

POLITIKERSPØRGSMÅL

Spørgsmål nr.: RR-031-26

Dato: 14. juli 2025

Stillet af: Line Ervolder (C)

Besvarelse udsendt den: 6. oktober 2026

Baggrund

CEPOS offentliggjorde i marts 2026 arbejdspapiret *“Udvikling i aktivitet og ressourceforbrug på de offentlige sygehuse”* (Arbejdspapir nr. 93). Analysen konkluderer blandt andet, at Region Hovedstaden har haft det største fald i medarbejderproduktiviteten blandt de fem regioner i perioden 2019-2024, svarende til et gennemsnitligt fald på 3,6 pct. om året.

På den baggrund ønskes følgende belyst:

1. Er administrationen enig i de tal og beregninger, der fremgår af CEPOS' analyse vedrørende Region Hovedstaden? Hvis ikke, bedes administrationen redegøre for, hvilke data eller beregningsforudsætninger man er uenig i.
2. Hvordan opgør Region Hovedstaden selv udviklingen i produktiviteten på hospitalerne i perioden 2019-2024, og hvordan adskiller regionens egne opgørelser sig eventuelt fra CEPOS' analyse?
3. Hvilke forhold vurderer administrationen er de væsentligste årsager til, at Region Hovedstaden – ifølge CEPOS – har haft et større fald i produktiviteten end de øvrige regioner?
4. Kan administrationen opgøre udviklingen i aktivitet, antal ansatte og produktivitet særskilt for:
 - somatik,
 - psykiatri,
 - samt – hvis muligt – fordelt på de enkelte hospitaler?

5. Kan administrationen redegøre for, om udviklingen i produktiviteten i psykiatrien adskiller sig væsentligt fra udviklingen i somatikken, herunder om de betydelige investeringer på psykiatriområdet har påvirket de samlede produktivitetstal?
6. Hvilke konkrete initiativer har administrationen iværksat eller planlagt for at styrke produktiviteten, så flere patienter kan behandles inden for de ressourcer, regionen råder over?

Svar:

Fra 2003 og frem til 2018 bliver der årligt udgivet rapport om "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren". Rapporterne bliver til i et samarbejde mellem regionerne, Danske Regioner, Finansministeriet og Sundhedsministeriet. Rapporterne indeholder opgørelser af produktiviteten på lands-, regions- og sygehusniveau ved anvendelse af omkostningsbrøkmotoden. Dette er en simpel opgørelsesmetode, hvor aktiviteten sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne aktivitet. Produktiviteten er dermed et udtryk for, hvor effektive hospitalerne er til at holde udgifterne pr. aktivitet nede.

Produktivitet på sygehusene indgår som et måltal i de "8 Nationale mål for sundhedsvæsenet".

Både de løbende produktivetsopgørelser, samt CEPOS' analyse opgør udvikling i produktionsværdi, udgifter og produktivitet på de offentlige somatiske sygehuse.

Produktionsværdien er et udtryk for den samlede økonomiske værdi af alle de undersøgelser og behandlinger, et hospital eller en afdeling udfører i en given periode. Produktionsværdien opgøres på baggrund af DRG-takster.

Produktionsværdien frem til 2018 fremgår af produktivetsopgørelserne, mens produktionsværdien for 2019-2025 i nedenstående gennemgang er beregnet på baggrund af de DRG-grupperede data som leveres til regionerne af Sundhedsdatastyrelsen. Regionerne modtager kun egne data, så det er ikke muligt at opgøre produktionsværdien på tværs af regioner fra 2019 og frem. Når udviklingen i produktionsværdi beregnes, sker det i faste priser, fordi DRG-takster ændres fra år til år.

I "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren" korrigeres produktionsværdien for udgifter til medicin på ambulante afdelinger, forskelle i organisering samt regionsspecifikke korrektioner. Det er ikke muligt at inkludere disse korrektioner i dataene fra 2019 og frem, og derfor vises udviklingen i

dette svar, som den ukorrigerede produktionsværdi, tilsvarende CEPOS' metode.

I 2018 ændres grupperingslogikken i DRG-systemet, således at aktiviteten værdisættes og opgøres under et. I tidligere års produktivetsopgørelser er der brugt to forskellige takstsystemer til værdifastsættelse af henholdsvis den stationære og den ambulante aktivitet. Formålet med én grupperingslogik er, at systemet i højere grad end tidligere skal afspejle den kliniske og organisatoriske praksis samt forberede systemet til implementering af nyt landspatientregister (LPR3). De årlige ændringer i takstsystemer påvirker produktivetsopgørelserne. Ændringerne fra takstsystem 2017 til takstsystem 2018 er betydeligt større end ved nogen anden ændring i den periode de årlige produktivetsanalyser er blevet udarbejdet.

I starten af 2019 foretages desuden en større ændring i indberetningskravene til Landspatientregisteret (LPR3), hvilket medfører en ændret forløbsdannelse i de DRG-grupperede data, som reelt betyder, at opgørelserne af produktionsværdi i overgangsårene ikke er helt sammenlignelige. Takstberegningerne for 2019 og 2020 er lavet på "gammel" grupperingslogik, mens de opgjorte produktionsværdier er på ny grupperingslogik. Konsekvensen er, at udviklingen i produktionsværdi fra 2018 til 2019 formodentlig overvurderes en smule, når denne beregnes. Årsagen er, at der dannes flere forløb med ny grupperingslogik. Da taksterne beregnes som en nulsum, vil flere forløb på gammel logik betyde en højere værdi.

De tilrettede driftsudgifter, udtrykker sygehusenes udgifter ved at udføre patientbehandling. Disse anvendes til at opgøre udgiftsniveauerne i produktivetsopgørelserne. De tilrettede driftsudgifter indberettes af regionerne til Sundhedsdatastyrelsen, hvor de anvendes til at justere DRG-taksterne. I Sundhedsministeriets årlige offentliggørelse af produktivitet i sygehusvæsenet korrigeres de tilrettede driftsudgifter for medicin på ambulante afdelinger og udgifter til internt finansieret forskning. Da det ikke er muligt at inkludere disse korrektioner i beregningerne fra 2019 og frem, vises udviklingen kun som ukorrigerede udgifter. Udviklingen i de tilrettede driftsudgifter er baseret på faste priser med pris- og lønjustering fra aftalerne om regionernes økonomi.

Produktivitet, opgøres som forholdet mellem produktionsværdi og driftsudgifter.

Produktivitetsudviklingen udtrykker den procentvise ændring i produktiviteten mellem to år.

Produktivitetsniveau udtrykker produktiviteten på det enkelte sygehus eller region i forhold til landsgennemsnittet (indeks = 100).

Ad 1: Er administrationen enig i de tal og beregninger, der fremgår af CEPOS' analyse vedrørende Region Hovedstaden

Administrationen har gennemgået CEPOS' beregninger, og kan helt overordnet genkende tallene for Region Hovedstaden. Der er dog nogle konkrete områder, hvor opgørelsen vedrørende den ukorrigerede produktivitet for hovedstaden ikke er helt korrekt.

Der er i CEPOS' opgørelse en uhensigtsmæssig fremstilling af den ukorrigerede produktivitet fra 2017 til 2018 for alle regioner, men med forskellig effekt. I datagrundlaget for den "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren - Udviklingen fra 2017 til 2018", er der i opgørelsen af aktivitet 2017 i 2018 takstsystem en grupperingsfejl, som der er taget højde for i analysen, og som fremgår af datagrundlaget. Havde CEPOS anvendt de ukorrigerede data fra produktivitsanalysen, så havde udviklingen i produktivitet fra 2017 til 2018 været på 1,5 pct. jfr. tabel 4 nedenfor i stedet for de -0,7 pct. som fremgår af deres rapport. For Region Hovedstaden er forskellen større end landsgennemsnittet med 3,2 pct. i stedet for -1,4 pct.

Genoptræningsenheden Montebello, som er beliggende i Spanien, indgår ikke i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren", men i CEPOS' egne beregnede data fra 2019 til 2024 indgår Montebello i produktionsværdien, men ikke i udgifterne. Det gør, at Hovedstadens egne beregnede ukorrigerede produktivitetstal er lidt lavere end CEPOS'.

I perioden 2018 til 2020 er sygehusenes produktionsdata påvirket af overgang til nyt landspatientregister (LPR3), som reelt betyder at opgørelserne i produktionsværdi ikke er helt sammenlignelige, fordi værdien i overgangsåret 2019 overvurderes, når den opgøres i takstsystem 2019 og 2020. I nedenstående tabel 3 er der valgt at anvende opgørelser for produktionsværdi for 2018 til 2020 i takstsystem 2020 i beregningen af udviklingen i produktionsværdi.

CEPOS vælger en metode, hvor der ikke ses på udviklingen fra 2018 til 2019, og kun ses på 3 kvartaler i 2019, hvor alle regioner er overgået til LPR3. Hvilket udgiftsniveau der anvendes, er ikke helt tydeligt.

Metodevalget for håndtering af overgangsåret 2019 samt manglende håndtering af den landsdækkende grupperingsfejl i 2018 har betydning for CEPOS' beregninger og konklusioner, det er dog svært at vurdere, hvor meget det betyder, grundet mangel på data fra andre regioner.

CEPOS har valgt at anvende indberetningerne fra de tilrettede driftsudgifters skema 1 og 2 til at opgøre udviklingen i lønomkostninger og medarbejderproduktivitet.

De tilrettede driftsudgifter beregnes på baggrund af sygehusenes 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.

På skema 1 indberettes regnskabsoplysninger for sygehusenes drift på hovedartsniveau. Oplysningerne svarer til de enkelte sygehuses årsregnskaber, når disse opgøres udgiftsbaseret. Skema 2 er primært fællesudgifter og -indtægter vedrørende sygehuse. Skema 3 består af regionale fællesudgifter specificeret ved 4 udvalgte funktioner.

Det er kun i skema 1 og 2, der indberettes med hovedarter, herunder 10 – lønudgifter. Det betyder, at alt afhængig af regionernes valg af IM funktioner når der håndteres lønudgifter på centrale funktioner, så er nogle lønudgifter medregnet i CEPOS' opgørelse, mens andre ikke er.

Desuden vil regionernes eventuelle forskellige i brugen af eksterne vikarer og lægekonsulenter ikke indgå i opgørelsen af medarbejderproduktivitet, fordi disse udgifter ikke håndteres som lønudgifter.

I perioden 2019 til 2024 har der være fratrasket merudgifter til håndtering af COVID på skema 6. CEPOS konkluderer derfor, at disse ikke indgår i deres analyse. De indberettede udgifter 2020 til 2022 for Region Hovedstaden vedrørende COVID ses i nedenstående tabel 1. Udgifterne indgår ikke i de tilrettede driftsudgifter, fordi de er trukket ud i skema 6, men kan indgå som lønudgifter i skema 1 og 2. I Hovedstadens indberetning er denne korrektion for COVID-merudgifter lavet som en reduktion på IM art 40 – tjenesteydelser uden moms i skema 1 og 2. Der har ikke været en vejledning i forhold til, hvordan COVID-merudgifter skulle håndteres på arter i skema 1 og 2 og derfor kan forskellig håndtering af indberetningen være årsagen til de store forskelle, der ses i medarbejderproduktivitet fra 2019 til 2024 i CEPOS' analyse. Det er ikke muligt at vurdere, om der er forskel i regionernes håndtering, da Region Hovedstaden kun kender metoden for egen indberetning. Det har ingen betydning for de samlede driftsudgifter, men det har en betydning, når CEPOS laver en analyse baseret på indberetning af lønudgifter i 2 af i alt 6 skemaer.

Tabel 1: Merudgifter 2020 til 2022 COVID-19 Region Hovedstaden

1.000 kr.	2020	2021	2022
Skema 6.39: Særlige udgifter ifm. COVID-19	577.619	752.244	571.810

Ad 2 Hvordan opgør Region Hovedstaden selv udviklingen i produktiviteten på hospitalerne i perioden 2019-2024, og hvordan adskiller regionens egne opgørelser sig eventuelt fra CEPOS' analyse?

I økonomiaftalen for 2019 aftaler Regeringen og Danske Regioner en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet, der afspejler, at det er en fælles hovedprio-

ritet at styrke sammenhængen for patienterne. Den nye styringsmodel betyder, at fokus på sygehusaktivitet ændres til bredere mål, der understøtter den ønskede sammenhæng og omstilling til behandling i det nære sundhedsvæsen. Endvidere styrkes mulighederne for en hensigtsmæssig realisering af effektiviseringsgevinster i sundhedsvæsenet. Med aftalen ophører produktivitetskrav på 2 pct. på sygehusområdet og den statslige aktivitetspulje.

Med budgettet for 2020 bliver der i hovedstaden besluttet en ny model for styringen af regionens hospitaler, som afløser for takststyringen af hospitaler. Modellen kaldes for værdibaseret sundhed. Med denne ønsker regionsrådet et mere menneskeligt sundhedsvæsen, hvor patienten får den behandling, som giver vedkommende mest mulig værdi. Modellens pejlemærker er det fundament, som medarbejderne selv skal bygge videre på for at skabe et værdibaseret sundhedsvæsen. Det skal ske ved et fokus på:

- Den patientoplevede kvalitet og effekt
- Den faglige kvalitet
- God ressourceudnyttelse.

Modellen baserer sig endvidere på rammestyring og god udnyttelse af ressourcerne samt tillid og klare forventninger til ledelserne og medarbejderne.

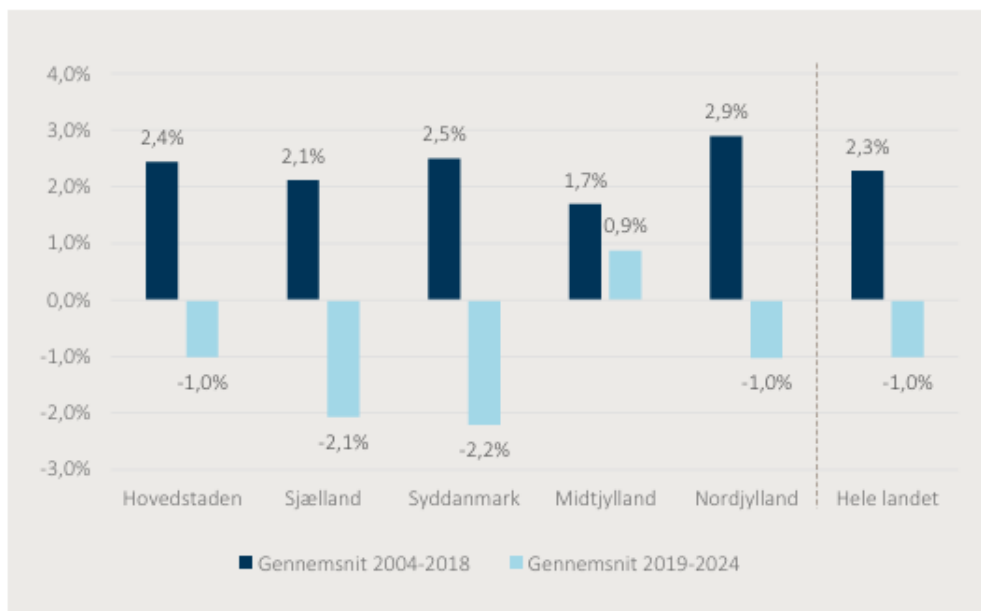
Med modellen for værdibaseret sundhed skiftede også administrationens fokus på produktivitet til den værdi, behandlingen skaber for patienten. Dette er konkret omsat i arbejdet med Patientoplevede effekter (PRO), fælles beslutningstagen, "vælg-klogt" dagsordner, sammenhængende patientforløb mv.

Ad 3 Hvilke forhold vurderer administrationen er de væsentligste årsager til, at Region Hovedstaden – ifølge CEPOS – har haft et større fald i produktiviteten end de øvrige regioner?

Af CEPOS' analyse fremgår det, at Region Hovedstadens gennemsnitlige årlige produktivitetsudvikling fra 2019 til 2024 ligger på landsgennemsnit. Udviklingen på regionsniveau viser, at Region Midtjylland er den eneste region med en gennemsnitlig positiv produktivitetsvækst i perioden 2019-2024 jf. figur 1. Region Midtjylland har i perioden 2004 til 2028 den laveste gennemsnitlige produktivitetsvækst.

Af ovenstående svar fremgår det, at det kun er muligt at beregne produktivitetsudviklingen for Region Hovedstaden, og det er derfor vanskeligt at vurdere, om CEPOS' beregninger er korrekte. Desuden ses det, at CEPOS' metodevalg i 2019 har stor betydning for beregningen af udviklingen i 2019 til 2024.

Figur 1: 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.

CEPOS konkluderer at, Region Syddanmark havde det højeste medarbejderproduktivetsniveau i 2024, mens Region Hovedstaden havde det laveste.

Som der er redegjort for i svaret til spørgsmål 1, bygger CEPOS' beregning af medarbejderproduktivitet på de tilrettede driftsudgifters skema 1 og 2, det vil sige 2 og 6 skemaer der bruges i indberetningen. Derfor vil regionernes håndtering af for eksempel COVID-merudgifter i indberetningen have konsekvenser for beregningen. I Region Hovedstaden indgår disse for eksempel som lønudgifter i skema 1 og 2, hvorefter de trækkes ud i skema 6.

Der er mange faktorer, der har betydning for produktivitetsudvikling og niveau i den periode, som CEPOS har kigget på. Der har i den relativt korte periode, der er set på, været omlægning af landspatientregisteret (LPR3), COVID, sygeplejerskestrejke og en større ændring i håndteringen af udleveret medicin. Det har påvirket alle regioner, men uvist om det er håndteret ens. Det er områder som alle ville skulle have været diskuteret og korrigeret, havde der været udarbejdet "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren".

I samme periode afskaffes den statslige meraktivitetspulje, og regioner om-lægger til rammestyling af hospitalerne. Det betyder, at hospitalernes produk-tivitet ikke længere måles på antallet af udførte behandlinger, men i stedet på den værdi og kvalitet, der skabes for den enkelte patient.

Ad 4 Kan administrationen opgøre udviklingen i aktivitet, antal ansatte og pro- duktivitet særskilt for:

- Somatik
- Psykiatri

I tabel 2 ses udviklingen i ukorrigerede udgifter fordelt på hospitaler og regio-ner fra 2010 til 2025. Den udvikling der ses, er tilsvarende CEPOS' opgørelse, men opgjort med et ekstra år.

Den gennemsnitlige årlige vækst for Region Hovedstaden i perioden 2018 til 2025 er 0,1 pct. som er lavere end landsgennemsnittet på 0,4 pct. Det samme billede ses for perioden 2010 til 2018, uanset om udviklingen opgøres som korregeret eller ukorrigeret udgifter.

Det skal bemærkes, at den relativt stor udgiftsvækst på Steno Diabetes Cen-ter Copenhagen, som er et lille center, langt overvejende skyldes implemente-ring af udbredelsen af glukosemålere.

En forklaring på det store fald, der ses i udviklingen i udgifter mellem 2020 og 2021, er, at der i indberetningen af de tilrettede driftsudgifter laves en større ændring. Fra 2021 og frem har udleveret medicin været opført på skema 6, det betyder, at udgifterne herfra ikke indgår i beregningerne. I 2021 udgør den indberettede udleverede medicin 3.729 mio. kr., havde denne ændring ikke været foretaget, ville Region Hovedstadens udvikling i udgifter fra 2020 til 2021 have været 3,1 pct. i stedet for de opgjorte -4,0 pct.

Tabel 2: Udviklingen 2010 til 2025 i ukorrigeret udgifter, somatik fordelt på hospitaler og Regioner.

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Gns. 2010 til 2025	Gns. 2010 til 2018	Gns. 2018 til 2025
Rigshospitalet	0,0	1,4	0,1	3,6	-2,2	2,2	0,5	0,4	0,9	-1,2	-4,8	0,6	0,5	0,7	3,3	0,4	0,7	0,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	-0,1	0,4	0,9	3,0	0,5	-10,3	-3,0	-0,6	-1,1	-0,3	1,4	4,2	-5,2	2,1	2,7	-0,4	-1,2	0,5
Århus og Hvidovre Hospital	-1,0	-0,5	3,3	0,3	11,1	-1,7	-1,8	-1,4	-0,8	2,7	-1,3	6,4	-6,4	3,9	1,4	0,9	1,0	0,8
Herlev og Gentofte Hospital	-3,9	3,5	2,4	3,4	-1,4	3,8	-0,8	0,8	2,1	-0,8	-8,7	3,5	-3,5	0,0	0,9	0,0	0,9	-1,0
Steno Diabetes Center*							45,7	18,5	20,4	4,9	40,1	11,1	6,0	5,1	18,1	45,7	14,6	
Nordjyllands Hospital	-12,1	1,8	-0,1	-1,5	0,2	-1,8	-0,1	1,3	2,1	0,4	-0,9	1,2	1,4	0,0	1,8	-0,5	-1,6	0,9
Bornholms Hospital	0,6	1,5	0,3	-1,6	0,0	3,5	-0,6	-2,4	-1,1	-0,6	1,2	3,7	-2,1	2,8	4,3	0,6	0,2	1,2
I alt	-2,5	1,5	1,1	2,4	0,3	0,1	-0,6	0,3	0,9	-0,2	-4,0	2,8	-3,8	1,1	2,3	0,2	0,3	0,1
Sjælland	-1,9	2,6	2,3	4,9	-1,5	1,2	1,2	-1,9	0,1	1,1	-0,3	4,8	2,9	0,9	0,7	1,1	0,8	1,5
Syddanmark	1,2	3,4	0,0	0,7	-0,5	-0,1	1,8	1,9	0,7	0,1	-3,9	4,6	0,9	1,1	1,2	0,8	1,0	0,6
Midtjylland	-1,1	3,2	1,7	0,2	0,7	1,4	2,2	-1,4	-0,5	-1,3	-2,7	4,7	-1,2	-0,8	2,1	0,5	0,9	0,0
Nordjylland	-2,9	1,0	1,8	-0,7	-1,3	1,0	1,8	0,8	0,7	0,3	-2,3	5,8	-0,7	1,4	-0,8	0,4	0,2	0,6
I alt	-1,4	2,4	1,2	1,6	-0,2	0,6	1,0	0,0	0,4	-0,2	-3,1	4,1	-0,4	0,7	1,5	0,5	0,6	0,4

Kilde: Sundhedsstatistikrapport på baggrund af de tilrettede driftsudgifter. Data fra de første produktionsperioder 2010 - 2018, 2019 - 2025 og tilrettede driftsudgifter 2025 og 2021 fra sundhedsstatistikrapporten.

Års: Gennemsnitlig årlig udgiftsudvikling er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2010 til 2025.

*Steno Diabetes Center er et lille hospital i 2017.

I tabel 3 ses udviklingen i den ukorrigerede produktionsværdi fordelt på hospitaler og regioner fra 2010 til 2018. Fra 2018 til 2025 er det kun muligt at lave opgørelsen for Region Hovedstadens egne hospitaler.

Den gennemsnitlige årlige vækst for Region Hovedstaden i perioden 2018 til 2025 er -0,4 pct.

Den gennemsnitlige årlige vækst for Region Hovedstaden i perioden 2010 til 2018 er 3,3 pct., hvilket er højere end landsgennemsnittet på 3,0 pct. Det er ikke helt det samme billede der ses på den korrigerede produktionsværdi i samme periode, hvor hovedstaden ligger en smule under landsgennemsnittet.

Tabel 3: Udviklingen 2010 til 2025 i ukorrigeret produktionsværdi, somatik fordelt på hospitaler

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Gns. 2010 til 2025	Gns. 2010 til 2018	Gns. 2018 til 2025
Rigshospitalet	6,3	6,1	5,2	5,5	-3,2	1,4	1,8	4,9	0,5	-3,5	2,7	-0,6	1,3	0,0	2,7	2,0	3,5	0,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	5,8	3,9	2,7	4,8	2,0	-8,4	-2,7	1,7	2,7	-12,6	0,0	-2,2	-2,1	0,7	1,5	-0,3	1,1	-1,9
Amager og Hvidovre Hospital	4,7	2,3	4,2	6,0	8,8	6,2	-5,7	4,0	3,1	-9,3	-1,6	1,8	0,3	0,3	5,5	1,9	3,7	-0,1
Herlev og Gentofte Hospital	6,0	5,3	5,1	10,3	1,7	-3,9	8,2	1,0	2,8	-5,2	-5,3	1,2	0,1	-0,8	-2,7	1,5	4,1	-1,5
Steno Diabetes Center*								62,8	20,7	-12,0	13,3	24,6	0,5	-1,3	8,9	6,7	6,3	7,1
Norddjællands Hospital	-6,1	3,6	1,7	9,3	3,4	3,6	0,5	4,9	3,3	-6,6	-1,7	-1,4	0,3	0,1	0,2	0,9	2,5	-0,9
Bornholms Hospital	2,6	6,2	6,9	9,6	2,7	2,8	-14,2	4,0	8,3	-5,1	4,1	3,8	1,9	-3,2	-2,6	1,7	2,3	0,9
I alt	4,3	4,9	4,4	7,1	1,0	-0,2	1,3	3,6	2,2	-6,1	-0,6	0,1	0,4	-0,1	1,4	1,5	3,3	-0,4
Sjælland	4,8	5,1	6,9	5,4	4,3	2,3	-0,4	-4,0									3,0	
Syddanmark	6,1	2,9	3,2	2,8	1,0	3,0	3,3	3,1									3,2	
Midtjylland	2,8	3,1	3,4	3,9	2,3	2,0	2,4	-0,4									2,4	
Nordjylland	6,6	2,6	0,8	3,9	3,5	4,1	2,6	2,5									3,3	
I alt	4,6	3,8	3,9	5,0	1,9	1,7	1,9	1,6									3,0	

Kilde: Sundhedsstatistiksystemet på baggrund af Landspatientregisteret. Data fra de årlige produktionsopgørelser 2010-2018, 2019-2025 egne opgørelser (samme metode som produktionsopgørelserne)

Anm: Gennemsnitlig årlig produktionsværdi er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2010 til 2025

Anm: Allet Norddjiellands Hospital har ikke perioden

*Steno Diabetes Center etableres som offentlig hospital i 2017

Tabel 4 viser udviklingen i den ukorrigerede produktivitet fordelt på hospitaler og regioner fra 2010 til 2018. Fra 2018 til 2025 er det kun muligt at lave opgørelsen for Region Hovedstadens egne hospitaler.

Den gennemsnitlige årlige produktivitet for Region Hovedstaden i perioden 2018 til 2025 er -0,6 pct.

Den gennemsnitlige årlige vækst for Region Hovedstaden i perioden 2010 til 2018 er 2,9 pct., hvilket er højere end landsgennemsnittet på 2,4 pct. Hvilket er det samme billede som ses på den korrigerede produktivitet for samme periode.

Uanset om der ses på udviklingen i den korrigerede eller ukorrigerede produktivitet i perioden 2010 til 2018 ligger Region Hovedstaden over landsgennemsnittet.

CEPOS beregner, at den gennemsnitlige ukorrigerede produktivitsudviklingen i perioden 2019 til 2024 for alle regioner er -1,0 pct. Region Hovedstaden ligger på landsgennemsnittet. Region Midtjylland er den eneste region med en gennemsnitlig positiv produktivitsvækst i perioden. Region Midtjylland har til gengæld den laveste gennemsnitlige produktivitsvækst i perioden 2004-2018, mens Hovedstaden ligger over landsgennemsnittet.

Anvendes beregningerne fra tabel 4, hvor der bruges data for hele perioden 2019 til 2024, er den gennemsnitlige ukorrigerede produktivitetsudviklingen for Hovedstaden -0,8 pct., det vil sige en lidt bedre udvikling end den beregnet af CEPOS.

Tabel 4: Udviklingen 2010 til 2025 i ukorrigeret produktivitet, somatik fordelt på hospitaler

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Gns. 2010 til 2025	Gns. 2010 til 2018	Gns. 2018 til 2025
Rigshospitalet	6,3	4,6	5,1	1,9	-1,0	-0,8	1,4	4,5	-0,4	-2,3	7,8	-1,2	0,8	-0,7	-0,5	1,7	2,7	0,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	5,9	3,5	1,8	1,7	1,5	2,2	0,3	2,3	3,8	-12,4	-1,4	-6,2	3,3	-1,4	-1,2	0,2	2,4	-2,3
Amager og Hvidovre Hospital	5,8	2,8	0,9	5,7	-2,1	8,0	-3,9	5,4	3,9	-11,7	-0,3	-4,4	7,1	-3,5	4,1	1,1	2,7	-0,9
Herlev og Gentofte Hospital	10,3	1,7	2,6	6,7	3,1	-7,4	9,0	0,3	0,7	-4,4	3,7	-2,2	3,6	-0,8	-3,6	1,4	3,2	-0,5
Stereo Diabetes Center*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	1,8	-26,9	8,0	-11,1	-9,5	-6,9	3,6	-2,4	1,4	-6,5
Nordsjællands Hospital	6,8	1,7	1,7	10,9	3,2	5,5	0,7	3,6	1,1	-7,0	-0,7	-2,5	-1,1	0,1	-1,6	1,4	4,2	-1,7
Bornholms Hospital	1,9	4,6	6,6	11,3	2,6	-0,8	-13,7	6,7	9,4	-4,5	2,9	0,0	4,1	-5,8	-6,7	1,0	2,2	-0,2
I alt	7,0	3,3	3,3	4,6	0,7	-0,3	1,9	3,2	1,2	-5,9	3,6	-2,6	2,2	-1,3	-0,9	1,3	2,9	-0,6
Sjælland	6,8	2,4	4,5	0,4	5,9	1,1	-1,5	-2,2									2,1	
Syddanmark	4,8	-0,5	3,2	2,1	1,6	3,2	1,5	1,2									2,1	
Midtjylland	4,0	-0,1	1,7	3,7	1,5	0,6	0,2	1,0									1,6	
Nordjylland	9,9	1,5	-1,0	4,7	4,8	3,1	0,8	1,6									3,1	
I alt	6,1	1,4	2,6	3,3	2,1	1,1	0,9	1,5									2,4	

Kilde: Sundhedsstatistikbanken på baggrund af Lægepræstationsregisteret. Data fra de enkelte produktivitetsskemaer 2010 - 2018, 2019 - 2020 og 2021-2025 (sammenrækkede som produktivitetsskemaer)

Axos: Gennemsnitlig årlig produktivitetstilvækst er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2010 til 2025

Axos: Akut Modtagelse (Hvidovre) er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2010 til 2025

*Stereo Diabetes Center etableres som offentlig hospital i 2019

Grundet manglende regionale data for produktionsværdi er det ikke muligt at efterprøve CEPOS' beregninger for produktivitetsniveau fra for 2019-2025.

Det skal bemærkes, at CEPOS finder i deres analyse, at korrektionerne, der inkluderes i de "Løbende offentliggørelse af produktivitet i Sygehussektoren" ikke har væsentlig betydning for produktivitetsudviklingen, men at de har en betydning for produktivitetsniveauet.

Det er ikke meningsfuldt at sammenligne produktivitetsniveauer over tid, da det er et relativt mål i forhold til landsgennemsnittet det pågældende år. Er der et ønske om at se på regionernes produktivitet over tid, skal produktivitetsudviklingen for den enkelte region anvendes.

Af tabel 5 ses udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse i perioden 2019 til 2025 både for Region Hovedstaden samt landsgennemsnit. Væksten i perioden er samlet 9,5 pct., mens Region Hovedstaden ligger under gennemsnittet på 7,6 pct.

Tabel 5: Antal fuldtidsbeskæftigede på Region Hovedstadens offentlige sygehuse fordelt på faggrupper 2019-2025

								Vækst 2019 til 2025	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	I alt	Procent
Læger									
Region Hovedstaden	6.522	6.754	6.920	7.013	7.151	7.306	7.387	865	13,3
Region Sjælland	2.111	2.193	2.279	2.351	2.400	2.484	2.582	471	22,3
Alle Regioner	17.586	18.183	18.811	19.086	19.439	19.880	20.413	2.827	16,1
Sygeplejersker									
Region Hovedstaden	11.438	11.503	11.409	11.002	10.998	11.256	11.369	-69	-0,6
Region Sjælland	3.929	4.010	4.124	4.104	4.156	4.200	4.211	282	7,2
Alle Regioner	35.276	35.783	35.888	34.979	35.084	35.551	35.813	537	1,5
Andet sundhedsfagligt personale									
Region Hovedstaden	7.693	7.946	9.056	8.632	8.337	8.254	8.147	454	5,9
Region Sjælland	2.912	3.205	3.807	3.718	3.649	3.484	3.418	506	17,4
Alle Regioner	21.680	22.598	25.985	25.410	24.605	24.070	23.863	2.183	10,1
Andet									
Region Hovedstaden	10.893	11.090	11.970	12.096	12.208	12.189	12.417	1.524	14,0
Region Sjælland	3.816	3.864	4.280	4.209	4.322	4.594	4.706	890	23,3
Alle Regioner	32.031	32.495	34.873	35.669	35.996	36.073	36.605	4.574	14,3
I alt									
Region Hovedstaden	36.546	37.293	39.355	38.743	38.694	39.005	39.320	2.774	7,6
Region Sjælland	12.768	13.272	14.490	14.382	14.527	14.762	14.917	2.149	16,8
Alle Regioner	106.573	109.059	115.557	115.144	115.124	115.574	116.694	10.121	9,5

"Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Kommunernes og regionernes lønkontor (juli 2026), fra Sundhedsdatastyrelsen."

Fordelingen i personalegrupper baserer sig på overenskomster

Af nedenstående tabel 6 ses det, at Region Hovedstadens somatiske og psykiatriske hospitaler har behandlet både flere patienter og har haft flere kontakter fra 2020 til 2025. I perioden er antallet af kontakter i somatikken steget med 2,7 pct. til sammenligning er produktionsværdien steget med 1,2 pct.

Tabel 6: Udvikling i antal kontakter og patienter i region Hovedstaden både somatik og psykiatri

	År	Antal unikke kontakter (ID)		Antal unikke cpr.nr.	
		Psykiatri	Somatik	Psykiatri	Somatik
	2020	445.565	4.454.081	45.185	891.781
	2021	466.376	4.531.628	47.001	890.765
	2022	478.788	4.640.557	49.283	925.042
	2023	501.410	4.694.271	50.709	938.851
	2024	495.704	4.587.139	51.359	934.438
	2025	502.149	4.573.118	53.182	945.087
Vækst 2020 til 2025	antal	56.584	119.037	7.997	53.306
	Pct.	12,7	2,7	17,7	6,0

Ad5. Kan administrationen redegøre for, om udviklingen i produktiviteten i psykiatrien adskiller sig væsentligt fra udviklingen i somatikken, herunder om de betydelige investeringer på psykiatriområdet har påvirket de samlede produktivitetstal?

Der har ikke på det psykiatriske område været samme tradition for at udarbejde produktivitetsopgørelser, som der har været på det somatiske område.

Der indberettes til Sundhedsdatastyrelsen årligt tilrettede driftsudgifter i både somatik og psykiatri.

I psykiatrien findes ikke DRG-takster, og derfor er det vanskeligere at opgøre psykiatriens produktionsværdi og dermed en produktivitetsudvikling. Psykiatrien har grundlæggende haft to takster til mellemregional afregning en ambulanttakst og en sengedagstakst, som ikke afspejler de reelle udgifter.

Da det er hensigten, at de tilrettede driftsudgifter skal anvendes til at niveaujustere de psykiatritakster, der anvendes til generelle analyser og mellemregional afregning, har der været igangsat et arbejde, hvor der er fremlagt en metode til at beregne nye takster i psykiatrien. Dette vil på sigt betyde, at produktiviteten i psykiatrien kan opgøres efter samme metode som i somatikken.

Arbejdet har desuden medført, at der de senere år er sket nogle justeringer i indberetningen af de tilrettede driftsudgifter. Det har blandt andet medført, at Sikringen, beliggende i Region Sjælland, er blevet taget ud af opgørelserne fra 2023 og frem. Konsekvenserne ses i nedenstående tabel, hvor det ser ud til, at Sjælland har et stort fald i udviklingen i driftsudgifter mellem 2022 og 2023, men det er blot udtryk for en ændring i indberetningskravene. Tilsvarende gælder for alle regioner, at det i 2024 blev besluttet at tage de særlige sengepladser ud af opgørelserne for 2024 og frem, hvorefter de er konverteret til anden kapacitet.

Med forbehold for at der i perioden 2018 til 2025 er sket større ændringer i indberetningskravene vedrørende driftsudgifter i psykiatrien, er den gennemsnitlige ukorrigerede årlige vækst i udgifter på 2,8 pct. i Region Hovedstaden og 3,2 pct. på landsplan.

Til sammenligning er tallene for somatikken i Region Hovedstaden 0,1 pct. og 0,4 pct. på landsplan.

Tabel 7: Udviklingen i driftsudgifter 2018 til 2025 Psykiatri.

	2018 - 2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Gns. 2018 til 2025
Region Hovedstaden Voksen psykiatri	3,1	0,8	6,5	4,2	-1,2	-0,8	5,0	2,5
Region Hovedstaden Børne- og unge psykiatri	5,8	-3,0	2,7	8,9	4,1	5,6	10,1	4,8
I alt	3,4	0,3	6,0	4,8	-0,5	0,1	5,7	2,8
Sjælland	6,4	5,1	0,1	3,8	-7,9	4,2	9,2	2,8
Syddanmark	7,8	2,6	3,9	3,7	1,9	2,3	5,6	3,9
Midtjylland	1,9	4,6	3,1	2,1	1,4	3,3	6,7	3,3
Nordjylland	2,3	2,9	5,8	3,1	-0,6	3,7	7,6	3,5
I alt	4,2	2,5	4,1	3,8	-0,7	2,0	6,5	3,2

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af de tilrettede driftsudgifter. Data 2019 - 2025 de tilrettede driftsudgifter 2025 og 2021 fra sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

Anm: Gennemsnitlig årlig udgiftsudvikling er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2018 til 2025

AD 6 Hvilke konkrete initiativer har administrationen iværksat eller planlagt for at styrke produktiviteten, så flere patienter kan behandles inden for de ressourcer, regionen råder over?

I Region Hovedstaden er hospitalerne er underlagt rammestyring og decentralt budgetansvar. Det betyder, at de enkelte hospitaler selv har ansvar for løbende at tilpasse og prioritere ressourcerne, så de bliver brugt der, hvor behovet er størst.

Det giver de enkelte hospitaler en høj grad af frihed til at anvende deres budget mest hensigtsmæssigt, herunder til at benytte kapacitet på privathospitaler, hvis egne afdelinger ikke har den nødvendige kapacitet, eller hvis behandlingen kan udføres billigere hos en privat leverandør. Dette skaber værdi for både patienten og den samlede udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Disse styringsprincipper videreføres i Region Østdanmark.

De styringsmæssige frihedsgrader er blandt andet baseret på en antagelse om, at lokale sygehusledelser/ afdelingsledelser og medarbejdere har de bedste forudsætninger for at anvende de tildelte midler bedst muligt – herunder under hensyntagen til effektiv drift.