

DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN I NATIONALT PERSPEKTIV



MINISTERIET
FOR SUNDHED
OG FOREBYGGELSE

JULI 2009

Kolofon:

Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv, juli 2009

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Kontoret for Sundhedsstatistik

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

EAN-lokationsnummer: 5798000362055

ISBN: 978-87-7601-284-7

Version: 1. version

Versionsdato: 1. juli 2009

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

Indhold

1.	Indledning og sammenfatning	7
1.1	Sammenfatning	8
2.	Grundoplysninger om regioner	17
2.1	Regionernes karakteristika	18
2.2	Befolkningen i regionerne	22
3.	Udgifter og finansiering	25
3.1	De danske sundhedsudgifter	26
3.2	Udgifter og finansiering i regionerne	30
3.3	Udgifter i kommunerne	35
4.	Arbejdsmarkedet for sundhedsfagligt personale	37
4.1	Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale	38
4.2	Lægernes beskæftigelse	40
4.3	Sygeplejerskernes beskæftigelse	46
4.4	Fremtidens arbejdsstyrke af læger og sygeplejersker	50
5.	Aktivitet	54
5.1	Aktivitet i det somatiske sygehusvæsen	56
5.2	Aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen	70
5.3	Aktivitet i praksissektoren	74
5.4	Aktivitet i kommunerne	84
6.	Kapacitet og organisering	88
6.1	Sygehussektoren	89
6.2	Praksissektoren	92
7.	Frit valg og private sygehuse	95
7.1	Frit valg og udvidet frit valg	96
7.2	Private sygehuse og klinikker	103
8.	Ventetider	108
8.1	Erfaret ventetid	109
8.2	Fremadrettet ventetid	110
9.	Produktivitet	113
9.1	Produktivitetsudvikling- og niveau	114
10.	Kvalitet	117
10.1	Sygehuskarakterer	118
10.2	Patientoplevet kvalitet	119
10.3	Organisatorisk kvalitet	121
10.4	Klinisk kvalitet	123
11.	Livsstil, sygelighed, levetid og dødelighed	125
11.1	Livsstil	126
11.2	Sygelighed	132

Oversigt over indikatorer

1.1	Sammenfatning	8
1.1.1	Sammenfatning af indsatsen i det danske sundhedsvæsen	8
1.1.2	Sammenfatning af regionernes indsats	13
1.1.3	Kommunernes indsats	16
2.1	Regionernes karakteristika	18
2.1.1	Regionernes geografiske areal	18
2.1.2	Regionernes indbyggertal	19
2.1.3	Regionernes befolkningstæthed	20
2.1.4	Antal kommuner i regionerne	21
2.2	Befolkningen i regionerne	22
2.2.1	Alderssammensætning i regionerne	22
2.2.2	Uddannelsesniveau i regionerne	23
2.2.3	Indkomstniveau i regionerne	24
3.1	De danske sundhedsudgifter	26
3.1.1	Udviklingen i offentlige og private sundhedsudgifter (forbrug)	26
3.1.2	Udviklingen i offentlige sundhedsudgifter efter sektor	27
3.1.3	Udviklingen i regioner og kommuners sundhedsudgifter efter funktion	28
3.1.4	Udviklingen i private sundhedsudgifter efter forbrugsgruppe	29
3.2	Udgifter og finansiering i regionerne	30
3.2.1	Regionernes finansieringsgrundlag på sundhedsområdet	30
3.2.2	Regionernes udgifter på sundhedsområdet	31
3.2.3	Udviklingen i tilførte midler til det regionale sundhedsvæsen	32
3.2.4	Regionernes sundhedsudgifter efter udgiftspost	33
3.2.5	Udviklingen i udgifterne til praksissektoren	34
3.3	Udgifter i kommunerne	35
3.3.1	Kommunernes udgifter på sundhedsområdet	35
3.3.2	Variation i kommunernes udgifter på sundhedsområdet	36
4.1	Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale	38
4.1.1	Udviklingen i arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale	38
	Udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse	39
4.2	Lægernes beskæftigelse	40
4.2.1	Udviklingen i antal læger i andre sektorer end sygehussektoren	40
4.2.2	Udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede sygehuslæger i regionerne	41
4.2.3	Udviklingen i antal læger med primær eller sekundær beskæftigelse på private sygehuse	42
4.2.4	Udviklingen i ubesatte speciallægestillinger på offentlige sygehuse	43
4.2.5	Alment praktiserende læger i regionerne	44
4.2.6	Ledige almene praksis i regionerne	45
4.3	Sygeplejerskernes beskæftigelse	46
4.3.1	Udviklingen i antal sygeplejersker i andre sektorer end sygehussektoren	46
4.3.2	Udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på offentlige sygehuse i regionerne	47
4.3.3	Udviklingen i antal sygeplejerskestillinger søgt besat uden held	48
4.3.4	Udviklingen i andel deltidsansatte sygeplejersker	49
4.4	Fremtidens arbejdsstyrke af læger og sygeplejersker	50

4.4.1	Udviklingen i antal optagne på medicinstudiet	50
4.4.2	Udviklingen i antal optagne på sygeplejestudiet	51
4.4.3	Udviklingen i beskæftigede lægers alder	52
4.4.4	Udviklingen i beskæftigede sygeplejerskers alder	53
5.1	Aktivitet i det somatiske sygehusvæsen	56
5.1.1	Udviklingen i andel behandlede borgere i det somatiske sygehusvæsen	56
5.1.2	Udviklingen i stationær somatisk aktivitet på offentlige sygehuse	57
5.1.3	Vækst i udskrivinger på regionernes sygehuse	58
5.1.4	Gennemsnitlig liggetid på regionernes sygehuse	59
5.1.5	Sengedage på regionernes sygehuse	60
5.1.6	Udviklingen i antal opererede personer efter operationsregi	61
5.1.7	Opererede personer i regionerne efter operationsregi	62
5.1.8	Udviklingen i aktiviteten for 18 udvalgte behandlinger	63
5.1.9	18 udvalgte behandlinger i regionerne	64
5.1.10	Udviklingen i antal ambulante besøg og skadestuebesøg	65
5.1.11	Ambulante besøg og skadestuebesøg i regionerne	66
5.1.12	Udvikling i omlægning til dagkirurgi (18 operationer)	67
5.1.13	Omlægning til dagkirurgi i regionerne (18 operationer)	68
5.1.14	Udvikling i produktionsværdien på regionernes somatiske sygehuse	69
5.2	Aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen	70
5.2.1	Udviklingen i den psykiatriske aktivitet på offentlige sygehuse	70
5.2.2	Psykiatriske udskrivinger i regionerne	71
5.2.3	Psykiatriske sengedage i regionerne	72
5.2.4	Ambulante psykiatriske besøg, herunder hjemmebesøg, i regionerne	73
5.3	Aktivitet i praksissektoren	74
5.3.1	Udviklingen i antallet af kontakter til alment praktiserende læge	74
5.3.2	Antallet af kontakter til alment praktiserende læge i regionerne	75
5.3.3	Udviklingen i antallet af kontakter til alment praktiserende læger fordelt på kontaktype	76
5.3.4	Udviklingen i antallet af kontakter til vagtlæge	77
5.3.5	Udviklingen i antallet af kontakter til speciallæger	78
5.3.6	Antallet af konsultationer hos speciallæge i regionerne	79
5.3.7	Udviklingen i antallet af kontakter til speciallæger fordelt på specialer	80
5.3.8	Udviklingen i antallet af kontakter til tandlæger	81
5.3.9	Antallet af kliniske undersøgelser hos tandlæge i regionerne	82
5.3.10	Udviklingen i antallet af kontakter til andre ydere (fysioterapeuter og kiropraktorer)	83
5.4	Aktivitet i kommunerne	84
5.4.1	Den kommunale børnetandplejes dækningsgrad	84
5.4.2	Aktiviteten på genoptræningsområdet	85
5.4.3	Antal alkoholmisbrugere i behandling	86
5.4.4	Udviklingen i antal stofmisbrugere i behandling	87
6.1	Sygehusektoren	89
6.1.1	Sygehuse pr. region	89
6.1.2	Udviklingen i antal normerede somatiske sengepladser 1998 til 2007	90
6.1.3	Antal aflyste operationer fordelt på regioner	91
6.2	Praksissektoren	92
6.2.1	Fordeling af praksistyper i regionerne	92
6.2.2	Udviklingen i praksistyper	93
6.2.3	Udviklingen i andel samarbejdspraksis	94
7.1	Frit valg og udvidet frit valg	96
7.1.1	Andel patienter med kendskab til det frie sygehusvalg	96

7.1.2	Andel patienter med kendskab til det frie sygehusvalg i regionerne	97
7.1.3	Andel, der har benyttet det frie sygehusvalg i regionerne.....	98
7.1.4	Årsager til, at patienten har valgt et bestemt sygehus	99
7.1.5	Udvikling i det totale antal patienter, der har benyttet det udvidede frie valg	100
7.1.6	Kvartalsvis udvikling i antal patienter, der har benyttet det udvidede frie valg	101
7.1.7	Antal patienter, der har benyttet det udvidede frie valg i regionerne.....	102
7.2	Private sygehuse og klinikker.....	103
7.2.1	Antal private klinikker og sygehuse.....	103
7.2.2	Antal aftaler mellem regionerne og private klinikker og sygehuse.....	104
7.2.3	Udviklingen i private sygehuses og klinikkers DRG-omsætning	105
7.2.4	Udviklingen i antal private sundhedsforsikringer	106
7.2.5	Udviklingen i antal operationsforsikringer under Sygeforsikringen ”danmark”	107
8.1	Erfaret ventetid	109
8.1.1	Udviklingen i den erfarede ventetid til operation.....	109
8.2	Fremadrettet ventetid	110
8.2.1	Udviklingen i den fremadrettede ventetid til 18 udvalgte behandlinger	110
8.2.2	Udviklingen i den fremadrettede ventetid til fem udvalgte behandlinger.....	111
8.2.3	Fremadrettet ventetid til 18 udvalgte behandlinger i regionerne	112
9.1	Produktivitetsudvikling- og niveau	114
9.1.1	Produktivitetsudvikling for sygehuse.....	114
9.1.2	Regionernes produktivitetsudvikling fra 2005 - 2006.....	115
9.1.3	Regionernes produktivitetsniveau i 2006.....	116
10.1	Sygehuskarakterer	118
10.1.1	Antal sygehuse i regionerne efter antal stjerner	118
10.2	Patientoplevelt kvalitet	119
10.2.1	Udviklingen i overordnet patientoplevelt kvalitet.....	119
10.2.2	Overordnet patientoplevelt kvalitet i regionerne.....	120
10.3	Organisatorisk kvalitet.....	121
10.3.1	Udviklingen i opfyldelse af kontaktpersonordning	121
10.3.2	Opfyldelse af kontaktpersonordning i regionerne	122
10.4	Klinisk kvalitet	123
10.4.1	Patientforløb i regionerne, der opfylder NIP-standarder.....	123
10.4.2	HSMR dødelighedsmål i regionerne.....	124
11.1	Livsstil	126
11.1.1	Udvikling i andel mænd og kvinder, der ryger dagligt	126
11.1.2	Andel indbyggere i regionerne, der ryger dagligt	127
11.1.3	Udvikling i andel indbyggere, der er fysisk aktive i fritiden	128
11.1.4	Udvikling i andel indbyggere i regionerne, som har overskredet genstandsgrænsen	129
11.1.5	Udvikling i andel indbyggere, der mindst en gang dagligt indtager frugt	130
11.1.6	Udvikling i andel svært overvægtige indbyggere i regionerne	131
11.2	Sygelighed	132
11.2.1	Sundhedsudgifter fordelt på aldersgrupper	132
11.2.2	Lægemiddelforbrug i regionerne7.....	133
	Levetid og dødelighed	134
11.2.3	Udviklingen i mænd og kvinders middellevetid	134
11.2.4	Udviklingen i mænd og kvinders restlevetid.....	135
11.2.5	Udviklingen i mænd og kvinders dødelighed	136
11.2.6	Udviklingen i dødeligheden for de fire mest dødelige sygdomme	137

1. Indledning og sammenfatning

Kommunalreformen, der trådte i kraft den 1. januar 2007, har medført grundlæggende ændringer af opgavefordelingen på sundhedsområdet. Der er færre kommuner end tidligere, og amterne er afløst af fem folkevalgte regioner, der har ansvaret for en stor del af sundhedsvæsenet i form sygehusene og praksissektoren. De nye kommuner har bl.a. overtaget ansvaret for forebyggelse og genoptræning, ligesom de skal medfinansiere de sundhedsydelse, deres borgere modtager af regionerne.

Denne publikation er en sammenhængende og overordnet dokumentation af indsatsen i det danske sundhedsvæsen. Publikationen samler en række af de væsentlige indikatorer for indsatsen i sundhedsvæsenet. Indikatorerne falder inden for områderne *udgifter og finansiering, arbejdsmarkedet for sundhedsfagligt personale, aktivitet, kapacitet og organisering, frit valg og private sygehuse, ventetider, produktivitet, kvalitet samt endelig livsstil, sygelighed og dødelighed.*

En stor del af indikatorerne i publikationen er vist på både nationalt og regionalt niveau for herved at kunne dokumentere og monitorere regionernes indsats på sundhedsområdet efter kommunalreformen. I lyset af kommunernes øgede rolle er der også, i det omfang det har været muligt, inddraget indikatorer, der belyser kommunernes indsats.

1.1 Sammenfatning

1.1.1 Sammenfatning af indsatsen i det danske sundhedsvæsen

Indsatsen i det danske sundhedsvæsen omfatter en lang række forhold, og antallet af indikatorer til belysning af indsatsen er tilsvarende stort. Dette afsnit sammenfatter udviklingen i de mest centrale nationale indikatorer for det danske sundhedsvæsen, jf. tabel 1.1.

Inden for området *udgifter og finansiering* følges bl.a. udviklingen i de samlede offentlige sundhedsudgifter opgjort på baggrund af de offentlige finanser, der bl.a. inkluderer kommunernes udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen. De offentlige sundhedsudgifter har været stigende over den seneste 10-års periode. I 1999 udgjorde de offentlige udgifter til sundhed 97,8 mia. kr., mens de i 2008 udgjorde 124,5 mia. kr. i 2008-priser. Det er en stigning på 27,3 pct. og en gennemsnitlig årlig vækst på 2,7 pct.

Det er regionerne (amterne), der afholder langt den største andel af de samlede offentlige sundhedsudgifter. I 2008 udgjorde udgifterne 95,5 mia. kr. I perioden 1999 til 2008 er regionernes (amternes) udgifter til sundhed vokset med 38,5 pct. eller 3,7 pct. årligt. Samlet er der sket et løft i regionernes (amternes) sundhedsudgifter på 26,5 mia. kr. fra 2001 til 2008.

Det er væsentligt at belyse *arbejdsmarkedet for sundhedsfagligt personale*, da personalet udgør en væsentlig ressource. Alene i sygehusvæsenet beløber udgifter til løn sig til ca. 70 pct. af de samlede driftsudgifter. Udviklingen i personalesituationen er derfor i høj grad medbestemmende for de fremtidige muligheder for aktivtetsudvidelser samt for udviklingen i sundhedsvæsenets udgifter.

I perioden 1999 til 2008 er antallet af sundhedsfagligt uddannede personer steget med 18,4 pct. Væksten har været størst blandt kliniske diætister, ergoterapeuter, radiografer, kiropraktorer, fysioterapeuter og tandplejere.

Der er i 2008 3.910 flere læger end i 1999, hvilket svarer til en stigning på 23 pct. Samtidigt er der 6.230 flere sygeplejersker i arbejdsstyrken i 2008 end i 1999. Det svarer til en stigning på ca. 11 pct.

Den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser øger nødvendigheden af en fortsat stigende *aktivitet* i sundhedsvæsenet for bl.a. at holde ventetiderne på så lavt niveau som muligt.

Aktiviteten i sundhedsvæsenet har generelt været stigende i en årrække. Den somatiske aktivitet på sygehuse har særligt siden 2002, hvor regeringen indførte meraktivitetspuljen for at nedbringe ventetiderne, været stigende. Som følge af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i april til juni 2008 har stigningen aktiviteten i det somatiske sygehusvæsen dog været aftagende fra 2007 til 2008. På en række indikatorer har der ligefrem været tale om en mindre nedgang i aktiviteten. I 2002 blev 38,1 pct. af befolkningen behandlet på de offentlige somatiske sygehuse, mens det i 2008 var 39,8 pct. Det svarer til, at mere end 150.000 flere borgere modtog behandling i 2008 end i 2002. Derudover er antallet af opererede personer vokset med 2,9 pct. årligt i perioden 2001 til 2008.

Udviklingen i både den somatiske og psykiatriske aktivitet på sygehuse er ligeledes kendetegnet ved en løbende omlægning fra stationær til ambulant behandling. Samtidigt viser den faldende tendens i de somatiske indikatorer for stationær behandling, sengedage og liggetid, at nye og mere skånsomme indgreb kombineret med den generelle teknologiske og medicinske udvikling har medført, at mange patienter udskrives hurtigere end tidligere.

I praksissektoren har aktiviteten ligeledes været stigende. Der ses således en stigning i antallet af konsultationer hos både alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger samt fysioterapeuter og kiropraktorer. I almen praksis har stigning i aktivitet primært været drevet af stigninger i antallet af konsultationer og telefonkonsultationer, mens antallet af besøg i hjemmet er faldet.

Udviklingen inden for sundhedsvæsenets *kapacitet og organisering* viser bl.a. et fald i antallet af sengepladser på somatiske sygehuse. Udviklingen skal ses i sammenhæng med omlægningen til ambulans behandling samt de kortere stationære forløb. I praksissektoren ses en udvikling mod flere kompagniskabspraksis og færre solopraksis.

Frit valg og privat sygehuse angår patientrettighederne i forbindelse med det frie og udvidede frie sygehusvalg samt udviklingen for de private sygehuse og klinikker. Det udvidede frie sygehusvalg giver somatiske patienter ret til at vælge at blive behandlet på de private eller udenlandske sygehuse, hvis ventetiden til de offentlige sygehuse er over én måned. Siden indførelsen i 2002 har knapt 280.000 patienter benyttet det udvidede frie sygehusvalg. Som følge af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008, har det udvidede frie valg været suspenderet frem til den 1. juli 2009, hvor ordningen blev genindført.

Omsætningen for de private sygehuse og klinikker, som har indberettet deres aktivitet til Sundhedsstyrelsen, har i samme periode været stigende. I forhold til omsætningen i det offentlige somatiske sygehusvæsen er den dog fortsat beskedent. I 2008 udgjorde omsætningen hos private sygehuse og klinikker ca. 1,6 mia. kr. svarende til knapt 3,3 pct. af omsætningen i det offentlige sygehusvæsen. Den offentligt finansierede del af omsætningen hos private sygehuse og klinikker udgjorde i 2008 ca. 2,5 pct. af omsætningen i det offentlige sygehusvæsen. Sideløbende med den stigende private omsætning er antallet af privathospitaler/klinikker vokset. Denne stigning skyldes primært, at der er kommet flere små privatklinikker på f.eks. øjenområdet.

Regeringen har, siden den kom til, haft det som sit erklærede politiske mål at nedbringe *ventetiderne* til undersøgelser og behandlinger, som nævnt ovenfor bl.a. gennem indførelsen af meraktivitetspuljen. Uanset om der ses på sygehusenes egne skøn over ventetiderne (den fremadrettede ventetid) eller de faktiske ventetider (den erfarede ventetid), har der i regeringsperioden været et markant fald. Fra 2001 til 2005 er den gennemsnitlige erfarede ventetid for opererede patienter faldet fra 90 til 57 dage. Efter det markante fald fra 2001 til 2005 har ventetiden ligget på nogenlunde samme niveau, ca. 60 dage. Dog har overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i april til juni 2008 betydet, at ventetiden i 2008 er steget svagt.

Øget *produktivitet* på de offentlige sygehuse er og har ligeledes været en af regeringens målsætninger. Fra 2000 til 2006 er produktiviteten på de offentlige somatiske sygehuse vokset med 9,7 pct. Særligt fra 2003 til 2006 er produktiviteten vokset, med 6,2 pct. I perioden 2000 til 2003 voksede produktiviteten med 3,2 pct.

Regeringen har en vision om, at det danske sundhedsvæsen skal være i verdensklasse. At skabe et sådant sundhedsvæsen handler om at levere behandling af en høj *kvalitet* og om at have den nødvendige kapacitet, men det handler i høj grad også om patienternes berettigede forventning om høj kvalitet i behandlingen.

Kvaliteten på de offentlige danske sygehuse er allerede på nuværende tidspunkt høj og relativt ensartet. På hjemmesiden sundhedskvalitet.dk har de fleste sygehuse en sygehuskarakter på niveau med eller over landsgennemsnittet.

Den patientoplevede kvalitet, der omfatter brugernes tilfredshed og opfattelse/oplevelse af kontakten med sygehusene, er ligeledes høj målt ved andelen af patienter, der har et godt eller virkeligt godt samlet indtryk af deres indlæggelse på de offentlige sygehuse. I 2006 var andelen 90 pct.

Organisatorisk kvalitet omfatter arbejdets tilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, sammenhæng i patientforløbet og effektiv ressourceudnyttelse. I 2004 blev der indført en kontaktpersonordning, som skal sikre, at alle patienter, der er indlagt eller går i et længerevarende ambulans forløb, tilbydes en kontaktperson, f.eks. i form af en læge eller en sygeplejerske, for at skabe sammenhæng i forløbet og give tryghed til patienten. Sygehusene har gennemsnitlig opfyldelse af kontaktpersonordningen på 85 pct. i 1. kvartal 2009, hvilket er en stigning på 16 procentpoint i forhold til 1. kvartal 2007. Fra og med 2009 har kontaktpersonordningen været lovpligtig. Forventningen er derfor, at opfyldelsen af kontaktpersonordningen vil stige yderligere i løbet af 2009.

En indikator for den kliniske kvalitet, der omfatter de sundhedsfaglige kerneydelser diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse, er dødeligheden på sygehusene. Denne kan måles ved hjælp af metoden hospitalsstandardiseret mortalitetsratio (HSMR). HSMR angiver antal dødsfald på et sygehus som procent af det ”forventede” antal dødsfald. Det forventede antal dødsfald er udregnet på baggrund af 2006-tal, hvorfor det faktiske og ”forventede” antal dødsfald i 2006 pr. definition er det samme. På landsplan er HSMR faldet med 4 procent fra 2006 til 2008. Det svarer i absolutte tal til at der siden 2006 er sket 1510 færre dødsfald end forventet på sygehusene.

Danskernes *livsstil, sygelighed og dødelighed* er vigtige i en dokumentation af sundhedsvæsenets indsats. Dels er forebyggelse i form af bedre livsstil et centralt indsatspunkt for regeringen, dels er dødeligheden som følge af sygdomme en vigtig indikator for effekten af behandlingen i sundhedsvæsenet.

Flere indikatorer viser på nuværende tidspunkt en positiv udvikling. Antallet af rygere er stort set faldet hvert år de seneste 10 år for både mænd og kvinder. Desuden er danskerne fra 2000 til 2005 blevet bedre til at spise frugt og grønt samt motionere. Der er dog en fortsat tendens til, at andelen af svært overvægtige stiger.

Siden 2001 er middellevetiden steget med 1,5 år for kvinder og 1,7 år for mænd. I 2008 var den forventede levetid for kvinder næsten 81 år og for mænd godt 76 år.

Dødeligheden har været faldende fra 2000. Mest markant er det, at dødeligheden som følge af hjertesygdomme er faldet med 27 pct. fra 2000 til 2007.

Tabel 1.1 Udviklingen i centrale indikatorer for indsatsen i sundhedsvæsenet

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Udgifter og finansiering											
Offentlige sundhedsudgifter, mia. kr., 2008-priser	97,8	98,8	100,9	104,5	106,1	107,2	110,8	114,0	120,8	124,5	-
Regionernes (amternes) sundhedsudgifter, mia. kr., 2008-priser	69,0	70,0	72,8	76,8	78,4	79,4	82,6	86,5	92,6	95,5	-
Arbejdsmarkedet for sundhedsfagligt personale											
Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale, 1.000 personer	114	116	118	120	122	124	127	130	133	135	-
Arbejdsstyrken af læger, 1.000 personer	17,0	17,3	17,5	17,8	18,2	18,6	19,4	19,9	20,6	20,9	-
Arbejdsstyrken af sygeplejersker, 1.000 personer	56,0	56,8	57,7	58,6	59,3	59,4	60,1	60,9	61,8	62,3	-
Aktivitet											
Behandlede borgere, andel af befolkningen, pct.	32,8	33,5	35,4	38,1	37,8	38,1	38,8	39,5	40,0	39,8	-
Opererede personer (stationært, ambulant, privat regi) 1.000	450	466	474	531	546	561	571	585	607	584	-
Sengedage, 1.000	5.650	5.567	5.509	5.471	5.241	5.115	5.011	4.929	4.828	4.713	-
Gennemsnitlig liggetid, dage	5,5	5,4	5,4	5,2	4,9	4,7	4,5	4,4	4,3	4,2	-
Ambulante besøg og skadestuebesøg, 1.000	5.283	5.570	5.986	6.048	6.368	6.651	6.921	7.126	7.250	7.134	-
Ambulante psykiatriske besøg, 1.000	531	564	566	746	738	739	801	890	-	-	-
Kontakter til alment praktiserende læge, mio.	31,8	32,4	33,3	33,8	34,9	35,7	36,7	38,0	38,5	39,7	-
Konsultationer hos speciallæger, 1.000	4.563	4.615	4.606	4.622	4.647	4.716	4.667	4.756	4.821	4.923	-
Kapacitet og organisering											
Normerede somatiske sengepladser, 1.000	19,0	18,7	18,4	18,3	17,7	17,0	16,6	16,3	15,6*	-	-
*Foreløbige tal.											
Andel kompagniskabspraksis af samtlige lægepraksis (solo- og kompagniskabspraksis), pct.	32,5	33,4	34,3	35,1	35,3	35,9	36,2	37,3	37,5	37,5	-
Frit valg og private sygehuse											
Patienter, der har benyttet det udvidede frie valg, 1.000	-	-	-	5,7	19,7	23,9	31,3	40,9	50,3	71,3	-
Omsætning hos private sygehuse, der har indberettet aktivitet til Sundhedsstyrelsen, DRG-værdi, mio.kr.	-	-	-	-	470	504	671	776	970	1.610	-
Ventetider											
Erfaret ventetid, dage	-	-	90	-	77	-	57	58	60	63	-
Fremadrettet ventetid til 18 behandlinger, uger	-	-	-	26,5	23,0	21,8	21,2	20,6	21,8	26,0	-
Produktivitet											
Produktivitetsudvikling, 2000=indeks 100	-	100,0	101,2	102,4	103,2	105,7	107,6	109,7	-	-	-

Kvalitet											
Andel, der har et godt eller virkelig godt indtryk af indlæggelsen på et sygehus, pct.	-	89,2	-	90,2	-	90,3	-	90,1	-	-	-
Opfyldelse af kontaktpersonordning., 1. kv. i året, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	69	82	85
Andel dødsfald af forventede dødsfald (HSMR), 2006=100	-	-	-	-	-	-	-	100	98	96	-
Livsstil, sygelighed og dødelighed											
Andel daglige rygere i befolkningen, pct.	31,0	30,5	29,5	28,5	27,0	25,3	25,7	24,8	24,3	23,2	-
Andel af befolkningen, som er fysisk aktive i fritiden, pct.	-	23	-	-	-	-	28	-	-	-	-
Dødelighed som følge af hjertesygdomme, aldersstandardiserede dødsfald pr. 100.000 indbyggere	-	254	258	241	230	210	200	189	186	-	-
Kilde: Se kildeangivelserne til figurer og tabeller med indikatorerne inde i rapporten.											

1.1.2 Sammenfatning af regionernes indsats

Det er centralt at monitorere og sammenligne, hvordan de fem regioner varetager deres opgaver på sundhedsområdet. Regionerne har ansvaret for nogle af de tungeste opgaver på sundhedsområdet. Det gælder driften af sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri, sygesikringsområdet, herunder praktiserende læger og speciallæger samt den patientrettede forebyggelse i samarbejde med kommunerne. Hertil kommer, at regionerne er nye administrative enheder, som kun har eksisteret siden den 1. januar 2007. Endelig har både sundhedsmyndighederne og regionerne en interesse i, at regionernes indsats bliver sammenlignet, da sammenligningerne kan danne grobund for identificering af ”bedste praksis”, erfaringsudveksling mellem regionerne og i sidste ende en forbedring af indsatsen. Afsnittet sammenfatter og sammenligner regionernes indsats via udvalgte centrale indikatorer, jf. tabel 1.2.

På *arbejdsmarkedet for sundhedsfagligt personale* ses små forskelle i lægetætheden, målt ved antallet af praktiserende læger pr. 100.000 indbyggere, mellem regionerne i 2008. Antallet varierer fra knap 61 praktiserende læger i Region Sjælland til godt 63 praktiserende læger i Region Midtjylland.

Som følge af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i april til juni 2008 har *aktiviteten* i det offentlige somatiske sygehusvæsen opgjort på en række centrale indikatorer været faldende fra 2007 til 2008. Der er dog regionale forskelle. Antallet af behandlede borgere har været faldende i tre af regionerne, mens der i Region Nordjylland (1 procentpoint) og Syddanmark (0,2 procentpoint) har været en mindre stigning. Antallet af opererede borgere har derimod været faldende i alle regioner. Det største fald er forekommet i Region Midtjylland (5 pct.) og Syddanmark (4,6 pct.), mens faldet har været mere afdæmpet i Region Sjælland (1,4 pct.) og Nordjylland (2,6 pct.).

Ambulant behandling er på flere måder oftest at foretrække frem for stationær behandling. Fra patientens synsvinkel er ambulant behandling tit lig med større behandlingskvalitet, og fra en økonomisk synsvinkel optager den som regel færre ressourcer. Indikatoren ”andel dagkirurgiske operationer blandt 18 operationer særligt velegnede til dagkirurgi” viser, at regionerne er omtrent lige gode til at udføre de 18 operationer ambulant. I alle regioner ligger andelen på 80 pct. eller derover. Region Syddanmark og Midtjylland har de højeste andele med hhv. 83 og 82 pct.

Liggetid er en anden væsentlig indikator forbundet med aktiviteten på sygehusene. I et organiseringsperspektiv taler mest for, at kort liggetid er at foretrække, idet den giver sygehuset større kapacitet under forudsætning af, at den ikke fører til flere genindlæggelser. Derfor bør det overordnet tilstræbes, at patienternes liggetid bliver så kort som muligt. Regionernes gennemsnitlige liggetid var på mellem 4,1 og 4,5 dage i 2008. Region Hovedstaden og Nordjylland havde de længste liggetider.

Aktiviteten i det psykiatriske sygehusvæsen kan bl.a. dokumenteres med antallet af ambulante besøg, herunder hjemmebesøg. I 2006 havde Region Sjælland det største antal ambulante besøg med ca. 1.950 pr. 10.000 indbyggere. I de øvrige regioner lå antallet på mellem ca. 1.500 til 1.600.

En indikator inden for sundhedsvæsenets *kapacitet og organisering* er fordelingen mellem kompagniskabs- og solopraksis. Der er gode argumenter for, at kompagniskabspraksis er at foretrække frem for solopraksis. Dels er mulighederne for faglig sparring og lægelig specialisering større i kompagniskabspraksis, dels vil kompagniskabspraksis ofte have lavere omkostninger end solopraksis. Region Midtjylland og Syddanmark havde i 2008 de højeste andele kompagniskabspraksis. Henholdsvis 48 og 49 pct. af regionens praksis var kompagniskabspraksis. Region Hovedstaden havde den laveste andel med 25 pct. I de øvrige regioner varierede andelen mellem 38 og 41 pct.

Inden for området *frit valg og privat sygehuse* ses, at patienterne har nogenlunde samme kendskab til det frie valg af offentlige sygehuse uanset region. Mellem 86 og 88 pct. af patienterne kender til rettigheden.

Den fremadrettede *ventetid* til 18 vigtige behandlinger varierer i regionerne mellem ca. 20 og 30 dage. I Region Sjælland lå ventetiden på ca. 31 uger i 2008, mens den med 20 dage var kortest i Region Nordjylland. Den fremadrettede ventetid er i alle regioner, Nordjylland undtaget, steget mærkbart om følge af overenskomstkonflikten blandt sygeplejersker mv. på landets sygehuse i perioden april 2008 til juni 2008.

Den generelle stigning i sygehusenes *produktivitet* dækker over forskelle regionerne imellem. Mens Region Nordjylland havde den største produktivitetvækst på 2,7 pct. fra 2005 til 2006, havde Region Midtjylland med 1,4 pct. den laveste produktivitetvækst. Region Hovedstaden placerer sig på den landsgennemsnitlige udvikling på 1,9 pct. Produktivitetsniveauet opgøres for de fem regioner i forhold til et landsgennemsnit, der er indekseret til 100. I 2006 lå Region Nordjylland 8 pct. under det landsgennemsnitlige produktivitetsniveau, mens Region Midtjylland og Syddanmark lå henholdsvis 3 og 4 pct. over landsgennemsnittet.

Den patientoplevede *kvalitet*, målt ved andelen af patienter, der har et godt eller virkeligt godt samlet indtryk af deres indlæggelse på de offentlige sygehuse, var i 2006 højest i Region Midtjylland med 93 pct. og lavest i Region Hovedstaden med 86 pct.

Organisatorisk kvalitet i form af opfyldelse af kontaktpersonordningen er højest i Region Nordjylland, hvor 96 pct. af patienterne havde en kontaktperson i 1. kvartal 2009. Den er med 77 pct. lavest i Region Sjælland. I de øvrige regioner ligger andelen på 81 til 90 pct.

Region Syddanmark og Midtjylland har haft en noget bedre udvikling i den kliniske kvalitet, målt ved udviklingen i den hospitalsstandardiserede mortalitetsratio (HSMR) fra 2006 til 2008, end de øvrige regioner. Fra 2006 til 2008 er andelen af dødsfald som procent af det ”forventede” antal dødsfald faldet med hhv. 7 og 6 procentpoint i de to regioner, mens faldet i de øvrige regioner er på ca. 2 procentpoint.

Tabel 1.2 Centrale indikatorer for regionernes indsats

	Hoved- staden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Lands- Gennemsnit
Personale						
Antal alment praktiserende læger, 2008, pr. 100.000 indbyggere i regionen	63	61	62	63	62	62
Aktivitet						
Vækst i andel behandlede borgere, 2007-2008, procentpoint	-0,3	-0,1	0,2	-0,7	1,0	-0,1
Fald i antal opererede, (stationært, ambulans, privat regi) 2007-2008, pct.	3,4	1,4	4,6	5,0	2,6	3,7
Andel dagkirurgiske operationer blandt 18 operationstyper særligt velegnede til dagkirurgi, 2008, pct.	81	80	83	82	81	82
Gennemsnitlig liggetid, 2008, dage	4,4	4,1	4,1	4,0	4,5	4,2
Kapacitet og organisering						
Andel kompagniskabspraksis af samtlige lægepraksis (solo- og kompagniskabspraksis), 2008, pct.	25	41	48	49	38	38
Frit valg og privat sygehuse						
Andel patienter med kendskab til det frie valg, 2006, pct.	86	88	88	88	88	87
Ventetider						
Fremadrettet ventetid til 18 behandlinger, 2008, uger	27	31	25	30	20	26,0
Produktivitet						
Produktivitetudvikling, 2005-2006	99	98	104	103	92	100
Produktivitetsniveau, 2006	1,9	1,6	2,1	1,4	2,7	1,9
Kvalitet						
Andel patienter, der har et godt eller virkelig godt indtryk af indlæggelsen på et sygehus, 2006, pct.	86	89	92	93	92	90
Opfyldelse af kontaktpersonordning, 1. kv. 2009, pct.	81	77	86	90	96	85
Reduktion i andel dødsfald af forventede dødsfald (HSMR), 2006-2008, procentpoint	2	2	7	6	2	4
Kilde: Se kildeangivelserne til figurer og tabeller med indikatorerne inde i rapporten.						

1.1.3 Kommunernes indsats

Med kommunalreformen har kommunerne fået tilført en række nye opgaver og har dermed fået en større rolle på sundhedsområdet. I dag har kommunerne ansvaret for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Regionerne har dog leveringsansvaret for den specialiserede ambulante genoptræning. Kommunerne varetager desuden den del af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som ikke foregår i forbindelse med behandling. Desuden har kommunerne ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrug, hjemme-sygepleje samt ansvaret for børnetandplejen og det specialiserede tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede mv.

Kommunerne har med kommunalreformen desuden fået et øget økonomisk ansvar som følge af den aktivitetsbestemte medfinansiering af de sundhedsydelser, regionerne leverer til den enkelte kommunes borgere. Baggrunden for den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet er, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ligger i naturlig forlængelse af og spiller sammen med de opgaver, som kommunerne i øvrigt varetager. Kommunerne er tæt på borgerne og danner rammen om en stor del af borgernes dagligdag, bl.a. vedrørende børneinstitutioner, skoler, kommunale arbejdspladser, ældreplejen mv. Det giver kommunerne et afsæt for at løfte de nye opgaver på sundhedsområdet og tænke den forebyggende indsats ind i de institutionelle rammer, som kommunerne har ansvaret for.

Aktuelt er dokumentationen af den kommunale indsats på sundhedsområdet begrænset. Set i lyset af kommunernes større rolle er det derfor en selvstændig målsætning for de centrale sundhedsmyndigheder at forbedre dokumentationen af kommunernes indsats i de kommende år. Der er igangsat et arbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioner med henblik på udvikling af nationale indikatorer til belysning af kommunernes indsats på sundhedsområdet.

2. Grundoplysninger om regioner

Kommunalreformen har medført grundlæggende ændringer af opgavefordelingen i den offentlige sektor. Der er færre kommuner end tidligere, og amterne er afløst af fem folkevalgte regioner, der har ansvaret for sygehusene og praksissektoren.

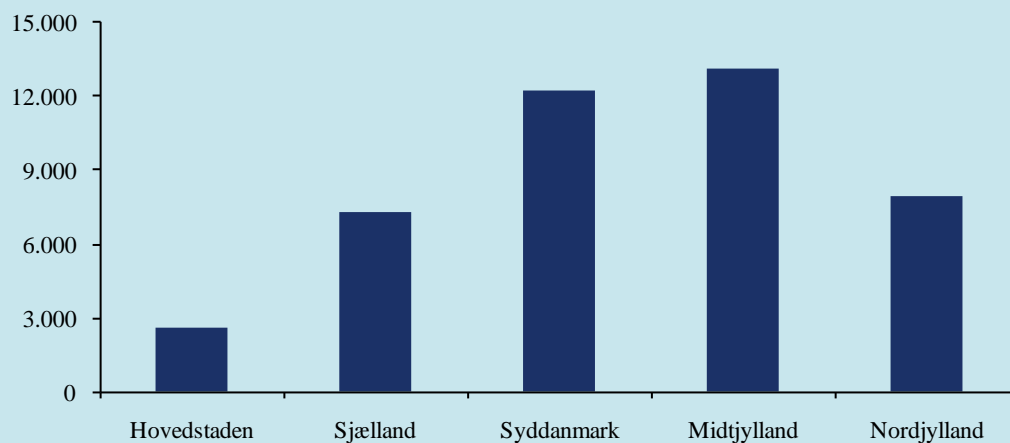
Kapitlet gennemgår grundoplysninger om regionerne, herunder areal, folketal, antal kommuner, kommune-størrelse, alderssammensætning samt indkomst- og uddannelsesniveau.

2.1 Regionernes karakteristika

2.1.1 Regionernes geografiske areal

Det geografiske areal varierer relativt meget fra region til region. Region Midtjylland og Syddanmark strækker sig over et areal på henholdsvis ca. 13.000 og 12.000 km², mens Region Hovedstaden kun strækker sig over et areal på ca. 2.500 km², jf. figur 2.1.

Figur 2.1 Regionernes geografiske areal, km²



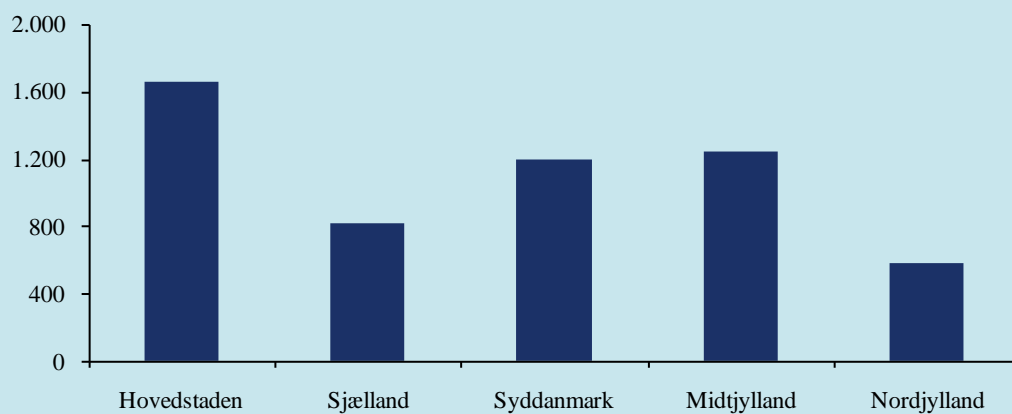
Kilde: Danmarks Statistik.

[Figurdata, klik her](#)

2.1.2 Regionernes indbyggertal

Samtidigt med at Region Hovedstaden strækker sig over det mindste areal af de fem regioner, er det den region, der har det højeste indbyggertal med næsten 1,7 mio. indbyggere, jf. figur 2.2. I de øvrige regioner ligger indbyggertallet på mellem knap 600.000 og 1,2 mio.

Figur 2.2 Regionernes indbyggertal, 2009, 1.000



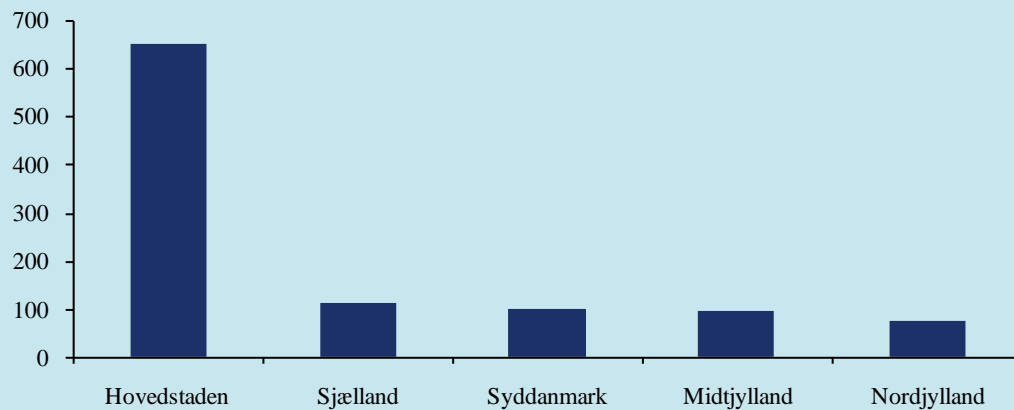
Kilde: Danmarks Statistik.

[Figurdata, klik her](#)

2.1.3 Regionernes befolkningstæthed

Kombinationen af et lille geografisk areal og et højt indbyggertal gør, at befolkningstætheden i Region Hovedstaden er væsentligt større end i de øvrige regioner. Målt som antal indbyggere pr. km² var tætheden i 2009 over 600, jf. figur 2.3. Til sammenligning var den i de øvrige regioner på mellem ca. 70 og ca. 110.

Figur 2.3 Regionernes befolkningstæthed, 2009, antal indbyggere pr. km²

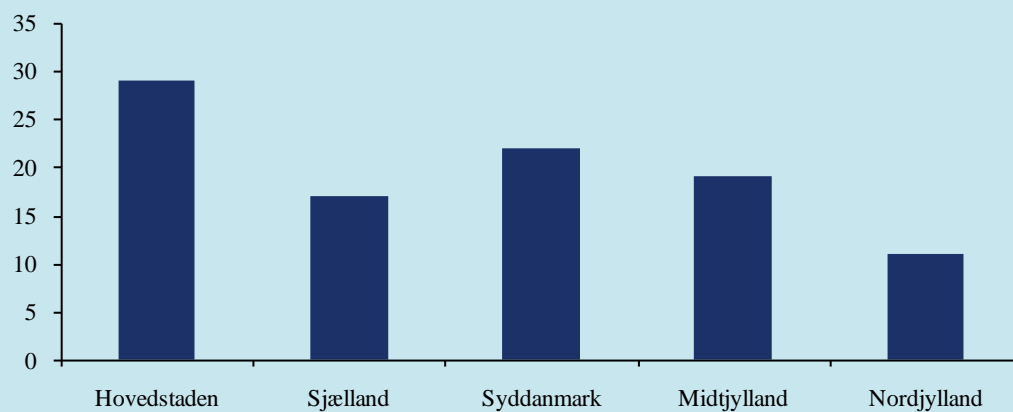


Kilde: Danmarks Statistik.
[Figurdata, klik her](#)

2.1.4 Antal kommuner i regionerne

De fem regioner er inddelt i 98 nye kommuner. 29 eller ca. en tredjedel af kommunerne ligger i Region Hovedstaden, mens 11 eller ca. 10 pct. ligger i Region Nordjylland, jf. figur 2.4.

Figur 2.4 Antal kommuner i regionerne



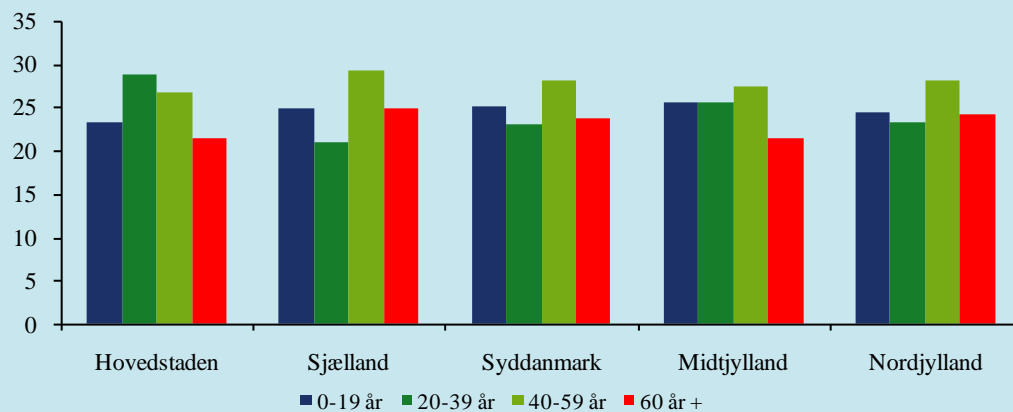
Kilde: Danmarks Statistik.
[Figurdata, klik her](#)

2.2 Befolkningen i regionerne

2.2.1 Alderssammensætning i regionerne

Der er ikke stor variation i alderssammensætningen i regionerne. Dog udgør de 60+-årige en lidt større andel af befolkningen i Region Sjælland, Syddanmark og Nordjylland end i de øvrige regioner, jf. figur 2.5.

Figur 2.5 Aldersgruppens andel af regionens befolkning, 2009, pct.

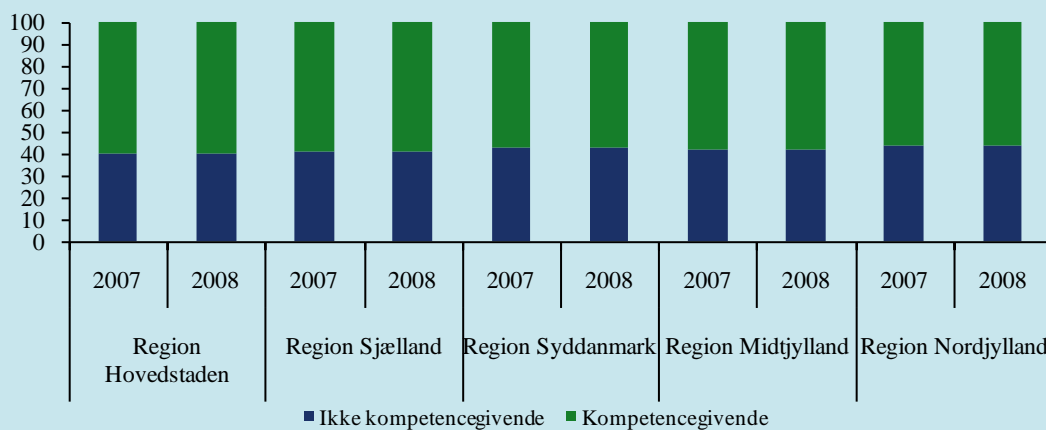


Kilde: Danmarks Statistik.
[Figurdata, klik her](#)

2.2.2 Uddannelsesniveau i regionerne

Det højeste uddannelsesniveau findes i Region Hovedstaden. I 2008 havde ca. 60 pct. af de 15-69-årige i regionen en kompetencegivende uddannelse, jf. figur 2.6. I de øvrige regioner var andelen på mellem 56 og 59 pct.

Figur 2.6 15-69-åriges uddannelse i regionerne, 2007-2008, pct. af alle 15-69-årige

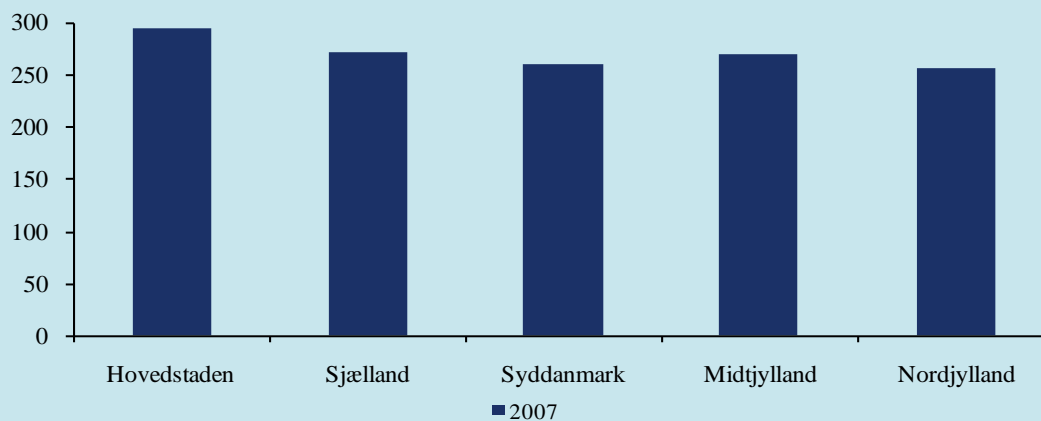


Kilde: Danmarks Statistik.
[Figurdata, klik her](#)

2.2.3 Indkomstniveau i regionerne

Ligesom det højeste uddannelsesniveau findes i Region Hovedstaden, så er det også her, man finder det højeste indkomstniveau. I 2007 havde en indbygger i Region Hovedstaden en gennemsnitlig indkomst i alt på ca. 295.000 kr., jf. figur 2.7. I de øvrige regioner var gennemsnitsindkomsten på mellem ca. 255.000 kr. og 270.000 kr.

Figur 2.7 Gennemsnitlig indkomst i alt i regionen, 2007, 1.000 kr.



Kilde: Danmarks Statistik.

Anm.: Indkomst i alt omfatter alle indkomster undtagen lotterigevinster mv. og hævede pensioner.

[Figurdata, klik her](#)

3. Udgifter og finansiering

Kommunalreformen betød en gennemgribende ændring af finansieringssystemet på sundhedsområdet. Ved samlingen af amterne og H:S i fem regioner fjernede man amternes skatteudskrivningsret. Den ny finansieringsmodel indebærer, at regionernes sundhedsopgaver finansieres af fire former for tilskud: Et statsligt bloktilskud, et statsligt aktivitetsafhængigt tilskud, et kommunalt grundbidrag og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag.

Formålet med den nye finansieringsmodel er at understøtte kvalitet, effektivitet og sammenhæng på sundhedsområdet og give kommunerne et incitament til at påtage sig ansvar for deres borgeres sundhed gennem en effektiv forebyggelses-, genoptrænings- og plejeindsats. De kommuner, der gennem en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats nedsætter behovet for sygehusindlæggelser mv., bliver således belønnet, fordi de sparer penge på det aktivitetsafhængige bidrag. Finansieringssystemet understøtter dermed større sammenhæng og effektivitet samt en mere klar ansvarsdeling i løsningen af den samlede sundhedsopgave.

3.1 De danske sundhedsudgifter

3.1.1 Udviklingen i offentlige og private sundhedsudgifter (forbrug)

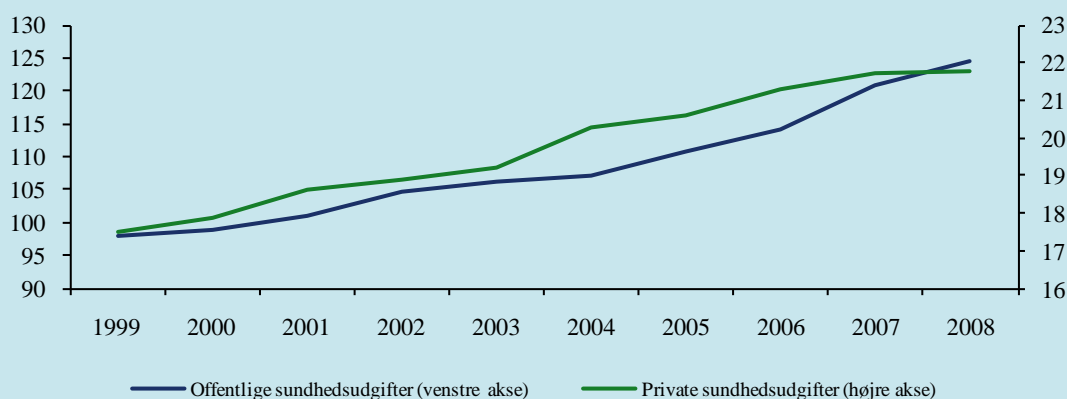
De offentlige sundhedsudgifter (det offentlige forbrug på sundhedsområdet) har været stigende over den seneste 10-års periode. I 1999 udgjorde de offentlige udgifter til sundhed 97,8 mia. kr., mens de i 2008 udgjorde 124,5 mia. kr., jf. figur 3.1. Det er en stigning på 27 pct.

Også de private sundhedsudgifter (det private forbrug på sundhedsområdet) har været stigende over den seneste 10-års periode. I 2008 udgjorde de 21,8 mia. kr., hvilket er en stigning på 25 pct. i forhold til 1999.

Det skal bemærkes, at en sammenligning af realvæksten i det offentlige og private forbrug skal ske med varsomhed. Realvæksten i det offentlige forbrug er et udtryk for, hvor mange ressourcer, der tilføres offentlig service mv. Det er altså et input-baseret mål, hvor prisen måler, hvad det offentlige skal betale for de ressourcer, det anvender, herunder især offentligt beskæftigede. Realvæksten i det private forbrug er derimod et output-baseret mål, hvor priserne måler, hvad folk reelt betaler for de varer, de køber.

Rent opgørelsesteknisk skal det desuden bemærkes, at de samlede offentlige sundhedsudgifter inkluderer kommunernes udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen. Disse indgår ikke i opgørelserne af de kommunale sundhedsudgifter i afsnit 3.3, som er baseret på de kommunale regnskaber. I regnskaberne indgår udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen under socialområdet. Desuden indeholder de samlede offentlige sundhedsudgifter forbrug af fast realkapital i modsætning til opgørelserne baseret på de regionale og kommunale regnskaber i afsnit 3.2 og 3.3. Der er med andre ord tale om to forskellige opgørelser. Men da de regionale og kommunale regnskaber ikke umiddelbart kan sammenlignes med det statslige, bør de samlede offentlige sundhedsudgifter baseres på Danmarks Statistiks opgørelse af de offentlige finanser.

Figur 3.1 Offentlige og private sundhedsudgifter (forbrug), 1999-2008, mia. kr., 2008-priser



Kilde: Danmarks Statistik (Offentlige finanser og Nationalregnskabet).

Anm.: Det offentlige forbrug på sundhedsområdet opgøres som summen af følgende komponenter: udgifterne til aflønning af ansatte, salg af varer og tjenester, forbrug i produktionen, andre produktionskatter og -subsidier (netto), sociale overførsler i naturalier og forbruget af fast realkapital. Det private forbrug opgøres som danskernes private forbrug inden for følgende grupper: medicin, vitaminer mv., briller, høreapparater mv., læge, tandlæge mv. og hospitaler, sanatorier mv. Det private forbrug er omregnet til 2008-priser på baggrund af Nationalregnskabet 2000-priser. Forbrugsgruppen medicin, vitaminer mv. er dog opgjort i løbende priser.

[Figurdata, klik her](#)

3.1.2 Udviklingen i offentlige sundhedsudgifter efter sektor

Det er regionerne (amterne), der afholder langt den største andel af de samlede offentlige sundhedsudgifter. I 2008 udgjorde de 95,5 mia. kr., jf. tabel 3.1. Kommunernes udgifter udgjorde 28,9 mia. kr. i 2008, mens staten havde udgifter på 0,1 mia. kr.

I perioden 1999 til 2008 er regionernes (amternes) udgifter til sundhed vokset med 39 pct. eller 3,7 pct. årligt.

De kommunale udgifter, der i denne opgørelse også indeholder udgifter til plejehjem og hjemmesygepleje, har ligget på nogenlunde samme niveau i perioden 1999 til 2008, mellem knap 28 og 29 mia. kr.

Tabel 3.1 Offentlige sundhedsudgifter (forbrug) efter sektor, 1999-2008, mia. kr., 2008-priser

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Regioner (amter)	69,0	70,0	72,8	76,8	78,4	79,4	82,6	86,5	92,6	95,5
Kommuner	27,8	27,9	27,8	27,3	27,3	27,6	28,1	27,4	28,1	28,9
Stat	1,0	0,9	0,3	0,5	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1

Kilde: Særkørsel fra Danmarks Statistik (Offentlige finanser).

Anm.: Det offentlige forbrug på sundhedsområdet opgøres som summen af følgende komponenter: udgifterne til aflønning af ansatte, salg af varer og tjenester, forbrug i produktionen, andre produktionskatter og -subsidier (netto), sociale overførsler i naturalier og forbruget af fast realkapital. Forbruget af fast realkapital indgår ikke i opgørelsen baseret på de regionale og kommunale regnskaber i afsnit 3.2 og 3.3. Tallene for de kommunale udgifter afviger derudover fra udgiftstallene i figur 3.6, da der i opgørelsen af de samlede offentlige sundhedsudgifter indgår kommunale udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen. Disse indgår ikke i figur 3.6, hvor tallene er baseret på de kommunale regnskaber.

3.1.3 Udviklingen i regioner og kommuners sundhedsudgifter efter funktion

De samlede regionale og kommunale sundhedsudgifter kan yderligere fordeles efter, hvilken funktion de går til. Stigningen i regionernes samlede sundhedsudgifter i perioden 1999 til 2008 har særligt været drevet af stigningen i udgifterne til hospitalstjeneste, jf. Tabel 3.2. Også udgifterne til ambulans behandling har været stigende i perioden.

De samlede kommunale sundhedsudgifter, der i denne opgørelse også indeholder udgifter til plejehjem og hjemmesygepleje, har ligget på nogenlunde samme niveau i perioden.

Tabel 3.2 Offentlige sundhedsudgifter (forbrug) efter funktion, 1999-2008, mia. kr., 2008-priser										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Regioner (amter)										
Medicinske produkter, apparater og udstyr	5,1	5,1	5,6	6,2	6,3	6,3	6,4	6,6	8,1	8,0
Ambulant behandling	9,3	9,5	9,7	10,0	10,2	10,5	10,9	11,2	13,0	13,3
Hospitalstjenester	53,5	54,2	56,2	59,7	61,0	61,6	64,3	67,7	68,8	71,7
Sundhedsvæsen mv., herunder F&U	1,2	1,2	1,3	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	2,7	2,5
I alt	69,0	70,0	72,8	76,8	78,4	79,4	82,6	86,5	92,6	95,5
Kommuner										
Medicinske produkter, apparater og udstyr	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,7	0,7
Ambulant behandling	6,2	6,4	6,5	6,7	6,8	6,9	7,1	7,2	7,4	7,5
Hospitalstjenester	20,4	20,3	20,1	19,3	19,2	19,4	19,7	18,9	19,8	20,5
Sundhedsvæsen mv., herunder F&U	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
I alt	27,8	27,9	27,8	27,3	27,3	27,6	28,1	27,4	28,1	28,9

Kilde: Særkørsel fra Danmarks Statistik (Offentlige finanser).

Anm.: Det offentlige forbrug på sundhedsområdet opgøres som summen af følgende komponenter: udgifterne til aflønning af ansatte, salg af varer og tjenester, forbrug i produktionen, andre produktionskatter og -subsidier (netto), sociale overførsler i naturalier og forbruget af fast realkapital. Forbruget af fast realkapital indgår ikke i opgørelsen baseret på de regionale og kommunale regnskaber i afsnit 3.2 og 3.3. Tallene for de kommunale udgifter afviger derudover fra udgiftstallene i figur 3.6, da der i opgørelsen af de samlede offentlige sundhedsudgifter indgår kommunale udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen. Disse indgår ikke i figur 3.6, hvor tallene er baseret på de kommunale regnskaber. I fremstillingen er de to grupper, der fremgår af Danmarks Statistiks opgørelse, henholdsvis "Forskning og udvikling inden for sundhedsvæsen" (F&U) og "Sundhedsvæsen mv.", slået sammen, da der vurderes at være et betydeligt overlap mellem disse kategorier. Ambulant behandling er i opgørelserne ikke ensbetydende med ambulans behandling på sygehusene. For regioner/amter er ambulans behandling generelt udgifter til praksissektoren, mens ambulans behandling for kommuner primært udtrykker udgifter til tandlægebesøg. Hospitalstjenester for det kommunale område er primært udgifter til alderdomshjem mv.

3.1.4 Udviklingen i private sundhedsudgifter efter forbrugsgruppe

De private sundhedsudgifter omfatter udgifter til medicin, vitaminer mv., briller, høreapparater mv., læge, tandlæge mv. og hospitaler, sanatorier mv.

Danskerne bruger flest penge på læge, tandlæge mv. og medicin, vitaminer mv., henholdsvis 8,7 og 6,2 mia. kr. i 2008, jf. tabel 3.3. Den samlede stigning i de private sundhedsudgifter i perioden 1999 til 2008 dækker over en stigning i samtlige forbrugsgrupper om end af forskellig størrelse. Udgifter til hospitaler, sanatorier mv. er steget relativt mest i perioden, fra 1,1 til 3,3 mia. kr. svarende til en stigning på 58 pct. De udgjorde i 2008 15 pct. af de samlede udgifter mod 12 pct. i 1999.

Tabel 3.3 Private sundhedsudgifter efter forbrugsgruppe, 1999-2008, mia. kr., 2008-priser

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medicin, vitaminer mv. ¹	4,5	4,8	4,9	5,2	5,2	5,3	5,4	6,0	6,2	6,2
Briller, høreapparater mv.	2,6	2,7	2,9	3,0	3,0	3,3	3,4	3,6	3,7	3,5
Læge, tandlæge mv.	8,3	8,1	8,3	8,2	8,4	8,8	8,7	8,5	8,5	8,7
Hospitaler, sanatorier mv.	2,1	2,2	2,5	2,5	2,5	2,9	3,2	3,2	3,2	3,3
I alt	17,5	17,9	18,6	18,9	19,2	20,3	20,6	21,3	21,7	21,8

Kilde: Danmarks Statistik (Nationalregnskabet).

Anm.: De private sundhedsudgifter opgøres som danskernes private forbrug inden for de fire forbrugsgrupper. Det private forbrug er omregnet til 2008-priser på baggrund af Nationalregnskabet 2000-priser. Forbrugsgruppen medicin, vitaminer mv. er dog opgjort i årets priser.

¹ Medicin, vitaminer mv. er angivet i årets priser.

3.2 Udgifter og finansiering i regionerne

3.2.1 Regionernes finansieringsgrundlag på sundhedsområdet

På sundhedsområdet finansieres regionernes opgaver af fire former for tilskud: et bloktilskud fra staten, et statsligt aktivitetsbestemt tilskud, et kommunalt grundbidrag og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag.

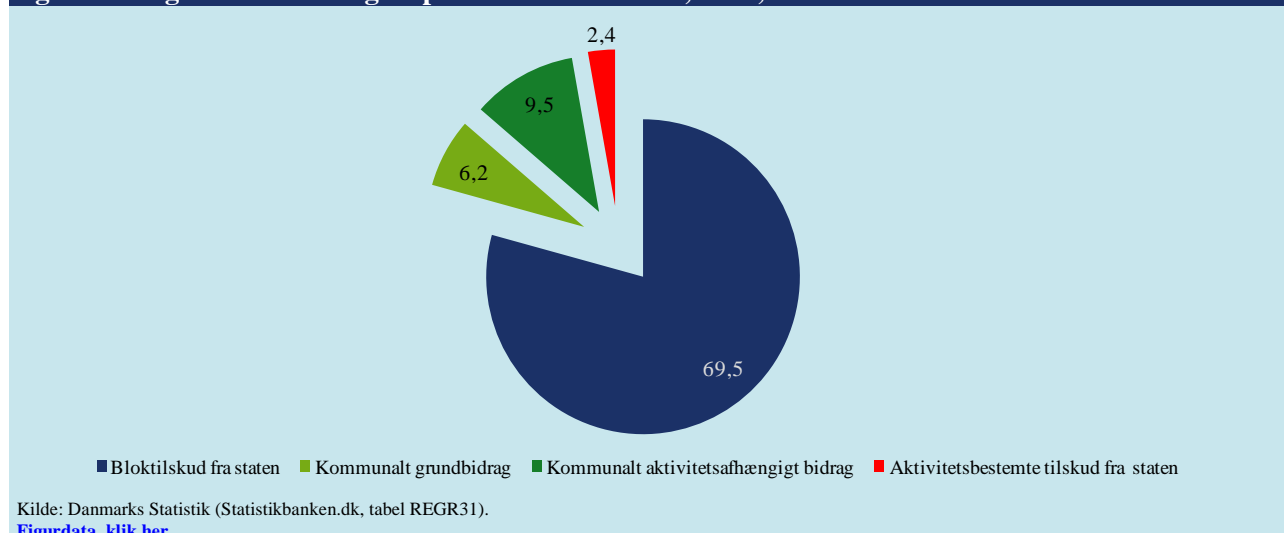
Det statslige bloktilskud udgjorde langt størsteparten, 69,5 mia. kr. eller 79 pct., af finansieringen på 87,6 mia. kr. i 2008, jf. figur 3.2. Bloktilskuddet er udmålt ud fra et hensyn om, at regionerne skal have lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet. Bloktilskuddet er fastsat efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler udgiftsbehovet (f.eks. den aldersmæssige sammensætning af befolkningen i de enkelte regioner og regionernes sociale strukturer).

Endvidere vil en del af den statslige finansiering af regionerne blive udbetalt som et statsligt aktivitetsbestemt tilskud. Formålet med puljen er at tilskynde regionerne til at øge aktiviteten på sygehusene. I 2008 udgjorde tilskuddet 2,4 mia. kr. eller 3 pct. af de samlede indtægter.

Som noget nyt har kommunerne fra 2007 og frem skulle bidrage til finansieringen af sundhedsvæsenet. Sammenholdt med kommunernes nye sundhedsopgaver (forebyggelse, pleje og genoptræning) giver det kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Formålet er bl.a. at tilskynde kommunerne til en effektiv forebyggelsesindsats over for kommunens borgere.

Den kommunale finansiering består dels af et grundbidrag, dels et aktivitetsafhængigt bidrag. Grundbidraget udgør 6,2 mia. kr. eller 7 pct. af de samlede indtægter i 2008, mens det aktivitetsafhængige bidrag udgør 9,8 mia. kr. eller 11 pct. af de samlede indtægter.

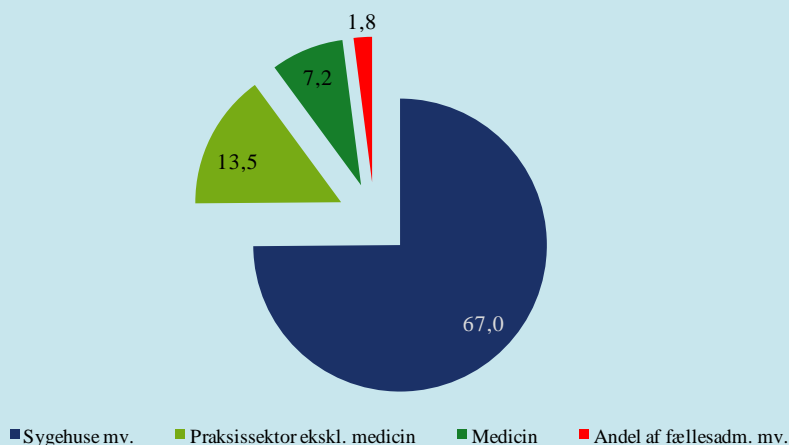
Figur 3.2 Regionernes indtægter på sundhedsområdet, 2008, mia. kr.



3.2.2 Regionernes udgifter på sundhedsområdet

Regionernes udgifter på sundhedsområdet går primært til drift af de offentlige sygehuse. I 2008 udgjorde udgifterne til sygehuse mv. 67 mia. kr., jf. figur 3.3. Udgifter til praksissektor ekskl. medicin, der bl.a. omfatter konsultationer mv. hos de praktiserende læger og speciallæger samt tandlægebehandling, udgjorde 13,5 mia. kr., mens medicinudgifterne udgjorde 7,2 mia. kr. I alt havde regionerne sundhedsudgifter på 89,5 mia. kr. i 2008. Tallet inkluderer anlægsudgifter til sygehusene.

Figur 3.3 Regionernes udgifter på sundhedsområdet, 2008, mia. kr.



Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken.dk, tabel REGR31).

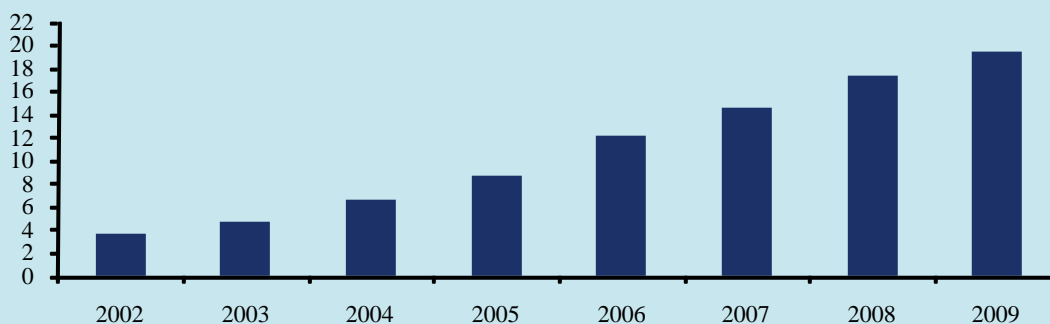
Anm.: Sundhedsudgifterne er opgjort som nettodrifts- og anlægsudgifter. Tallene afviger fra tallene i tabel 3.1 og Tabel 3.2 pga. forskellig afgrænsning af udgiftsbegreber. Bl.a. indgår forbrug af fast realkapital i opgørelsen af de samlede sundhedsudgifter.

[Figurdata, klik her](#)

3.2.3 Udviklingen i tilførte midler til det regionale sundhedsvæsen

Regeringen har siden den kom til løftet det regionale sundhedsvæsen med 17,3 mia. kr. til og med 2008, jf. figur 3.4. På baggrund af de indgåede aftaler om den regionale økonomi fra 2009 på sundhedsområdet, kvalitetsreforminitiativer via trepartsaftalen samt Finansloven for 2009 vil det regionale sundhedsvæsen blive løftet med yderligere 2,1 mia. kr. i 2009. Løftet for perioden 2002 til 2009 er dermed i alt på 19,4 mia. kr.

Figur 3.4 Kumulerede tilførte midler til det regionale sundhedsvæsen, 2002-2009, mia. kr., 2009-priser



Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken.dk, tabel REGR31), aftaler om regionernes økonomi samt egne beregninger

Anm.: Den akkumulerede vækst for 2002 til 2007 er beregnet på basis af regnskabstal opgjort som nettodrifts- og anlægsudgifter. Tallene afviger dermed fra tallene i tabel 3.1 og Tabel 3.2 **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** pga. forskellig afgrænsning af udgiftsbegreber. Bl.a. indgår forbrug af fast realkapital i opgørelsen af de samlede sundhedsudgifter. Den akkumulerede vækst for 2008 og 2009 er beregnet på baggrund af aftalerne om den regionale økonomi. Som følge af kommunalreformen kan tal fra før 2007 ikke umiddelbart sammenlignes med tal fra 2007 og frem. Det skyldes bl.a. ændringer i opgavefordelingen mellem regioner (amter) og kommuner samt afledte ændringer på kontoplanerne.

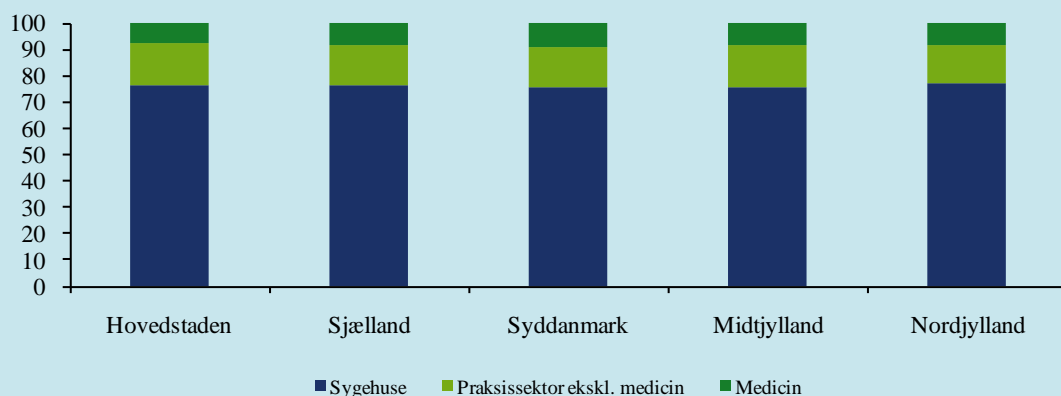
[Figurdata, klik her](#)

3.2.4 Regionernes sundhedsudgifter efter udgiftspost

Regionerne har inden for de økonomiske rammer vide muligheder for at prioritere strukturen og kapaciteten inden for sundhedsområdet. Det er således op til hver enkelt region at prioritere de økonomiske midler mellem eksempelvis praksissektoren og sygehusvæsenet. Det vil ligeledes være op til regionerne at prioritere de økonomiske midler eksempelvis mellem ambulant og stationær behandling inden for sygehusene. Det er interessant løbende at følge denne overordnede prioritering i de enkelte regioner, fordi det kan give en indikation af, hvorledes behovene for forskellige sundhedsydelser varierer fra region til region.

Region Hovedstaden har relativt flere udgifter til praksissektoren ekskl. medicin end de øvrige regioner. I 2008 udgjorde udgifterne til dette område 16,1 pct. af de samlede udgifter til sygehuse og praksissektor mod mellem 14,4 og 15,5 pct. i de øvrige regioner, jf. figur 3.5. Derimod havde Region Hovedstaden relativt færre udgifter til medicin i 2008. 7,3 pct. af de samlede udgifter gik til medicin mod mellem 8,4 og 9,0 i de øvrige regioner.

Figur 3.5 Regionernes sundhedsudgifter efter udgiftspost, 2008, udgiftspostens andel af i alt, pct.



Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken.dk, tabel REGR31).
Anm.: Sundhedsudgifterne er opgjort som nettodrifs- og anlægsudgifter.
[Figurdata, klik her](#)

3.2.5 Udviklingen i udgifterne til praksissektoren

Praksissektoren omfatter bl.a. behandling hos alment praktiserende læge, speciallæge, tandlæge, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og fodterapeut samt tilskud til medicin, ernæringspræparater, rejse- og sygesikring, mv. Nogle ydelser, f.eks. ydelser hos alment praktiserende læger og speciallæger, tilbydes vederlagsfrit til borgerne, mens andre ydelser, f.eks. hos tandlæger, kun er delvist offentligt finansieret.

I perioden 1999 til 2008 har udgifterne til almen lægehjælp og speciallægehjælp været stigende. Udgifterne til almen lægehjælp er vokset fra 6,0 mia. kr. i 1999 til 7,5 mia. kr. i 2008, jf. tabel 3.4. Det er en stigning på 25 pct. I samme periode er udgifterne til speciallægehjælp vokset fra 2,0 mia. kr. til 2,8 mia. kr., en stigning på 38 pct. Fra 2007 til 2008 er udgifterne til almen lægehjælp og speciallægehjælp steget med 0,5 mia. kr., svarende til mere end 5 pct.

Udgifterne til medicin, opgjort i årets priser, har ligeledes været stigende fra 1999 til 2008. I 2008 udgjorde de 7,2 mia. kr., hvilket er en stigning på 65 pct. i forhold til 1999. Dog har der været en mindre nedgang i udgifterne til medicin i praksissektoren fra 2007 til 2008. Udgifterne til behandling hos tandlæge har ligget stabilt i perioden.

Tabel 3.4 Udgifter til praksissektoren, 1999-2008, mia. kr., 2008-priser

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Almen lægehjælp	6,0	6,2	6,4	6,5	6,6	6,3	6,6	6,9	7,2	7,5
Speciallægehjælp	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,6	2,8
Medicin ¹	4,4	4,6	5,1	5,8	6,1	6,3	6,5	6,9	7,3	7,2
Tandlæge	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Øvrige	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	2,3	2,3	2,3	1,9	1,7
I alt	16,7	16,9	17,6	18,7	19,0	19,3	19,7	20,2	20,7	20,7

Kilde: Budget- og regnskabssystem for regioner (amter).

Anm.: Udgifter til praksissektoren er opgjort som nettodriftsudgifter. Opgørelsen tager ikke højde for opgaveændringer som følge af kommunalreformen fra 2007, hvorfor udgifter i perioden 1999 til 2006 ikke umiddelbart kan sammenlignes med udgifter fra og med 2007.

¹ Medicinudgifter er angivet i årets priser.

3.3 Udgifter i kommunerne

3.3.1 Kommunernes udgifter på sundhedsområdet

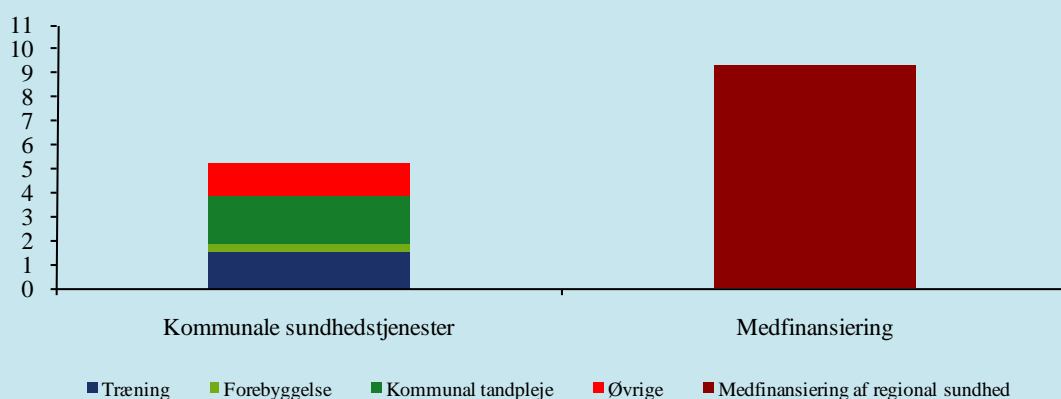
Med kommunalreformen har kommunerne fået tilført en række nye opgaver og har dermed fået en større rolle på sundhedsområdet. I dag har kommunerne ansvaret for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne varetager desuden den del af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som ikke foregår i forbindelse med behandling. Desuden har kommunerne ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrug, samt ansvaret for det specialiserede tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede mv.

Finansieringsmodellen på sundhedsområdet indebærer desuden, at kommunerne har et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Det aktivitetsafhængige bidrag indebærer, at kommunerne skal afregne med regionerne, hver gang en borger har fået en regionalt finansieret sundhedsydelse inden for dækningsområdet. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehuse og hos de praktiserende læger og speciallæger mv. Det betyder overordnet set, at jo mindre borgerne i en kommune trækker på sundhedsvæsenet, jo mindre vil kommunen skulle svare i kommunal medfinansiering.

Kommunerne varetager herudover ansvaret for en række sundhedsrelaterede tilbud, herunder ældrepleje og hjemmesygepleje. Disse indgår dog under socialområdet i kommunernes regnskaber og ikke under sundhedsområdet.

I 2008 udgjorde kommunernes sundhedsudgifter i alt 14,5 mia. kr., jf. figur 3.6. Den største post var udgifter til den kommunale medfinansiering, som var på 9,3 mia. kr. Udgifter til genoptræning, forebyggelse og kommunal tandpleje beløb sig til henholdsvis 1,5 mia. kr., 0,4 mia. kr. og 2,0 mia. kr.

Figur 3.6 Kommunernes sundhedsudgifter, 2008, mia. kr.



Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken.dk, tabel REGK31).

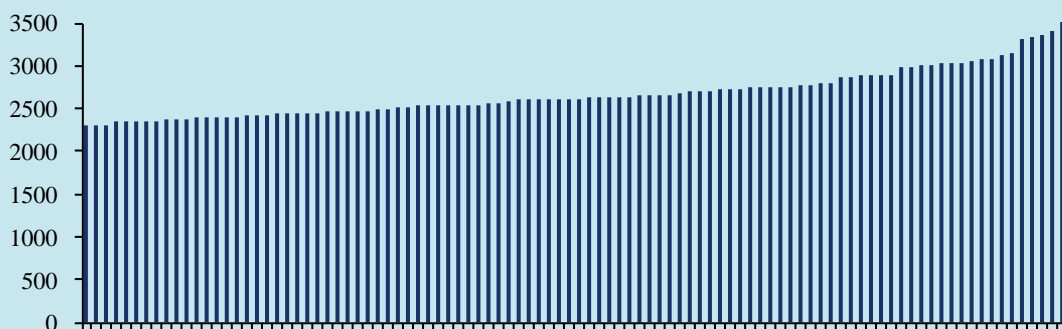
Anm.: Sundhedsudgifterne er opgjort som nettodrifts- og anlægsudgifter. Tallene afviger fra tallene i tabel 3.1 og Tabel 3.2 **Fejl! Henvissningskilde ikke fundet.** pga. forskellig afgrænsning af udgiftsbegreber. Mest betydende er, at der i opgørelsen af de offentlige finanser indgår de kommunale udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen.

[Figurdata, klik her](#)

3.3.2 Variation i kommunernes udgifter på sundhedsområdet

Der er en vis variation i de kommunale udgifter til sundhed. I 2008 havde kommunen med flest udgifter pr. indbygger (Herlev) udgifter for ca. 3.500 kr., mens kommunen med færrest udgifter (Brønderslev) havde udgifter for ca. 2.300 kr., jf. figur 3.7. Forskellene afspejler formentlig til dels befolknings sammensætningen i kommunerne, men kan også være relateret til forskelle i bl.a. forebyggelsesindsatsen i kommunerne.

Figur 3.7 Kommuners sundhedsudgifter, 2008, kr. pr. indbygger



Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken.dk, tabel REGK31).
Anm.: Sundhedsudgifterne er opgjort som nettodrifts- og anlægsudgifter.
[Figurdata, klik her](#)

4. Arbejdsmarkedet for sundhedsfagligt personale

De generelle udfordringer med at sikre tilstrækkelig arbejdskraft gælder også i sundhedssektoren. Denne situation gør monitorering af udviklingen i antallet af læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale helt central.

Også udviklingen i antallet af læger og sygeplejersker på regionsniveau er væsentlig i en situation, hvor rekruttering har vist sig vanskelig særlig uden for hovedstadsområdet. I forlængelse af dette er monitorering i antallet af ubesatte speciallægestillinger, ledige almen praksis og rekruttering af sygeplejersker vigtig.

Endelige er data for optaget på læge- og sygeplejerskeuddannelserne samt alderssammensætningen i de to faggrupper vigtige for at få indsigt i, hvordan arbejdsstyrken vil være sammensat i fremtiden og de udfordringer, der tegner sig der.

4.1 Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale

4.1.1 Udviklingen i arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale

Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale udgjorde i 2008 ca. 135.000 personer, hvilket er ca. 21.000 flere end i 1999, jf. tabel 4.1. Dermed var der i 2008 18,7 pct. flere med en sundhedsfaglig uddannelse end 9 år tidligere.

Væksten har været særlig markant blandt radiografer, klinisk diætister, tandplejere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og fodterapeuter. Væksten har været mindst blandt tandlæger, bioanalytikere, farmakonomer og kliniske tandteknikere.

Der er i perioden kommet ca. 4.000 flere læger, hvilket svarer til en vækst på 23,0 pct. i perioden 1999-2008. Væksten blandt sygeplejersker har været på 11,1 pct. i samme periode, idet der kom ca. 6.200 flere sygeplejersker, så der i 2008 var omkring 62.300 sygeplejersker i arbejdsstyrken.

Social- og sundhedsassistenter indgår ikke i opgørelsen, jf. tabelanmærkning.

Tabel 4.1 Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale efter personalegruppe, antal personer

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Procentvis ændring 1999-2008
Bioanalytiker	7.916	7.832	7.797	7.761	7.736	8.097	8.144	8.207	8.207	8.234	4,0
Ergoterapeut	4.235	4.537	4.881	5.166	5.415	5.721	5.934	6.195	6.588	6.871	62,2
Farmaceut	3.250	3.316	3.381	3.492	3.504	3.587	3.662	3.726	3.797	3.836	18,0
Farmakonom	5.676	5.705	5.770	5.798	5.837	5.849	5.883	5.964	5.983	5.981	5,4
Fodterapeut	1.074	1.119	1.180	1.225	1.238	1.230	1.458	1.483	1.535	1.584	47,5
Fysioterapeut	6.057	6.381	6.738	7.012	7.248	7.568	8.138	8.549	8.944	9.283	53,3
Jordemoder	1.290	1.339	1.390	1.437	1.450	1.467	1.495	1.551	1.629	1.691	31,1
Kiropraktor	295	302	318	327	340	349	402	425	439	481	63,1
Klinisk diætist	234	251	277	300	316	326	354	421	470	518	121,4
Klinisk tandtekn.	369	367	358	356	349	345	388	390	385	392	6,2
Læge	17.001	17.298	17.502	17.807	18.249	18.563	19.351	19.934	20.565	20.913	23,0
Optometrist	1.806	1.843	1.909	1.948	1.990	2.034	2.067	2.109	2.140	2.193	21,4
Radiograf	121	121	125	119	114	1.149	1.256	1.306	1.379	1.478	1121,5*
Sygeplejerske	56.040	56.782	57.743	58.584	59.264	59.381	60.054	60.906	61.810	62.272	11,1
Tandlæge	5.124	5.066	5.026	5.053	5.027	5.039	5.088	5.123	5.255	5.306	3,6
Tandplejer	1.185	1.298	1.362	1.405	1.455	1.531	1.603	1.687	1.773	1.869	57,7
I alt	113.672	115.557	117.758	119.792	121.535	124.240	127.282	129.982	132.906	134.910	18,7

Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Arbejdsstyrken består af personer, som står til rådighed for arbejdsmarkedet, dvs. personer som er beskæftigede eller arbejdssøgende. Også personer over 66 år er med i denne opgørelse. Social- og sundhedsassistenter indgår ikke i opgørelsen, da der først pr. 1. oktober 2008 blev indført en autorisationsordning for social- og sundhedsassistenter. Bevægelsesregisteret giver derfor ikke et retvisende billede af antallet af social- og sundhedsassistenter i perioden 1999 til 2008. Personer på efterløn, pension mv. er desuden ikke med i opgørelsen.

*Anm.: Ændringen i arbejdsstyrken af radiografer er udtryk for udviklingen i autorisationer. Antallet af uddannede i perioden 1999-2003 var hhv. 942, 995, 1.045, 1.096 og 1.143.

Udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse

I perioden 2001 til 2008 var der en stigning på 14,1 pct. i antallet af fuldtidsbeskæftigede læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale på offentlige sygehuse, jf. Tabel 4.2. I 2008 var der således 64.389 fuldtidsbeskæftigede læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale på de offentlige sygehuse. Det er ca. 8.000 mere end i 2001, hvor antallet var ca. 56.500 fuldtidsbeskæftigede.

Tabel 4.2 Antal fuldtidsbeskæftigede læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale på offentlige sygehuse, 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Æn- dring 2001- 2008 pct.
Læger	10.588	10.871	11.363	11.722	12.153	12.608	12.929	13.430	26,8
Sygeplejersker	29.127	29.535	30.048	30.384	30.934	30.932	31.220	31.713	8,9
Andet sundhedsfagligt personale	16.739	17.147	18.118	18.075	18.272	18.437	18.547	19.246	15,0
I alt	56.454	57.553	59.529	60.181	61.359	61.977	62.696	64.389	14,1

Kilde: Data 2000- 2002 er baseret på Løn- og Beskæftigelsesregisteret. Data for 2003-2008 er baseret på Det Fælleskommunale Løndatakontor.
Anm.: Opgørelsen er baseret på september tal.

4.2 Lægernes beskæftigelse

4.2.1 Udviklingen i antal læger i andre sektorer end sygehussektoren

I 2008 var der 5.494 autoriserede læger i praksissektoren, jf. tabel 4.3. Det er en stigning på ca. 700 personer sammenlignet med 1999 svarende til en vækst på 14,7 pct. Læger i den øvrige sundhedssektor er steget fra 90 til 145 personer. I 2008 var der 2.291 læger ansat i andre sektorer, bl.a. medicinalindustrien, plejehjem og øvrige sociale foranstaltninger – der er en stigning på 21,3 pct. sammenlignet med 1999. Den største relative tilgang er sket inden for vikarbureauer, hvor antal er næsten tredoblet inden for perioden.

Tabel 4.3 Antal autoriserede læger beskæftiget i andre sektorer

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Ændr. 99-08 i %
Praksissektoren*	4.788	4.762	4.795	4.881	4.850	4.893	5.366	5.408	5.421	5.494	14,7
Øvrig sundhedssektor	90	89	91	87	77	83	105	114	144	145	61,1
Andre sektorer	1.889	2.070	2.073	2.147	2.004	2.017	1.998	1.973	2.138	2.291	21,3
Vikarbureauer	44	61	40	72	56	64	64	75	96	126	186,4
Arbejdsløse	33	33	42	30	40	56	33	49	36	49	48,5

Kilde: Bevægelsesregisteret.

*Praksissektoren defineres her som alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger.

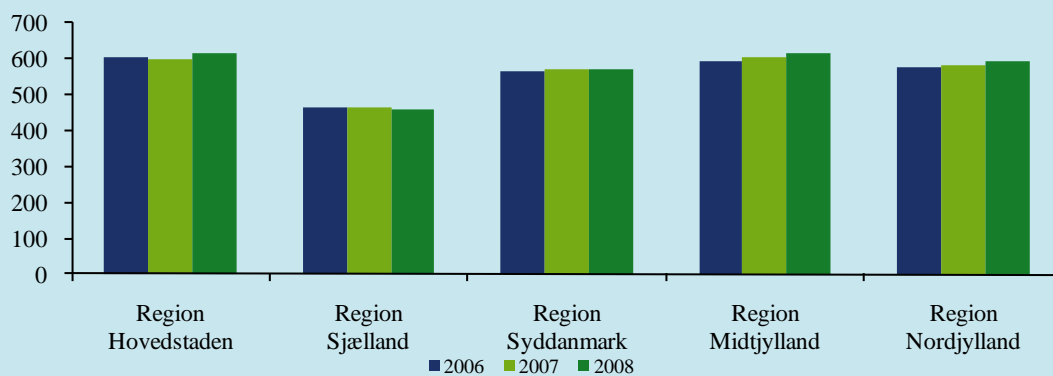
Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister for sundhedspersoner. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker bl.a. over laboratoriebeskæftigelse mv. Arbejdsstedsbetegnelsen "andre sektorer" dækker bl.a. over medicinalindustrien, plejehjem og øvrige sociale foranstaltninger.

4.2.2 Udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede sygehuslæger i regionerne

Der er variation i antallet af fuldtidsbeskæftigede sygehuslæger på offentlige sygehuse regionerne imellem. Med 310 fuldtidsbeskæftigede læger pr. 100.000 indbyggere i 2008 havde Region Hovedstaden flest læger på sygehuse i forhold til indbyggertallet, mens Region Sjælland med 189 havde færrest fuldtidsbeskæftigede sygehuslæger pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 4.1.

Der er regional variation i udviklingen i antallet af fuldtidsbeskæftigede læger på offentlige sygehuse i perioden fra 2006 til 2008. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland er antallet steget med henholdsvis 4,4 og 4,5 pct. årligt, mens det i Region Sjælland faldet med 2,5pct. årligt.

Figur 4.1 Antal fuldtidsbeskæftigede autoriserede læger på offentlige sygehuse i regionerne, 2006-2008, pr. 100.000 indbyggere



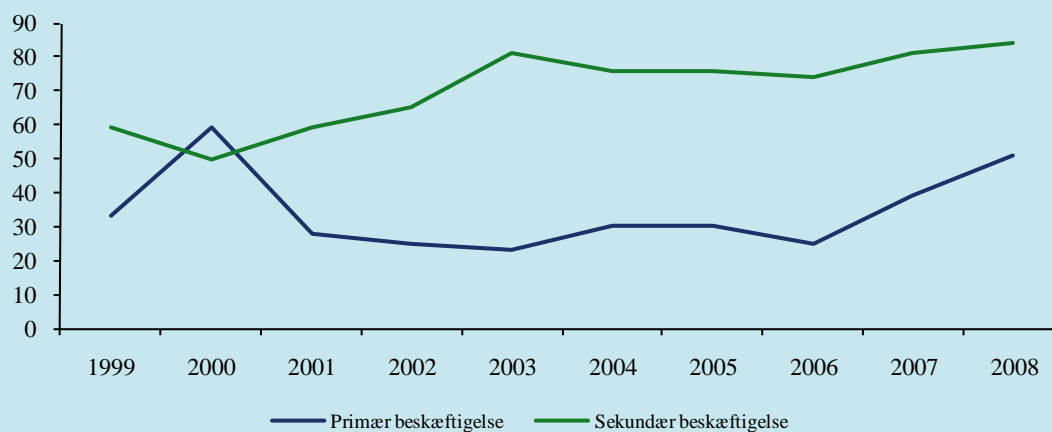
Kilde: Det Fælleskommunale Løndatakontor.
Anm.: Opgørelsen er baseret på september tal.

[Figurdata, klik her](#)

4.2.3 Udviklingen i antal læger med primær eller sekundær beskæftigelse på private sygehuse

I 2008 var der 51 læger med primær beskæftigelse på private sygehuse og 84 læger med sekundær beskæftigelse (bijob) på private sygehuse, jf. figur 4.2. Det er henholdsvis 23 og 25 flere læger end i 2001.

Figur 4.2 Antal autoriserede læger med primær eller sekundær beskæftigelse på private sygehuse, 1998-2008



Kilde: Bevægelsesregisteret.

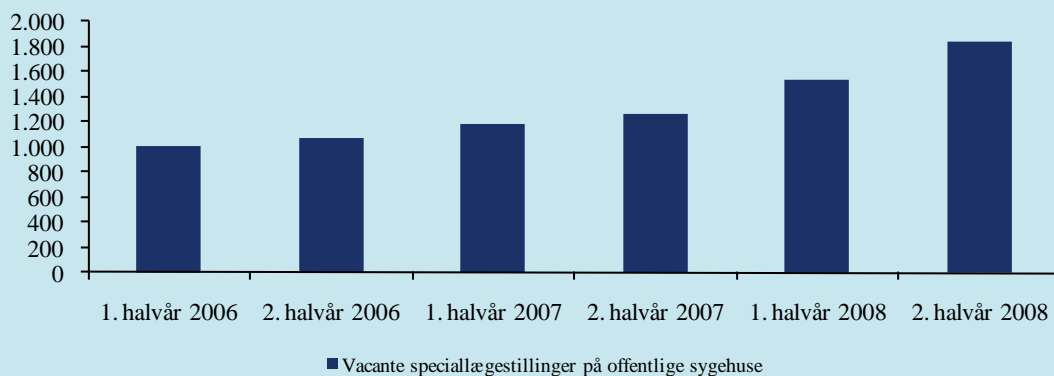
Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister for sundhedspersoner.

[Figurdata, klik her](#)

4.2.4 Udviklingen i ubesatte speciallægestillinger på offentlige sygehuse

Antallet af ubesatte speciallægestillinger er steget med ca. 850 stillinger fra lidt over 1.000 i 1. halvår 2006 til ca. 1.850 i 2. halvår 2008, jf. figur 4.3.

Figur 4.3 Ubesatte speciallægestillinger på offentlige sygehuse, 1. halvår 2006-2. halvår 2008



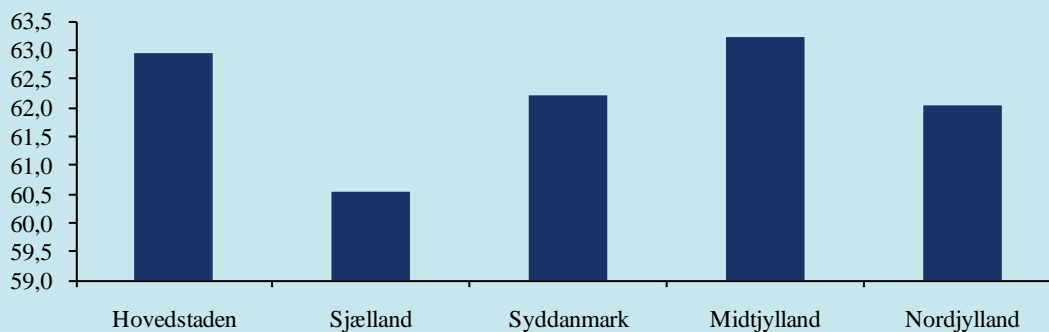
Kilde: Sundhedsstyrelsen Stillings- og Vakanceregister.

[Figurdata, klik her](#)

4.2.5 Alment praktiserende læger i regionerne

Der var små forskelle i lægetætheden mellem regionerne i 2008. Antallet af praktiserende læger pr. 100.000 indbyggere varierer fra 60,5 i Region Sjælland til 63,2 i Region Midtjylland, jf. figur 4.4. På landsplan er der 62,4 læger pr. 100.000 indbyggere.

Figur 4.4 Antal alment praktiserende læger i regionerne, 2008, pr. 100.000 indbyggere



Kilde: Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen (2008).

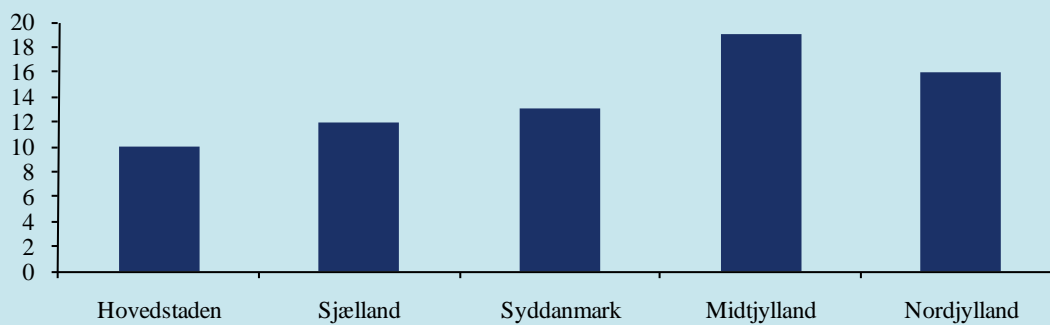
Anm.: Delelæger og uddannelseslæger er ikke medtaget

[Figurdata, klik her](#)

4.2.6 Ledige almene praksis i regionerne

Der var i alt 70 ledige ydernumre pr. 31/3 2009. Der var ledige ydernumre i samtlige regioner, jf. figur 4.5. Der er flest ledige ydernumre i Midtjylland og Nordjylland.

Figur 4.5 Ledige almene praksis (ydernumre) i regionerne, pr. 31/3 2009



Kilde: Oplysninger fra regionerne indhentet pr. 31/3 2009 af Danske Regioner.

[Figurdata, klik her](#)

4.3 Sygeplejerskernes beskæftigelse

4.3.1 Udviklingen i antal sygeplejersker i andre sektorer end sygehussektoren

I 2008 var der 2.139 sygeplejersker beskæftiget i praksissektoren, jf. tabel 4.34. Det er en stigning på næsten 1000 sygeplejersker sammenlignet med 1999 svarende til en vækst på 85,7 pct. Der er et fald på 14,7 pct. i antallet af sygeplejersker beskæftiget inden for den øvrige sundhedssektor. I 2008 var der 3.982 sygeplejersker beskæftiget inden for den øvrige sundhedssektor. I 2008 var der 17.915 sygeplejersker ansat i andre sektorer, bl.a. medicinalindustrien, plejehjem og øvrige sociale foranstaltninger – der er en stigning på 6,3 pct. sammenlignet med 1999. Med hensyn til sygeplejersker, der arbejder som vikarer, er der tale om en vækst i absolutte tal fra ca. 600 i 1999 til ca. 1550 sygeplejersker i 2008, hvilket svarer til en vækst på 155,2 pct. I 2008 var der 150 arbejdsløse sygeplejersker, hvilket er et fald på 53,7 pct. sammenlignet med 1999.

Tabel 4.4 Antal autoriserede sygeplejersker beskæftiget i andre sektorer

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Ændr. 99-08 i %
Praksissektoren*	1.152	1.191	1.230	1.311	1.395	1.492	1.598	1.715	1.895	2.139	85,7
Øvrig sundhedssektor	4.666	4.667	4.795	4.686	4.451	3.895	4.425	4.582	4.427	3.982	-14,7
Andre sektorer	16.853	17.230	16.860	17.214	16.882	17.415	17.074	17.127	17.454	17.915	6,3
Vikarbureauer	610	716	784	791	985	955	901	924	1.191	1.557	155,2
Arbejdsløse	324	322	314	278	320	460	459	348	255	150	-53,7

Kilde: Bevægelsesregisteret.

*Praksissektoren defineres her som alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger.

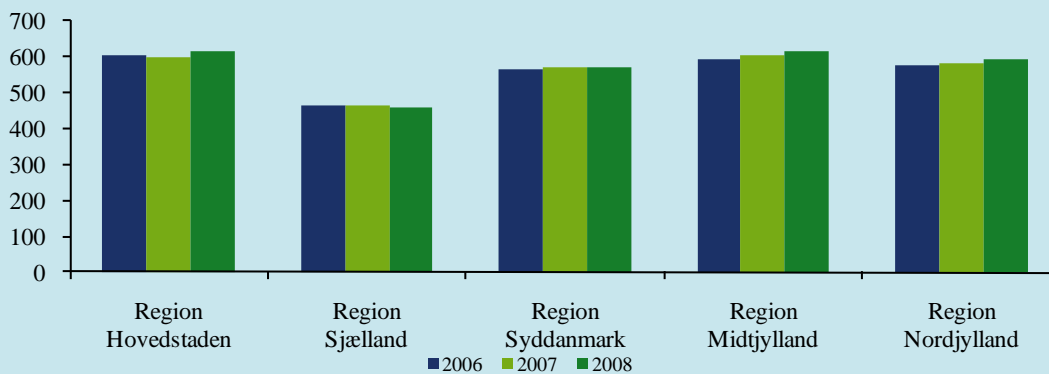
Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister for sundhedspersoner. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker blandt andet over laboratoriebeskæftigelse mv. Arbejdsstedsbetegnelsen "andre sektorer" dækker bl.a. over medicinalindustrien, plejehjem og øvrige sociale foranstaltninger.

4.3.2 Udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på offentlige sygehuse i regionerne

Der ses en variation i antallet af fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på offentlige sygehuse pr. 100.000 indbyggere regionerne imellem, jf. figur 4.6. Således er tætheden størst i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, hvor der i begge regioner er 615 sygeplejersker pr. 100.000 indbyggere. Region Sjælland har med 460 sygeplejersker pr. 100.000 indbyggere færrest fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på sygehusene pr. 100.000 indbyggere.

Der er en mindre regional variation i udviklingen af antallet af fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på offentlige sygehuse i perioden fra 2006 til 2008. I Region Midtjylland og Region Nordjylland er der i perioden sket en årlig stigning på henholdsvis 1,6 og 1,3 pct., mens der i Region Sjælland har været et årligt fald på 0,4 pct. i antallet af sygeplejersker på sygehusene.

Figur 4.6 Antal fuldtidsbeskæftigede autoriserede sygeplejersker på offentlige sygehuse i regionerne, 2006-2008, pr. 100.000 indbyggere

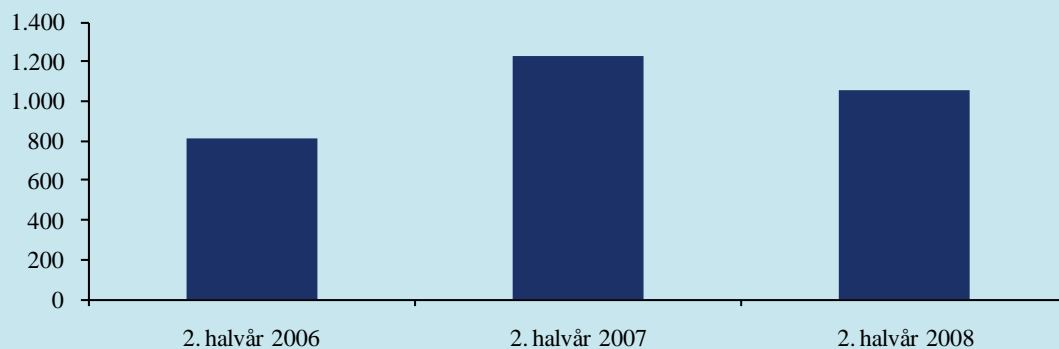


Kilde: Det Fælleskommunale Løndatakontor.
Anm.: Opgørelsen er baseret på september tal.
[Figurdata, klik her](#)

4.3.3 Udviklingen i antal sygeplejerskestillinger søgt besat uden held

I 2. halvår 2008 var der 1.050 sygeplejerskestillinger, der var søgt besat uden held (forgæves rekrutteringer), jf. figur 4.7. I 2. halvår 2006 var dette antal ca. 800. Der er således sket en stigning på 250 over perioden, men et fald på 170 ubesatte stillinger siden 2. halvår i 2007.

Figur 4.7 Sygeplejerskestillinger søgt besat uden held, 2. halvår 2006-2. halvår 2008



Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen.

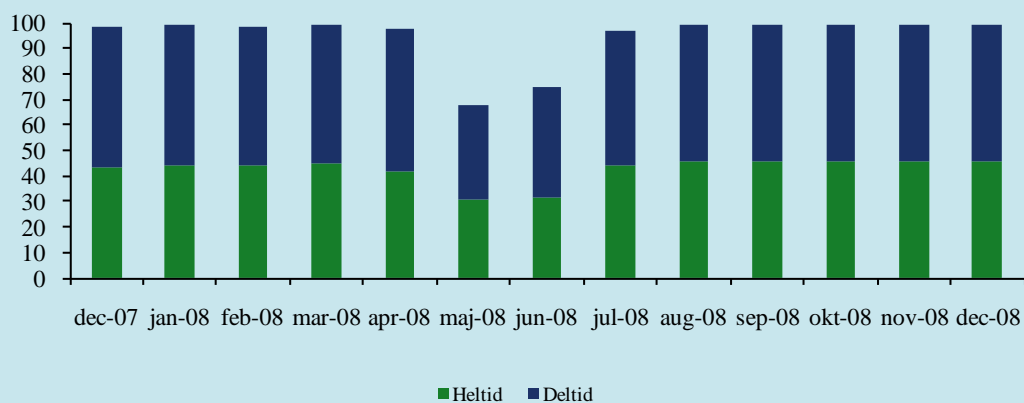
Anm.: Antal stillinger, som er søgt besat uden held (forgæves rekrutteringer).

[Figurdata, klik her](#)

4.3.4 Udviklingen i andel deltidsansatte sygeplejersker

En opgørelse af beskæftigelsesgraden for offentlige ansatte sygeplejersker i regioner og kommuner viser, at sygeplejersker ansat på deltid i december 2008 udgjorde ca. 54 pct. af sygeplejerske-fuldtidsstillingerne, jf. figur 4.8. Denne andel var ca. 55 pct. i december 2007.

Figur 4.8 Hel- og deltidsansatte sygeplejersker, dec.2007-dec.2008, andel af fuldtidsstillinger, pct.



Kilde: FLD- LOPAKS.

Anm: Udsvinget i maj og juni 2008 skyldes, at de fastansatte sygeplejersker under overenskomstkonflikten på sundhedsområdet blev erstattet af et nødberedskab af time-lønnede sygeplejersker.

[Figurdata, klik her](#)

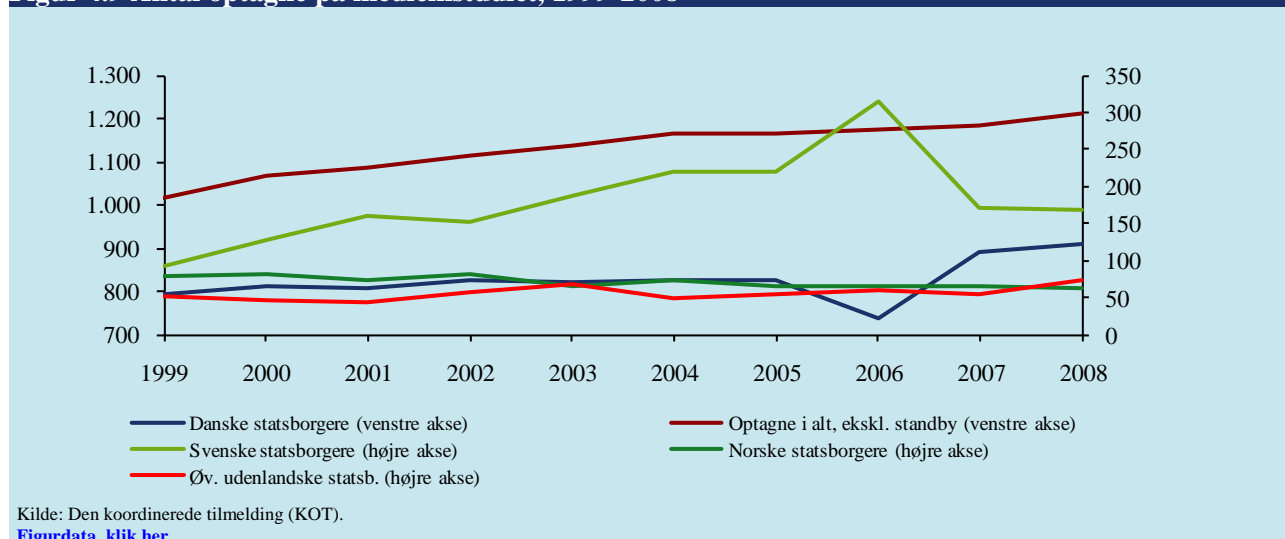
4.4 Fremtidens arbejdsstyrke af læger og sygeplejersker

4.4.1 Udviklingen i antal optagne på medicinstudiet

De seneste 10 år er antallet af studiepladser på medicinstudiet blevet forøget. Antallet af optagne ekskl. standby var godt 1.000 personer i 1999, mens 200 personer flere blev optaget på medicinstudiet i 2008, hvor optaget var på lidt over 1.200 personer, jf. figur 4.9. Det er en stigning på 19,5 pct.

Der er siden midten af 1990'erne sket en kraftig stigning i antallet af udenlandske statsborgere, der er blevet optaget på medicinstudiet. Dette gælder i særlig grad antallet af svenskere, som steg fra 47 optagne i 1998 til 314 i 2006. Pga. en ændring i reglerne for optag af udenlandske studerende faldt dette til 172 optagne svenskere i 2007 og 167 i 2008.

Figur 4.9 Antal optagne på medicinstudiet, 1999-2008

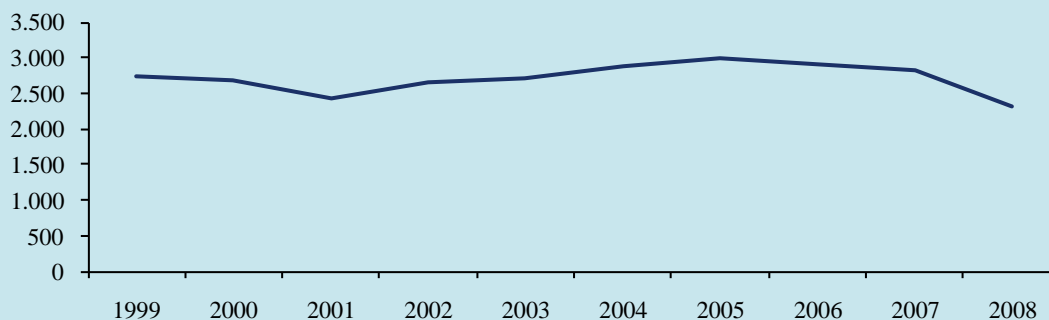


4.4.2 Udviklingen i antal optagne på sygeplejestudiet

De seneste 10 år er antallet af studiepladser på sygeplejeskolerne blevet forøget. Antallet af optagne inkl. standby var ca. 2.750 i 1999, mens knap 70 personer mere blev optaget på skolerne i 2007, hvor optaget var oppe på lidt over 2.800 personer. I 2008 er optaget dog faldet til kun 2.300, jf. figur 4.10. I perioden 1998 til 2001 var der et gennemsnitligt årligt fald i optaget på sygeplejeskolerne på 1,4 pct. I perioden 2001 til 2007 har den gennemsnitlige årlige vækst ligget på 2,6 pct. Medtages 2008 er der tale om et årligt fald på 0,7 pct. i perioden 2001 til 2008.

Da det ikke er alle optagne, som tager imod tilbuddet om en studieplads, kan antallet af personer, der påbegynder uddannelsen afvige fra nedenstående.

Figur 4.10 Antal optagne på sygeplejeskoler, 1999-2008

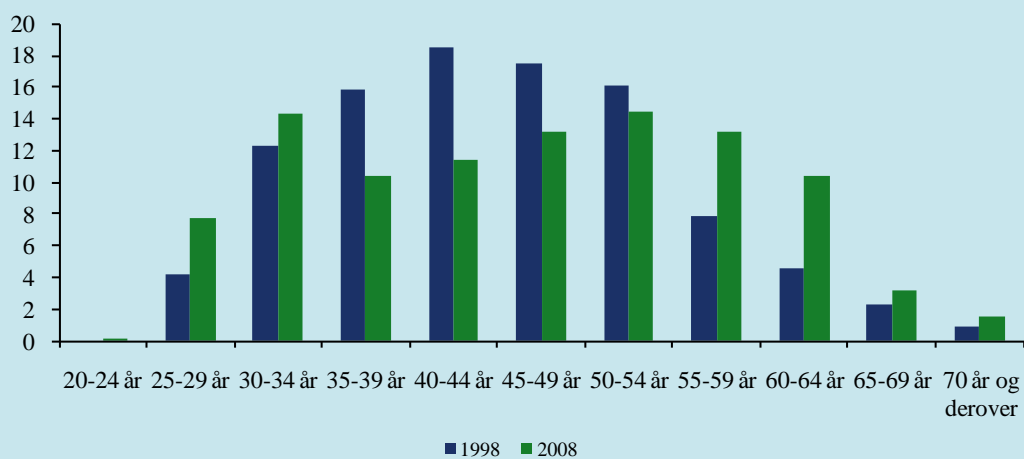


Kilde: Den koordinerede tilmelding (KOT).
[Figurdata, klik her](#)

4.4.3 Udviklingen i beskæftigede lægers alder

Gennemsnitsalderen for beskæftigede læger er steget. I 1998 toppede alderspyramiden omkring 40-44 år, jf. figur 4.11. 10 år senere i 2008 var den største andel af læger i beskæftigelse i alderen 50-54 år, samt i alderen 30-34 år.

Figur 4.11 Alderspyramide for beskæftigede autoriserede læger efter aldersgruppe, 1998 og 2008, pct. af alle beskæftigede læger



Kilde: Bevægelsesregisteret.

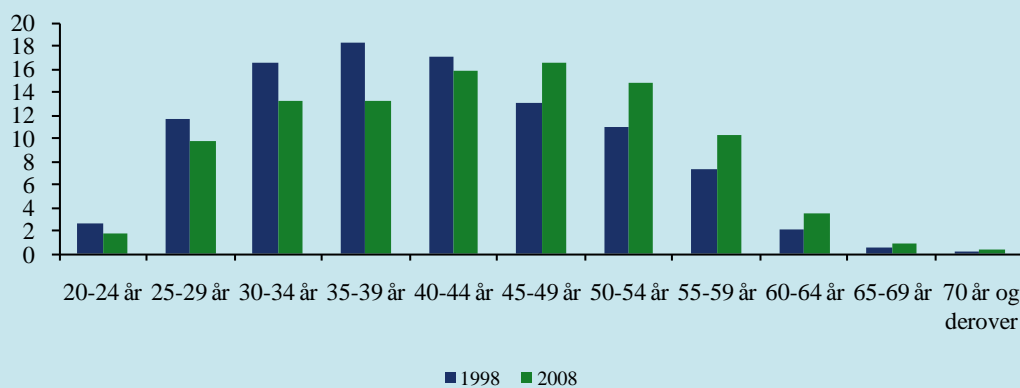
Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister for sundhedspersoner.

[Figurdata, klik her](#)

4.4.4 Udviklingen i beskæftigede sygeplejerskers alder

Gennemsnitsalderen for beskæftigede sygeplejersker er steget. I 1998 toppede alderspyramiden omkring 35-39 år, jf. figur 4.12. 10 år senere i 2008 var de største andele af sygeplejerskerne i aldersgrupperne mellem 40 og 49 år.

Figur 4.12 Alderspyramide for beskæftigede autoriserede sygeplejersker efter aldersgruppe, 1998 og 2008, pct. af alle beskæftigede sygeplejersker



Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister for sundhedspersoner.

[Figurdata, klik her](#)

5. Aktivitet

En høj og stigende aktivitet i sundhedsvæsenet er vigtig, dels som følge af stigende efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser, dels for at sikre lave ventetider.

I perioden 2002 til 2006 har regeringen hvert år afsat mellem 1 og 1,5 mia. kr. til at øge aktiviteten på de somatiske sygehuse (meraktivitetspuljen). I 2007 blev der givet et statsligt aktivitetsbestemt tilskud på 2,4 mia. kr., mens der i 2008 og 2009 gives 2,5 mia. kr. hvert år. Det statslige aktivitetsbestemte tilskud udbetales til regionerne, når de kan dokumentere, at de har haft en højere aktivitet end et fastsat grundniveau (baseline). For regeringen er det derfor også vigtigt at følge udviklingen i aktiviteten, så effekten af det aktivitetsbestemte tilskud kan dokumenteres. Som følge af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i april til juni 2008 er tilskuddet for 2008 dog kommet til udbetaling uden krav om ekstra aktivitet.

Partierne bag psykiertiaftalen for 2007-2010 var enige om den fælles målsætning, at psykiatriske patienter, i takt med at mulighederne herfor tilvejebringes, skal have tilsvarende rettigheder som de somatiske patienter. Med satspuljeaftalen for 2008-2011 blev der afsat midler til indførelse af en undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien, således at psykisk syge børn og unge under 19 år, som er henvist til børne- og ungdomspsykiatrien, siden den 1. august 2008, har haft ret til at lade sig undersøge på en privat klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for to måneder.

Psykisk syge børn og unge har siden den 1. januar 2009 endvidere haft ret til hurtig behandling, som indebærer, at hvis undersøgelsen viser, at patienten har behov for hurtig behandling for at undgå forværring af sin lidelse, har patienten ret til at lade sig behandle på klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden for to måneder.

Fra januar 2010 får psykisk syge voksne en udvidet behandlingsret, som indebærer, at patienter, som er henvist til behandling i voksenpsykiatrien, har ret til at lade sig behandle på en privat klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling indenfor 2 måneder. På den baggrund fordres også i det psykiatriske sygehusvæsen en stigende aktivitet i de kommende år.

Med kommunalreformens nye struktur på sundhedsområdet samt regeringens initiativer om bl.a. bedre sammenhæng og planlægning af patientforløb er der skabt grundlag for et styrket samarbejde mellem sygehuse, kommunerne og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, men også speciallægerne og de øvrige ydere under sygesikringen bl.a. tandlæger og fysioterapeuter. Dokumentation af aktivitetsudviklingen blandt disse grupper er derfor også et væsentligt led i regeringens monitorering af sundhedsområdet.

Kommunalreformen har desuden betydet, at de 98 kommuner i Danmark har fået en række nye opgaver på sundhedsområdet. Kommunerne har nu ansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i forhold til borgeren, specialtandplejen, misbrugsbehandling samt ansvaret for den genoptræning, der ikke foregår i forbindelse med sygehusindlæggelse. Kommunerne skal desuden fortsat varetage de sundhedsopgaver, de havde inden kommunalreformen i form af sundhedstjenester for børn, tandpleje for børn og unge samt hjemmesygepleje. Dokumentationen af kommunernes aktivitet på sundhedsområdet har hidtil været mindre omfangsrig end dokumentationen på eksempelvis sygehusområdet. Med de nye opgaver, kommunerne har fået efter kommunalreformen, er det imidlertid vigtigt at styrke dokumentationen på området.

I dette kapitel medtages oplysninger om aktiviteten på de kommunale sundhedsområder, som der findes data for. Det gælder den kommunale tandpleje for børn, misbrugsbehandling samt genoptræning.

5.1 Aktivitet i det somatiske sygehusvæsen

5.1.1 Udviklingen i andel behandlede borgere i det somatiske sygehusvæsen

Det somatiske sygehusvæsen behandler en stigende andel af den danske befolkning. I 2002 blev 38,1 pct. af befolkningen behandlet, mens det i 2008 var 39,8 pct., jf. tabel 5.1. Det svarer til, at 154.000 flere borgere modtog behandling i 2008 end i 2002.

Selv om der tages højde for befolkningernes køns- og aldersforskelle i de nye regioner, så er der forskel på, hvor stor en andel af befolkningen, regionernes sygehusvæsen behandler. Region Syddanmark behandler den største andel, 44,1 pct., mens Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland alle behandler omkring 38,5 pct. af deres borgere.

Tabel 5.1 Behandlede borgere ved danske sygehuse, 1999-2008, andel af befolkningen, pct.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Region Hovedstaden	-	-	-	-	-	-	-	-	38,9	38,6
Region Sjælland	-	-	-	-	-	-	-	-	38,6	38,5
Region Syddanmark	-	-	-	-	-	-	-	-	43,9	44,1
Region Midtjylland	-	-	-	-	-	-	-	-	39,3	38,6
Region Nordjylland	-	-	-	-	-	-	-	-	40,5	41,5
Hele landet	32,8	33,5	35,4	38,1	37,8	38,1	38,8	39,5	40,0	39,8
Antal behandlede borgere, 1.000	1.743	1.785	1.889	2.036	2.026	2.055	2.099	2.146	2.182	2.190

Kilde: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Anm.: Behandling som deldøgnspatient, ambulante besøg, skadestuebesøg, besøg i uafsluttede forløb samt stationære udskrivelser er inkluderet i optællingen af behandlede borgere. Statistikken er opgjort, således at en patient kun optræder én gang, selvom patienten har haft flere kontakter til sygehusene. Tallet er standardiseret efter alder og køn. Fra 2002 medregnes også borgere, som udelukkende er i kontakt med en radiologisk afdeling. Ændringen betyder, at det ikke er muligt at sammenligne tal fra før 2002 med tal fra 2002 og frem. Regionstallene er opgjort efter borgernes bopælsregion.

5.1.2 Udviklingen i stationær somatisk aktivitet på offentlige sygehuse

Udviklingen i antal udskrivninger viser, at de somatiske offentlige sygehuse har behandlet et stigende antal indlagte patienter i perioden 1999 til 2008. Fra 1999 til 2008 er antallet af udskrivninger vokset fra omkring 1 mio. til godt 1,1 mio., hvilket svarer til en årlig vækst på 1,1 pct., jf. tabel 5.2.

Det fremgår videre, at patienterne på sygehuse i gennemsnit er indlagt i stadig kortere tid. Liggetiden er faldet fra 5,5 dage i 1999 til 4,2 dage i 2008. Faldet i liggetiden betyder, at der trods flere udskrivninger også er sket et fald i antallet af sengedage, fra 5,7 mio. sengedage i 1999 til 4,7 mio. i 2008.

Udviklingen i disse indikatorer, der har haft samme tendens de sidste årtier, afspejler både den teknologiske og medicinske udvikling samt ændringer i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets samlede behandlingstilbud. Udviklingen af mere skånsomme indgreb har medført, at mange patienter langt hurtigere end tidligere bliver udskrevet. Hertil kommer, at en del af plejen er flyttet fra sygehuse til hjemmesygeplejen eller plejecentre. Den faldende tendens i antallet af sengedage kan desuden tilskrives det stigende antal ydelser, sygehuse leverer ambulant.

Belægningsprocenten har efter de senere årtiers stigende tendens, der indikerer en bedre udnyttelse af sengekapa- citeten, ligget stabilt på mellem 92 og 96 for den medicinske specialeblok i perioden 1999 til 2007. For den kirurgiske specialeblok har belægningsprocenten ligget på mellem 81 og 83 i perioden. Fuld belægning (100 pct.) er ikke ønskværdig, da modtagelsen af akutte patienter dermed vanskeliggøres.

Tabel 5.2 Stationær somatisk aktivitet på offentlige sygehuse, 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gnms. årlig vækst, pct.
Udskrivninger, 1.000	1.019	1.029	1.030	1.062	1.071	1.089	1.105	1.127	1.136	1.121	1,1
Udskrevne personer, 1.000	612	614	612	628	629	630	631	642	647	634	0,4
Gennemsnitlig liggetid, dage	5,5	5,4	5,4	5,2	4,9	4,7	4,5	4,4	4,3	4,2	-3,0
Sengedage, 1.000	5.650	5.567	5.509	5.471	5.241	5.115	5.011	4.929	4.828	4.713	-2,0
Belægningspct., medicinsk blok	96	95	95	95	92	94	94	93	94	-	-0,2
Belægningspct., kirurgisk blok	82	82	82	83	82	81	81	82	83	-	0,1

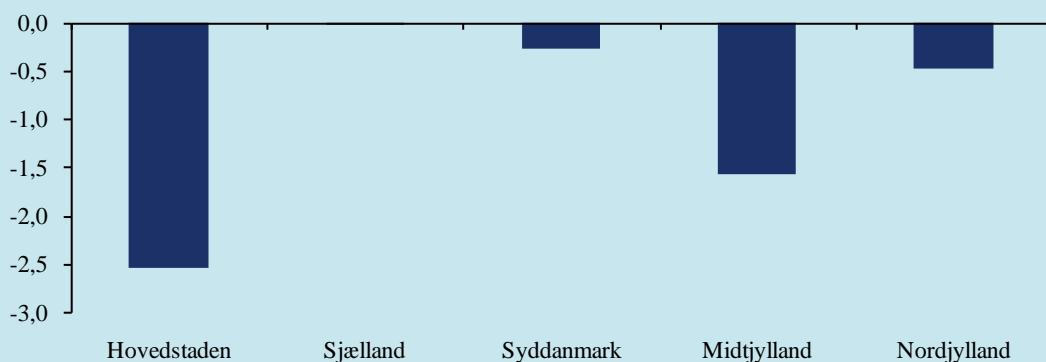
Kilde: Landspatientregisteret, Virksomheden ved sygehuse (diverse årgange), Sygehusstatistikken (diverse årgange) samt Belægningsprocenter ved offentlige sygehuse 1997-2007, alle udgivet af Sundhedsstyrelsen.

Anm.: Opgørelserne er ekskl. raske nyfødte. Belægningsprocenten er beregnet på baggrund af sygehuses indberetninger af gennemsnitlige *disponible* sengepladser. Den medicinske blok dækker foruden de medicinske specialer også sygehusafdelinger med blandede specialer og ingen specialeangivelse. Pædiatri er ikke inkluderet i opgørelsen.

5.1.3 Vækst i udskrivninger på regionernes sygehuse

Antallet af udskrivninger er i alle regionerne faldet fra 2007 til 2008. Der er nogen regional variation i udviklingen i antal udskrivninger fra 2007 til 2008. I Region Hovedstaden og Midtjylland er antallet faldet med henholdsvis 2,5 pct. og 1,6 pct., mens faldet har været mindre i Region Syddanmark og Nordjylland, jf. figur 5.1. I Region Sjælland var antallet af udskrivninger i 2008 på niveau med 2007. På landsplan har der været et fald på 1,3 pct. fra 2007 til 2008.

Figur 5.1 Vækst i antal udskrivninger på regionernes sygehuse, 2007-2008, pct.



Kilde: Landspatientregisteret.

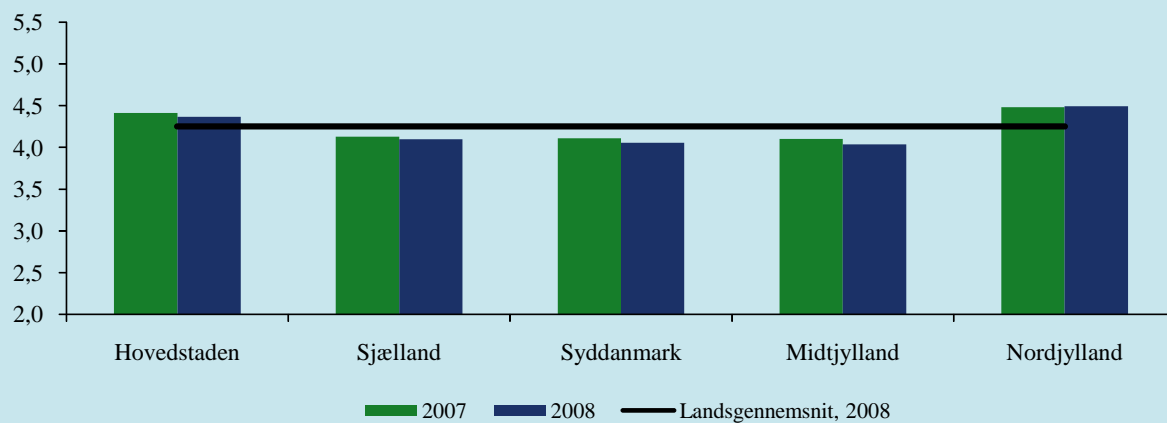
Anm.: Tallene er opgjort efter sygehuse i regionerne. Opgørelsen er ekskl. raske nyfødte.

[Figurdata, klik her](#)

5.1.4 Gennemsnitlig liggetid på regionernes sygehuse

Den gennemsnitlige liggetid på sygehusene er nogenlunde uændret fra 2007 til 2008 i alle fem regioner, jf. figur 5.2. Liggetiden er desuden nogenlunde den samme i alle regioner.

Figur 5.2 Gennemsnitlig liggetid på regionernes sygehuse, 2007-2008, dage



Kilde: Landspatientregisteret.

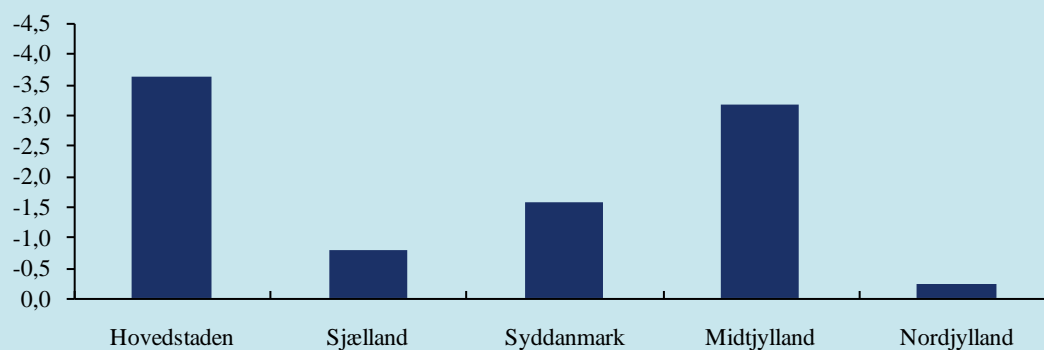
Anm.: Tallene er opgjort efter sygehuse i regionerne. Opgørelsen er ekskl. raske nyfødte.

[Figurdata, klik her](#)

5.1.5 Sengedage på regionernes sygehuse

På landsplan er antallet af sengedage faldet med godt 100.000 fra 2007 til 2008 svarende til 2,4 pct., hvilket dækker over et fald i antallet i alle fem regioner, jf. figur 5.3. Region Hovedstaden og Midtjylland har haft de største fald med godt 3 pct., mens Region Nordjylland har haft det mindste fald med 0,2 pct.

Figur 5.3 Fald i antal sengedage på regionernes sygehuse, 2007-2008, pct.



Kilde: Landspatientregisteret.

Anm.: Tallene er opgjort efter sygehuse i regionerne. Opgørelsen er ekskl. raske nyfødte.

[Figurdata, klik her](#)

5.1.6 Udviklingen i antal opererede personer efter operationsregi

Antallet af opererede personer i stationært, ambulans og privat regi er steget fra ca. 450.000 i 1999 til 585.000 i 2008, jf. figur 5.4. Det svarer til en stigning på 30 pct. Regeringens meraktivitetspulje, som blev indført i 2002 for at nedbringe ventetiden til sygehusbehandlinger, har medvirket til, at antallet af opererede personer er vokset med 2,25 pct. årligt i perioden 2001 til 2008.

Inkluderes personer opereret på skadestuer i det samlede tal, er antallet af opererede steget med 150.000 fra 1999 til 2008. Det skal dog bemærkes, at indberetningen af operationer på skadestuer er frivillig.

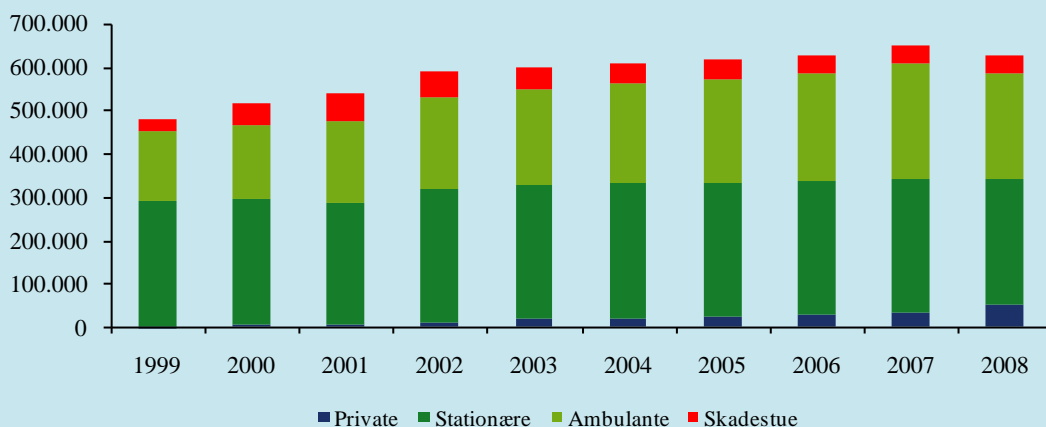
Stigningen i antallet af opererede er drevet af en kraftigt forøget ambulans aktivitet, som både skyldes nye ydelser, og at flere operationer kan foretages ambulans. Fra 1999 til 2008 er antallet af ambulans opererede personer vokset med 50 pct. I samme periode er antallet af opererede personer i stationært regi kun vokset med 0,7 pct.

Regeringens indførelse af det udvidede frie sygehusvalg (det udvidede frie sygehusvalg har været suspenderet mellem 7. november 2008 og 30. juni 2009), som giver patienten ret til et privat behandlingstilbud, såfremt de offentlige sygehuse ikke kan foretage operationen inden for 1 måned (før 1. oktober 2007 inden for 2 måneder), har bidraget til, at et stigende antal personer opereres i privat regi. Fra 2001 til 2008 er antallet vokset fra knap 4.000 til godt 50.000.

Fra 2007 til 2008 bemærkes et mindre fald i antallet af opererede personer. Denne udvikling skal formentligt ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008.

Operationerne er i opgørelsen på standard vis afgrænset efter den fælles nordisk klassifikation for kirurgiske procedurer (NOMESKO-klassifikationen), som også omfatter mindre procedurer som f.eks. biopsi af bryst. Sundhedsstyrelsen anvender også denne afgrænsning.

Figur 5.4 Antal opererede personer efter operationsregi, 1999-2008



Kilde: Landspatientregisteret.

Anm.: Årsopgørelsen er lavet som summerede månedsopgørelser. En person kan således godt tælle med mere end en gang, såfremt vedkommende er blevet opereret i mere end én måned. Opgørelsen omfatter egentlige operationer i NOMESKO-klassifikationen (operationskapitlerne A-Q ekskl. deloperationer) i stationære-, ambulante- og skadestueforløb i offentligt regi samt operationer i privat regi (udvidet frit valg-patienter, selvbetalere og forsikringspatienter). En patient indgår kun én gang i en månedsopgørelse, men kan indgå flere gange i en årsopgørelse. Såfremt en patient er blevet opereret i flere regi i løbet af en måned placeres patienten ud fra følgende prioriterede rækkefølge: privat, stationær, ambulans og skadestue.

[Figurdata, klik her](#)

5.1.7 Opererede personer i regionerne efter operationsregi

I alle regioner har der været et mindre fald i antallet af opererede personer fra 2007 til 2008, jf. tabel 5.3. Denne udvikling skal formentligt ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008. Faldet har med 1,4 pct. været mindst i Region Sjælland, hvis man ser bort fra operationer på skadestuer, der er frivillige at indberette. Region Syddanmark og Midtjylland har oplevet den største nedgang med fald i antallet af opererede personer på henholdsvis 4,6 og 5,0 pct. I alle regioner har der været en stigning i antallet af personer, som er opereret på et privat hospital.

I Region Hovedstaden og Sjælland udgør de stationært opererede fortsat omkring halvdelen af alle opererede. I Region Syddanmark og Midtjylland ses en ligelig fordeling mellem stationært og ambulante opererede.

Operationerne er på standard vis afgrænset efter den fælles nordisk klassifikation for kirurgiske procedurer (NOMESKO-klassifikationen), som også omfatter mindre procedurer som f.eks. biopsi af bryst. Sundhedsstyrelsen anvender også denne afgrænsning.

Tabel 5.3 Opererede personer i regionerne efter operationsregi, 2007-2008, antal personer (andel i pct. i parentes)

Antal personer (andel i pct.)	2007					2008				
	Private	Stationære	Ambulante	Skadestue	I alt	Private	Stationære	Ambulante	Skadestue	I alt
Hovedstaden	9.623 (6)	91.852 (53)	63.506 (37)	8.671 (5)	173.652 (100)	16.504 (10)	84.213 (50)	58.682 (35)	7.486 (4)	166.885 (100)
Sjælland	5.379 (6)	47.520 (53)	36.490 (41)	329 (0)	89.718 (100)	10.005 (11)	43.961 (50)	34.180 (39)	363 (0)	88.509 (100)
Syddanmark	5.923 (4)	68.555 (45)	67.138 (44)	12.287 (8)	153.903 (100)	8.310 (6)	64.123 (43)	62.674 (42)	15.580 (10)	150.687 (100)
Midtjylland	6.350 (4)	67.670 (43)	70.416 (45)	13.331 (8)	157.767 (100)	8.226 (5)	64.283 (43)	64.661 (43)	12.993 (9)	150.163 (100)
Nordjylland	5.083 (7)	34.461 (47)	26.663 (37)	6.621 (9)	72.828 (100)	8.244 (12)	33.093 (47)	23.159 (33)	6.642 (9)	71.138 (100)

Kilde: Landspatientregisteret.

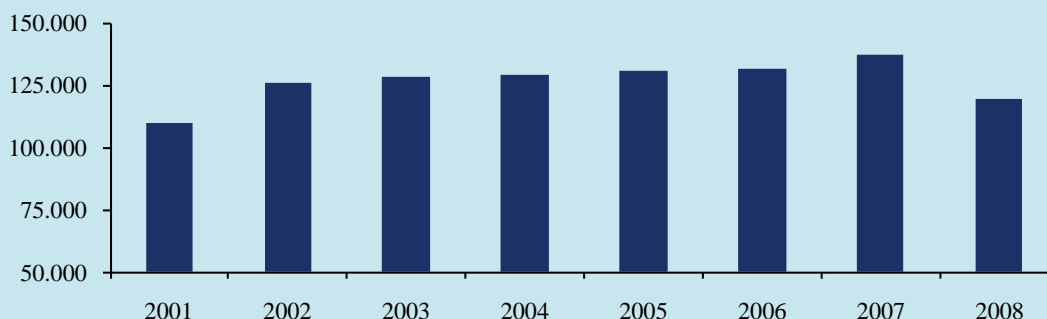
Anm.: Årsopgørelsen er lavet som summerede månedsopgørelser. Opgørelsen omfatter egentlige operationer (operationskapitlerne A-Q ekskl. deloperationer) i stationære/ambulante forløb og skadestueforløb i offentligt regi samt operationer i privat regi (udvidet frit valg-patienter, selvbetalere og forsikringspatienter). En patient indgår kun én gang i en månedsopgørelse, men kan indgå flere gange i en årsopgørelse. Såfremt en patient er blevet opereret i flere regi i løbet af en måned, placeres patienten ud fra følgende prioriterede rækkefølge: privat, stationær, ambulante og skadestue. Regionstallene er opgjort efter patienternes bopælsregion.

5.1.8 Udviklingen i aktiviteten for 18 udvalgte behandlinger

Regeringen har, siden den kom til, fulgt udviklingen i aktivitet og ventetider for 18 behandlinger. Behandlingerne er udvalgt, fordi de er meget udbredte og historisk har haft lange ventetider. For at nedbringe de lange ventetider har det været afgørende at øge aktiviteten.

Fra 2001 til 2007 er antallet af de 18 udvalgte behandlinger steget med ca. 27.000, jf. figur 5.5. Det svarer til en stigning på 24 pct. Fra 2007 til 2008 har der været et fald på omkring 17.000 i antallet af de 18 udvalgte behandlinger. Denne udvikling skal formentlig ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008.

Figur 5.5 18 udvalgte behandlinger, 2001-2008, antal behandlinger



Kilde: Landspatientregisteret.

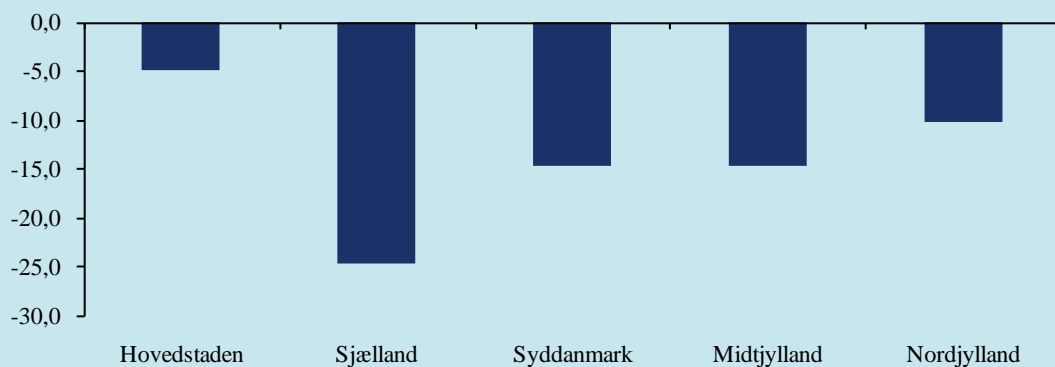
Anm.: Opgørelsen er ekskl. deloperationer. De 18 behandlinger omfatter indsættelse af kunstig hofte, indsættelse af kunstigt knæ, operation for grå stær, operation for åreknuder, ledbåndsrekonstruktion i knæ, meniskoperation, operation for diskusprolaps, operation for brok, prostataoperation, sterilisation af mænd, sterilisation vha. kikkert, operation for nyre- og uretersten, operation for nedsunken livmoder, operation for galdesten, høreforbedrende operation, fjernelse af mandler, fjernelse af livmoder og behandling af nyre- og uretersten.

[Figurdata, klik her](#)

5.1.9 18 udvalgte behandlinger i regionerne

Alle regioner har fra 2007 til 2008 haft et fald i antallet af de 18 udvalgte behandlinger, jf. figur 5.6. Denne udvikling skal formentligt ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008. Nedgangen har været størst i Region Sjælland, hvor antallet er faldet med knapt 25 pct. I Region Hovedstaden har nedgangen været på ca. 5 pct.

Figur 5.6 Vækst i antallet af 18 udvalgte behandlinger, 2007-2008, pct.



Kilde: Landspatientregisteret.

Anm.: Opgørelsen er ekskl. deloperationer. De 18 behandlinger omfatter indsættelse af kunstig hofte, indsættelse af kunstigt knæ, operation for grå stær, operation for åreknuder, ledbåndsrekonstruktion i knæ, meniskoperation, operation for diskusprolaps, operation for brok, prostataoperation, sterilisation af mænd, sterilisation vha. kikkert, operation for nyre- og uretersten, operation for nedsunken livmoder, operation for galdesten, høreforbedrende operation, fjernelse af mandler, fjernelse af livmoder og behandling af nyre- og uretersten. Regionstallene er opgjort efter sygehuse i regionerne.

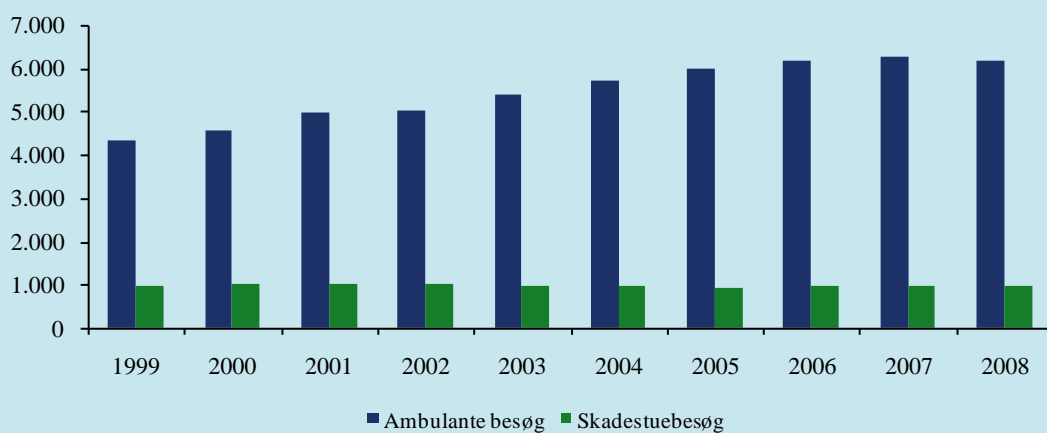
[Figurdata, klik her](#)

5.1.10 Udviklingen i antal ambulante besøg og skadestuebesøg

Omlægningen til ambulante aktivitet i det somatiske sygehusvæsen afspejler sig i en stigende tendens i antallet af ambulante besøg. Fra 1999 til 2008 er antallet vokset med 1,8 mio. svarende til en stigning på 43 pct., jf. figur 5.7. Fra 2007 til 2008 har der været et mindre fald i antallet af ambulante besøg på godt 0,1 mio. Denne udvikling skal formentligt ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008.

Derimod har antallet af skadestuebesøg ligget nogenlunde konstant i perioden på omkring 1 mio. besøg årligt.

Figur 5.7 Ambulante besøg og skadestuebesøg, 1999-2008, 1.000



Kilde: Landspatientregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.1.11 Ambulante besøg og skadestuebesøg i regionerne

Der har i alle regionernes været et fald i antallet af ambulante besøg fra 2007 til 2008. Denne udvikling skal formentligt ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008. Region Hovedstaden og Midtjylland har haft den største nedgang i antallet af ambulante besøg på hhv. 2,5 pct. og 3,8 pct. fra 2007 til 2008, jf. figur 5.8. I Region Nordjylland har antallet været stort set uændret, mens der har været en mindre nedgang i Region Syddanmark og Sjælland.

Antallet af skadestuebesøg har fra 2007 til 2008 været stigende i Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland med mellem 1,5 og 3,3 pct., mens der har været en mindre nedgang i Region Syddanmark og Midtjylland.

Figur 5.8 Vækst i antal ambulante besøg og skadestuebesøg, 2007-2008, pct.



5.1.12 Udvikling i omlægning til dagkirurgi (18 operationer)

Det Internationale Selskab for Dagkirurgi, IAAS (International Association of Ambulatory Surgery), har i forbindelse med en international undersøgelse af den dagkirurgiske aktivitet udvalgt 18 operationer, som er særligt velegnede til dagkirurgi, dvs. ambulante bedøvelse og operation.

Danmark er nået langt med omlægning til dagkirurgi inden for en række af disse operationer. Andelen af operationer, som udføres dagkirurgisk, er steget fra 61 pct. i 1999 til 82 pct. i 2008, jf. tabel 5.4. Eksempelvis blev kun halvdelen af operationer for åreknuder udført ambulante i 1999, mens stort set alle af denne type operationer i dag sker i ambulante regi. Den eneste af de 18 operationer, der i Danmark ikke har store dagkirurgiske andele af den samlede aktivitet, er fjernelse af livmoder.

Tabel 5.4 Andel dagkirurgiske operationer blandt operationer særligt velegnede til dagkirurgi, 1999-2008, pct.

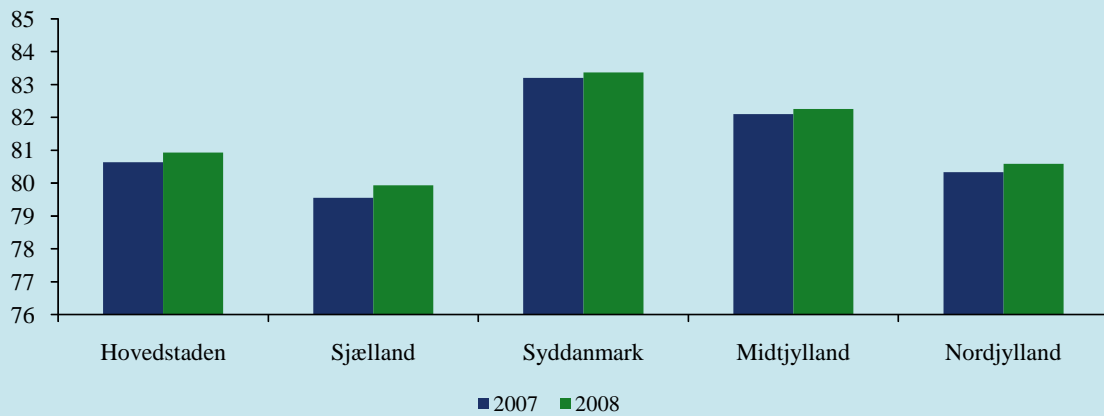
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Operation for grå stær (katarakt kirurgi)	86,4	89,1	91,8	93,5	96,3	97,3	97,7	97,8	97,8	97,9
Operation for åreknuder (varicer)	45,6	48,4	47,3	73,3	85,7	89,0	92,9	92,3	94,0	96,8
Sterilisation vha. kikkert (laparoskopisk sterilisation)	74,3	80,4	84,4	91,4	90,8	91,7	93,5	94,3	94,9	95,5
Mandlig omskæring (circumcisio)	82,8	86,3	86,8	91,5	90,9	92,1	93,5	93,6	94,5	93,9
Kikkertundersøgelse af led (artroskopi)	73,4	79,1	82,0	90,0	89,8	90,6	91,4	91,9	92,7	93,1
Tandudtrækning (tandekstraktion)	84,7	86,0	87,2	88,3	88,9	89,3	89,2	90,2	90,6	92,4
Håndkirurgi	45,6	53,1	58,2	69,7	75,5	76,2	75,5	80,1	87,0	92,0
Anal kirurgi	54,2	56,8	59,7	69,2	72,4	75,6	80,1	83,3	85,9	86,9
Fjernelse af indopererede skruer, skinner, stave mm. (fjernelse af osteosyntese materiale)	64,1	66,0	71,1	77,1	79,0	80,6	82,8	84,2	85,1	85,9
Operationer på pungen (scrotale procedurer)	54,2	60,9	69,2	78,7	79,8	81,3	80,8	80,6	79,5	81,3
Dræn af øret vha. snit i trommehinden (myringotomi)	58,2	60,3	63,5	72,3	69,3	67,5	72,7	69,7	74,2	80,5
Operation for brok (hernier)	45,3	51,5	53,8	68,8	69,9	71,9	74,0	76,1	78,0	80,0
Udskrabning	60,9	63,8	71,1	73,4	74,5	75,8	75,7	76,0	76,8	76,2
Skele kirurgi	33,9	28,2	40,3	50,2	50,3	56,6	57,0	55,6	55,2	63,3
Operation for galdesten vha. fjernelse af galdeblære (laparoskopisk cholecystectomi)	3,4	3,8	5,3	13,3	14,8	18,3	24,9	34,4	42,0	46,4
Operation for mandler (tonsiller)	21,1	17,3	19,7	32,0	32,8	30,5	36,4	38,7	41,0	39,1
Brystkirurgi	46,6	47,5	42,5	51,4	48,0	44,8	43,1	39,8	39,9	37,5
Fjernelse af livmoder gennem skede (vaginal hysterectomi)	0,4	0,2	0,2	0,7	0,2	0,4	0,7	0,9	2,1	2,5
Alle 18 operationer	60,6	62,9	66,4	75,2	77,1	78,0	79,6	80,7	81,8	82,1

Kilde: Landspatientregisteret.

5.1.13 Omlægning til dagkirurgi i regionerne (18 operationer)

Region Syddanmark og Region Midtjylland er længst fremme med omlægning til dagkirurgi, når der tages højde for forskelle i den regionale aktivitet for de 18 operationer, som er særligt velegnede til dagkirurgi. I 2008 havde de regioner med hhv. 83 pct. og 82 pct. den højeste andel dagkirurgiske operationer, mens Region Sjælland med 80 pct. havde den laveste, jf. figur 5.9.

Figur 5.9 Andel dagkirurgiske operationer blandt operationer særligt velegnede til dagkirurgi, 2007-2008, pct.



Kilde: Landspatientregisteret.

Anm.: De enkelte operationer er vægtet med deres andel af de 18 operationer på landsplan. Regionstallene er opgjort efter sygehuse i regionerne.

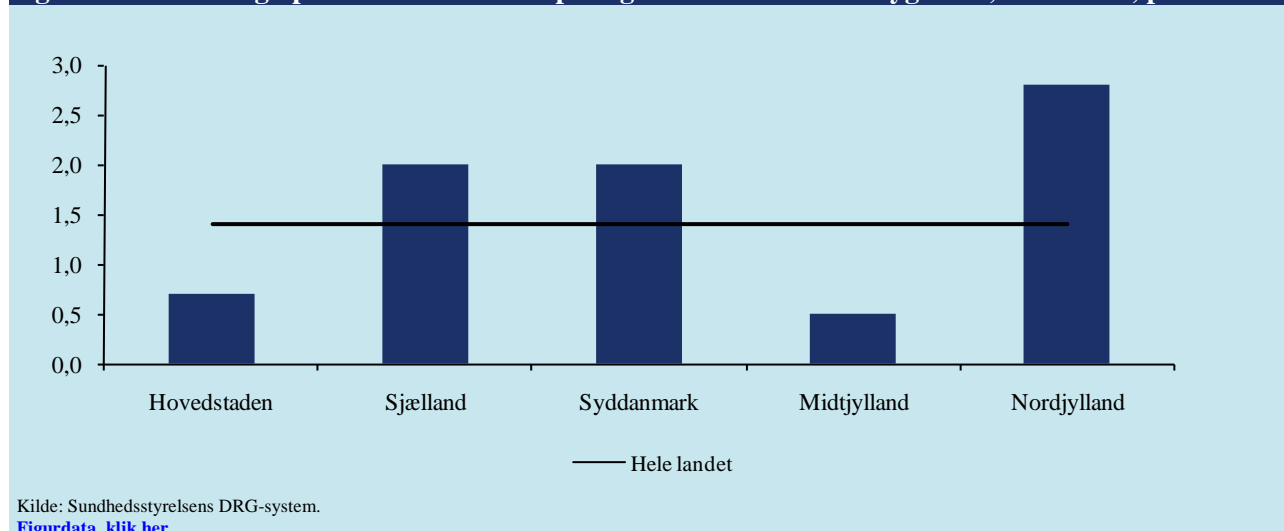
[Figurdata, klik her](#)

5.1.14 Udvikling i produktionsværdien på regionernes somatiske sygehuse

De ovenfor viste eksempler på indikatorer, der direkte måler aktiviteten, kan suppleres med et andet mål for aktiviteten i form af produktionsværdien. Produktionsværdien af det somatiske sygehusvæsens aktivitet måles ved det såkaldte DRG- og DAGS-system, som opgør værdien af behandlingerne i kroner, hvor der tages hensyn til, hvor ressourcekrævende behandlingerne er. Ressourceforbruget ved behandlingerne opgøres ved de tilrettede driftsudgifter, som omfatter de udgifter, der anvendes ved behandling af patienter.

Fra 2007 til 2008 er produktionsværdien af aktiviteten på landets sygehuse steget med 1,4 pct., jf. figur 5.10. Den samlede aktivitetsudvikling dækker over en regional variation. I Region Sjælland, Nordjylland og Syddanmark er produktionsværdien steget med over 2 pct. eller mere, mens den i Region Hovedstaden og Midtjylland er steget med mindre end 1 pct.

Figur 5.10 Udvikling i produktionsværdien på regionernes somatiske sygehuse, 2006-2007, pct.



5.2 Aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen

5.2.1 Udviklingen i den psykiatriske aktivitet på offentlige sygehuse

Som det er tilfældet for det somatiske sygehusvæsen, afspejler udviklingen i aktiviteten i det psykiatriske sygehusvæsen også en omlægning fra stationær til ambulante behandling. Samtidigt er de enkelte stationære indlæggelser blevet væsentligt kortere igennem de sidste 10 år. Bl.a. udviklingen af nye behandlingsformer, herunder udviklingen af antidepressive og psykotiske medikamenter, har gjort denne udvikling mulig.

Antallet af udskrivninger fra psykiatriske sygehusafdelinger har efter en stigning i perioden 1999 til 2002 udvist en svagt faldende tendens frem til 2005, jf. tabel 5.5. Fra 2005 til 2008 er antallet steget lidt igen, således at der i 2008 blev foretaget 41.900 udskrivninger, svarende til en stigning på 10 pct. siden 1999.

Samtidigt har en anden indikator for den stationære aktivitet, antallet af sengedage, haft en faldende tendens i perioden 1999 til 2006, herefter har antallet af sengedage været nogenlunde konstant. I 2008 var der 1,1 mio. sengedage mod 1,4 mio. i 1999. Det svarer til et årligt fald på 2,6 pct.

Mens antallet af sengedage er faldende, har belægningsprocenten, dvs. forholdet mellem ydede antal sengedage og disponible sengepladser i en given periode, ligget nogenlunde stabilt i perioden 1999 til 2007, dog har der været en svagt faldende tendens de seneste år. Den forholdsvis stabile belægningsprocent skyldes, at antallet af sengepladser er reduceret, dels i takt med omlægningen til ambulante behandling, dels som følge af en politisk målsætning om øget brug af enestuer.

Omlægningen til ambulante behandling ses i udviklingen i antallet af ambulante besøg. Fra 2002 til 2006 er antallet steget med 50.000. Siden 2005 har antallet af ambulante besøg dog udvist en faldende tendens. Fra 2003 blev det muligt at udskille hjemmebesøg fra ambulante besøg. Det fremgår, at der i stigende grad gøres brug af hjemmebesøg som et alternativ til besøg på sygehusafdelingerne. Fra 2003 til 2008 er antallet af hjemmebesøg vokset fra 96.000 til 180.000. Udviklingen skal dog formentlig tages med forbehold som følge af en indkøringsfase ude på sygehusene, hvad angår registrering af hjemmebesøg. Sandsynligvis er hjemmebesøgene særligt i 2003 underregistrerede.

Tabel 5.5 Psykiatrisk aktivitet på offentlige sygehuse, 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gnms. årlig vækst, pct.
Udskrivninger, 1.000	38,3	38,6	40,2	40,4	39,9	39,0	38,7	39,3	39,9	41,9	1,0
Singedage, 1.000	1.428	1.390	1.358	1.315	1.264	1.209	1.122	1.119	1.110	1.123	-2,6
Belægningsprocent ¹	97	98	98	96	95	96	93	95	94	-	-0,4
Ambulante besøg, 1.000 ²	531	564	566	746	738	739	801	776	752	729	-0,4
- heraf hjemmebesøg, 1.000 ³	-	-	-	-	96	108	136	183	189	177	13,4

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregisteret samt Belægningsprocenter ved offentlige sygehuse 1997-2007.

Anm.: 2006-2008-tal er foreløbige. Den gennemsnitlige årlige vækst for antallet af ambulante besøg samt hjemmebesøg er opgjort for perioden 2003-2008, mens den for de øvrige indikatorer er opgjort fra 1999 og frem.

¹ Belægningsprocenten (forholdet mellem ydede antal sengedage og disponible sengepladser i en given periode) er beregnet på baggrund af sygehusenes indberetninger af gennemsnitlige *disponible* sengepladser.

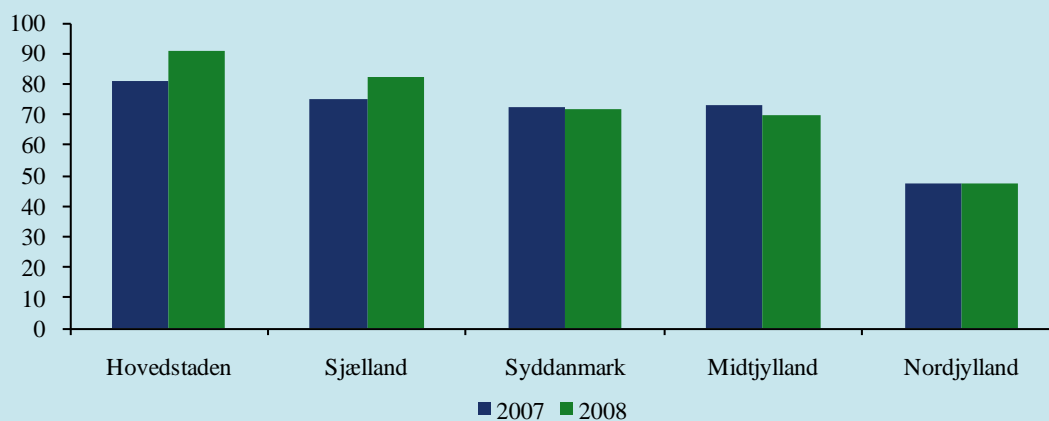
² Det er ikke muligt at sammenligne antallet af ambulante besøg for årene før 2002 med tallene for perioden 2002 til 2006. Det skyldes, at der før 2002 var mulighed for at registrere deldøgnspatienter.

³ Først i 2003 blev det muligt at indberette hjemmebesøg til Landspatientregisteret. Før 2003 indgår hjemmebesøg formentligt i vid udstrækning i tallet for ambulante besøg.

5.2.2 Psykiatriske udskrivninger i regionerne

Regionalt er der variation i antallet af psykiatriske udskrivninger. I Region Hovedstaden var der ca. 91 udskrivninger pr. 10.000 indbyggere i 2008, mens der i Region Nordjylland var ca. 47, jf. figur 5.11. I de øvrige regioner ligger antallet på mellem ca. 70 og 82 udskrivninger pr. 10.000 indbyggere.

Figur 5.11 Psykiatriske udskrivninger i regionerne, 2007 og 2008, antal pr. 10.000 indbyggere



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret).

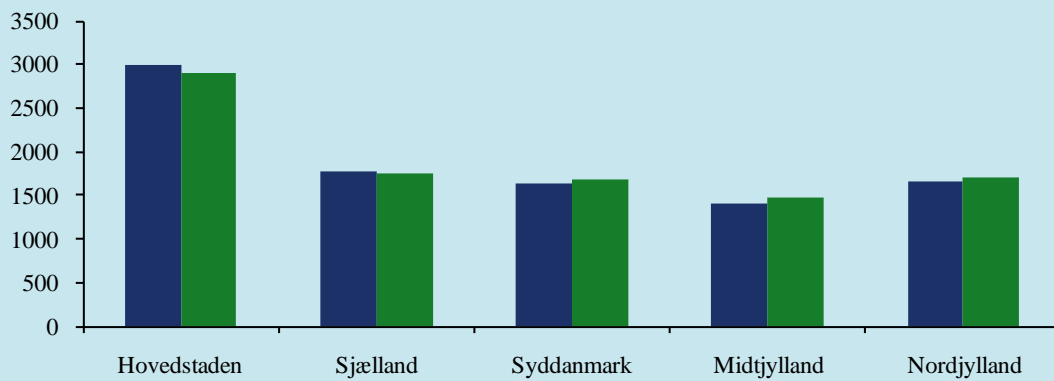
Anm.: Tallene er foreløbige. Regionstallene er opgjort efter patientens bopælsregion.

[Figurdata, klik her](#)

5.2.3 Psykiatriske sengedage i regionerne

Region Hovedstaden skiller sig ud fra de øvrige regioner, hvad angår antal psykiatriske sengedage. I 2008 lå antallet af sengedage på ca. 3.000 pr. 10.000 indbyggere i Region Hovedstaden, jf. figur 5.12. I de øvrige regioner lå antallet af senge på mellem 1.400 og 1.800.

Figur 5.12 Psykiatriske sengedage i regionerne, 2007 og 2008, antal pr. 10.000 indbyggere



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret).

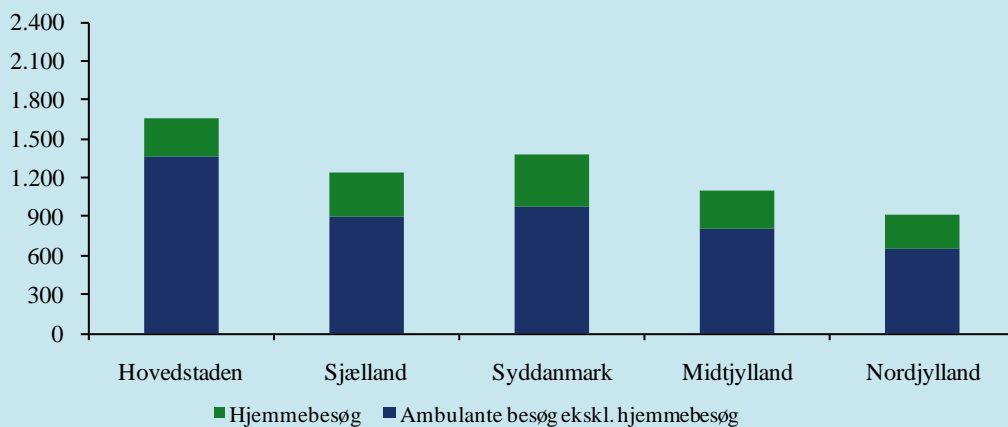
Anm.: Tallene er foreløbige. Regionstallene er opgjort efter patientens bopælsregion.

[Figurdata, klik her](#)

5.2.4 Ambulante psykiatriske besøg, herunder hjemmebesøg, i regionerne

Region Hovedstaden har en større ambulante psykiatrisk aktivitet end de øvrige regioner målt ved antal ambulante besøg, herunder hjemmebesøg, pr. 10.000 indbyggere. I 2008 var der ca. 1.650 ambulante besøg pr. 10.000 indbyggere i Region Hovedstaden, jf. figur 5.13. I de øvrige regioner lå antallet på mellem 900 og 1.400 besøg.

Figur 5.13 Ambulante psykiatriske besøg, herunder hjemmebesøg i regionerne, 2008, antal pr. 10.000 indbyggere



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret).

Anm.: Tallene er foreløbige. Regionstallene er opgjort efter patientens bopælsregion.

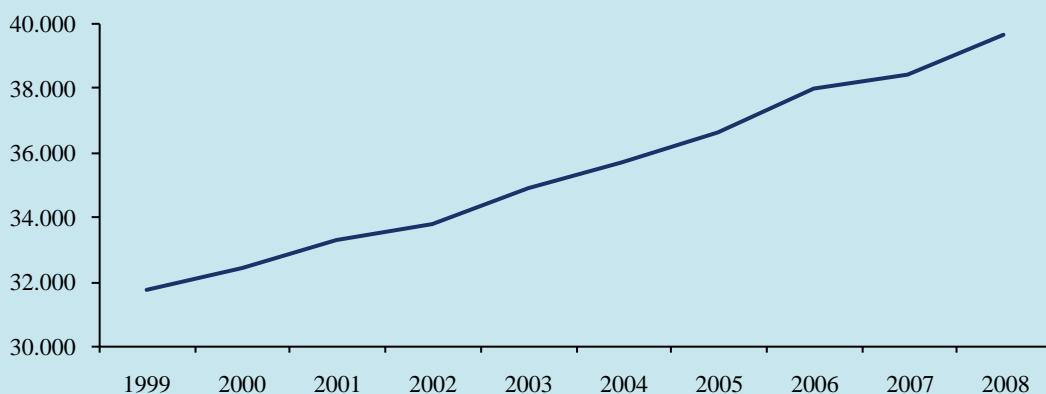
[Figurdata, klik her](#)

5.3 Aktivitet i praksissektoren

5.3.1 Udviklingen i antallet af kontakter til alment praktiserende læge

Der var i 2008 3.656 alment praktiserende læger i Danmark baseret på optælling fra Danske Regioner. Antallet af kontakter til almen praksis, inkl. kontakter til vagtlæge, har igennem de seneste 10 år været stødt stigende fra knap 32 mio. i 1999 til 39,7 mio. i 2008, jf. figur 5.14. Det svarer til, at hver enkelt dansker i gennemsnit kontaktede almen læge syv gange i 2008 mod seks gange i 1999. Relativt svarer det til en stigning på 25 pct. i antallet af kontakter over hele perioden eller en årlig gennemsnitlig vækst på 2,5 pct.

Figur 5.14 Antal kontakter hos alment praktiserende læger, 1999-2008, 1.000

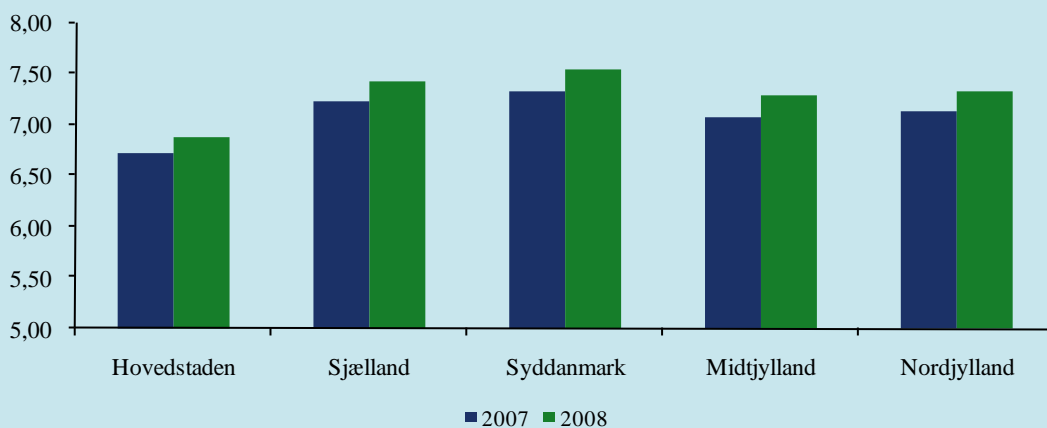


Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.3.2 Antallet af kontakter til alment praktiserende læge i regionerne

Der er en mindre regional variation i antallet af kontakter til alment praktiserende læge pr. indbygger, jf. figur 5.15. Antallet ligger på ca. 7 kontakter pr. indbygger i alle fem regioner. Region Syddanmark havde med 7,6 kontakter det højeste antal kontakter pr. indbygger. Region Hovedstaden havde derimod med 6,9 kontakter det laveste antal kontakter pr. indbygger i 2008. Mønsteret er det samme for 2007. Der er stort set ingen regional variation i udviklingen i antallet af kontakter fra 2007 til 2008, hvor der ses en marginal stigning i antallet af kontakter til alment praktiserende læge i samtlige regioner.

Figur 5.15 Kontakter til almen læge i regionerne, 2007-2008, antal pr. indbygger



Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.3.3 Udviklingen i antallet af kontakter til alment praktiserende læger fordelt på kontaktttype

Antallet af kontakter hos de alment praktiserende læger kan fordeles på konsultationer, telefonkonsultationer, e-mail konsultationer og besøg i hjemmet. Fra 1999 til 2008 er antallet af konsultationer steget fra ca. 16 mio. til ca. 20,2 mio. svarende til en vækst på ca. 27 pct. over hele perioden eller gennemsnitligt 2,7 pct. om året, jf. tabel 5.6. Antallet af telefonkonsultationer er steget med ca. 18 pct. fra lidt over 12,5 mio. i 1999 til næsten 15 mio. i 2008.

Antallet af besøg i hjemmet er derimod faldet med knap 25 pct. fra 611.000 i 1999 til 459.000 i 2008 og udgør således en relativt lille del af det samlede antal kontakter til almen praksis. Siden 2003 er antallet af e-mailkonsultationer opgjort – her blev der registreret ca. 11.000. Der er således sket en stor relativ vækst frem til 2008, hvor der blev udført knap 1,3 mio. e-mailkonsultationer.

Tabel 5.6 Antal kontakter til alment praktiserende læger (ekskl. vagtlæger) fordelt på kontaktttype, 1999-2008, 1.000

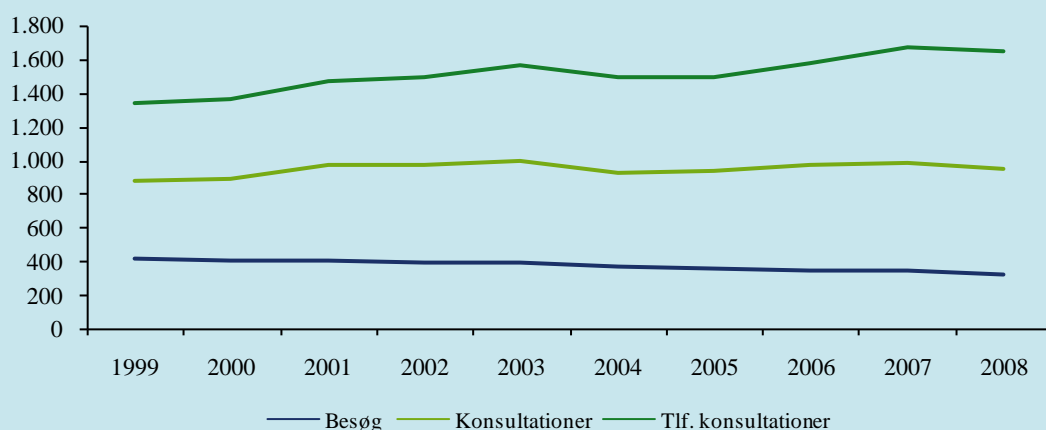
Antal, 1.000	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gnsntl. årlig vækst, 1999-2008, pct.
Besøg	611	624	615	583	566	549	532	511	476	459	-3,1
E-mailkonsultationer	0	0	0	0	11	62	195	471	803	1.284	-
Konsultationer	15.947	16.295	16.708	16.908	17.393	17.962	18.424	19.070	19.406	20.193	2,7
Tlf.konsultationer	12.567	12.866	13.155	13.475	14.003	14.367	14.727	15.066	14.779	14.840	1,9
I alt	29.125	29.785	30.478	30.966	31.973	32.941	33.877	35.117	35.463	36.776	2,6

Kilde: Sygesikringsregisteret.

5.3.4 Udviklingen i antallet af kontakter til vagtlæge

Antallet af kontakter hos vagtlæger kan fordeles på konsultationer, telefonkonsultationer og besøg i hjemmet. Fra 1999 til 2008 er særligt antallet af telefonkonsultationer steget. Der har således været en vækst på ca. 23 pct. fra lidt mere end 1,3 mio. til knap 1,6 mio., jf. figur 5.16. Der er sket en knap så kraftig stigning i antallet af konsultationer, som er steget fra 871.000 i 1999 til 938.000 i 2008. Det svarer til en samlet stigning på næsten 8 pct. eller gennemsnitligt 0,8 pct. om året. Antallet af besøg i hjemmet er derimod faldet med 22 pct. fra 411.000 i 1999 til 323.000 i 2008.

Figur 5.16 Antal kontakter til vagtlæge fordelt på kontaktype, 1999-2008, 1.000

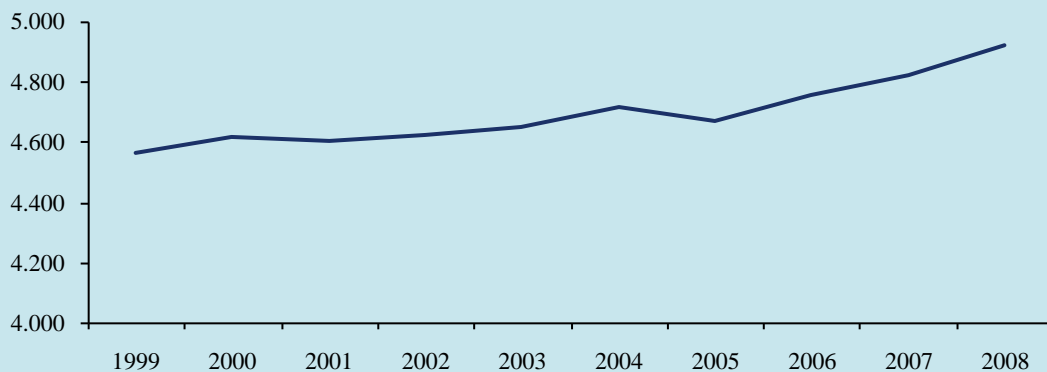


Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.3.5 Udviklingen i antallet af kontakter til speciallæger

Antallet af konsultationer hos speciallæger har ligget stabilt i en årrække, men siden 2005 er der sket en stigning, jf. figur 5.17. Over de seneste 10 år er der samlet set sket en stigning fra knap 4,6 mio. konsultationer i 1999 til 4,9 mio. i 2008. Det svarer til en stigning på 361.000 konsultationer og en gennemsnitlig årlig vækst på 0,8 pct.

Figur 5.17 Antal konsultationer hos speciallæger, 1999-2008, 1.000.

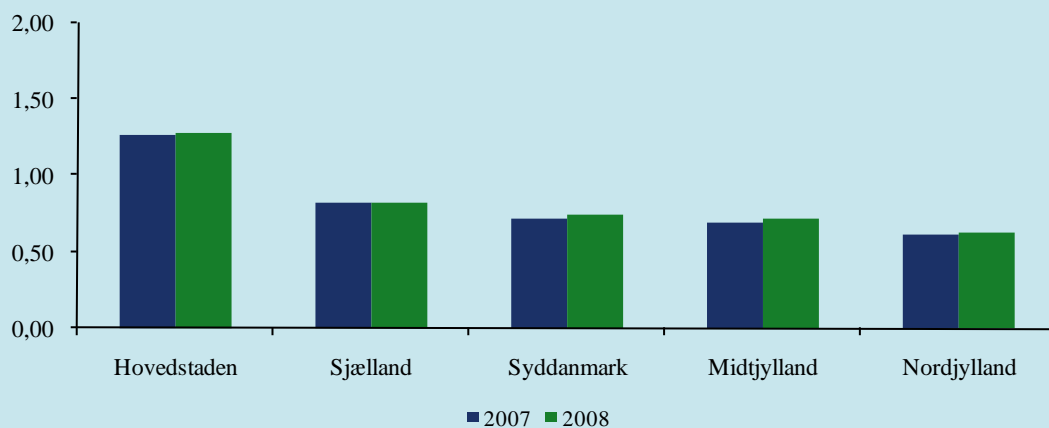


Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.3.6 Antallet af konsultationer hos speciallæge i regionerne

Der er regional variation i antallet af konsultationer hos speciallæger pr. indbygger. Region Hovedstaden havde med 1,3 konsultationer pr. indbygger et højere antal konsultationer end de øvrige regioner, som havde mellem 0,6 og 0,8 konsultationer pr. indbygger i 2008, jf. figur 5.18. Mønsteret er det samme for 2007. Der er stort set ingen regional variation i udviklingen i antallet af konsultationer fra 2007 til 2008. Der ses en marginal stigning i antallet af konsultationer hos speciallæge i Region Hovedstaden, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland og stagnation i Region Sjælland.

Figur 5.18 Antal konsultationer hos speciallæge pr. indbygger i regionerne, 2007-2008



Kilde: Sygesikringsregisteret.

[Figurdata, klik her](#)

5.3.7 Udviklingen i antallet af kontakter til speciallæger fordelt på specialer

Når der ses på antallet af konsultationer hos speciallæger fordelt på udvalgte specialer, ses forskelle i udviklingen over de seneste 10 år. Antallet af konsultationer hos speciallæger med gynækolog og obstetrik som speciale er steget fra 322.000 til 421.000, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på 3 pct., jf. Tabel 5.19.

Antallet af konsultationer hos speciallæger med kirurgi som speciale er steget fra 99.000 til 127.000, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på 2,8 pct. Der ses også en stigning i antallet af konsultationer hos speciallæger med intern medicin som speciale. Her er antallet steget fra 121.000 til 146.000 konsultationer, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på 2,1 pct. Hos speciallæger med ortopædisk kirurgi som speciale er antallet af konsultationer steget fra 78.000 til 94.000, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på 2,0 pct. Antallet af konsultationer hos ørelæger er faldet fra omkring 1 mio. i 1999 til 975.000 i 2008, som svarer til et gennemsnitligt årligt fald på 1,1 pct.

Tabel 5.19 Antal konsultationer hos speciallæger fordelt på specialer, 1999-2008, 1.000.

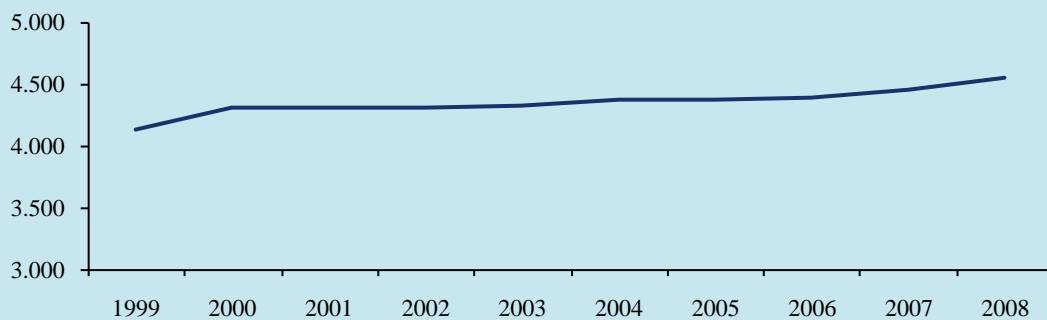
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gnsntl. årlig vækst, 1999-2008, pct.
Anæsthesiologi	67	67	71	73	70	71	70	73	68	70	0,5
Gynækologi/ Obstetrik	322	341	324	327	331	339	357	384	405	421	3,0
Intern medicin	121	116	112	107	115	116	117	127	139	146	2,1
Kirurgi	99	96	98	98	106	109	110	117	120	127	2,8
Ortopædisk kirurgi	78	76	74	74	73	83	91	88	88	94	2,0
Plastikkirurgi	23	23	24	22	23	22	22	22	21	24	0,3
Øjenlæger	978	968	961	966	967	971	952	962	974	1005	0,3
Ørelæger	1.080	1.086	1.075	1.051	1.029	1.028	974	966	975	975	-1,1
Alle andre spec.	1.795	1.841	1.866	1.903	1.932	1.976	1.973	2.016	2.030	2062	1,6
I alt	4.563	4.615	4.606	4.622	4.647	4.716	4.667	4.756	4.821	4.923	0,8

Kilde: Sygesikringsregisteret.

5.3.8 Udviklingen i antallet af kontakter til tandlæger

Antallet af kliniske undersøgelser hos tandlæger er steget fra omkring 4 mio. i 1999 til ca. 4,5 mio. i 2008. jf. figur 5.20. Det svarer til en stigning på 414.000 undersøgelser eller gennemsnitligt 1,1 pct. pr. år.

Figur 5.20 Antal kliniske undersøgelser hos tandlæge, 1999-2008, 1.000

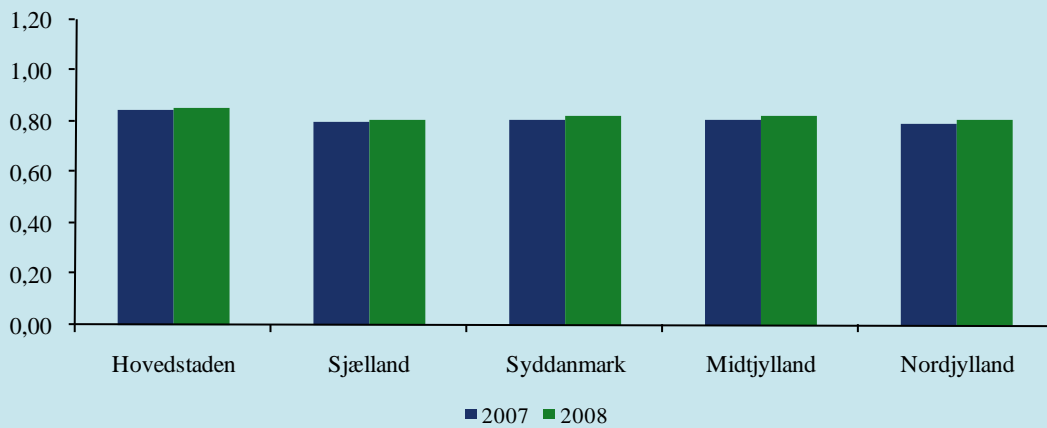


Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.3.9 Antallet af kliniske undersøgelser hos tandlæge i regionerne

Antallet af kliniske undersøgelser hos tandlægen ligger omkring 0,8 per indbygger i alle regioner, jf. figur 5.21. Mønsteret er det samme for 2007, og der er stort set ingen regional variation i udviklingen i antallet af besøg per indbygger fra 2007 til 2008. Der ses en marginal stigning i alle regionerne.

Figur 5.21 Antal kliniske undersøgelser hos tandlæge pr. indbygger fordelt på regioner, 2007-2008

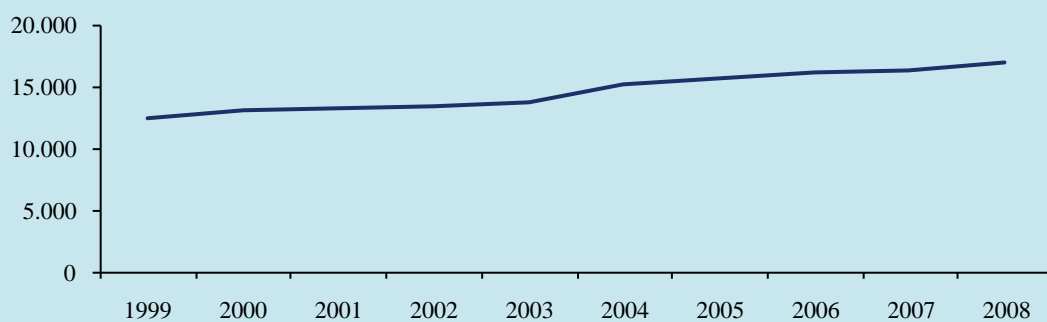


Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.3.10 Udviklingen i antallet af kontakter til andre ydere (fysioterapeuter og kiropraktorer)

Antallet af besøg hos fysioterapeuter og kiropraktorer, faste ydere efter Sundhedsloven, er steget fra 12,4 mio. i 1999 til 16,9 mio. i 2008, jf. figur 5.22. Det svarer til en stigning på 4,5 mio. besøg eller gennemsnitlig vækst på 3,5 pct. pr. år.

Figur 5.22 Antal besøg hos øvrige ydere, 1999-2008, 1.000



Kilde: Sygesikringsregisteret.
[Figurdata, klik her](#)

5.4 Aktivitet i kommunerne

5.4.1 Den kommunale børnetandplejes dækningsgrad

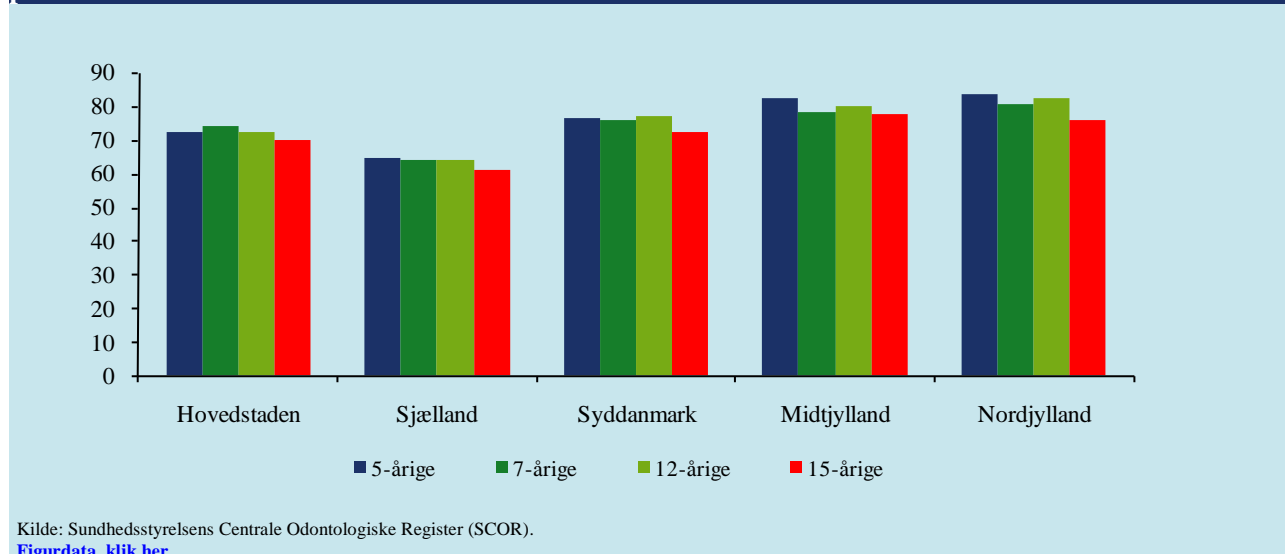
Kommunal tandpleje for børn er en af de sundhedsopgaver, som kommunerne også havde ansvaret for før kommunalreformen.

På landsplan har omkring 75 pct. af de 5-, 7- og 12-årige børn været til tandlæge det seneste år, mens andelen blandt de 15-årige er omkring 72 pct.

Der er en større andel af børnene i Region Nordjylland, der har været til tandlæge inden for det sidste år i forhold til de øvrige regioner. Mellem 76 og 83 pct. af de 5-, 7-, 12- og 15-årige børn har været til tandlæge det seneste år i Region Nordjylland, jf. figur 5.23. Børnene i Region Midtjylland og Region Syddanmark ligger dog tæt på niveauet i Nordjylland. I Region Hovedstaden og Sjælland har kun 61 til 74 pct. af børnene været til tandlæge det seneste år.

Andelen af 15-årige børn, der har været til tandlæge, er mindre end på de øvrige alderstrin i samtlige regioner.

Figur 5.23 Andel af børneårgang der har været til kommunal tandpleje inden for det seneste år, 2008, pct.



5.4.2 Aktiviteten på genoptræningsområdet

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus (efter sundhedsloven) er en ny opgave for kommunerne efter kommunalreformen. Kommunerne varetog i forvejen vedligeholdelsestræning (efter serviceloven).

Kommunerne i Region Syddanmark modtog 22 registrerede genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere i 2008, hvilket er højere end kommunerne i de øvrige regioner, jf. tabel 5.7. Kommunerne i de øvrige regioner modtog 12-18 genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere i 2008.

Kommunerne i Region Syddanmark registrerede i 2008 flest genoptræningsydelser pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Hovedstaden registrerede færrest. Kommunerne i Region Syddanmark registrerede 248 ambulante genoptræningsydelser pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Hovedstaden registrerede 150.

Andelen af genoptræningsplaner, der foreskriver specialiseret genoptræning, var på landsplan 31 pct. i 2008. Region Sjælland har den laveste andel på 17 pct., mens Region Nordjylland har den højeste andel på 45 pct.

Tabel 5.7 Antal genoptræningsplaner modtaget af kommunerne, antal ambulante genoptræningsydelser leveret af kommunerne og andel specialiserede genoptræningsplaner, 2008

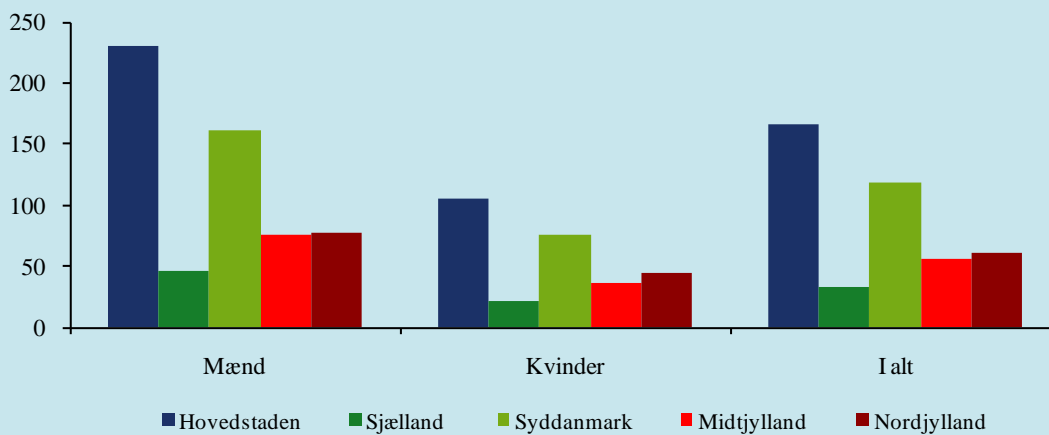
	Antal genoptræningsplaner, pr. 1000 indbyggere	Antal ambulante genoptræningsydelser leveret af kommunerne, pr. 1000 indbyggere	Andel specialiserede genoptræningsplaner, pct.
Region Hovedstaden	14	150	30
Region Sjælland	12	209	17
Region Syddanmark	22	248	29
Region Midtjylland	18	217	34
Region Nordjylland	15	162	45
Hele landet	16	197	31

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregisteret.
Anm.: Genoptræning efter sundhedsloven. Genoptræningsplaner er både til almindelig og specialiseret genoptræning.

5.4.3 Antal alkoholmisbrugere i behandling

Misbrugsområdet er et nyt område for kommunerne efter kommunalreformen. Samlet set havde kommunerne i Region Hovedstaden flest alkoholmisbrugere i behandling pr. 1.000 indbyggere i 2007, mens kommunerne i Region Sjælland havde færrest, jf. figur 5.24. I samtlige regioner var der flere mænd end kvinder i behandling for alkoholmisbrug.

Figur 5.24 Antal alkoholmisbrugere i behandling, 2007, pr. 100.000 indbyggere



Kilde: Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB).

Anm.: Foreløbige tal.

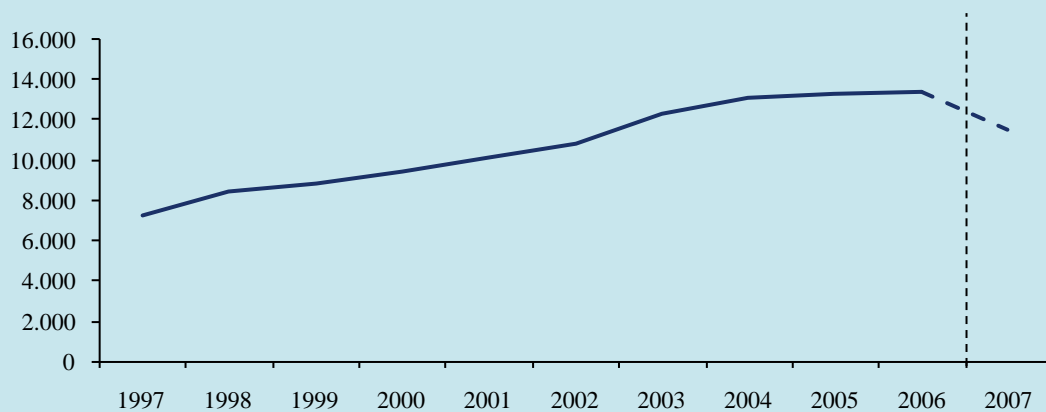
[Figurdata, klik her](#)

5.4.4 Udviklingen i antal stofmisbrugere i behandling

Misbrugsområdet er et nyt område for kommunerne efter kommunalreformen. Antallet af stofmisbrugere i behandling er steget hele 84 pct. fra 1997 frem til 2006. I 2006 var ca. 13.500 stofmisbrugere i behandling mod kun ca. 7.500 i 1997, jf. figur 5.25.

I 2007 er der registreret ca. 11.500 stofmisbrugere i behandling. Nedgangen i antal stofmisbrugere i behandling fra 2006 til 2007 skyldes ændringer i registreringspraksis. Dels er 2007 dataene påvirket af overgangen til ny registreringsform, dels er de påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007, hvilket har gjort indberetningen mangelfuld ved overgangen.

Figur 5.25 Antallet af stofmisbrugere i behandling, 1997-2007



Kilde: Sundhedsstyrelsen, Register for stofmisbrugere i behandling (SIB).

Anm.: Stiplet linje angiver databrud fra 2006 til 2007 pga. ændring i registreringspraksis.

[Figurdata, klik her](#)

6. Kapacitet og organisering

Sundhedsvæsenets kapacitet og organisering har bl.a. betydning for, hvilken aktivitet, kvalitet og ventetid der kan leveres. Kapaciteten og organiseringen i sundhedsvæsenet bør afspejle den efterspørgsel og de kvalitetskrav, der er i sundhedsvæsenet. De kommende års sygehusinvesteringer samt udviklingen i praksissektoren mod større enheder skal bidrage til at sikre denne fortsatte udvikling.

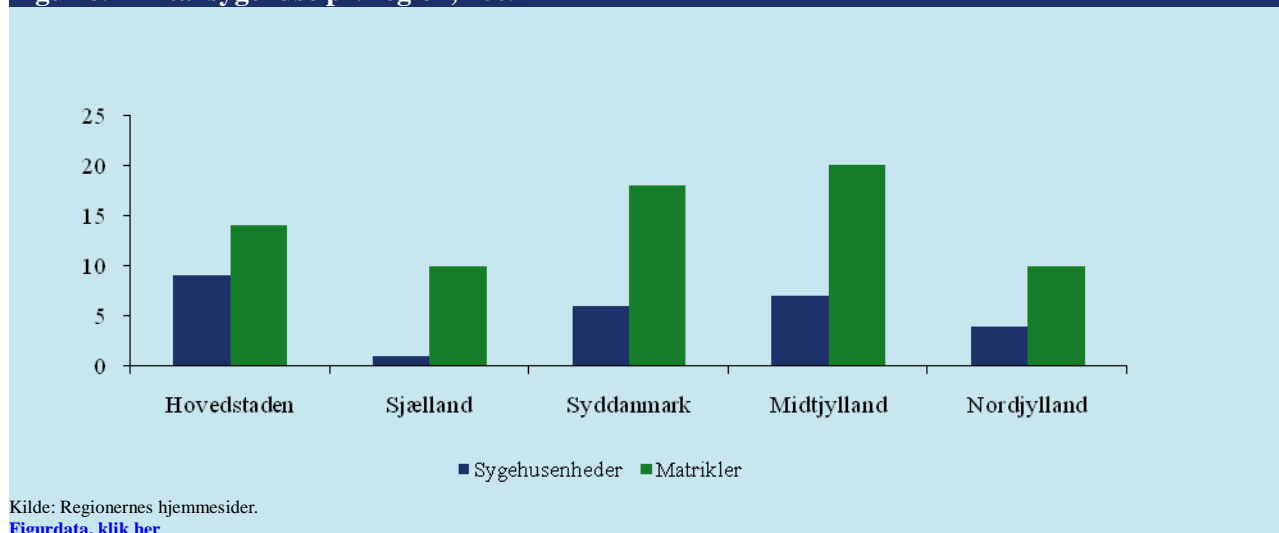
6.1 Sygehussektoren

6.1.1 Sygehuse pr. region

Antallet af sygehuse kan opgøres både på baggrund af sygehusenheder, dvs. som organisatorisk mål, og på baggrund af sygehusmatrikler, dvs. som geografisk mål, jf. figur 6.1. Der er i alle regioner etableret fælles sygehusenheder, som kan samarbejde i forhold til administration, indkøb, patientforløb mv.

I 2009 var der i alt 27 sygehusenheder i Danmark. Med 9 enheder har Region Hovedstaden flest, mens Region Sjælland med 1 enhed har færrest. De 27 sygehusenheder fordeler sig på 72 matrikler i 2009. Med 20 matrikler er der flest i Region Midtjylland, mens Region Sjælland og Region Nordjylland med 10 matrikler har færrest.

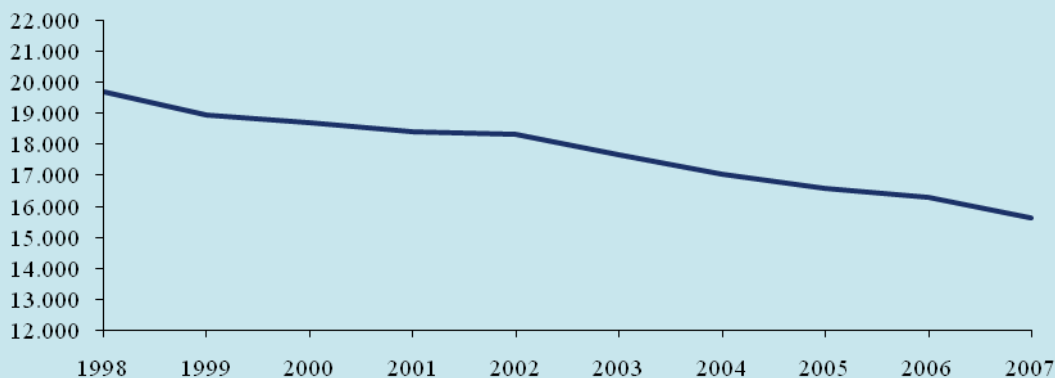
Figur 6.1 Antal sygehuse pr. region, 2009



6.1.2 Udviklingen i antal normerede somatiske sengepladser 1998 til 2007

Antallet af normerede sengepladser på landsplan har siden 1998 været støt faldende, jf. figur 6.2. I 1998 var der ca. 19.700 sengepladser på de offentlige somatiske sygehuse. I 2007 er antallet faldet til ca. 15.600. Tallene afspejler, at den gennemsnitlige liggetid pr. patient i perioden er faldet, samt at man inden for en række områder har gennemført en stigende andel af behandlingerne ambulant. Dette har reduceret behovet for sengepladser.

Figur 6.2 Antal normerede sengepladser på somatiske sygehuse, 1998 – 2007



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Anm.: Opgørelsen omfatter normerede 5- og 7-døgns sengepladser på sygehusafdelinger inden for kirurgiske, medicinske, pædiatriske specialer, blandede specialer og afdelinger uden specialeangivelse.

Anm: 2007 er forelødige tal

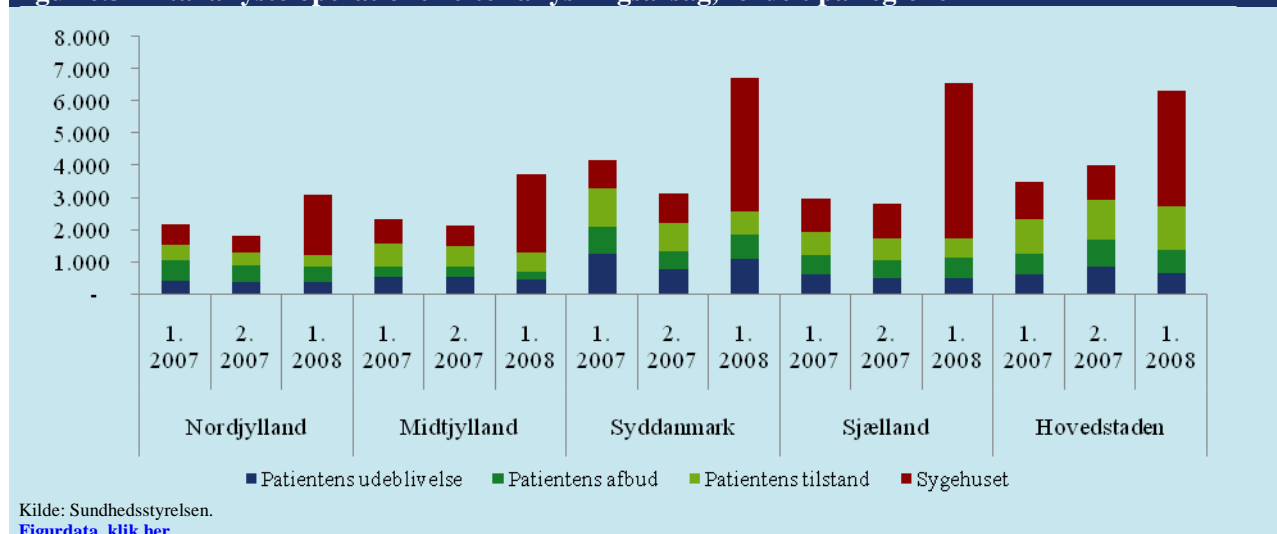
[Figurdata, klik her](#)

6.1.3 Antal aflyste operationer fordelt på regioner

Offentlige sygehuse, som udfører planlagte operationer, har siden 2007 skulle indberette oplysninger om aflyste operationer. På baggrund heraf har Sundhedsstyrelsen offentliggjort opgørelser over antallet af aflyste operationer for hhv. 1. halvår 2007, 2. halvår 2007 og 1. halvår 2008. Aflysningerne kan skyldes patientens udeblivelse, afbud, tilstand samt sygehuset.

Den seneste opgørelse viser, at næsten 26.500 operationer blev aflyst i 1. halvår af 2008 mod ca. 15.000 og 13.650 aflyste operationer i hhv. 1. halvår 2007 og 2. halvår 2007. Det høje antal aflyste operationer i 1. halvår 2008 skal ses i lyset af sygehuskonflikten i foråret 2008.

Figur 6.3 Antal aflyste operationer efter aflysningsårsag, fordelt på regioner



6.2 Praksissektoren

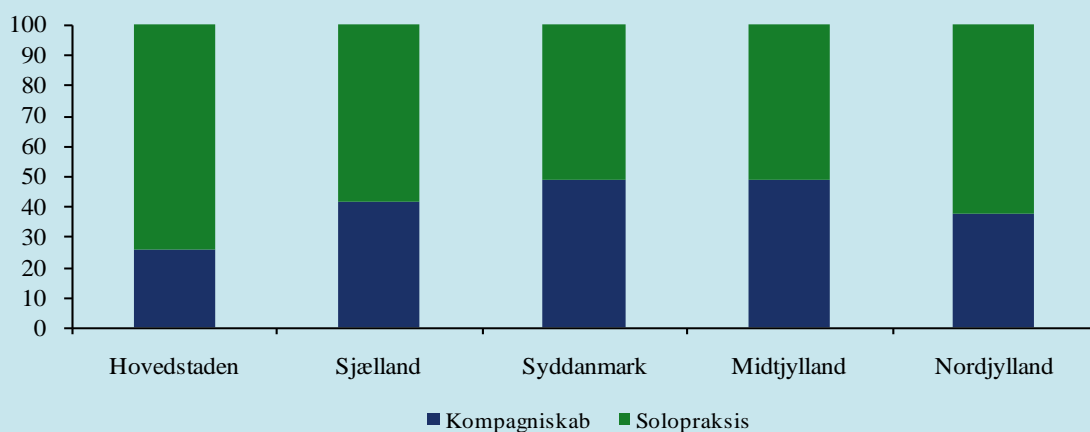
6.2.1 Fordeling af praksistyper i regionerne

En praksis er enten en solopraksis eller en kompagniskabspraksis. En solopraksis drives af én fuldtidslæge (eller to deltidslæger) uden fællesskab med andre læger om patienter eller økonomi. En kompagniskabspraksis er en almen praksis, der drives af to eller flere fuldtidslæger, der har fælles patientliste, økonomi, lokaler og personale.

Hvis solopraksis og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientliste og økonomi samarbejder om lokaler og evt. personale, kaldes det en samarbejdspraksis. Er der ikke lokalefællesskab, men samarbejde ved ferie, sygdom, kursus samt evt. delvis om personale, kaldes det netværkspraksis.

Forholdet mellem kompagniskabspraksis og solopraksis opgøres i PLO's praksistælling. Der er en vis regional variation. Andelen af kompagniskabspraksis er lavest i Region Hovedstaden, hvor ca. 25 pct. af alle praksiser er kompagniskabspraksis, jf. figur 6.4. Region Midtjylland og Region Syddanmark har den højeste andel på ca. 48 pct. På landsplan er andelen af kompagniskabspraksis ca. 38 pct.

Figur 6.4 Fordelingen af praksistyper, 2008



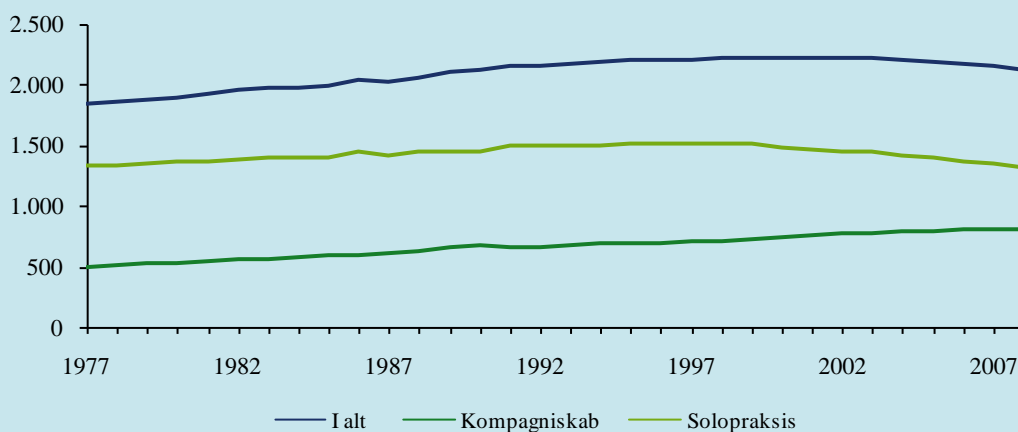
Kilde: Praksistælling 2008, PLO.

[Figurdata, klik her](#)

6.2.2 Udviklingen i praksistyper

Betragtes udviklingen i praksistyper på landplan i perioden fra 1977 til 2008 er antal lægepraksis steget med 16 pct. fra ca. 1.800 til ca. 2.200 lægepraksis, dog har der været et svagt fald siden 2000, jf. figur 6.5. Der har i perioden været en betydelig udvikling mod flere kompagniskabspraksis, idet antallet samlet set er steget med 62 pct. Således udgør kompagniskabspraksis i 2008 ca. 38 pct. af den samlede lægepraksispopulation mod 27 pct. i 1977. Der har i perioden således været en naturlig udvikling mod større enheder i praksissektoren.

Figur 6.5 Udviklingen i praksistyper, 1977-2008



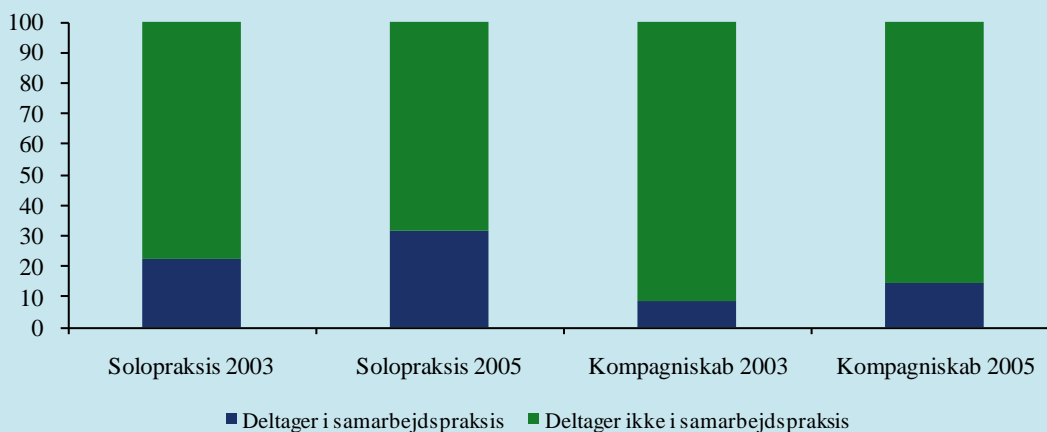
Kilde: Praksistælling 2007 og 2008 samt Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977- 2006, PLO.

[Figurdata, klik her](#)

6.2.3 Udviklingen i andel samarbejdspraksis

Omkring en fjerdedel af praksispopulationen i 2005 bliver drevet som samarbejdspraksis. Det er særligt solopraksis, der er organiseret som samarbejdspraksis. Andelen af solopraksis, der deltager i samarbejdspraksis, er knapt en tredjedel mod omkring 14 pct. for kompagniskabspraksis i 2005, jf. figur 6.6. For begge praksisformer har der været en betydelig stigning i andelen af samarbejdspraksis fra 2003 til 2005.

Figur 6.6 Andel samarbejdspraksis, 2003 og 2005, pct.



Kilde: Praksistælling 2003 og 2005, PLO.

[Figurdata, klik her](#)

7. Frit valg og private sygehuse

Alle patienter, der skal behandles på sygehus i Danmark, har ret til selv at vælge hvilket offentligt sygehus, de vil behandles på. Denne rettighed er kendt som det frie sygehusvalg.

Det såkaldte udvidede frie sygehusvalg har desuden eksisteret siden 2002. Med det udvidede frie sygehusvalg får patienterne mulighed for også at tilvælge behandling på privathospital, hvis ventetiden til behandling i det offentlige sygehusvæsen overstiger én måned. Før den 1. oktober 2007 kunne denne ret kun anvendes, hvis patienten havde ventet i mere end to måneder. Som følge af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008 er det udvidede frie sygehusvalg suspenderet frem til den 1. juli 2009, hvor det automatisk genindføres.

Patienter kan kun behandles på private klinikker og sygehuse, som patientens bopælsregion har en samarbejdsaftale med.

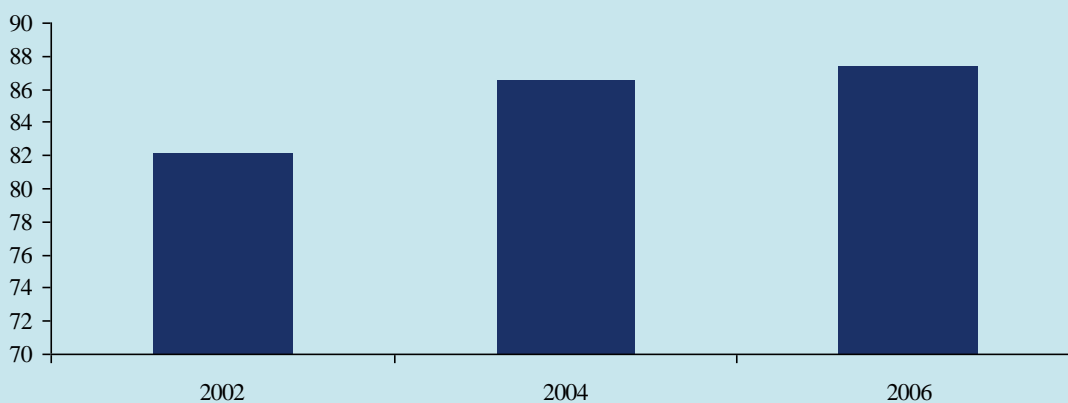
7.1 Frit valg og udvidet frit valg

7.1.1 Andel patienter med kendskab til det frie sygehusvalg

Det er en forudsætning for at kunne udnytte det frie sygehusvalg, at patienterne kender til denne rettighed. Der er siden 2002 gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt indlagte planlagte patienter, hvor der bl.a. spørges til, om patienterne har kendskab til det frie sygehusvalg, og hvis dette er tilfældet, om patienten har benyttet sig af det frie sygehusvalg.

Der er i de senere år blevet fokuseret på at orientere patienterne om retten til frit sygehusvalg. Denne indsats synes også at kunne aflæses i det generelle kendskab til frit-valgs reglen. Siden 2002 er kendskabet steget med 5 procentpoint, således at 87 pct. af de planlagte indlagte patienter i 2006 havde kendskab til det frie sygehusvalg, jf. figur 7.1.

Figur 7.1 Andel patienter med kendskab til det frie sygehusvalg, 2002-2006, pct.



Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

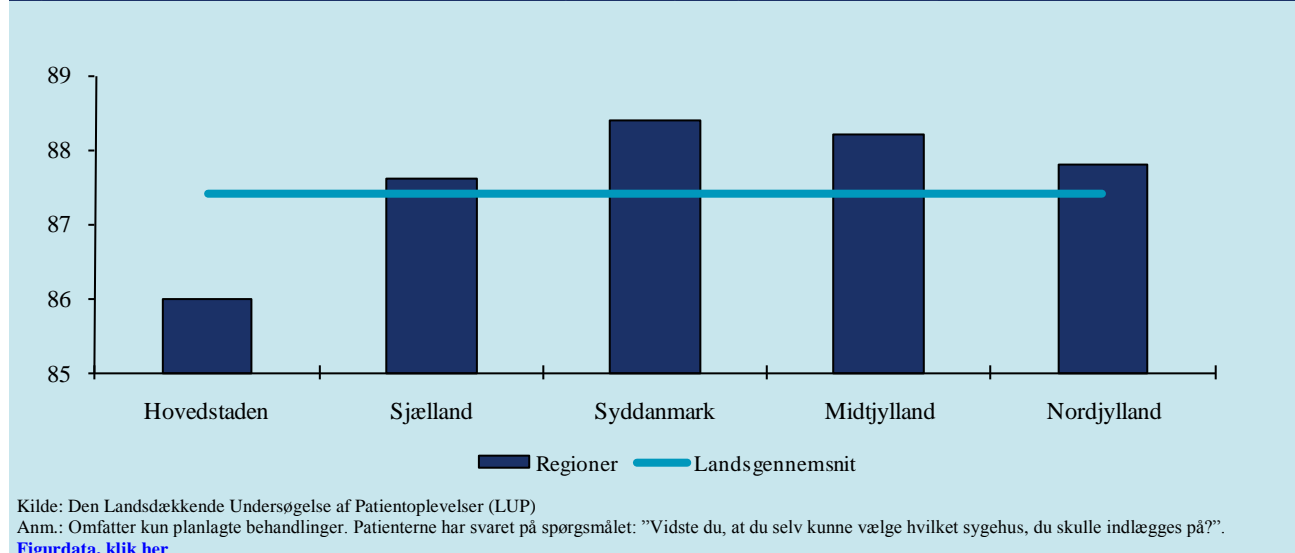
Anm.: Omfatter kun planlagte behandlinger. Patienterne har svaret på spørgsmålet: "Vidste du, at du selv kunne vælge hvilket sygehus, du skulle indlægges på?"

[Figurdata, klik her](#)

7.1.2 Andel patienter med kendskab til det frie sygehusvalg i regionerne

Der er variation mellem, hvor informerede patienterne er på tværs af regionerne i forhold til patienternes kendskab til det frie sygehusvalg. Forskellene er dog ikke store. Mens over 88 pct. af patienterne i Region Syddanmark i 2006 gav udtryk for at have kendskab til det frie sygehusvalg, var den tilsvarende andel i Region Hovedstaden på 86 pct., jf. figur 7.2.

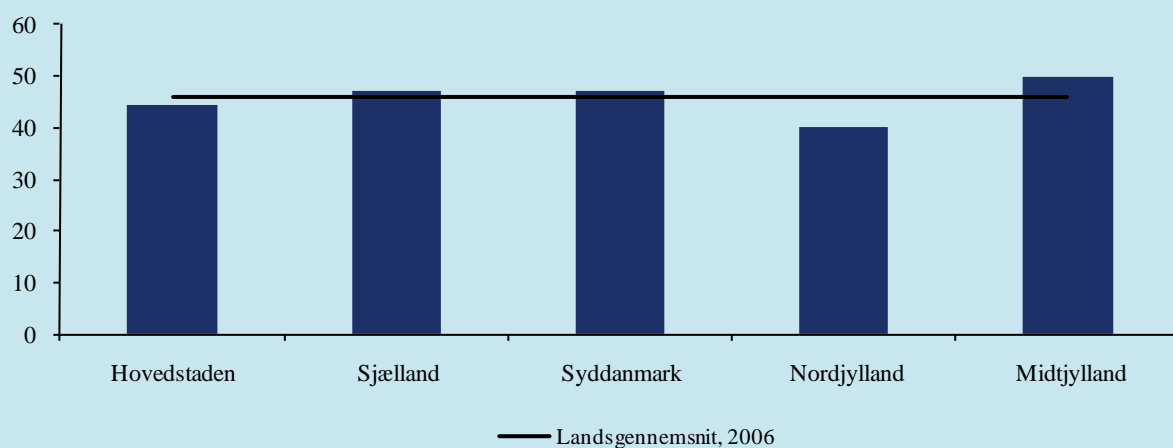
Figur 7.2 Andel med kendskab til det frie sygehusvalg i regionerne, 2006, pct.



7.1.3 Andel, der har benyttet det frie sygehusvalg i regionerne

Der er regionale forskelle på, hvor meget patienterne benytter sig af det frie sygehusvalg. Mens lidt over 40 pct. i Region Nordjylland selv havde valgt sygehuset, de var indlagt på i 2006, var dette gældende for næsten 50 pct. af patienterne i Region Midtjylland, jf. figur 7.3. På landsplan var andelen 46 pct.

Figur 7.3 Andel patienter, der har udnyttet det frie sygehusvalg i regionerne, 2006, pct.



Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

Anm.: I opgørelsen indgår kun patienter, der i forvejen havde kendskab til det frie sygehusvalg. Patienterne har svaret bekræftende på spørgsmålet: "Valgte du selv hvilket sygehus, du skulle indlægges på?"

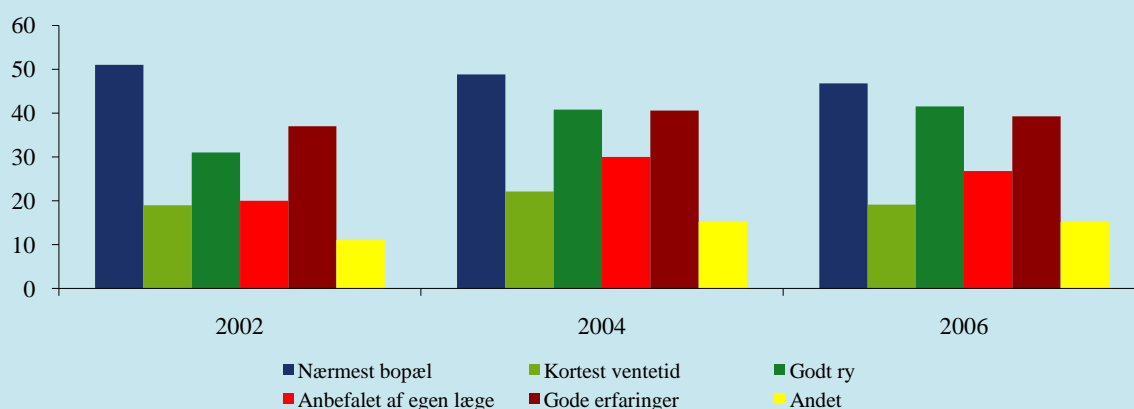
[Figurdata, klik her](#)

7.1.4 Årsager til, at patienten har valgt et bestemt sygehus

I valg af sygehus vægter patienterne højest, at sygehuset ligger tæt på patientens bopæl, jf. figur 7.4. Set over hele perioden fra 2002 til 2006 mener mellem 47 pct. og 51 pct., at den væsentligste kvalifikation ved sygehuset er, at det ligger tæt på bopælen.

Sygehusets ry og tidligere positive erfaringer med sygehuset vægter ligeledes højt i patienternes valg af sygehus, mens kort ventetid har relativt mindre vægt end øvrige faktorer.

Figur 7.4 Patienternes væsentligste årsager til valg af sygehus, 2002-2006, pct.



Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

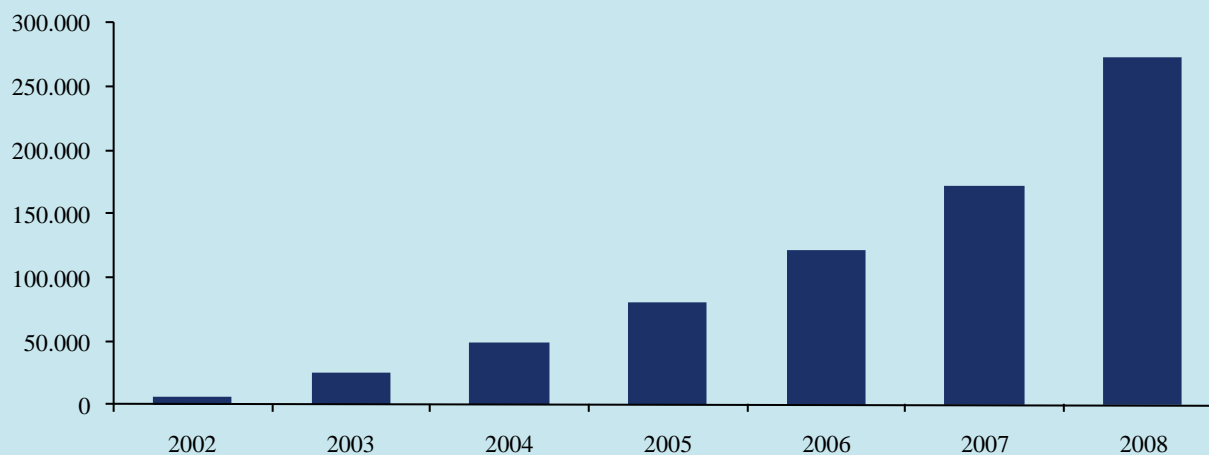
Anm.: Omhandler kun planlagte behandlinger af patienter med kendskab til og benyttelse af det frie sygehusvalg. Summen af frekvenserne giver mere end 100 pct., da patienterne havde mulighed for mere end et svar.

[Figurdata, klik her](#)

7.1.5 Udvikling i det totale antal patienter, der har benyttet det udvidede frie valg

Siden indførelsen af det udvidede frie valg i 2002 har knapt 280.000 patienter benyttet ordningen, jf. figur 7.5. I 2008 er mere end 100.000 patienter behandlet som led i det udvidede frie valg.

Figur 7.5 Totale antal patienter der har benyttet det udvidede frie valg siden indførelsen, 2002-2008



Kilde: Danske Regioner (indtil 1. kvartal 2004) og Landspatientregisteret.
Anm.: Tallene i figuren er opdateret til og med 3. kvartal 2008.

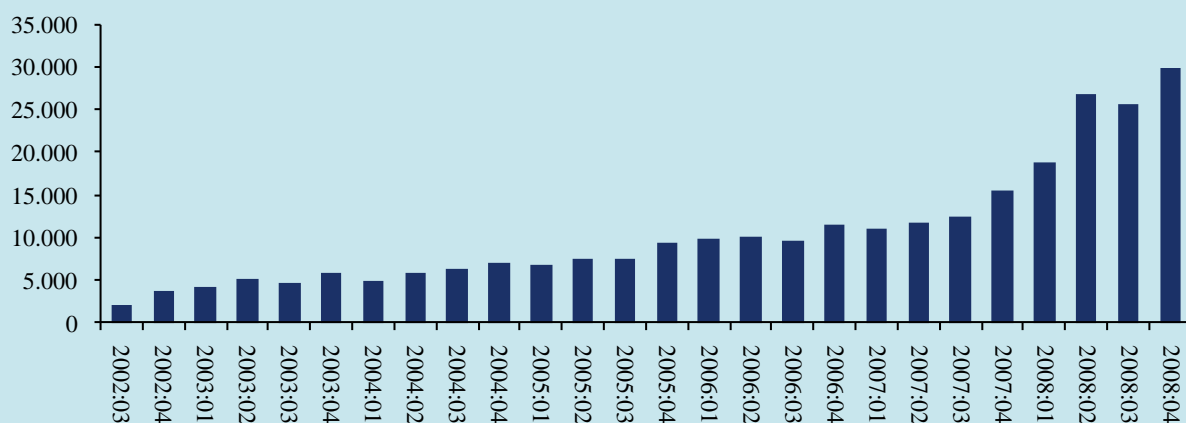
[Figurdata, klik her](#)

7.1.6 Kvartalsvis udvikling i antal patienter, der har benyttet det udvidede frie valg

Anvendelsen af det udvidede frie valg fra år til år er stigende, jf. figur 7.6. I 2003 benyttede knap 20.000 patienter det udvidede frie valg. I 2007 var antallet godt 50.000, mens der i 2008, frem til suspensionen i efteråret, blev behandlet over 100.000 patienter under det udvidede frie valg.

Stigningen siden sidste kvartal af 2007 tyder på, at nedsættelsen af ventetiden fra to til én måned for retten til udvidet frit valg fra den 1. oktober 2007 har haft en vis effekt. Ligeledes indikerer udviklingen i slutningen af 2008, at der har været en stigning i antallet af personer, der udnyttede det udvidede frie valg som følge af konflikten på sygehusområdet.

Figur 7.6 Antal patienter benyttet det udvidede frie valg, kvartaler, 2002-2008



Kilde: Danske Regioner (indtil 1. kvartal 2004) og Landspatientregisteret (fra 1. kvartal 2004).

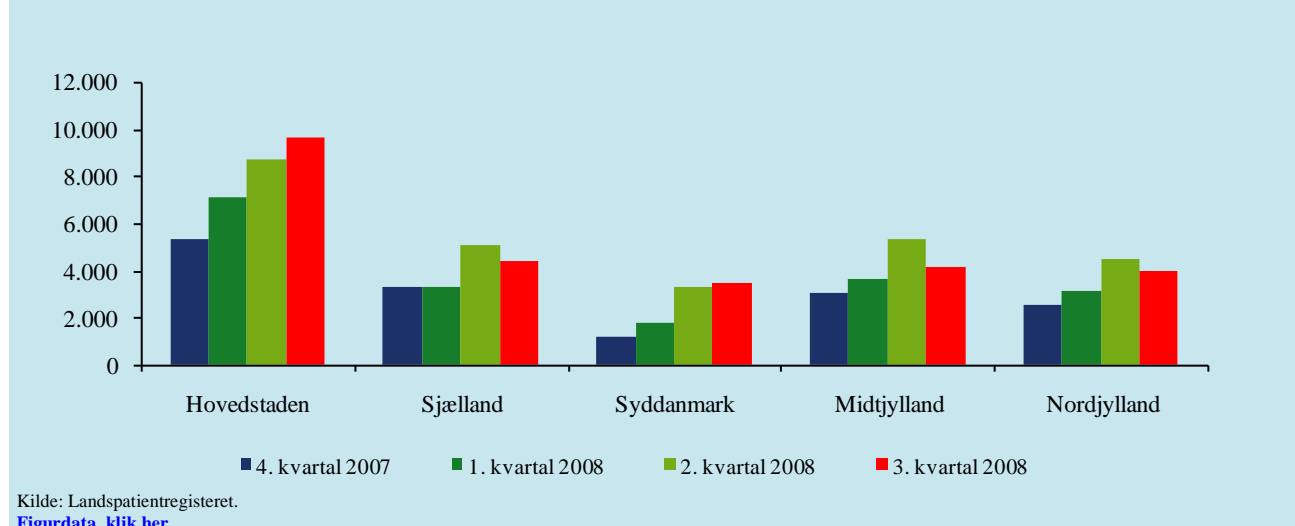
Anm.: Fra 1. kvartal 2004 er opgørelsesmetoden ændret.

[Figurdata, klik her](#)

7.1.7 Antal patienter, der har benyttet det udvidede frie valg i regionerne

På tværs af regioner er der en vis variation i, hvor mange der benytter det udvidede frie valg, jf. figur 7.7. Selv om forskellige befolkningsstørrelser på tværs af regionerne er en del af forklaringen på forskellene, udgør dette forhold sandsynligvis ikke hele forklaringen på, at der i f.eks. Region Syddanmark er relativt få, der har anvendt det udvidede frie valg i 2007. Det fremgår ligeledes, at der i alle regioner fra første til andet kvartal 2008 er sket en markant stigning i antallet af patienter, der har benyttet sig af det udvidede frie valg.

Figur 7.7 Antal patienter benyttet det udvidede frie valg i regionerne, 4. kv. 2007 - 3. kv. 2008.



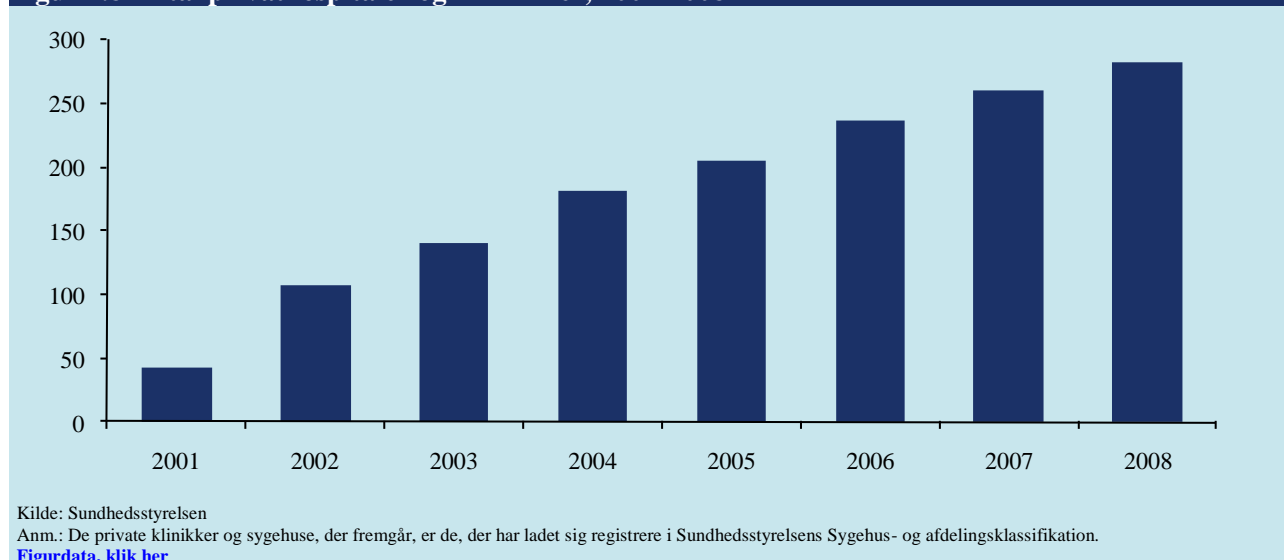
7.2 Private sygehuse og klinikker

7.2.1 Antal private klinikker og sygehuse

Antallet af private udbydere af sundhedsydelser er steget i de senere år. Mens 43 private sygehuse og klinikker i 2001 var registreret i Sundhedsstyrelsens Sygehus- og afdelingsklassifikation, var dette tal steget til 283 pr. januar 2008, jf. figur 7.8.

Der er fortsat relativt få private hospitaler, der udfører opgaver tilsvarende de, der udføres på de offentlige sygehuse. Mange af de private udbydere, der er kommet ind på markedet de senere år, er mindre/små klinikker med få ansatte, hvilket stigningen i antallet af private udbydere primært er udtryk for. Det understreges af, at udviklingen i antallet af private hospitaler/klinikker med mere end fem 7-døgns sengepladser kun er steget fra 24 til 28 fra 2003 til 2006. Af disse 28 hospitaler findes endvidere en række selvejende institutioner, der således ikke drives på privatretlige selskabsvilkår, der har specialiseret sig i eksempelvis gigt-, epilepsi og sclerosebehandling.

Figur 7.8 Antal privathospitaler og –klinikker, 2001-2008



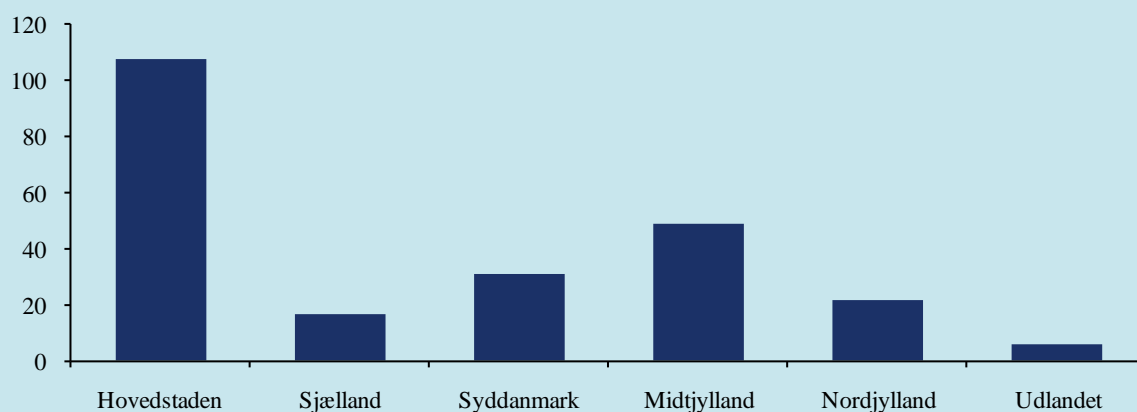
7.2.2 Antal aftaler mellem regionerne og private klinikker og sygehuse

For at et privat hospital eller en privat klinik kan modtage patienter under den udvidede frit valgs ordning, er det en betingelse, at der er indgået en aftale med Danske Regioner.

Der er ikke en jævn fordeling af de private udbyderes geografiske placering, jf. figur 7.9. Mens der er indgået et aftale med 108 private udbydere, der geografisk er placeret i Region Hovedstaden, er det tilsvarende tal for Region Sjælland 17. Der er indgået flest aftaler omkring de større byer. Dette følger naturligvis til en vis grad befolkningens størrelse og antallet af speciallæger i forskellige dele af landet.

Der er ligeledes indgået aftale med seks private udbydere i udlandet. Disse udbydere er placeret i Sverige, Tyskland og Spanien.

Figur 7.9 Aftaler mellem regionerne og private klinikker og sygehuse efter geografisk placering, 2008



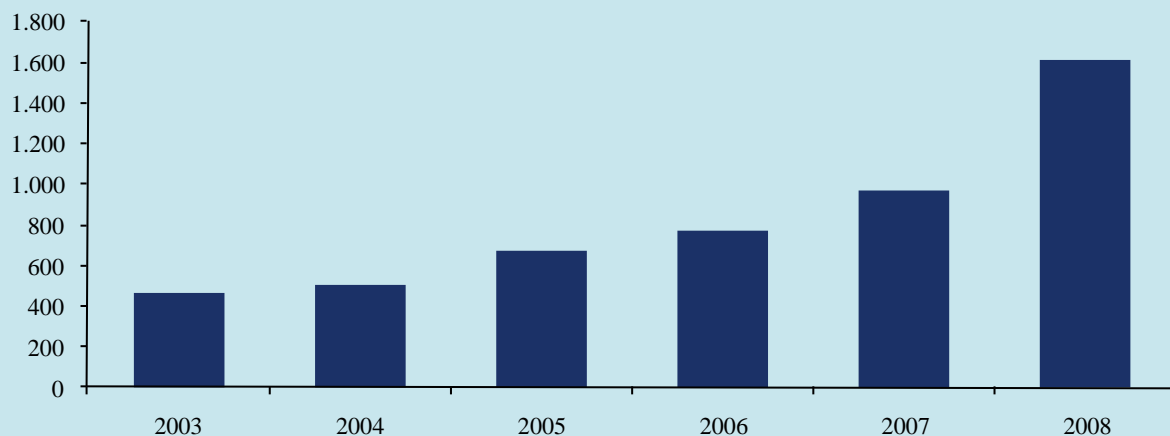
Kilde: www.sygehusvalg.dk pr. 23. januar 2009.

[Figurdata, klik her](#)

7.2.3 Udviklingen i private sygehuses og klinikers DRG-omsætning

Omsætningen målt i DRG-produktionsværdi hos de private sygehuse og klinikker, der har indberettet aktiviteten til Sundhedsstyrelsen, er steget fra år til år og udgjorde i 2008 ca. 1,6 mia. kr., jf. figur 7.10.

Figur 7.10 Omsætning for private sygehuse og klinikker, ambulans og stationær behandling, 2003-2008, DRG-produktionsværdi, mio. kr.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregisteret.

Anm.: Omsætningen er opgjort i de forskellige års takstsystemer. Derfor kan sammenligninger mellem årene være problematiske, hvis taksterne er væsentligt ændret. Desuden er opgørelsen ikke fuldstændig. Opgørelsen indeholder som udgangspunkt kun de private sygehuse og klinikker, der er registreret i Sundhedsstyrelsens Sygehus- og afdelingsklassifikation. Det er imidlertid ikke alle private sygehuse og klinikker, der indberetter til Landspatientregisteret. Det er vurderingen, at det primært er de private sygehuse og klinikker, der har indgået aftale med regionerne i forbindelse med den udvidede frit-valgsordning, der indberetter aktiviteten til Sundhedsstyrelsen. Opgørelsen må derfor formodes at undervurdere de private sygehuse og klinikers omsætning målt i DRG-produktionsværdi.

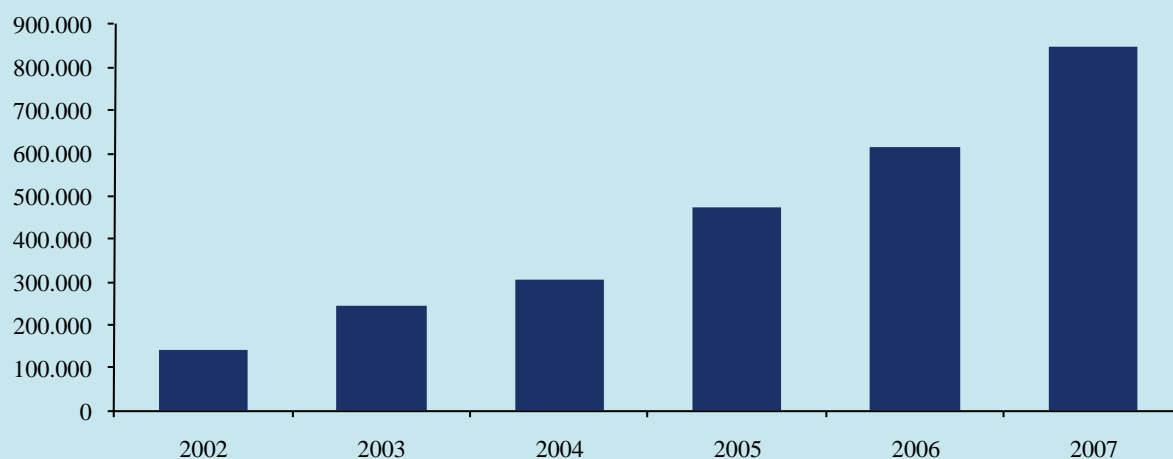
[Figurdata, klik her](#)

7.2.4 Udviklingen i antal private sundhedsforsikringer

Siden 2002 er antallet af danskere med en privat sundhedsforsikring steget fra ca. 140.000 til knap 850.000, jf. figur 7.11.

Ca. 90 pct. af forsikringerne er arbejdsgiverfinansierede. Forsikringerne dækker operationer, men anvendes i stigende grad til sundhedsydelser såsom besøg hos kiropraktor og fysioterapeuter samt psykologbistand. I 2004 udgjorde denne type behandlinger ca. 10 pct. af de samlede udgifter, mens tallet i 2007 var ca. 25 pct.

Figur 7.11 Antal private sundhedsforsikringer, 2002-2007



Kilde: Forsikring og Pension

Anm.: I opgørelsen indgår voksne danskere over 16 år.

[Figurdata, klik her](#)

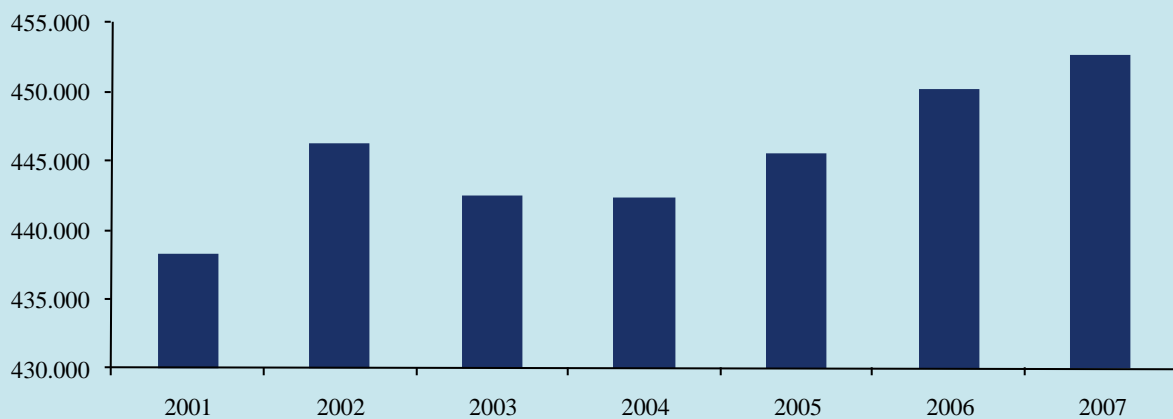
7.2.5 Udviklingen i antal operationsforsikringer under Sygeforsikringen ”danmark”

Ca. 450.000 danskere havde i 2007 en operationsforsikring under Sygeforsikringen ”danmark”, jf. figur 7.12. Antallet har ligget relativt stabilt over en længere årrække.

Det totale antal forsikrede ved Sygeforsikringen ”danmark” dækker over flere undergrupper. For det første er der tale om gruppe 1 og gruppe 2 forsikrede, som automatisk får en operationsdækning, når de tegner en generel sygeforsikring. Herudover indgår gruppe 5 forsikrede, som har valgt at tegne operationsdækning som en tillæggsforsikring.

Den moderate vækst i det totale antal sygeforsikringer stammer fra små vækstrater i såvel gruppe 1 og gruppe 2 forsikrede samt blandt personer forsikret i gruppe 5.

Figur 7.12 Antal sygeforsikringer med operationsdækning hos Sygeforsikringen ”danmark”, 2001-2007



Kilde: Sygeforsikringen Danmark.
[Figurdata, klik her](#)

8. Ventetider

Regeringen følger udviklingen i ventetiderne i sygehusvæsenet. På nationalt plan opgøres ventetiderne i øjeblikket som henholdsvis erfaret og fremadrettet ventetid.

Erfaret ventetid er en bagudrettet opgørelse over den gennemsnitlige ventetid til undersøgelse eller behandling. Kun egentlig ventetid, dvs. ventetid, hvor patienten er aktivt ventende og står i ”kø”, indgår. I opgørelsen indgår derfor ikke procestid som f.eks. udredningstid eller patienttid, dvs. ventetid, der skyldes forhold ved patienten, f.eks. afholdelse af ferie. Opgørelsen sker på baggrund af ventetidsoplysningerne, der bliver indberettet til Landspatientregisteret af sygehusene.

Fremadrettede ventetider er sygehusenes egne skøn for deres maksimale ventetid for den næste ukomplicerede patient på et givent tidspunkt.

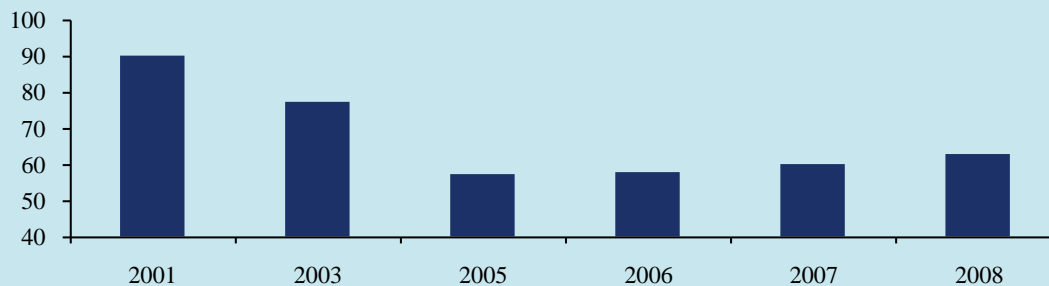
8.1 Erfaret ventetid

8.1.1 Udviklingen i den erfarede ventetid til operation

Erfaret ventetid er en bagudrettet opgørelse af den faktiske tid, hvor patienten *aktivt* venter på at komme til undersøgelse eller i behandling. Det betyder, at bl.a. den tid, der går med, at patienten udredes, og tid i forbindelse med udskydelse af operation efter patientens eget ønske, ikke indgår i opgørelsen.

Fra 2001 til 2005 er den gennemsnitlige erfarede ventetid for opererede patienter faldet fra 90 til 57 dage, jf. Figur 8.1. Efter det markante fald fra 2001 til 2005 har ventetiden ligget på nogenlunde samme niveau, ca. 60 dage, dog har overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i april til juni 2008 betydet, at ventetiden i 2008 er steget svagt.

Figur 8.1 Erfaret ventetid til operation, 2001-2008, dage



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret) og ministeriets egne beregninger.

Anm.: Opgørelsen omfatter planlagt aktivitet på de offentlige sygehuse samt den aktivitet på private sygehuse og klinikker, der er betalt af patientens bopælsamt/region, herunder udvidet frit valg. For at beregne ventetider for 2001 og 2003 opgøres først ventetidsniveauet i 2005 efter den nye opgørelsespraksis, som er indført pr. 1. januar 2004. Dernæst beregnes det relative fald i de erfarede ventetider fra 2001 til 2005 og fra 2003 til 2005, hvor den erfarede ventetid er afgrænset i overensstemmelse med opgørelsespraksis, som var gældende før 2004. Endelig anvendes dette relative fald til at beregne et ventetidsniveau for 2001 og 2003, som herved er sammenligneligt med ventetidsniveauet i 2005. Dette er i overensstemmelse med sædvanlig statistisk praksis.

[Figurdata, klik her](#)

8.2 Fremadrettet ventetid

8.2.1 Udviklingen i den fremadrettede ventetid til 18 udvalgte behandlinger

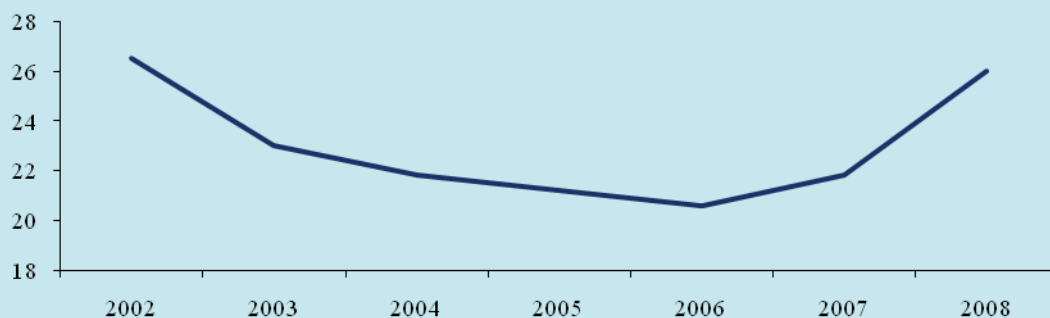
Fremadrettet ventetid til sygehusbehandling er den maksimale ventetid, som sygehusene skønner den næste ukomplicerede patient vil komme til at vente. Siden 2002 har regeringen fulgt udviklingen i den fremadrettede ventetid til 18 udvalgte behandlinger. Behandlingerne er udvalgt, fordi de er meget udbredte og historisk har haft lange ventetider.

Fra 2002 til 2007 er den fremadrettede ventetid til de 18 behandlinger faldet fra 26,5 uger til 21,8 uger, jf. figur 8.2. Det svarer til et fald på 18 pct. Stigningen på ca. 1 uge fra 2006 til 2007 dækker primært over en stigning i ventetiden til udlevering af høreapparat.

Efter overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008 er ventetiden dog steget.

Det skal bemærkes, at den fremadrettede ventetid ikke kan tages som udtryk for patienternes faktiske ventetid, da den fremadrettede ventetid ikke er baseret på registeroplysninger om patienters faktiske ventetid, jf. i øvrigt anmærkning til figur 8.2. Den erfarede ventetid, jf. afsnit 8.1, er derimod en opgørelse af faktisk ventetid.

Figur 8.2 Fremadrettet ventetid til 18 udvalgte behandlinger på offentlige sygehuse, 2002-2008, uger



Kilde: Sundhedsstyrelsens venteinfo.dk.

Anm.: De fremadrettede ventetider er sygehusenes forventede maksimale ventetider for næste ukomplicerede patient. Kun offentlige sygehuse indgår i opgørelsen. Ventetiden til de 18 behandlinger er lavet som et simpelt uvægtet gennemsnit. Det betyder, at de 18 behandlinger indgår i det samlede gennemsnit med samme relative vægt. Samtidig indgår gennemsnittene fra de enkelte sygehusafdelinger også med samme relative vægt. Der er altså tale om en gennemsnitsbetragtning på sygehus- og operationsniveau, men ikke på patientniveau. Ventetiden er opgjort som summen af ventetid til forundersøgelse og behandling i juli måned i året. De 18 behandlinger omfatter operation for brok, operation for diskusprolaps, fjernelse af livmoder, fjernelse af mandler, operation for galdesten, operation for grå stær, indsættelse af kunstig hofte, indsættelse af kunstigt knæ, meniskoperation, operation for nedsunken livmoder, nyresten - knusning, operation for nyresten, prostata-operation, rekonstruktion af ledbånd i knæ, sterilisation af kvinder, sterilisation af mænd, udlevering af høreapparat samt operation for åreknuder. Kun offentlige sygehuse indgår i opgørelsen.

[Figurdata, klik her](#)

8.2.2 Udviklingen i den fremadrettede ventetid til fem udvalgte behandlinger

Fem af de mest udbredte behandlinger, hvor der historisk har været lang ventetid, er operation for brok, diskusprolaps, grå stær samt indsættelse af kunstig hofte og kunstigt knæ.

Fra 2002 til 2007 er ventetiden til fire af de fem behandlinger faldet mærkbart, jf. tabel 8.1. Ventetiden til operation for brok og til indsættelse af kunstig hofte og kunstigt knæ er næsten halveret. Også ventetiden til grå stær er faldet markant, 37 pct.

Efter overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008 er ventetiderne dog steget mærkbart.

Det skal bemærkes, at den fremadrettede ventetid ikke kan tages som udtryk for patienternes faktiske ventetid, da den fremadrettede ventetid ikke er baseret på registeroplysninger om patienters faktiske ventetid, jf. i øvrigt anmærkning til figur 8.2. Den erfarede ventetid, jf. afsnit 8.1, er derimod en opgørelse af faktisk ventetid.

Tabel 8.1 Fremadrettet ventetid til fem udvalgte behandlinger, 2002-2008, uger

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2002-2007 pct.	2007-2008 pct.
Operation for brok	26,5	22,0	17,6	17,4	14,3	15,2	17,0	-43	12
Operation for diskusprolaps	15,6	15,0	14,5	12,5	14,7	16,6	24,6	6	48
Operation for grå stær	32,6	18,8	14,9	13,4	16,9	20,5	39,5	-37	93
Indsættelse af kunstig hofte	30,1	21,0	19,8	17,2	14,9	16,9	18,7	-44	11
Indsættelse af kunstigt knæ	32,9	25,6	21,2	16,5	17,3	18,4	23,3	-44	27

Kilde: Sundhedsstyrelsens venteinfo.dk.
Anm.: Se anmærkning til figur 8.2.

8.2.3 Fremadrettet ventetid til 18 udvalgte behandlinger i regionerne

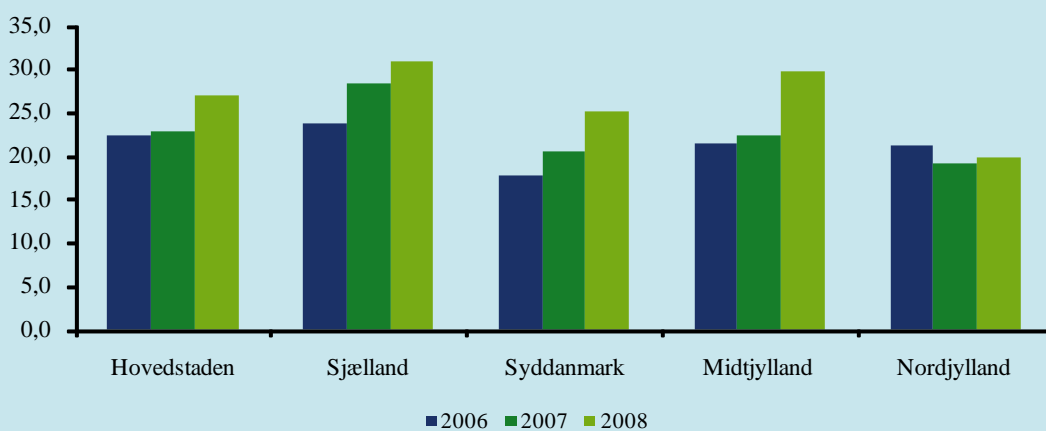
Den fremadrettede ventetid til 18 udvalgte behandlinger har udviklet sig forskelligt i regionerne fra 2006 til 2007. I Region Sjælland er ventetiden steget med knap 5 uger svarende til en stigning på 20 pct., jf. figur 8.3. Ventetiden er ligeledes steget i Region Syddanmark med knap 3 uger eller 15 pct., mens den er steget marginalt i Region Midtjylland og Hovedstaden. Kun i Region Nordjylland er ventetiden faldet, med godt 1 uge, hvilket svarer til 9 pct.

Ses på niveauet i ventetiden er det Region Sjælland, der med godt 28 uger har den længste ventetid i 2007, mens Region Nordjylland med ca. 19 uger har den korteste ventetid.

Ligesom på landsplan har der efter overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i perioden april til juni 2008 været mærkbare stigninger i de regionale ventetider fra 2007 til 2008. I Region Midtjylland er ventetiden steget med 34 pct., men den i Region Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark er steget med mellem 8 og 22 pct. I Region Nordjylland er ventetiden steget med 3 pct.

Det skal bemærkes, at den fremadrettede ventetid ikke kan tages som udtryk for patienternes faktiske ventetid, da den fremadrettede ventetid ikke er baseret på registeroplysninger om patienters faktiske ventetid, jf. i øvrigt anmærkning til figur 8.2. Den erfarede ventetid, jf. afsnit 8.1, er derimod en opgørelse af faktisk ventetid.

Figur 8.3 Fremadrettet ventetid til 18 udvalgte behandlinger i regionerne, 2006-2008, uger



Kilde: Sundhedsstyrelsens venteinfo.dk.

Anm.: Se anmærkning til figur 8.2.

[Figurdata, klik her](#)

9. Produktivitet

Der er i øjeblikket betydeligt fokus på sundhedsvæsenet fra flere forskellige sider. Kravene fra borgerne til behandlingskvalitet vokser, behandlingstilbuddene udvides, og udgifterne til sundhedsvæsenet stiger. På den baggrund er det væsentligt at monitorere hvor meget sundhed, der kommer ud af de kroner, der anvendes i sundhedssystemet.

Som et led heri offentliggøres der løbende produktivetsmålinger af sygehusvæsenet. Disse målinger skal skabe synlighed om, hvordan de nuværende ressourcer anvendes. Produktivetsmålinger siger i sig selv ikke noget om, hvordan behandlingskvaliteten er på sygehusene, og hvor tilfredse borgerne er med behandlingen. Produktivetsmålingerne kan derimod benyttes af politikere, sundhedsadministratorer og sundhedsfagligt personale til at stille relevante spørgsmål i relation til omkostningseffektiviteten i sygehusvæsenet.

I 2007 blev der for tredje år i træk offentliggjort systematiske opgørelser af produktiviteten i sygehussektoren på lands-, regions- og sygehusniveau. Opgørelserne er offentliggjort i publikationen ”Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – tredje delrapport”, der bl.a. er tilgængelig på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses hjemmeside.

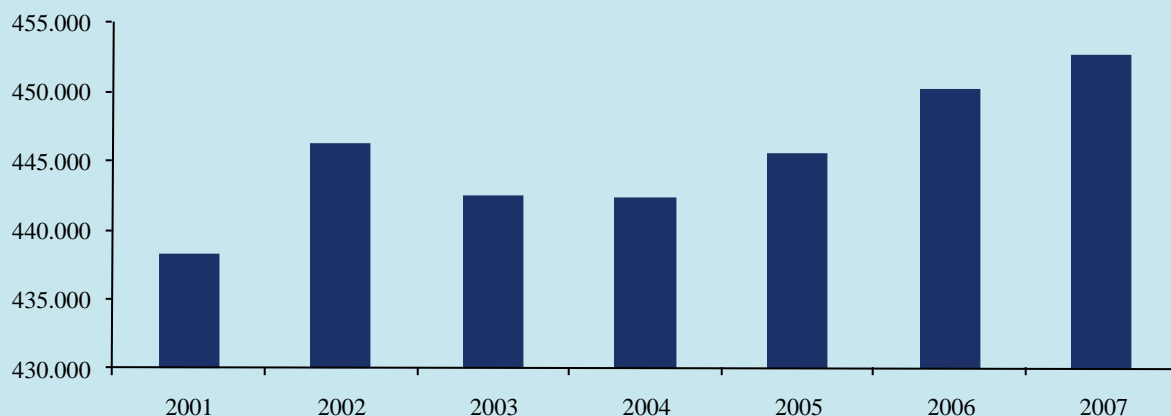
Produktivitet opgøres ved at sætte den såkaldte DRG-produktionsværdi i forhold til de tilgåede omkostninger til behandlingerne. DRG-produktionsværdien dækker over takster for behandling af henholdsvis indlagte og ambulante patienter og giver dermed et udtryk for sygehusvæsenets aktivitet. Disse takster udtrykker den gennemsnitlige værdi af behandlingerne, og taksterne tager endvidere hensyn til, hvor ressourcekrævende behandlingen af patienterne er. Ved at se på forholdet mellem DRG-produktionsværdien og de tilgåede omkostninger fås et udtryk for, hvor produktivt sygehusvæsenet er.

9.1 Produktivitetsudvikling- og niveau

9.1.1 Produktivitetsudvikling for sygehuse

Siden 2000 er produktiviteten på de danske sygehuse vokset med 9,7 pct., jf. figur 9.1. Væksten har over årene været relativt konstant. Dog har kurven et lille knæk fra 2003 og frem, hvor vækstraterne har været større end tidligere. Den største årlige vækst i perioden skete fra 2003 til 2004, hvor produktiviteten i sygehussektoren på landsplan steg med 2,4 pct.

Figur 9.1 Akkumuleret produktivitetsudvikling, 2000-2006, 2000=indeks 100.



Kilde: Fra 2000 til 2002 er tallene taget fra Evaluering af taksstyring på sygehusområdet. Fra 2003 stammer tallene fra publikationen "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – tredje delrapport".

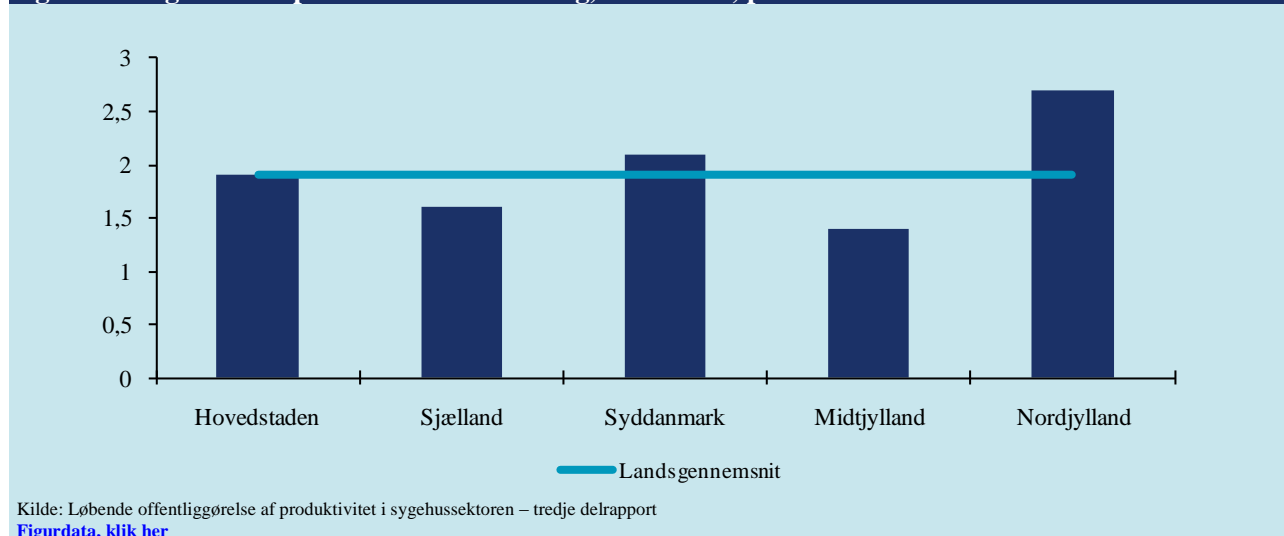
[Figurdata, klik her](#)

9.1.2 Regionernes produktivitetsudvikling fra 2005 - 2006

Produktivitetsmålingen for 2006 viser, at der på landsniveau er opnået en produktivitetsstigning på 1,9 pct. fra 2005 til 2006, jf. figur 9.2. Der er tale om en tilnærmelsesvis identisk vækst som fra 2004-2005, hvor produktiviteten steg med 1,8 pct.

Produktivitetsstigningen har imidlertid ikke været af samme størrelse i alle regioner. Mens Region Nordjylland med en vækst på 2,7 pct. fra 2005 til 2006 i 2006 havde den relativt største produktivitetsvækst, var Region Midtjylland med 1,4 pct. regionen med den relativt laveste produktivitetsvækst. Region Hovedstaden placerer sig på den landsgennemsnitlige udvikling på 1,9 pct. fra 2005 til 2006.

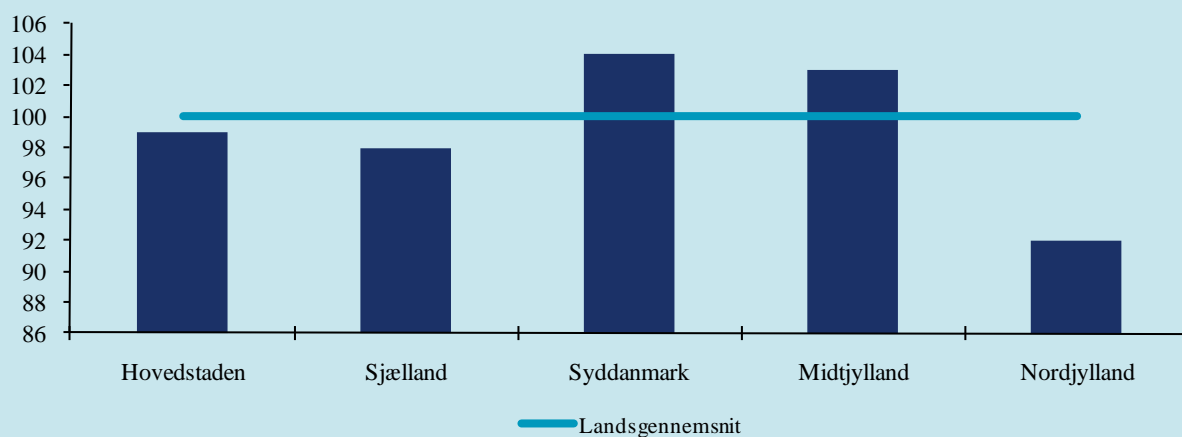
Figur 9.2 Regionernes produktivitetsudvikling, 2005-2006, pct.



9.1.3 Regionernes produktivetsniveau i 2006

Produktivetsniveauet opgøres for de fem regioner i forhold til et landsgennemsnit, der er indekseret til 100. I 2006 lå Region Nordjylland 8 pct. under det landsgennemsnitlige produktivetsniveau, mens Region Midtjylland og Syddanmark ligger henholdsvis 3 og 4 pct. over landsgennemsnittet, jf. figur 9.3.

Figur 9.3 Regionernes produktivetsniveau, 2006, Landsniveau=indeks 100



Kilde: Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygesektoren – tredje delrapport.

[Figurdata, klik her](#)

10. Kvalitet

Der opgøres og offentliggøres en lang række oplysninger om kvaliteten i sundhedsvæsenet i Danmark. Kvalitet i sundhedsvæsenet opdeles ofte i henholdsvis patientoplevet kvalitet, organisatorisk kvalitet og klinisk kvalitet. I dette kapitel vises et udsnit af de kvalitetsoplysninger, der er til rådighed for patienter og borgere.

Den patientoplevede kvalitet omfatter brugernes tilfredshed og oplevelse af kontakten med sygehusene. Enheden for Brugerundersøgelser gennemfører hvert andet år den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). LUP kortlægger patienternes tilfredshed med en lang række forhold, som knytter sig til patienternes indlæggelse på sygehus.

Organisatorisk kvalitet omfatter arbejdets tilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, sammenhæng i patientforløbet og effektiv ressourceudnyttelse. Et eksempel herpå er den kontaktpersonordning, som blev indført i 2004. Ordningen skal sikre, at alle patienter, der er indlagt eller går i et længerevarende ambulante forløb, tilbydes en kontaktperson, f.eks. i form af en læge eller en sygeplejerske. Dette skal skabe sammenhæng i forløbet og give tryghed for patienten.

Den kliniske kvalitet vedrører kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser, f.eks. diagnostik, behandling og pleje. På dette område findes der behandlingsspecifikke karakterer for sygehusene på sundhedskvalitet.dk, og det Nationale Indikator Projekt (NIP) udfører sygdomsspecifikke kvalitetsmålinger for behandling, pleje og genoptræning. Desuden offentliggør Operation Life et mål for dødelighed på landets hospitaler.

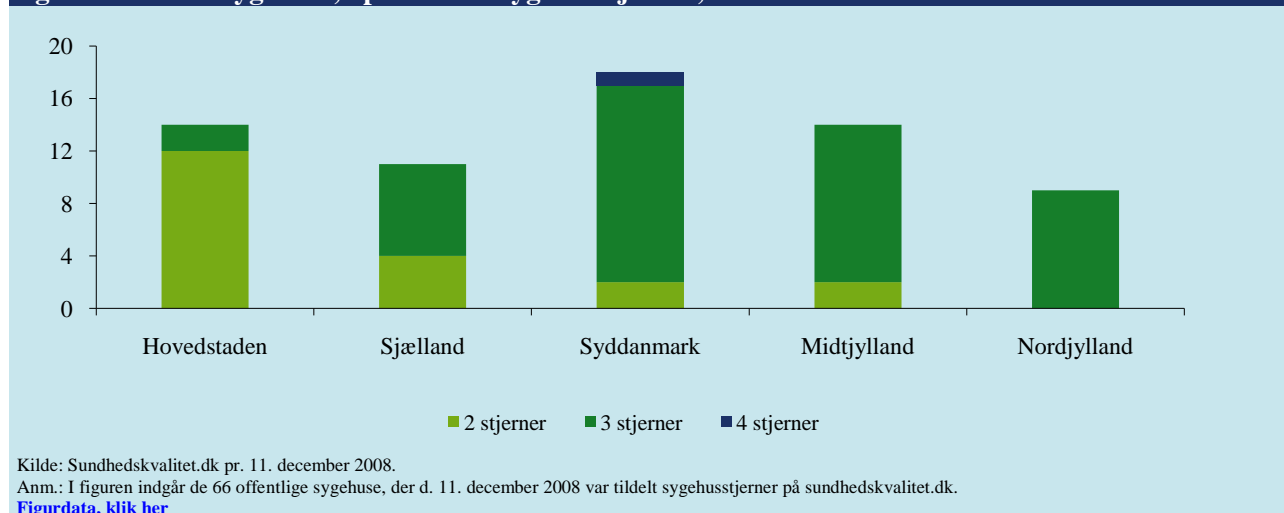
10.1 Sygehuskarakterer

10.1.1 Antal sygehuse i regionerne efter antal stjerner

Sygehuskarakteren på www.sundhedskvalitet.dk er en samlet opsummering af, hvordan det enkelte sygehus klarer sig på en række specifikke nøgletal ved sammenligning med landsgennemsnittet. Nøgletallene, der indgår i karakterberegningen, er fysiske forhold, hygiejne, patientoplevelt sikkerhed, rettidighed og patienttilfredshed for både indlagte og ambulante patienter.

De fleste sygehuse ligger på niveau med landsgennemsnittet. Vejle Sygehus i Region Syddanmark har imidlertid fire stjerner på sundhedskvalitet.dk og ligger dermed signifikant bedre end landsgennemsnittet, jf. figur 10.1.

Figur 10.1 Antal sygehuse, opdelt efter sygehusstjerner, 2008.

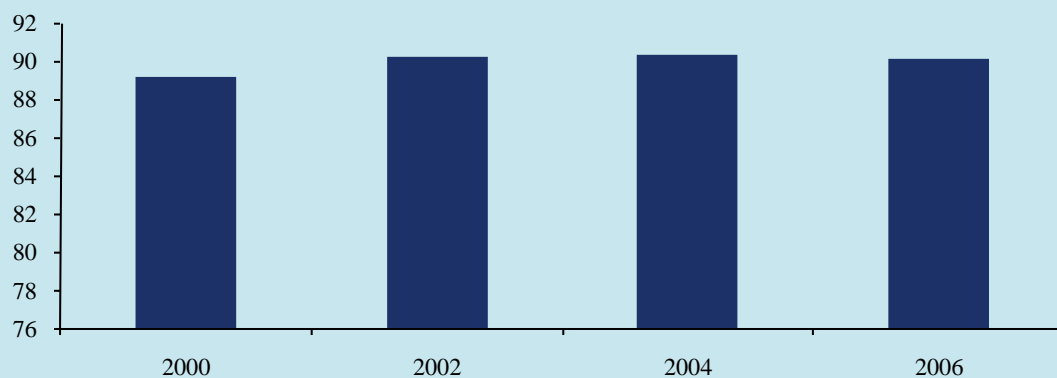


10.2 Patientoplevelt kvalitet

10.2.1 Udviklingen i overordnet patientoplevelt kvalitet

På landsplan har patienternes tilfredshed med indlæggelse på landets sygehuse været ca. 90 pct. i hele perioden fra 2000-2006, jf. figur 10.2. Tilfredshed måles som andel patienter, der har et godt eller virkelig godt samlet indtryk af indlæggelsen på et sygehus.

Figur 10.2 Andel patienter, der har et godt eller virkelig godt samlet indtryk af indlæggelsen på et sygehus, 2000-2006, pct.



Kilde: Patienters oplevelser på landets sygehuse 2000, 2002, 2004 og 2006, København: Enheden for Brugerundersøgelser.

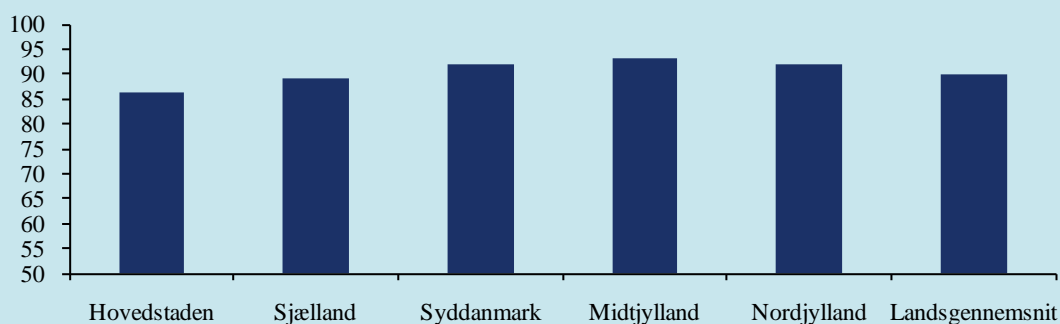
[Figurdata, klik her](#)

10.2.2 Overordnet patientoplevet kvalitet i regionerne

Der blev i 2006 opgjort patienttilfredshed for 62 sygehuse på landsplan. I gennemsnit havde ca. 90 pct. af patienterne i Danmark i 2006 et virkelig godt eller godt samlet indtryk af indlæggelsen på et sygehus, jf. figur 10.3. Seks sygehuse lå signifikant over landsgennemsnittet, mens 12 sygehuse lå under.

Fordelt på regioner har sygehuse i Region Midtjylland den højeste gennemsnitlige patienttilfredshed på ca. 93 pct., og Region Hovedstaden den laveste på ca. 86 pct. i 2006, jf. figur 10.3.

Figur 10.3 Andel patienter, der har et godt eller virkelig godt samlet indtryk af indlæggelsen på et sygehus, fordelt på regioner, 2006, pct.



Kilde: Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006, København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2007.

[Figurdata, klik her](#)

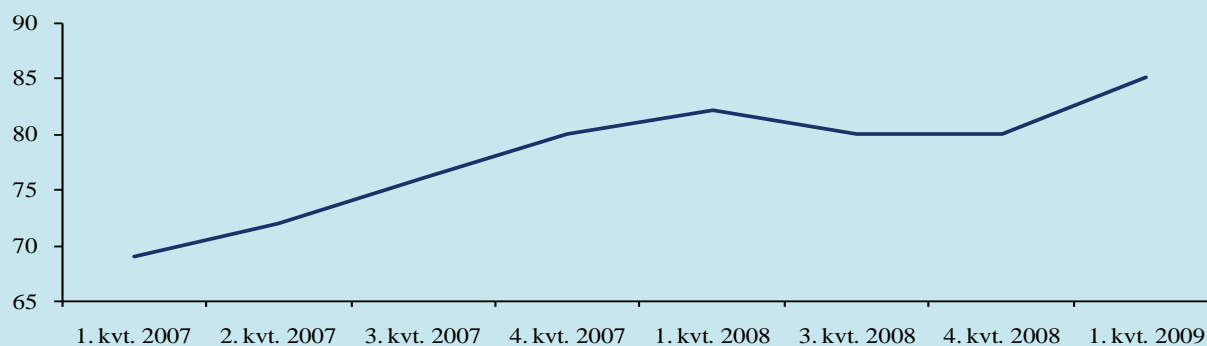
10.3 Organisatorisk kvalitet

10.3.1 Udviklingen i opfyldelse af kontaktpersonordning

Kontaktpersonordningen blev gennemført i 2004 og gjort obligatorisk i pr. 1. januar 2009. Ordningen indebærer, at alle patienter skal tilbydes en navngiven kontaktperson, hvis behandlingen strækker sig over mere end ét døgn. En kontaktperson kan være en læge, en sygeplejerske mv.

Der har været en stor fremgang i andelen af patienter, som er tilknyttet en kontaktperson. I første kvartal i 2007 var 69 pct. af patienterne tilknyttet en kontaktperson. I første kvartal 2009 var denne andel steget til 85 pct., jf. figur 10.4.

Figur 10.4 Andel af patienter under indlæggelse og i ambulante forløb på sygehuse med kontaktperson, 1. kvrt. 2007-1. kvrt. 2009, pct.



Kilde: Danske Regioner.

Anm.: Der foreligger ikke data for 2. kvartal 2008.

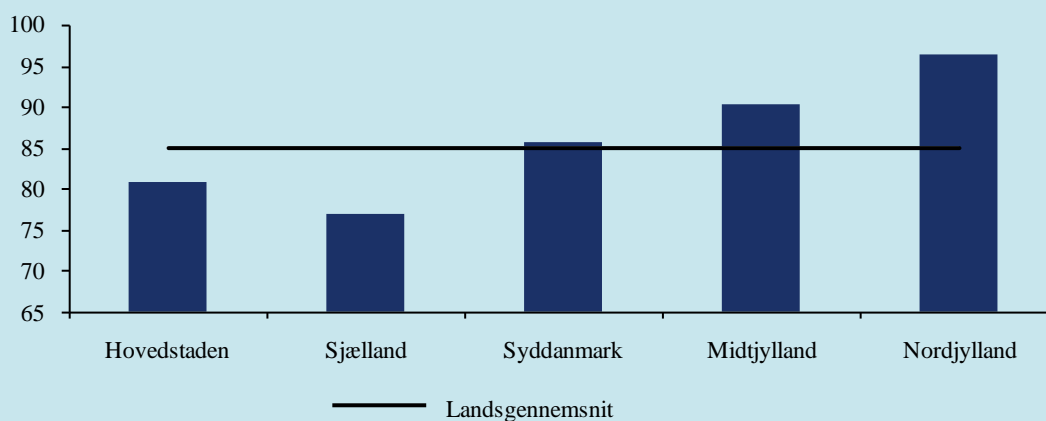
Tallene er baseret på stikprøver af patientjournaler på samtlige offentlige sygehuse. Såfremt det i patientjournalen er anført, at patienten er tilknyttet en eller flere navngivne kontaktpersoner, kategoriseres patienten som havende en kontaktperson.

[Figurdata, klik her](#)

10.3.2 Opfyldelse af kontaktpersonordning i regionerne

I Region Nordjylland havde 96 pct. af patienterne tilknyttet en kontaktperson i første kvartal 2009, hvilket er højere end de øvrige regioner. Region Sjælland havde den laveste opfyldelse af kontaktpersonordningen på 77 pct., jf. figur 10.5.

Figur 10.5 Andel af patienter under indlæggelse og i ambulante forløb på sygehuse med kontaktperson, regionsfordelt, 1. kvartal 2009, pct.



Kilde: Danske Regioner

Anm.: Tallene er baseret på stikprøver af patientjournaler på samtlige offentlige sygehuse. Såfremt det i patientjournalen er anført, at patienten er tilknyttet en eller flere navngivne kontaktpersoner, kategoriseres patienten som havende en kontaktperson. Dækningsgraden for Region Sjællands Sygehusvæsen er ikke opgivet og derfor ikke medtaget i beregningen for Region Sjælland

[Figurdata, klik her](#)

10.4 Klinisk kvalitet

10.4.1 Patientforløb i regionerne, der opfylder NIP-standarder

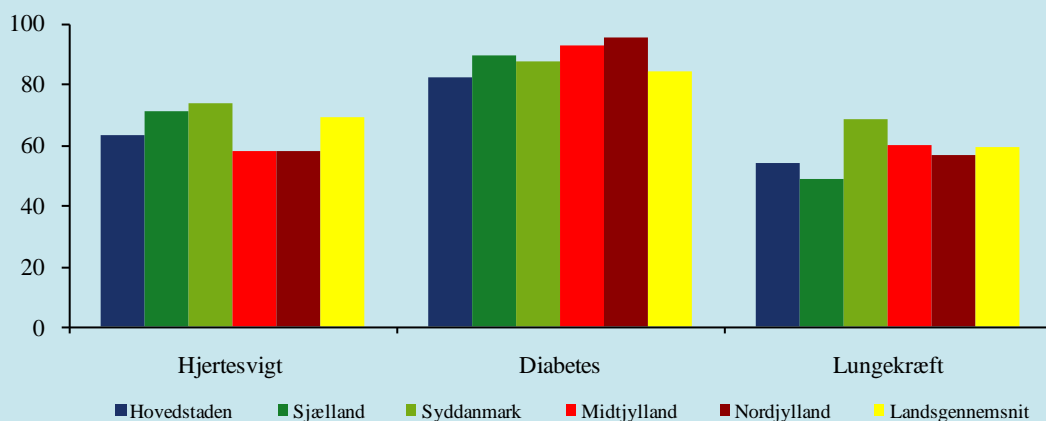
Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) har udviklet en række kvalitetsstandarder for behandlingen af et antal sygdomme. Standarder er det kvalitetsniveau, som sygehusafdelingerne skal stræbe efter at opnå. Et eksempel på en standard for behandlingen af hjertesvigt er, at mindst 90 pct. af patienterne bør have lavet en ultralydsundersøgelse af hjertet.

I behandlingen af hjertesvigt opfyldte i gennemsnit 69 pct. af patientforløbene på landsbasis de enkelte standarder. Målingen dækker perioden juli 2007 til juni 2008. Region Syddanmark havde den højeste gennemsnitlige opfyldelse på 74 pct. i samme periode, mens Region Midtjylland og Region Nordjylland havde den laveste på 58 pct., jf. figur 10.6.

I behandlingen af diabetes opfyldte i gennemsnit 84 pct. af patientforløbene på landsbasis de enkelte standarder. Målingen dækker perioden marts 2007 til februar 2008. Region Nordjylland havde den højeste opfyldelse på gennemsnitligt 95 pct. samme periode, mens Region Syddanmark havde den laveste på 88 pct.

I behandlingen af lungekræft opfyldte i gennemsnit 59 pct. af patientforløbene på landsbasis de enkelte standarder i 2007. Region Syddanmark havde den højeste opfyldelse på gennemsnitligt 68 pct. i 2007, mens Region Sjælland lå lavest med 48 pct.

Figur 10.6 Andel patientforløb, der opfylder de enkelte standarder, gennemsnit, pct.



Kilde: Sundhed.dk <http://www.sundhed.dk/> og egne beregninger.

Anm.: Tal fra Det Nationale Indikatorprojekt er anvendt (Hjertesvigt: Juli 07-juni 08, diabetes: Marts 07-februar 08, lungekræft: 2007). For Region Nordjylland er der kun opgjort 3 ud af 7 indikatorer, da der har været utilstrækkeligt datagrundlag for opgørelse af de andre 4 indikatorer.

Ang. standarder for hjertesvigt og lungekræft: Mortalitetssater er ikke medtaget.

[Figurdata, klik her](#)

10.4.2 HSMR dødelighedsmål i regionerne

Udviklingen i dødeligheden på sygehuse følges i forbindelse med Operation Life ved hjælp af metoden hospitalsstandardiseret mortalitetsratio (HSMR). HSMR er ny i Danmark, men er en internationalt anvendt og anerkendt metode, som er specifikt udviklet til at vurdere mortaliteten på enkelte sygehuse. Det er i Danmark frivilligt for sygehusene at deltage i Operation Life.

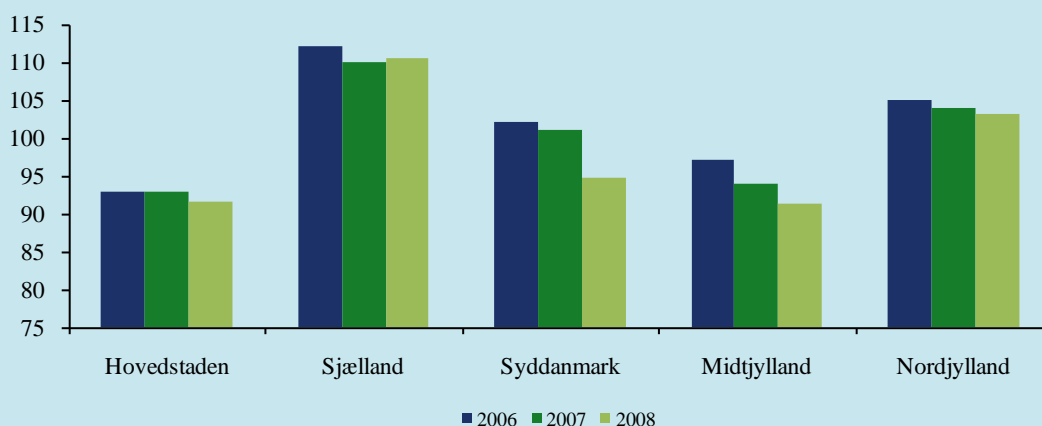
HSMR angiver antal dødsfald på et sygehus som procent af det ”forventede”. Det forventede antal dødsfald er dannet med udgangspunkt i basisåret 2006, hvor gennemsnittet er sat til 100 pct. Sygehuse, der ligger under 100 pct., er bedre end forventet, mens sygehuse der ligger over 100 pct. har en overdødelighed.

I beregningen af det forventede antal dødsfald indgår diagnose, alder, køn og indlæggelsesmåde (akut/planlagt) for de patienter, som har en af de diagnoser, som omfatter 80 pct. af alle dødsfald i hele sygehusvæsenet. I beregningen indgår *ikke* oplysninger om patientens sociale forhold, om patienten har andre sygdomme eller hvor syge, forskellige patienter med samme diagnose er.

På landsplan er HSMR faldet fra 100 pct. i 2006 til 96 pct. i 2008. Siden 2006 har der været 1510 færre dødsfald end forventet på sygehusene.

Samtlige regioner med undtagelse af Region Hovedstaden har haft et faldende antal dødsfald fra 2006 til 2007. I Region Hovedstaden har antallet af dødsfald været uændret på et niveau under 100, jf. figur 10.7. Fra 2007 til 2008 er antallet af dødsfald faldet for samtlige regioner med undtagelse af Region Sjælland, hvor antallet er steget med et enkelt procentpoint.

Figur 10.7 Antallet af dødsfald som procent af det "forventede" antal dødsfald, 2006-2008, pct.



Kilde: Operationlife.dk.

Anm.: Dødsfald beregnet ud fra 30-dages mortalitet. Det forventede antal dødsfald er dannet med udgangspunkt i basisåret 2006, hvor gennemsnittet er sat til 100 pct. I beregningen af det forventede antal dødsfald indgår diagnose, alder, køn og indlæggelsesmåde (akut/planlagt) for de patienter, som har en af de diagnoser, som omfatter 80 pct. af alle dødsfald i hele sygehusvæsenet.

[Figurdata, klik her](#)

11. Livsstil, sygelighed, levetid og dødelighed

Livsstil, sygelighed, levetid og dødelighed er tæt forbundet. Analyser af danskernes sygelighed og dødelighed peger ifølge Statens Institut for Folkesundhed entydigt på, at livsstil og levevilkår er væsentlige årsager til helbredsproblemer og for tidlig død. Derfor er danskernes livsstil væsentlig at inddrage sammen med sygelighed og dødelighed, når sundhedssektoren skal beskrives. Regeringen har nedsat en forebyggelseskommission, som primo 2009 skal komme med anbefalinger på forebyggelsesområdet.

Danskernes livsstil beskrives via udviklingen i risikofaktorerne kost, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og overvægt. Der er dog også en række andre faktorer, som er relevante i forhold til udviklingen i danskernes livsstil. Andre risikofaktorer, som indebærer betydelige omkostninger både for samfundet og for den enkelte, er bl.a. psykisk arbejdsbelastning, usikker sex, ulykker.

Faktorerne kan ikke ses isoleret fra hinanden, men må forstås som indbyrdes afhængige. Således afhænger en persons livsstil både af faktorer tæt på individet og af faktorer relateret til levevilkårene, eksempelvis uddannelse og arbejdsmiljø, der igen påvirkes af den måde, samfundet er organiseret på.

Sygeligheden blandt danskerne afspejler sig bl.a. i deres forbrug af sundhedsydelser og medicin. Raske borgere må f.eks. forventes at komme sjældnere på sygehusene og anvende mindre medicin end syge borgere. Derfor er sundhedsudgifter, medicinforbrug og sygehusbesøg udvalgt som indikatorer på sygelighed.

Hvad angår levetid og dødelig beskrives middellevetid, restlevetid, dødelighed samt nogle væsentlige dødsårsager. Det er regeringens mål, at danskernes levetid over den næste 10-års periode skal forlænges med tre år.

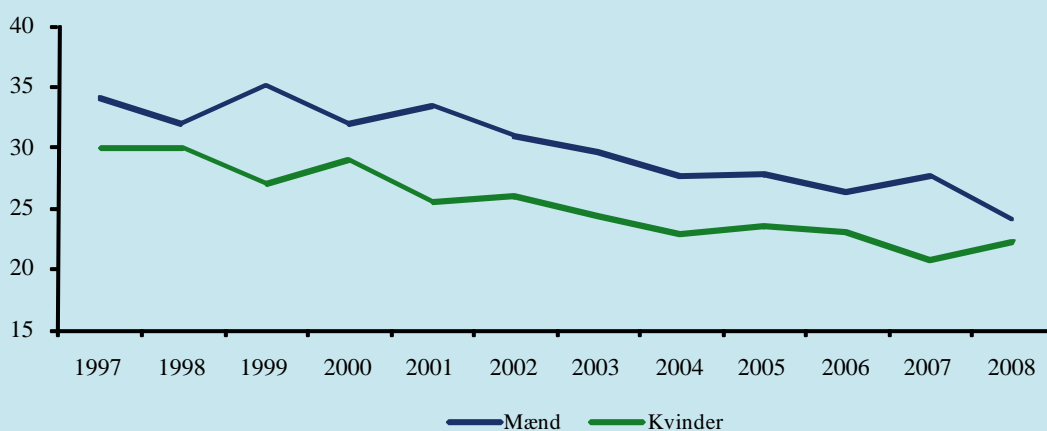
11.1 Livsstil

11.1.1 Udvikling i andel mænd og kvinder, der ryger dagligt

Andelen af mænd og kvinder der ryger, har været faldende fra 1997 til 2008, jf. figur 11.1.

I 2008 var andelen af daglige rygere blandt kvinder ca. 22 pct. og blandt mænd ca. 24 pct. 10 år tidligere lå niveauet på ca. 30 til 32 pct. Mens andelen af mænd, der ryger dagligt, er faldet fra 2007 til 2008, er andelen af kvinder, der ryger dagligt steget lidt.

Figur 11.1 Andel borgere, der ryger dagligt, 1997-2008, pct.



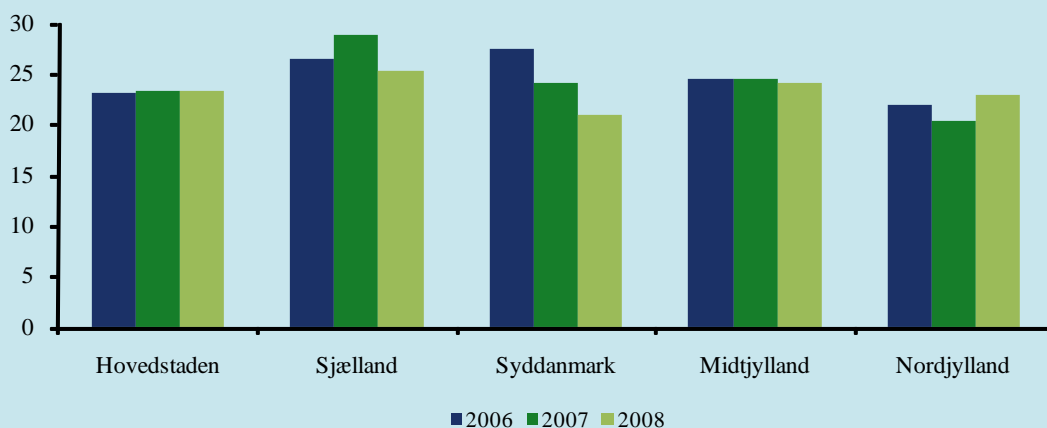
Kilde: Sundhedsstyrelsen, Monitorering af danskernes rygevaner.
[Figurdata, klik her](#)

11.1.2 Andel indbyggere i regionerne, der ryger dagligt

Region Syddanmark havde i 2008 den mindste andel borgere, der ryger dagligt, ca. 21 pct. I Region Sjælland røg omkring 25 pct. af borgerne dagligt, hvilket er den højeste andel, jf. figur 11.2.

De største fald i andelen af daglige rygere er sket i Region Syddanmark. Fra 2006 til 2008 er andelen af rygere blandt borgerne i regionen blevet nedbragt med over 6 procentpoint.

Figur 11.2 Andel borgere, der ryger dagligt, regioner, pct.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, Monitorering af danskernes rygevaner.
[Figurdata, klik her](#)

11.1.3 Udvikling i andel indbyggere, der er fysisk aktive i fritiden

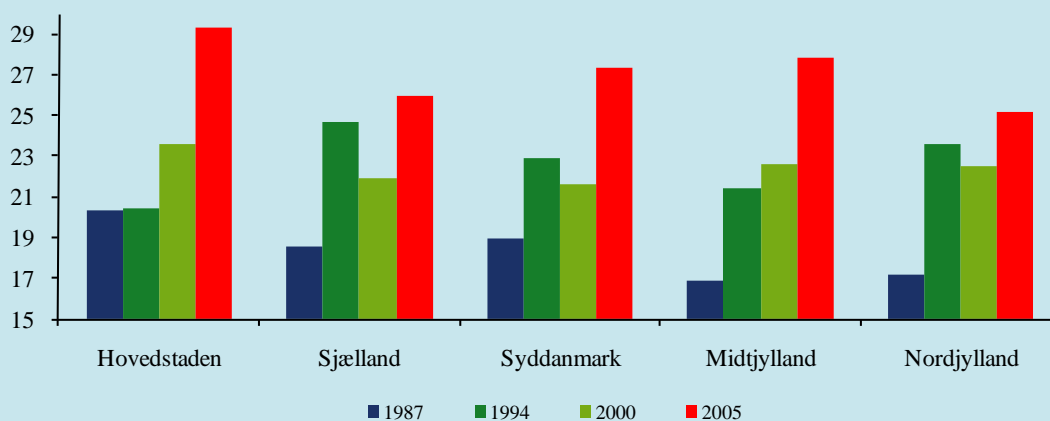
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive en halv time om dagen. For børn og unge er anbefalingen én time om dagen.

Andelen af fysisk aktive indbyggere var i 2005 højere end i 1987 i samtlige regioner, jf. figur 11.3.

Især Region Midtjylland har oplevet en markant fremgang siden 1987 med en ændring i andelen af fysisk aktive fra 17 pct. i 1987 til 28 pct. i 2005. Region Hovedstaden havde i 2005 den største andel fysisk aktive indbyggere på 29 pct.

I Region Sjælland, Syddanmark og Nordjylland skete der et fald i andelen af fysisk aktive borgere fra 1994 til 2000. Imidlertid var andelen af fysisk aktive i 2005 steget til over niveauet fra 1994.

Figur 11.3 Andel indbyggere, der er fysisk aktive i deres fritid (moderat eller hård fysisk aktivitet), pct.



Kilde: SUSY-databasen, Statens Institut for Folkesundhed.

Anm.: Køns- og aldersstandardiserede forekomster.

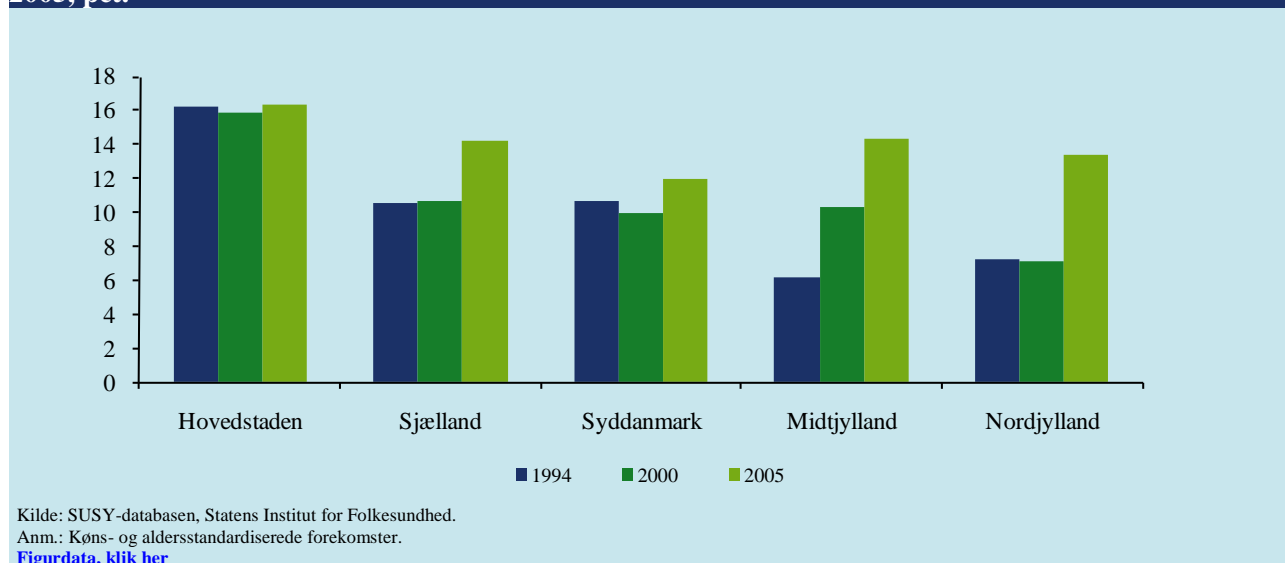
[Figurdata, klik her](#)

11.1.4 Udvikling i andel indbyggere i regionerne, som har overskredet genstandsgrænsen

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder og mænd højest drikker henholdsvis 14 og 21 genstande om ugen.

I Region Syddanmark havde 12 pct. af borgerne overskredet den anbefalede grænse inden for den sidste uge i 2005, hvilket er lavere end de øvrige regioner, jf. figur 11.4. 16 pct. af Region Hovedstadens borgere havde overskredet den anbefalede grænse i 2005, hvilket er højere end de øvrige regioner. Niveaulet i såvel Region Hovedstaden som Region Syddanmark har været forholdsvis uændret siden 1994, mens der er sket en stigning i de øvrige regioner.

Figur 11.4 Andel indbyggere, der har overskredet genstandsgrænsen inden for den sidste uge, 1994-2005, pct.



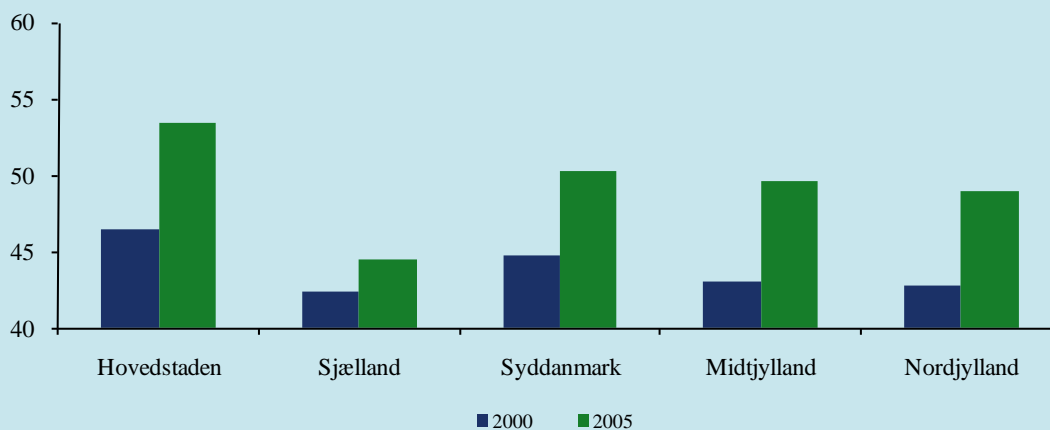
11.1.5 Udvikling i andel indbyggere, der mindst en gang dagligt indtager frugt

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man dagligt spiser mindst 600 gram frugt og grønt.

I samtlige regioner er der fra 2000 til 2005 sket en stigning i andelen af borgere, der spiser frugt dagligt. I 2005 spiste 53 pct. af indbyggerne i Region Hovedstaden frugt dagligt, hvilket er højere end de øvrige regioner. Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland har haft en relativ stigning i andelen fra 2000 til 2005 på ca. 15 pct., jf. figur 11.5.

Region Sjælland havde i 2005 den mindste andel indbyggere, der spiser frugt dagligt på 45 pct.. Stigningen i denne region fra 2000 til 2005 har været på ca. 5 pct., hvilket ligeledes er mindre end de øvrige regioner.

Figur 11.5 Andel indbyggere, der dagligt eller flere gange dagligt spiser frugt, 2003-2005, pct.



Kilde: SUSY-databasen, Statens Institut for Folkesundhed.
Anm.: Køns- og aldersstandardiserede forekomster.
[Figurdata, klik her](#)

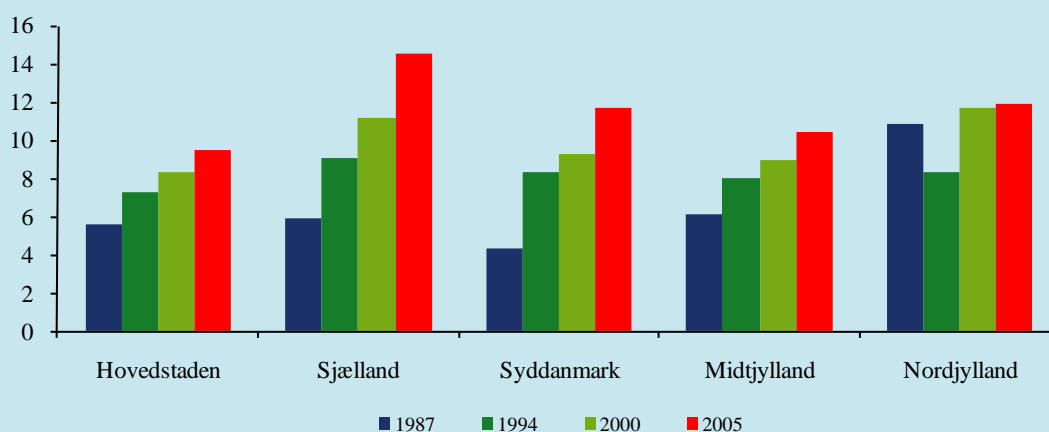
11.1.6 Udvikling i andel svært overvægtige indbyggere i regionerne

Antallet af svært overvægtige er defineret som personer med et Body Mass Index (BMI) på minimum 30 kg/m².

Region Hovedstaden havde den mindste andel svært overvægtige borgere på 10 pct. i 2005. Region Sjælland havde den største andel svært overvægtige på 15 pct., jf. figur 11.6.

Andelen af svært overvægtige indbyggere har været stigende i samtlige regioner i perioden 1987 til 2005. Udviklingen i Region Nordjylland har dog ikke vist helt samme billede som de resterende regioner. Her har andelen af svært overvægtige (med undtagelse af et fald i 1994) ligget på et nogenlunde stabilt, men relativt højt niveau.

Figur 11.6 Andel svært overvægtige indbyggere (BMI \geq 30), 1987-2005, pct.



Kilde: SUSY-databasen, Statens Institut for Folkesundhed.

Anm.: Køns- og aldersstandardiserede forekomster.

[Figurdata, klik her](#)

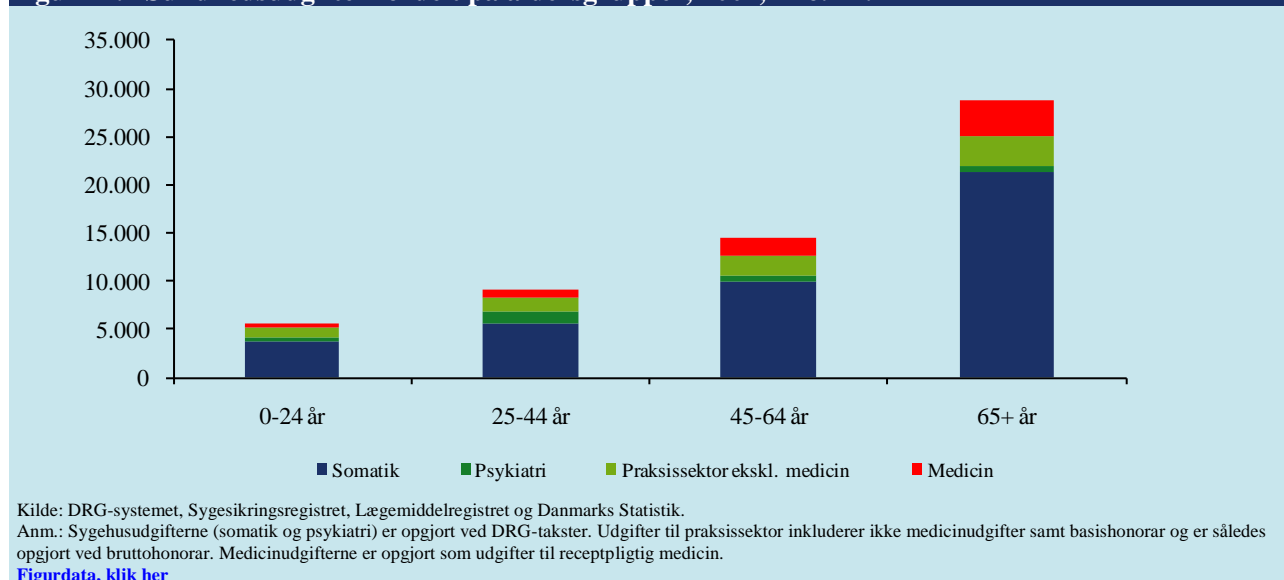
11.2 Sygelighed

11.2.1 Sundhedsudgifter fordelt på aldersgrupper

Den ældre del af befolkningen (personer på 65 år og derover) står for omkring halvdelen af de samlede sundhedsudgifter i Danmark. Udgifterne til somatik, psykiatri, praksissektor ekskl. medicin og medicin stiger alle jævnt med alderen, jf. figur 11.7.

Sammensætningen af udgifterne til de forskellige aldersgrupper er lidt forskellig. Psykiatri og praksissektor ekskl. medicin udgør en relativt større andel af udgifterne til de yngre aldersgrupper, mens somatik og medicin udgør en relativt større andel af udgifterne til de ældre aldersgrupper. I alle aldersgrupper er det dog somatik, som er den største udgiftspost.

Figur 11.7 Sundhedsudgifter fordelt på aldersgrupper, 2007, mio. kr.

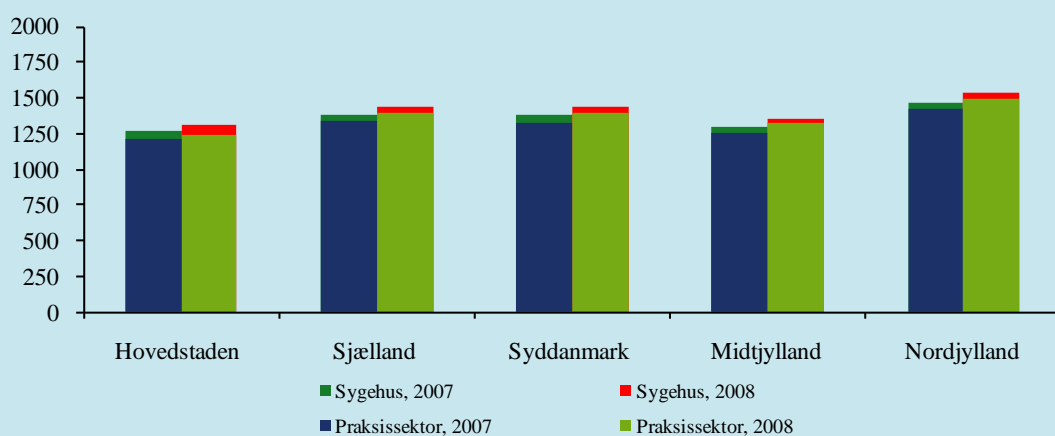


11.2.2 Lægemedelforbrug i regionerne7

Langt den største del af medicinforbruget sker i den primære sundhedssektor, jf. figur 11.8. Borgerne i Region Hovedstaden havde i både 2007 og 2008 det laveste medicinforbrug, mens borgerne i Region Nordjylland havde det største.

For at kunne opgøre lægemiddelsalget i mængder benyttes den af WHO fastsatte definerede døgndosis (DDD). Den definerede døgndosis for et lægemiddel fastsættes ud fra en antaget gennemsnitsdosis pr. døgn for en voksen person, som får lægemidlet som primær behandling. Den definerede døgndosis giver som måleenhed mulighed for at sammenligne forskellige præparater uafhængigt af pris og styrkeniveau. For enkelte præparater er der ikke fastsat en defineret døgndosis. Disse præparater indgår ikke i opgørelsen.

Figur 11.8 Lægemedelforbrug i regionerne, 2007-2008, DDD pr. 1.000 indbyggere



Kilde: Lægemedelstyrelsen.

Anm.: DDD=definerede døgndosis. Især på sygehuse anvendes ofte præparattyper uden DDD-værdi.

[Figurdata, klik her](#)

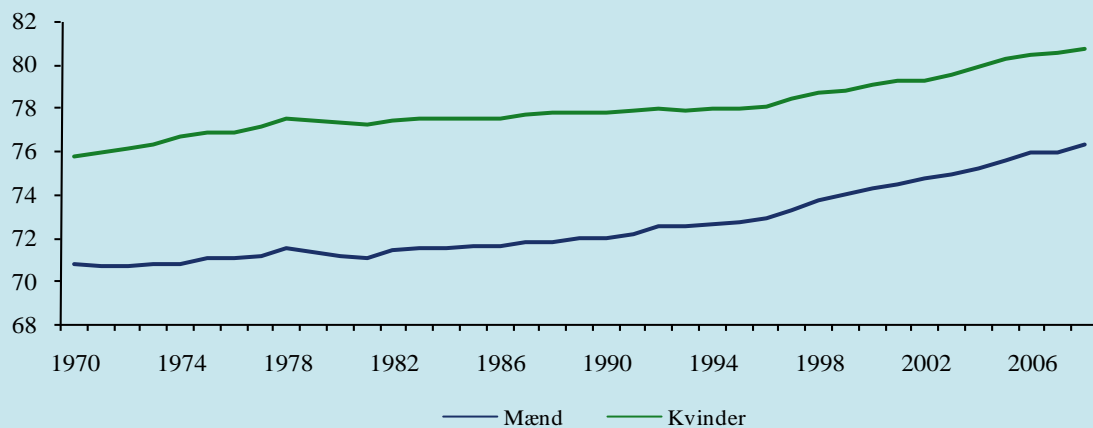
Levetid og dødelighed

11.2.3 Udviklingen i mænd og kvinders middellevetid

Middellevetid er en opgørelse af, hvor længe et nyfødt barn kan forvente at leve. Middellevetiden har i Danmark været stadigt stigende siden 1970, jf. figur 11.9.

Efter en periode med mindre stigninger i middellevetiden har der siden 1996 igen været pæne vækstrater i middellevetiden. Desuden er forskellen i middellevetid for kvinder og mænd blevet stadig mindre. Middellevetiden i Danmark var i 2008 på 80,7 og 76,3 år for henholdsvis kvinder og mænd. Den gennemsnitlige middellevetid er fra 2007 til 2008 steget med 0,3 år.

Figur 11.9 Middellevetid ved fødsel efter køn, 1970-2008, antal leveår



Kilde: Danmarks Statistik. (Statistikbanken.dk, tabel HISB7).
[Figurdata, klik her](#)

11.2.4 Udviklingen i mænd og kvinders restlevetid

Restlevetiden udtrykker, hvor mange år en person med en given alder kan forvente at leve yderligere. En gennemsnitlig kvinde på 50 år kunne i 2008 forvente at leve yderligere 32,1 år og ville dermed blive 82,1 år gammel.

Restlevetiden for begge køn og samtlige aldersgrupper har været stigende siden 1999. Kvinder kan fortsat forvente at leve markant længere end mænd.

Tabel 11.1 Restlevetid efter alder og køn, 1999-2008, antal år

Køn	Alder	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mænd	0 år	74,0	74,3	74,5	74,7	74,9	75,2	75,6	75,9	76,0	76,3
	50 år	26,8	27,0	27,2	27,3	27,5	27,7	28,1	28,2	28,3	28,6
	65 år	14,9	15,0	15,2	15,3	15,5	15,7	16,0	16,2	16,3	16,5
	85 år	4,8	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	5,0	5,1	5,1	5,2
Kvinder	0 år	78,8	79,0	79,2	79,2	79,5	79,9	80,2	80,4	80,5	80,7
	50 år	30,6	30,7	30,9	31,0	31,1	31,5	31,8	31,9	31,9	32,1
	65 år	18,1	18,1	18,2	18,2	18,4	18,7	19,0	19,0	19,1	19,3
	85 år	6,1	6,1	6,1	6,0	6,0	6,2	6,3	6,3	6,3	6,3

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken.dk, tabel HISB8).

11.2.5 Udviklingen i mænd og kvinders dødelighed

Det samlede antal dødsfald er steget en smule fra 2000 til 2002, hvorefter det er faldet til et niveau på ca. 55.000 dødsfald årligt, jf. Tabel 11.2. Særligt har der været et markant fald i antal dødsfald i aldersgrupperne 0 år, 15-24 år og 25-34 år.

Tabel 11.2 Antal dødsfald for mænd og kvinder efter aldersgrupper, 2000-2007								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0 år	335	303	271	276	272	285	221	256
1-9 år	84	117	94	101	94	75	71	80
10-14 år	42	47	36	43	50	29	39	38
15-24 år	315	250	287	245	257	222	239	251
25-34 år	496	471	538	454	441	419	378	397
35-44 år	1.154	1.179	1.227	1.134	1.172	979	1.082	1.055
45-54 år	3.041	3.012	2.966	2.973	2.865	2.770	2.770	2.895
55-64 år	6.012	6.042	6.180	6.290	6.280	6.161	6.514	6.591
65-74 år	11.155	10.913	10.818	10.542	10.095	9.873	9.961	9.909
75+ år	34.570	35.298	35.980	35.320	34.111	33.899	33.943	34.132
Total	57.204	57.632	58.397	57.378	55.637	54.712	55.218	55.604

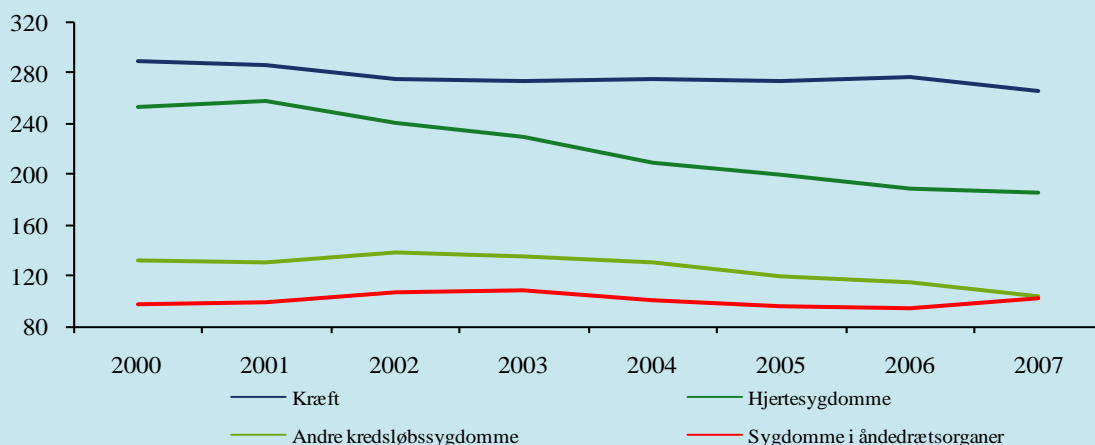
Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Dødsårsagsregisteret 2002-2006". 2007-tal fra Dødsårsagsregisteret (foreløbige tal)
Anm.: Antallet af dødsfald er angivet i absolutte tal.

11.2.6 Udviklingen i dødeligheden for de fire mest dødelige sygdomme

I perioden 2000 til 2007 er der sket et markant fald i antallet af dødsfald pga. hjertesygdomme, jf. figur 11.10. Faldet er på ca. 27 pct., hvilket er højere end det totale fald i antallet af dødsfald på 9 pct. (målt i aldersstandardiserede rater).

Kræft var i 2007 den hyppigste dødsårsag, mens hjertesygdomme var den næstmest hyppige dødsårsag. Andre kredsløbssygdomme og sygdomme i åndedrætsorganer var lige hyppige dødsårsager i 2007.


Figur 11.10 Antal dødsfald som følge af de fire hyppigste dødsårsager, 2000-2007, pr. 100.000 indb.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Dødsårsagsregisteret 2002-2006". 2007-tal fra Dødsårsagsregisteret (foreløbige tal)

Anm.: Dødelighedsraterne er opgjort som aldersstandardiserede rater for mænd og kvinder pr. 100 000 indbyggere med befolkningen i år 2000 som reference.

[Figurdata, klik her](#)



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Tlf. 72 26 90 00
Fax 72 26 90 01