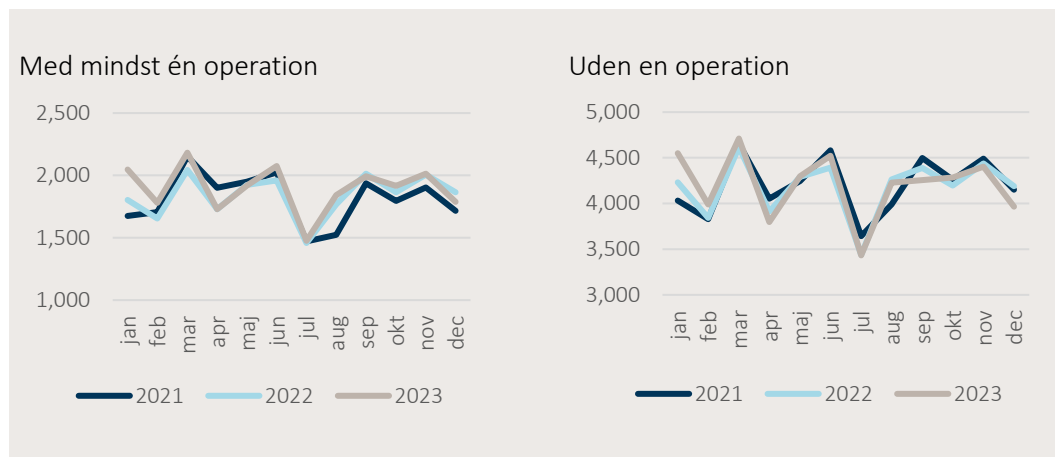
Der ses også en lavere produktionsværdi fra september til december 2021 i grafen for DRG-sygehusforløb med en operation. Dette skyldes Covid-19 og ikke sygeplejerskestrejken. Til gengæld ser produktionsværdien for juni og juli ikke ud til at være væsentligt påvirket af strejken.

Det er lidt mere udfordrende at lave et estimat for påvirkningen af sygeplejerskestrejken på produktionsværdien i forhold til estimatet for lønudgifter, da det er svært at adskille effekten af Covid-19 fra sygeplejerskestrejken. Vi udregner derfor et spænd, hvor august 2021 sammenlignes med henholdsvis august 2020 og august 2022¹⁹. Fordelen ved dette er, at august 2020 forventes at være mere påvirket af Covid-19 end august 2021, hvorimod august 2022 ikke var påvirket af Covid-19. Derved estimeres påvirkningen af sygeplejerskestrejken at være på mellem 340 og 472 mio. kr., svarende til 0,5-0,7 pct. af produktionsværdien i 2021.

¹⁹ Man kunne også argumentere for, at man burde se på juni-august og ikke bare august. I så fald ville spændet være på 55 til -3 mio. kr.

Figur 26

Produktionsværdi for DRG-sygehusforløb med og uden en operation (mio. kr.)



Anm.: Produktionsværdi for DRG-sygehusforløb, der (ikke) indeholder en procedurekode for en operation (variabel MRK_KIRURGI=0). DRG2023.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

På baggrund af den lavere produktionsværdi i august 2021 for DRG-sygehusforløb med mindst én operation, er det interessant at se på hvilke hoveddiagnosegrupper, der blev påvirket.

Tabel 8 viser ændringen i produktionsværdien for 2021 i forhold til samme måned 2022 per MDC-gruppe (Major Diagnostic Categories) for DRG-sygehusforløb med mindst én operation. Det er særligt følgende MDC-grupper, hvor man ser en væsentligt lavere produktionsværdi i august 2021 i forhold til august 2022:

- MDC 02 Øjensygdomme
- MDC 03 Øre-, næse- og halssygdomme
- MDC 07 Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel
- MDC 08 Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv
- MDC 09 Sygdomme i hud, underhud og mamma
- MDC 10 Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme
- MDC 12 Sygdomme i mandlige kønsorganer
- MDC 13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer

Fælles for de ovennævnte MDC-grupper er, at de alle har en forholdsvis høj andel planlagte operationer. Det gør det lettere at udskyde dem, da det ofte ikke er akutte operationer.

Tabel 8

**Ændring i produktionsværdi 2021 i forhold til samme måned i 2022
for DRG-sygehusforløb med mindst én operation**

	maj	jun	jul	aug	sep	DRG-værdi
MDC 01 Sygdomme i nervesystemet	95%	105%	104%	105%	91%	1.191
MDC 02 Øjensygdomme	98%	98%	96%	85%	97%	1.179
MDC 03 Øre-, næse- og halssygdomme	101%	100%	87%	65%	85%	605
MDC 04 Sygdomme i åndedrætsorganerne	103%	114%	108%	106%	103%	910
MDC 05 Sygdomme i kredsløbsorganerne	102%	98%	103%	94%	97%	2.604
MDC 06 Sygdomme i fordøjelsesorganerne	105%	104%	105%	93%	99%	2.686
MDC 07 Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel	103%	109%	108%	87%	110%	900
MDC 08 Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	99%	100%	84%	61%	87%	4.116
MDC 09 Sygdomme i hud, underhud og mamma	96%	106%	102%	83%	101%	1.290
MDC 10 Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme	94%	87%	98%	66%	92%	353
MDC 11 Nyre- og urinvejssygdomme	93%	105%	107%	97%	98%	1.142
MDC 12 Sygdomme i mandlige kønsorganer	97%	99%	103%	77%	87%	133
MDC 13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	100%	108%	108%	73%	94%	871
MDC 14 Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab	105%	98%	107%	107%	106%	1.878
MDC 15 eller højere	116%	121%	111%	105%	106%	1.834

Anm.: Produktionsværdi for DRG-sygehusforløb, der indeholder mindst én procedurekode for en operation. DRG2023.

(MRK_KIRURGI=1).

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik

Bilag 6 – Covid-19

Opsummering

Covid-19 påvirkede produktiviteten fra marts 2020 og frem til marts 2022. I underafsnittene laves beregninger for betydningen af Covid-19. Disse laves udelukkende for at give en indikation af Covid 19's betydning, og estimerterne skal således fortolkes varsomt. En opsummering fremgår af tabel 9.

Tabel 9

Påvirkning af Covid-19, mio. kr.

	2020	2021*	2022
De tilrettede driftsudgifter	-	-	-
Lønudgifter			
- Hvis på 2019-niveau	475 mio.	2.225 mio.	728 mio.
- Hvis på 2023-niveau		1.446 mio.	449 mio.
Lønudgifter i alt	475 mio.	1.446-2.225 mio.	449-728 mio.
(% af lønudgifter i parentes)	(0,9%)	(2,7-4,1%)	(0,8-1,3%)
Produktionsværdi			
Januar-februar måned			
- Hvis på 2020-niveau		-1.778 mio.	-1.444 mio.
- Hvis på 2023-niveau		-1.080 mio.	-810 mio.
Marts måned			
- Hvis på 2022-niveau	-1.028 mio.		
- Hvis på 2023-niveau		-81 mio.	-219 mio.
April-maj måned			
- Hvis på 2019-niveau	-2.425 mio.	-630 mio.	
- Hvis på 2022-niveau	-1.657 mio.		
Juni-december			
- Hvis på 2019-niveau	-874 mio.	-1.192 til-1.324 mio.	
Produktionsværdi i alt	-3.558 til-4.326 mio.	-2.982 til-3.813 mio.	-1.028 til-1.663 mio.
(% af produktionsværdi i parentes)	(5,4-6,6%)	(4,5-5,7%)	(1,4-2,3%)

Anm.: For hver periode estimeres der kun et tal, hvis Covid-19 påvirkning estimeres til at være negativ. Covid-19 påvirkningen estimeres til at være positiv, hvis man sammenligner juni-december 2020 med juni-december 2022. Det samme gælder, hvis man sammenligner marts 2021 med marts 2022, og hvis man sammenligner april-maj 2021 og juni-december 2021 med de tilsvarende måneder i 2022 og 2023. I mangel på bedre sammenligningsgrundlag, sammenlignes marts 2020 med marts 2022 på trods af, at vi formentlig ikke var helt forbi Covid-19 i marts 2022.

* For august 2021 er der lavet justeringer for sygeplejerskestrejken. Lønudgifter er justeret med 185-203 mio. kr., mens produktionsværdien er justeret med 340-472 mio. kr. Se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger.

I de tilrettede driftsudgifter fratrækkes skema 6.39 "Særlige udgifter ifm. COVID-19". Det vil sige, at de tilrettede driftsudgifter kun påvirkes af Covid-19 i det omfang, at de ikke hører ind under skema 6.39.

I forhold til lønudgifter er et forsigtigt estimat af Covid-19's påvirkning på 475 mio. kr. i 2020, mellem 1.466 og 2.225 mio. kr. i 2021, og mellem 448 og 728 mio. kr. i 2022.

Ser man på produktionsværdien, estimeres påvirkningen af Covid-19 til at være på 3.558-4.326 mio. kr. i 2020. Påvirkningen i 2021 estimeres til at være på mellem 2.982 og 3.813 mio. kr., og for 2022 er estimatet på 1.028-1.663 mio. kr.

Hvis man er interesseret i Covid-19's påvirkning på væksten, er det den relative påvirkning mellem indeværende og forrige år, der er interessant. Påvirkning på væksten kan ses i tabel 10. Hvis man tager lønudgifter som et eksempel, så estimeres lønudgifterne til at være 0,9 pct. højere i 2020 som følge af Covid-19. Den højere base gør, at væksten fra 2020 til 2021 var lavere med 0,9 procentpoint. Væksten i lønudgifter blev derved påvirket med mellem 1,8 procentpoint (-0,9 +2,7 procentpoint) og 3,2 procentpoint (-0,9 +4,1 procentpoint).

Tabel 10

Påvirkning af Covid-19 på vækst, procentpoint

	2020	2021	2022	2023
Udvikling i lønudgifter	+0,9	+1,8 til +3,2	-3,3 til -1,4	-1,3 til -0,7
Udvikling i produktionsværdi	-6,6 til -5,4	-0,3 til +2,1	+2,2 til +4,3	+1,4 til +2,3
Udvikling i medarbejderproduktivitet	-7,5 til -6,4	-3,4 til +0,4	+3,6 til +7,6	+2,2 til +3,6

Kilde: Egne beregninger.

Totalproduktivitetsudviklingen blev påvirket i samme omfang som udviklingen i produktionsværdi, såfremt de tilrettede driftsudgifter ikke blev påvirket af Covid-19 udover udgifterne, der indgår i skema 6.39. Det vil sige en negativ påvirkning fra Covid-19 på 5,4-6,6 procentpoint i 2020, en påvirkning på mellem -0,3 til +2,1 procentpoint i 2021, en positiv påvirkning på 2,2-4,3 procentpoint i 2022 og 1,4-2,3 procentpoint i 2023.

Medarbejderproduktivitetsudviklingen blev negativt påvirket med ca. 6,4-7,5 procentpoint i 2020. I 2021 blev medarbejderproduktivitetsudviklingen påvirket med mellem -3,4 og +0,4 procentpoint. For 2022 var der en positiv påvirkning på 3,5-7,7 procentpoint og i 2023 på 2,2-3,6 procentpoint.

Påvirkning på driftsudgifter

I forhold til driftsudgifter kan man se betydningen af Covid-19 ud fra skema 6.39 "Særlige udgifter ifm. COVID-19" i de tilrettede driftsudgifter. Denne post var på 2.559 mio. kr. i 2020, 2.183 mio. kr. i 2021 og 1.837 mio. kr. i 2022. Da nærværende analyse anvender de

samlede tilrettede driftsudgifter, indgår de særlige udgifter til Covid-19 ikke. Det vil sige, at de tilrettede driftsudgifter kun påvirkes af Covid-19 i det omfang, at de ikke hører ind under skema 6.39.

Påvirkning på lønudgifter

I forhold til lønudgifter er det interessant at undersøge hvilke stillingsgrupper, der blev påvirket af Covid-19. Disse har vi fundet ved at tage udgangspunkt i de stillingsgrupper, der oplevede den største procentvise vækst i antal fuldtidsbeskæftigede fra perioden januar-marts 2020 (før Covid-19) til perioden april-juni 2021, da antal fuldtidsbeskæftigede var på sit højeste under Covid-19. Derefter har vi set bort fra de stillingsgrupper, der ikke har en stagnering eller et fald i antal fuldtidsbeskæftigede efter juni 2021, da det må være et udtryk for, at stigningen i medarbejdere ikke udelukkende skyldes Covid-19. For at forsimple analysen har vi desuden set bort fra overenskomstområder med få ansatte (færre end 200 fuldtidsbeskæftigede).

De medarbejdergrupper, der ser ud til at være mest påvirket af Covid-19, var følgende overenskomstområder; 'administration og it mv.', 'husassistenter', 'social- og sundhedspersonale', 'specialarbejdere mv.', 'studenter (sygeplejevikarer/ventilatorer)', 'sundhedsadministrativt personale' samt stillingsbetegnelsen 'laboranter'.

Derudover har vi valgt at inkludere stillingsbetegnelsen 'sygeplejersker' (ikke-ledende) som en stillingsgruppe, der blev påvirket af Covid-19. Baggrunden for dette er, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i en pressemeddelelse fra den 14. april 2021 vurderede, at der var en stigning på 584 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker fra 4. kvartal 2019 til 4. kvartal 2020²⁰. Derudover var der i samme periode en stigning på 226 fuldtidsbeskæftigede medicinstuderende, der udførte sygeplejerskearbejde, hvilket ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet skyldes Covid-19.

Hvis man ser på den månedlige udvikling i de ovenfor nævnte stillingsgrupper, er der en stigning i antal fuldtidsbeskæftigede fra april 2020 jf. figur 27. Antal fuldtidsbeskæftigede indfandt sig på et nyt stabilt (højere) niveau i juni 2022.

Vi har valgt at estimere påvirkningen af Covid-19 på lønudgifter på to måder. Hvis man antager, at antal fuldtidsbeskæftigede for de påvirkede grupper i månederne fra april 2020 til maj 2022 havde været på samme niveau med de tilsvarende måneder i 2019 (før Covid-19), svarer det til, at lønudgifterne ville have været 475 mio. kr. lavere i 2020. I 2021 ville lønudgifterne have været 2.225 mio. kr. lavere, når man ser bort fra sygeplejerskestrejken, og i 2022 have lønudgifterne været 728 mio. kr. lavere.

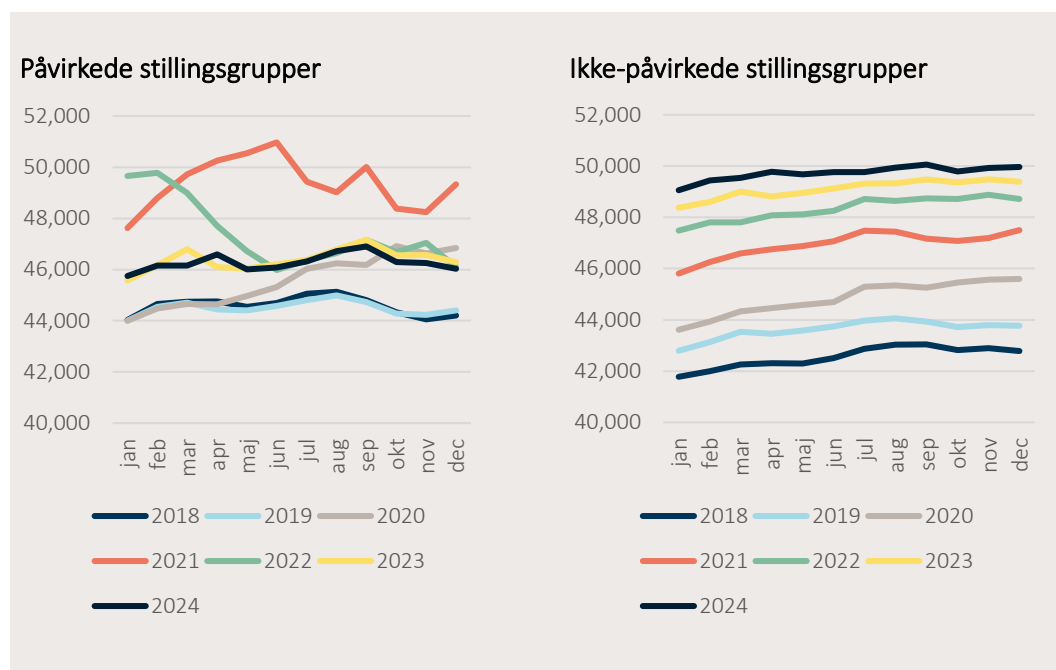
Hvis man i stedet antager, at antal fuldtidsbeskæftigede havde været på samme niveau som de tilsvarende måneder i 2023 (efter Covid-19), svarer det til, at lønudgifterne ville have været 1.466 mio. kr. lavere i 2021, når man ser bort fra sygeplejerskestrejken. I 2022 ville lønudgifterne have været 449 mio. kr. lavere. I 2020 ville lønudgifterne have været

²⁰ <https://www.ism.dk/nyheder/2021/april/over-halvvejs-i-forhold-til-maal-om-1000-flere-sygeplejersker->

højere i 2020, hvis man antager samme niveau som 2023, og derfor har vi ikke fundet det meningsfuldt at inddrage det som et estimat for påvirkningen af Covid-19.

Figur 27

Antal fuldtidsbeskæftigede per måned



Anm.: De påvirkede stillingsgrupper indeholder overenskomstområderne 'administration og it mv.', 'husassistenter', 'social- og sundhedspersonale', 'specialarbejdere mv.', 'studenter (sygeplejevikarer/ventilatorer)', 'sundhedsadministrativt personale' samt stillingsbetegnelserne 'laboranter' og 'sygeplejersker (basis)'.

De ikke-påvirkede stillingsgrupper indeholder de resterende overenskomstområder og stillingsbetegnelser.

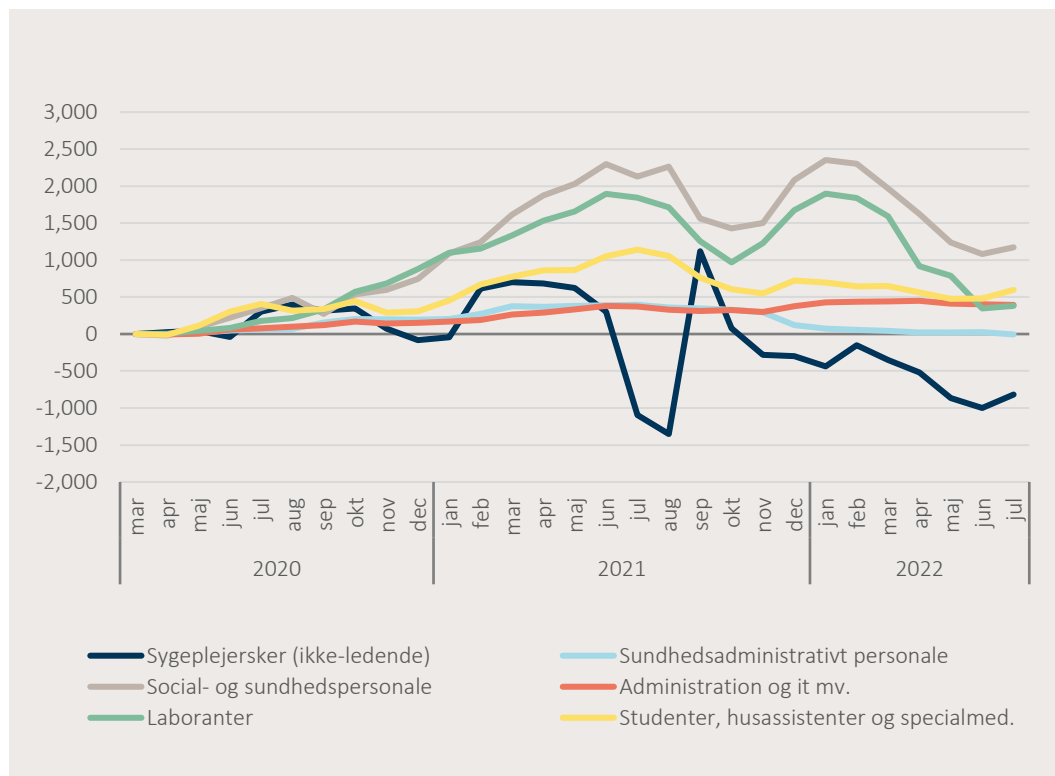
Kilde: Egne beregninger baseret på krl.dk. Kontoplan 11001 somatiske sygehuse. Overenskomstansatte og tjenestemænd.

Udviklingen i de enkelte påvirkede stillingsgrupper fremgår af figur 28. Stillingsgruppen, der havde den største absolutte vækst i antal fuldtidsbeskæftigede under Covid-19, var social- og sundhedspersonale, hvilket er forventeligt, da social- og sundhedspersonalet blev brugt til at aflaste bl.a. sygeplejersker. Den næststørste stigning var i antallet af laboranter, hvilket kan forklares med den høje mængde Covid-19 tests, der blev foretaget under pandemien.

Den tredjestørste stigning ses hos stillingskategorierne 'husassistenter', 'specialarbejdere mv.', og 'studenter (sygeplejevikarer/ventilatorer)', der vises samlet i figur 28. Disse stillingskategorier blev anvendt til at aflaste det øvrige personale ift. praktiske opgaver, som f.eks. rengøring, logistik og andre hygiejniske opgaver.

Figur 28

Udvikling i antal fuldtidsbeskæftigede per måned i forhold til marts 2020, per Covid-19 påvirkede stillingsgruppe



Anm.: 'Studenter, husassistenter og specialmed.' er en forkortelse for stillingskategorierne 'studenter, sygeplejevikarer/ventilatører', 'husassistenter' og 'specialmedarbejdere mv.'.

Faldet i antal fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker i juli og august 2021 skyldes sygeplejerskestrejken.

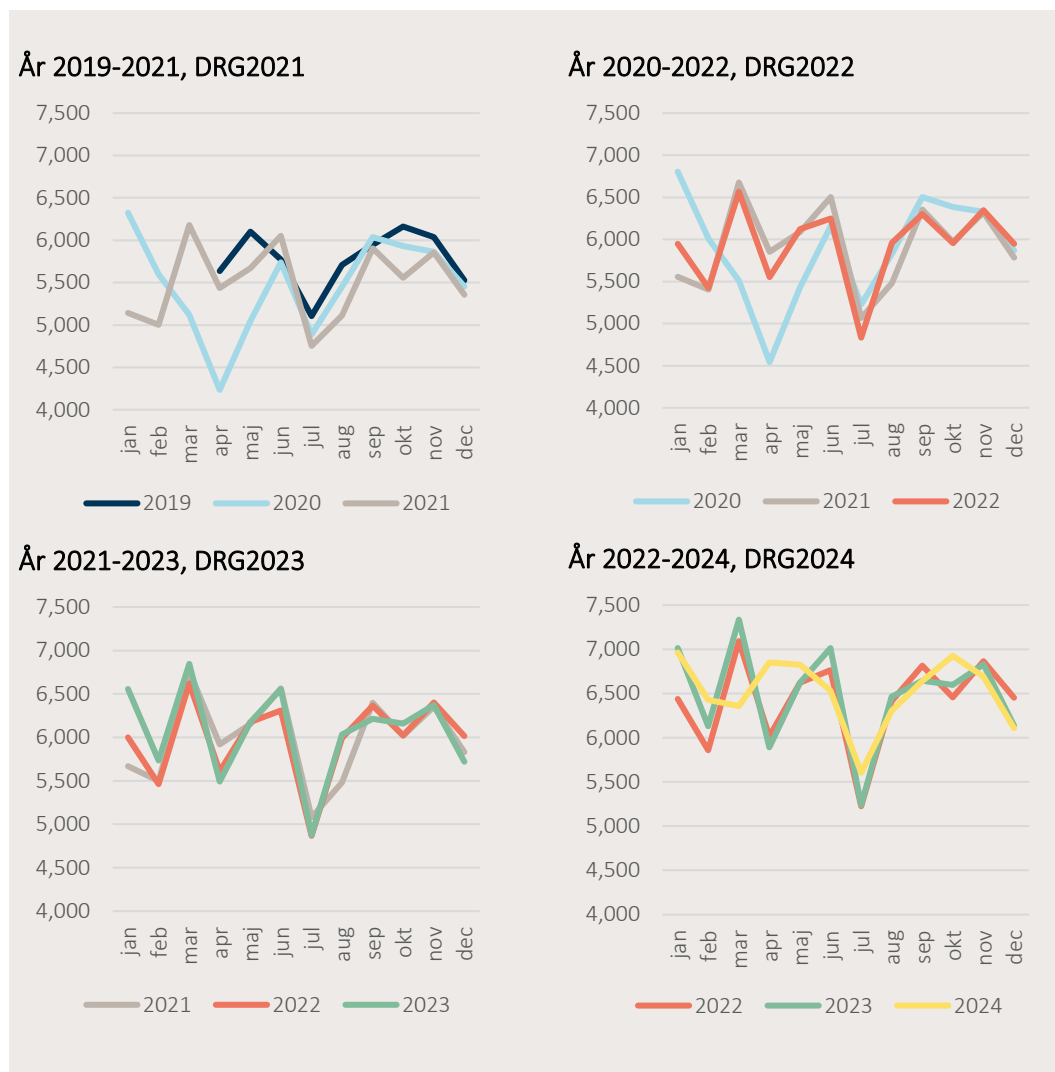
Kilde: Egne beregninger baseret på krl.dk. Kontoplan 11001 somatiske sygehuse. Overenskomstansatte og tjenestemænd.

Påvirkning på produktionsværdien

I forhold til produktionsværdien er det interessant at se på den månedlige udvikling. Det kunne have været interessant at se særsomt på produktionsværdien for DRG-sygehusforløb med mindst én operation, men det er desværre ikke muligt med det tilgængelige data, vi har for 2020.

Figur 29 viser den månedlige udvikling i produktionsværdi. Det fremgår, at det særligt er månederne fra marts til maj 2020, der blev påvirket af Covid-19. De resterende måneder i 2020 ser også ud til at være på en smule lavere niveau sammenlignet med 2019. Det er dog bemærkelsesværdigt, at produktionsværdien forbliver på nogenlunde samme niveau efter Covid-19, hvis man ser bort fra det store dyk i marts-maj 2020.

Figur 29

Produktionsværdi per måned (mio. kr.)

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik

Hvis man vil lave et estimat for påvirkningen af Covid-19, er det interessant at se på, hvad produktionsværdien ville have været, hvis de Covid-19 ramte måneder havde været på samme niveau som de måneder, der ikke var påvirkede af Covid-19.

Hvis man antager, at marts 2020 var på niveau med marts 2021 og marts 2022, og april-december 2020 var på niveau med april-december 2019, ville produktionsværdien være 4.326 mio. kr. højere. Det svarer til 6,6 pct. af produktionsværdien i 2020. Hvis man i stedet antager, at april-maj 2020 var på niveau med de tilsvarende måneder i 2022, ville produktionsværdien være 3.558 mio. kr. højere, svarende til 5,4 pct. af produktionsværdien.

For 2021, hvis januar-marts 2021 var på niveau med de tilsvarende måneder i 2023, og april-december 2021 på niveau med de tilsvarende måneder i 2019, så havde produktionsværdien været 2.918 mio. kr. højere i 2021, når man ser bort fra

sygeplejerskestrejken. Det svarer til 4,4 pct. af produktionsværdien. Hvis man i stedet antager, at januar-februar var på niveau med 2020, ville produktionsværdien være 3.871 mio. kr. højere, når man ser bort fra sygeplejerskestrejken. Det svarer til 5,8 pct. af produktionsværdien

For 2022, hvis januar-marts 2022 var på niveau med de tilsvarende måneder i 2023, havde produktionsværdien været 1.028 mio. kr. højere i 2022. Det svarer til 1,4 pct. af produktionsværdien. Hvis man i stedet antager, at januar-februar var på niveau med 2020, ville produktionsværdien være 1.663 mio. kr. højere, svarende til 2,3 pct. af produktionsværdien.

En samlet oversigt over estimerne kan findes i tabel 9.

Det er også interessant at se hvilke hoveddiagnosegrupper, der blev påvirket mest af Covid-19. Tabel 11 viser, at stort set alle MDC-grupper havde en væsentligt lavere produktionsværdi i de første tre måneder af Covid-19 (marts-maj 2020) sammenlignet med de samme måneder i 2023 (post Covid-19).

En af hoveddiagnosegrupperne, der ikke ser ud til at være væsentligt påvirket af Covid-19 er MDC 14 'Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab'. At fødsler/graviditet ikke påvirkes betydeligt af Covid-19 er forventeligt, da man ikke kan udskyde denne type sygehusbesøg.

En anden hoveddiagnosegruppe, MDC 04 'Sygdomme i åndedrætsorganerne', ser heller ikke ud til at være væsentligt påvirket af Covid-19. Dette skyldes formentlig, at mange sygehusforløb med Covid-19 patienter blev indplaceret på andre MDC-grupper (MDC 18 'Infektionssygdomme og parasitære sygdomme' og MDC 23 'Øvrige') frem for MDC 04²¹. Ser man på MDC 18, er der da også en højere produktionsværdi i april-maj 2020 og i vintermånederne.

Tabel 11

Ændring i produktionsværdi i forhold til samme måned i 2023

MDC 01 Sygdomme i nervesystemet													DRG-værdi
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
2020	116%	111%	84%	78%	88%	101%	110%	98%	105%	107%	98%	97%	4.526
2021	94%	100%	102%	102%	99%	105%	106%	98%	99%	99%	99%	98%	4.572
2022	100%	100%	100%	99%	99%	99%	100%	100%	101%	100%	101%	100%	4.563
MDC 02 Øjensygdomme													
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
2020	104%	99%	69%	77%	84%	93%	99%	89%	96%	99%	90%	92%	1.839
2021	93%	99%	98%	106%	96%	98%	101%	86%	96%	92%	93%	95%	1.942
2022	100%	101%	99%	100%	100%	100%	105%	100%	100%	101%	100%	101%	2.038
MDC 03 Øre-, næse- og halssygdomme													
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
2020	124%	123%	64%	51%	84%	99%	114%	100%	102%	106%	101%	97%	1.845
2021	92%	103%	95%	95%	103%	105%	105%	88%	100%	100%	96%	87%	1.871
2022	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	99%	100%	1.924

²¹ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638651134515590596/Haandtering%20af%20COVID_19%20i%20DRG.pdf

MDC 04 Sygdomme i åndedrætsorganerne

2020	127%	134%	105%	93%	92%	92%	101%	95%	98%	97%	89%	93%	5.837
2021	98%	104%	101%	95%	100%	101%	103%	97%	111%	109%	109%	107%	5.969
2022	100%	101%	101%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	100%	5.785

MDC 05 Sygdomme i kredsløbsorganerne

2020	112%	111%	89%	84%	98%	101%	111%	103%	103%	111%	104%	98%	6.237
2021	94%	104%	111%	110%	103%	104%	107%	94%	99%	99%	96%	95%	6.196
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	6.116

MDC 06 Sygdomme i fordøjelsesorganerne

2020	113%	111%	84%	78%	86%	97%	110%	96%	103%	106%	100%	98%	6.564
2021	88%	99%	102%	104%	100%	103%	105%	94%	100%	98%	100%	98%	6.633
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	101%	101%	100%	100%	100%	100%	6.704

MDC 07 Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel

2020	118%	109%	86%	91%	92%	98%	114%	103%	111%	111%	103%	103%	2.216
2021	93%	95%	100%	107%	101%	104%	107%	93%	106%	102%	102%	98%	2.165
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	101%	100%	100%	101%	100%	2.157

MDC 08 Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv

2020	128%	121%	75%	65%	83%	102%	112%	103%	107%	114%	105%	94%	7.999
2021	87%	102%	101%	109%	98%	103%	97%	78%	94%	95%	94%	85%	7.632
2022	100%	100%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	7.957

MDC 09 Sygdomme i hud, underhud og mamma

2020	117%	112%	88%	90%	88%	101%	107%	95%	103%	106%	101%	102%	4.743
2021	92%	99%	101%	106%	94%	104%	105%	90%	102%	100%	100%	99%	4.691
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	101%	100%	100%	100%	100%	4.729

MDC 10 Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme

2020	118%	113%	74%	66%	78%	100%	100%	100%	102%	111%	97%	92%	2.121
2021	81%	91%	98%	107%	99%	107%	109%	85%	101%	99%	95%	95%	2.157
2022	100%	100%	102%	101%	101%	101%	100%	102%	102%	101%	101%	100%	2.238

MDC 11 Nyre- og urinvejssygdomme

2020	113%	109%	89%	88%	92%	101%	109%	101%	106%	107%	103%	102%	4.666
2021	95%	102%	104%	106%	100%	104%	106%	98%	101%	100%	100%	97%	4.639
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	101%	100%	4.597

MDC 12 Sygdomme i mandlige kønsorganer

2020	130%	126%	72%	60%	77%	94%	109%	112%	114%	111%	111%	108%	277
2021	89%	104%	109%	120%	102%	106%	110%	88%	92%	90%	95%	92%	271
2022	99%	99%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	100%	101%	99%	100%	271

MDC 13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer

2020	117%	117%	80%	72%	87%	102%	115%	103%	104%	113%	101%	110%	1.730
2021	88%	103%	107%	110%	98%	105%	105%	80%	95%	97%	96%	96%	1.679
2022	100%	100%	100%	99%	101%	100%	102%	100%	100%	100%	101%	100%	1.713

MDC 14 Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab

2020	103%	103%	96%	107%	100%	102%	108%	103%	103%	106%	101%	102%	3.069
2021	101%	102%	106%	110%	106%	102%	110%	107%	106%	110%	109%	108%	3.170
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	2.979

MDC 15 Sygdomme i perinatalperioden

2020	125%	119%	102%	88%	104%	108%	110%	108%	109%	119%	107%	98%	885
2021	112%	101%	114%	103%	102%	118%	110%	104%	117%	113%	107%	102%	889
2022	101%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	101%	100%	100%	99%	102%	820

MDC 16 Sygdomme i blod og bloddannende organer

2020	121%	118%	86%	84%	83%	97%	114%	100%	106%	110%	100%	98%	682
2021	91%	101%	111%	116%	91%	107%	111%	93%	106%	103%	110%	94%	692
2022	98%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	101%	99%	100%	100%	99%	671

MDC 17 Svulster i lymfatisk og bloddannende væv

2020	113%	106%	94%	89%	91%	99%	113%	95%	102%	108%	101%	99%	2.694
2021	97%	101%	100%	99%	97%	106%	111%	100%	104%	102%	106%	97%	2.718
2022	100%	101%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	101%	100%	2.676

MDC 18 Infektionssygdomme og parasitære sygdomme

2020	65%	57%	88%	141%	116%	102%	92%	86%	94%	93%	102%	118%	2.125
2021	116%	78%	86%	100%	108%	107%	91%	88%	98%	92%	106%	114%	2.219
2022	103%	105%	100%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	2.258

MDC 19 Psykiatriske sygdomme

2020	124%	121%	81%	69%	97%	113%	138%	121%	136%	116%	114%	112%	262
2021	87%	109%	97%	116%	113%	122%	125%	118%	120%	99%	95%	101%	255
2022	99%	99%	101%	102%	102%	101%	103%	100%	101%	101%	102%	100%	238

MDC 20 Misbrug

2020	132%	102%	87%	93%	82%	92%	108%	113%	94%	113%	108%	88%	163
2021	94%	79%	87%	97%	97%	90%	97%	114%	116%	94%	94%	76%	153
2022	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	99%	100%	161

MDC 21 Ulykkestilfælde og forgiftninger

2020	115%	116%	82%	75%	82%	91%	108%	104%	104%	108%	100%	98%	576
2021	88%	106%	105%	112%	105%	98%	101%	104%	97%	97%	96%	94%	588
2022	101%	99%	101%	101%	99%	99%	99%	100%	100%	99%	100%	100%	586

MDC 23 Øvrige

2020	114%	111%	74%	70%	81%	94%	109%	93%	101%	106%	97%	97%	9.024
2021	92%	100%	101%	107%	96%	104%	108%	91%	100%	101%	98%	95%	9.404
2022	100%	100%	101%	100%	100%	101%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9.511

MDC 22, MDC 24, MDC 25 og MDC 26

2020	97%	105%	87%	94%	93%	98%	101%	95%	114%	119%	104%	104%	514
2021	102%	115%	114%	121%	106%	106%	103%	101%	113%	105%	102%	105%	549
2022	98%	99%	99%	101%	101%	101%	97%	100%	101%	99%	100%	99%	508

Anm.: Produktionsværdi for DRG-sygehusforløb, DRG2022. DRG-værdi i sidste kolonne er den samlede DRG-værdi for det pågældende år i mio. kr. Tal for 2023 er omregnet (estimeret) til DRG2022 ved at anvende en justeringsfaktor, der er summen af 2021 og 2022 i DRG2023 divideret med summen af de samme år i DRG2022.

MDC 22, MDC 24, MDC 25 og MDC 26 står for MDC 22 Forbrændinger, MDC 24 Signifikant multitraume, MDC 25 HIV-infektion og MDC 26 Uden for MDC-grupper.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik

Bilag 7 – Korrektioner på regionsniveau

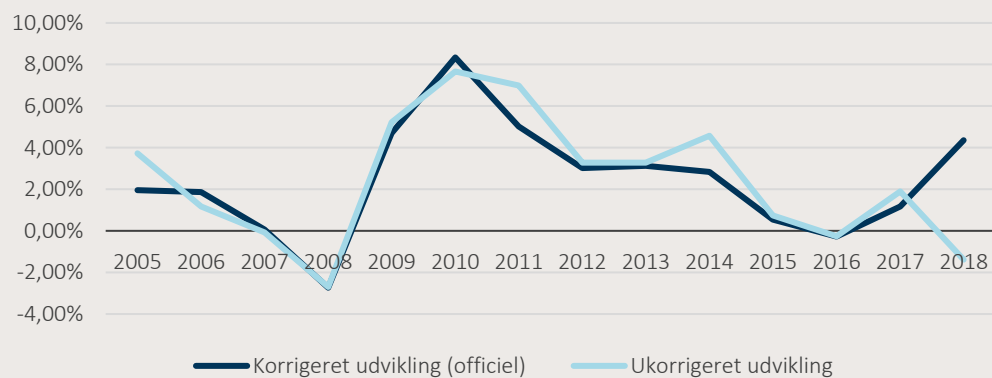
Produktivitetsudvikling med og uden korrektioner per region

Nedenfor vises produktivitetsudviklingen per region med og uden korrektionerne i de årlige produktivetsrapporter af sygehusvæsenet fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Den ukorrigerede produktivitetsudvikling er uden alle korrektioner. De resterende kolonner (uden medicin, forskning, organisering, regionsspecifik.) er den officielle produktivitetsudvikling uden den specifikke korrektion.

Ser man over hele perioden, vil produktivitetsudviklingen generelt være højere, hvis man ikke inkluderede en korrektion for medicin på ambulante afdelinger. Korrektionen for internt finansieret forskning og forskelle i organisering har generelt ikke en væsentlig indflydelse på produktivitetsudvikling, hvis man ser på et gennemsnit over perioden.

De regionsspecifikke korrektioner var særligt store i 2018 for Region Hovedstaden, Region Sjælland og til dels også Region Midtjylland. Uden korrektionen ville produktivitetsudviklingen have været væsentligt lavere for disse regioner. For Region Midtjylland og Region Nordjylland er der en tendens til, at produktivitetsudviklingen generelt set over perioden ville have været lavere, hvis man ikke inkluderede de regionsspecifikke korrektioner.

Figur 30

Region Hovedstaden**Produktivitetudvikling med og uden korrektioner**

	Officiel (korrigeret)	Ukorrigeret	Uden medicin	Uden forskning	Uden organisering	Uden regions- specifik.
2005	2,0%	3,7%	1,9%	2,0%	2,0%	2,0%
2006	1,9%	1,2%	1,2%	1,3%	1,7%	1,9%
2007	0,1%	-0,1%	-0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
2008	-2,7%	-2,7%	-2,8%	-2,5%	-2,9%	-2,7%
2009	4,7%	5,2%	4,9%	4,8%	4,9%	4,7%
2010	8,3%	7,7%	8,0%	8,2%	8,4%	8,1%
2011	5,0%	7,0%	7,0%	4,9%	5,2%	4,9%
2012	3,0%	3,3%	3,1%	3,2%	3,2%	2,8%
2013	3,1%	3,3%	3,5%	2,9%	3,1%	3,1%
2014	2,8%	4,6%	4,0%	2,7%	2,8%	2,8%
2015	0,5%	0,7%	0,7%	1,2%	0,0%	0,5%
2016	-0,3%	-0,3%	0,3%	-0,3%	-0,7%	-0,4%
2017	1,2%	1,9%	2,9%	1,1%	1,1%	0,3%
2018	4,4%	-1,4%	3,7%	4,0%	4,3%	-0,8%

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren"

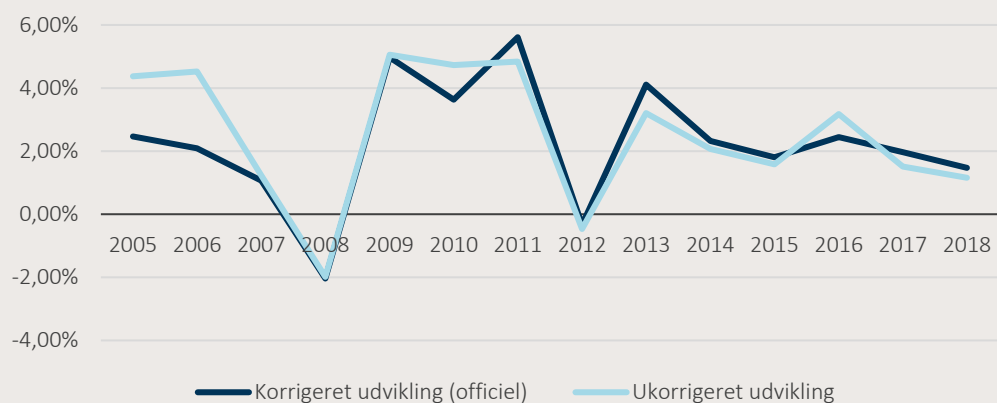
Figur 31

Region Sjælland**Produktivitetsudvikling med og uden korrektioner**

	Officiel (korrigeret)	Ukorrigeret	Uden medicin	Uden forskning	Uden organisering	Uden regions- specifik.
2005	-0,3%	0,7%	-0,4%	-0,3%	-0,4%	-0,3%
2006	1,6%	4,5%	1,9%	1,6%	1,7%	1,6%
2007	1,5%	1,7%	1,7%	1,5%	1,5%	1,5%
2008	-2,7%	-1,7%	-2,3%	-2,9%	-1,9%	-2,7%
2009	5,2%	3,5%	5,1%	4,8%	3,8%	5,2%
2010	7,5%	8,0%	8,0%	7,5%	7,5%	7,5%
2011	6,3%	6,8%	6,8%	6,2%	6,2%	6,3%
2012	1,3%	2,4%	2,4%	1,3%	1,5%	1,0%
2013	4,4%	4,5%	4,5%	4,5%	4,4%	4,4%
2014	0,3%	0,4%	0,8%	0,4%	0,1%	0,2%
2015	6,2%	5,9%	6,7%	5,6%	6,0%	6,0%
2016	1,0%	1,1%	1,6%	0,9%	0,7%	0,7%
2017	-1,9%	-1,5%	-1,2%	-1,8%	-2,1%	-2,0%
2018	3,4%	-6,5%	2,7%	3,8%	3,7%	-7,2%

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren"

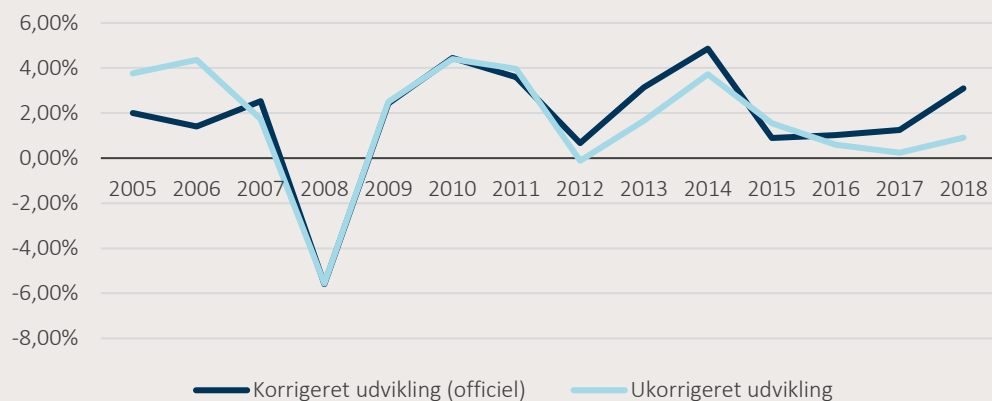
Figur 32

Region Syddanmark**Produktivitetudvikling med og uden korrektioner**

	Officiel (korrigeret)	Ukorrigeret	Uden medicin	Uden forskning	Uden organisering	Uden regions- specifik.
2005	2,5%	4,4%	2,1%	2,5%	2,3%	2,5%
2006	2,1%	4,5%	2,3%	2,1%	2,1%	2,1%
2007	1,1%	1,2%	1,8%	1,1%	1,2%	0,4%
2008	-2,0%	-2,0%	-1,8%	-2,2%	-2,2%	-2,0%
2009	5,0%	5,1%	4,9%	5,0%	5,1%	5,0%
2010	3,6%	4,7%	4,9%	3,4%	3,7%	3,6%
2011	5,6%	4,8%	4,9%	5,6%	5,6%	5,6%
2012	-0,3%	-0,5%	-0,2%	-0,5%	-0,2%	-0,6%
2013	4,1%	3,2%	3,7%	4,2%	3,5%	4,0%
2014	2,3%	2,1%	2,1%	2,4%	2,2%	2,3%
2015	1,8%	1,6%	1,8%	1,5%	1,8%	1,8%
2016	2,4%	3,2%	3,7%	2,4%	2,4%	2,0%
2017	2,0%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%	2,0%
2018	1,5%	1,2%	1,3%	1,3%	1,5%	1,4%

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren"

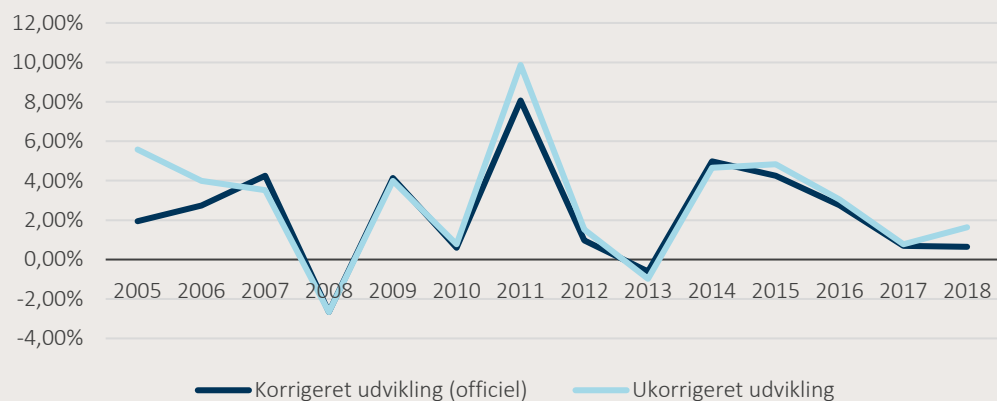
Figur 33

Region Midtjylland**Produktivitetudvikling med og uden korrektioner**

	Officiel (korrigeret)	Ukorrigeret	Uden medicin	Uden forskning	Uden organisering	Uden regions- specifik.
2005	2,0%	3,8%	2,0%	2,0%	2,1%	2,0%
2006	1,4%	4,4%	1,5%	1,6%	1,7%	1,4%
2007	2,5%	1,7%	2,1%	2,6%	2,3%	2,4%
2008	-5,6%	-5,6%	-5,2%	-5,9%	-5,7%	-5,6%
2009	2,4%	2,5%	2,5%	2,4%	2,6%	2,3%
2010	4,4%	4,4%	5,0%	4,4%	4,4%	3,9%
2011	3,6%	4,0%	4,8%	3,6%	3,4%	3,0%
2012	0,7%	-0,1%	1,5%	0,5%	0,0%	-0,3%
2013	3,1%	1,7%	2,7%	2,9%	2,4%	3,0%
2014	4,9%	3,7%	4,7%	4,8%	4,6%	4,0%
2015	0,9%	1,5%	1,9%	1,5%	0,9%	0,0%
2016	1,0%	0,6%	2,1%	0,3%	1,0%	0,1%
2017	1,3%	0,2%	0,8%	1,3%	1,3%	0,5%
2018	3,1%	0,9%	2,2%	3,2%	3,1%	1,5%

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren"

Figur 34

Region Nordjylland**Produktivitetudvikling med og uden korrektioner**

	Officiel (korrigeret)	Ukorrigeret	Uden medicin	Uden forskning	Uden organisering	Uden regions- specifik.
2005	1,9%	5,6%	2,1%	1,9%	2,1%	1,9%
2006	2,7%	4,0%	1,9%	2,6%	2,4%	2,7%
2007	4,2%	3,5%	3,7%	4,0%	4,3%	4,2%
2008	-2,7%	-2,7%	-2,9%	-2,4%	-2,8%	-2,7%
2009	4,1%	4,0%	3,8%	4,1%	4,4%	4,1%
2010	0,6%	0,8%	1,5%	0,6%	0,6%	-0,2%
2011	8,1%	9,9%	10,1%	8,0%	8,1%	7,9%
2012	1,0%	1,5%	2,9%	0,7%	1,0%	-0,3%
2013	-0,6%	-1,0%	-0,3%	-0,8%	-0,6%	-1,1%
2014	5,0%	4,7%	6,7%	4,4%	5,0%	3,4%
2015	4,2%	4,8%	6,0%	4,2%	3,7%	3,6%
2016	2,7%	3,1%	3,4%	2,3%	2,8%	2,7%
2017	0,7%	0,8%	1,0%	0,7%	0,7%	0,4%
2018	0,6%	1,6%	1,3%	0,7%	1,0%	0,6%

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren"

Bilag 8 – Historisk udvikling

I dette bilag vises den årlige udvikling i produktionsværdi, de tilrettede driftsudgifter, lønudgifter, totalproduktivitet og medarbejderproduktivitet. Frem til 2018 vises både den korrigerede og ukorrigerede udvikling, hvor det er relevant.

Tabel 12

Udvikling i produktionsværdi, de tilrettede driftsudgifter, lønudgifter og produktivitet (pct.)

	04-05	05-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
Produktionsværdi																				
Korrigerede	3,5	4,6	4,1	-0,2	9,3	4,8	3,5	3,4	3,6	3,6	1,8	1,2	1,1	2,1						
Ukorrigerede	6,0	5,5	4,8	1,0	10,1	5,3	4,6	3,8	3,9	5,0	1,9	1,7	1,9	-0,6	-6,3	0,3	0,3	1,3	0,4	
De tilrettede driftsudgifter																				
Korrigerede	1,7	2,7	2,7	3,1	4,9	-0,8	-1,7	2,1	0,5	0,5	-0,1	0,2	0,2	-0,9						
Ukorrigerede	2,3	2,1	3,7	6,2	5,4	-1,0	-1,0	2,4	1,8	1,7	-0,6	0,6	1,5	0,0	0,4	-0,2	-3,1	4,1	-0,4	0,7
Produktivitets-udvikling																				
Korrigerede	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	5,3	1,4	3,2	3,1	1,9	1,0	0,9	3,0						
Ukorrigerede	3,7	3,2	1,2	-3,0	4,2	5,7	6,1	1,4	2,6	3,3	2,1	1,1	0,9	-0,7	-6,1	3,5	-3,7	1,6	-0,3	
Medarbejderproduktivitet																				
Lønudgifter									2,1	0,1	0,0	0,3	2,0	0,0	2,2	3,5	6,7	2,1	-2,1	1,2
Medarbejderproduktivitets-udvikling									1,8	4,8	1,9	1,4	-0,1	-0,6	-9,5	-6,0	-1,7	3,5	-0,8	

Anm.: Udviklingen for 2019-2020 er i 2021-priser. Produktionsværdien til udviklingen for 2019-2020 er for 2.-4. kvartal pga. overgangen til LPR3. For produktionsværdi og produktivitet vises udviklingen for 2018-2019 ikke pga. databrud. Lønudgifterne dækker over Skema 1 'Hovedart 1: Lønninger' og Skema 2 'Hovedart 1: Lønninger' i de tilrettede driftsudgifter og er PL-reguleret ift. økonomiaftalerne.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra bilagene til "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren", Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner