

4. juli 2019: Analysen er opdateret, idet der er anvendt en alternativ metode til at opgøre de offentlige udgifter i faste priser. I den oprindelige version var de faste priser beregnet på et ret overordnet niveau og for årene efter 2008 med prisindeks delvist baseret på produktionen opgjort efter *outputmetoden*, hvor det er den producerede mængde, der opgøres. I denne version anvendes i stedet *inputmetoden*, som kan anvendes for hele perioden siden 2000 og som vurderes at være mere præcis, når fokus er på at beskrive udviklingen i de økonomiske ressourcer, der er tilført til dækning af udgifterne på et område. Ved inputmetoden beregnes de faste priser ud fra prisudviklingen i input til produktionen, som fx løn og køb af varer og tjenester. Det betyder også, at fastprisberegningen er foretaget, så der både tages hensyn til, at prisudviklingen kan være forskellig for forskellige udgiftstyper, men også alt efter inden for hvilken del af den offentlige sektor udgiften bliver afholdt. Den ændrede metode ændrer ikke analysens konklusion om, at de offentlige udgifter til sundhed er steget markant mere end de samlede offentlige udgifter.

## De offentlige sundhedsudgifter er steget markant mere end de øvrige offentlige udgifter siden 2000

Af Martin Rasmussen og Louise Kristensen

**Et godt sundhedsvæsen er vigtigt for mange danskere, og sundhedsområdet fylder meget i den offentlige debat. Samtidig er området blevet opprioriteret gennem flere år, så sundhedsudgifterne i dag udgør en større andel af de offentlige udgifter end tidligere.**

**Denne analyse ser nærmere på udviklingen i sundhedsudgifterne. Hvad går pengene til, og hvorfor er udgifterne steget? Sundhedsudgifterne i Danmark sammenlignes også med niveauet og udviklingen i andre lande.**

---

### Analysens hovedkonklusioner:

- Fra 2000 til 2017 er de offentlige sundhedsudgifter i Danmark steget med 46 pct. i faste priser. Det er markant mere end de samlede offentlige udgifter, som er steget med 15 pct.
- Sundhedsudgifterne pr. indbygger er øget med 35 pct. i faste priser siden 2000.
- Antallet af ambulante behandlinger og indlæggelser på hospitalerne er steget med henholdsvis 34 og 17 pct. fra 2008 til 2017, mens antallet af sengedage er faldet med 18 pct. på trods af flere indlæggelser.
- Fuldtidsbeskæftigelsen i det offentlige sundhedsvæsen er steget med 18.000 siden 2008 til et niveau på 184.000 fuldtidsbeskæftigede i 2017. Beskæftigelsen inden for de øvrige offentlige serviceområder (såsom social beskyttelse, undervisning og forsvar) har enten været faldende eller stort set uændret.
- Ligesom Danmark bruger de fleste andre EU-lande en større andel af BNP på sundhedsområdet end i 2000. De samlede (offentlige og private) sundhedsudgifter i Danmark er øget fra 7,9 pct. i 2000 til 9,8 pct. i 2016. Kun Grækenland og Ungarn brugte i 2016 en mindre del af BNP på sundhed end i 2000.

#### Kontakt:

Martin Rasmussen  
mra@dst.dk  
39 17 35 29

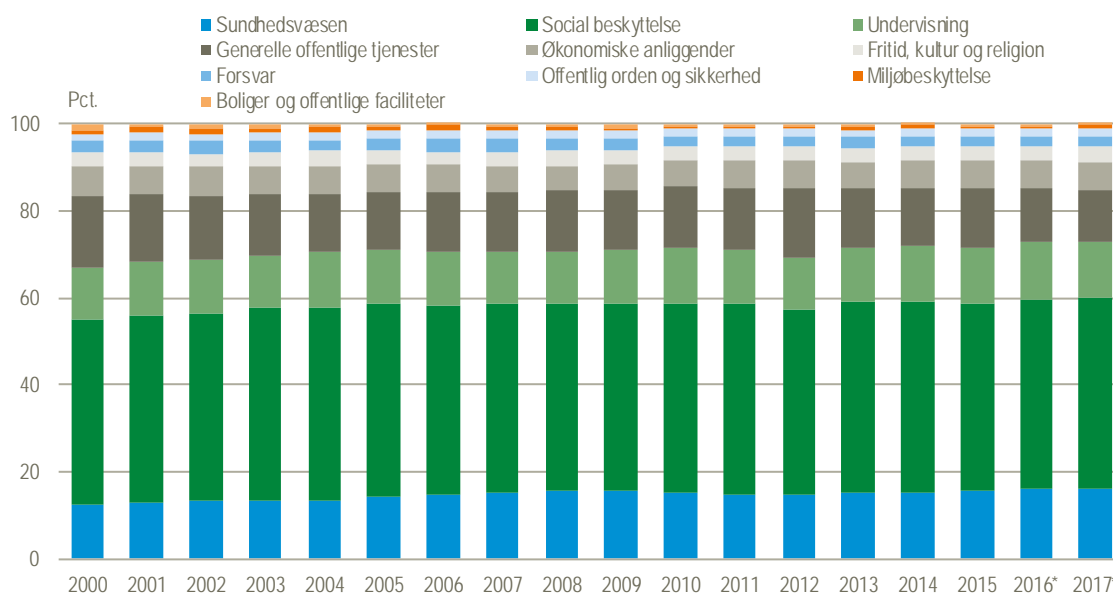
Louise Kristensen  
lek@dst.dk  
39 17 34 51

## Fordelingen af de offentlige udgifter har været nogenlunde konstant siden 2000

De samlede offentlige udgifter i Danmark var i 2017 på 1.114 mia. kr. Heraf gik 487 mia. kr. til social beskyttelse (fx pensioner, uddannelsesstøtte og kontanthjælp), mens sundhedsvæsenet og undervisningsområdet stod for udgifter på henholdsvis 182 mia. kr. og 141 mia. kr., jf. en opgørelse af de offentlige udgifter efter den såkaldte COFOG-fordeling (læs mere i boks 1).

Det betyder, at udgifterne til social beskyttelse i 2017 udgjorde 44 pct. af de samlede offentlige udgifter, mens de offentlige sundhedsudgifter udgjorde 16 pct., og udgifterne til undervisning udgjorde 13 pct. Fordelingen på de forskellige områder er forholdsvis konstant over tid, men der er en stigning i sundhedsudgifternes andel fra 13 pct. til 16 pct., mens andelen af udgifter til generelle offentlige tjenester er faldet, jf. figur 1.

Figur 1 De offentlige udgifter i Danmark fordelt efter COFOG



Kilde: statistikbanken.dk/OFF29.

## De offentlige sundhedsudgifter er steget mere end de øvrige offentlige udgifter

Selvom fordelingen af de offentlige udgifter mellem de fleste områder har været forholdsvis konstant de seneste årtier, er der alligevel forskel på udviklingen i udgifterne til enkelte områder.<sup>1</sup>

De samlede offentlige udgifter er steget med 15 pct. fra 2000 til 2017 (målt i 2010-priser<sup>2</sup>), jf. figur 2. Stigningen skyldes blandt andet, at udgifterne til social beskyttelse er steget med 20 pct. Udgifterne til social beskyttelse steg i forbindelse med finanskrisen, og selvom det går bedre i dansk økonomi, ligger disse udgifter i 2017 på samme niveau som i 2010. Det skyldes særligt et stigende antal personer, som modtager folkepension og tjenestemandspension.

De generelle offentlige tjenester (fx skatte- og finansvæsen, udenrigstjenesten og økonomisk bistand til udlandet) er omvendt faldet med 12 pct. siden 2000 på trods af, at de voksede fra 2005 til 2012. Faldet siden 2012 skyldes særligt faldende renteudgifter i relation til den offentlige gæld.

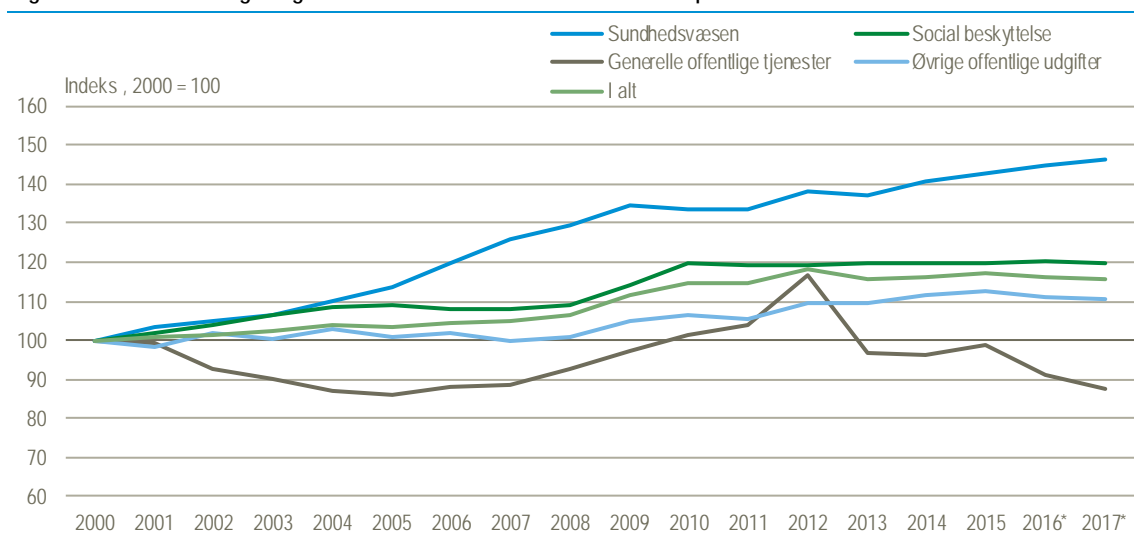
Med en stigning på 46 pct. står sundhedsudgifterne for den højeste vækst, og de har været stigende i stort set hele perioden. Sundhedsudgifterne påvirkes ikke som socialområdet af kon-

<sup>1</sup> Det er kun de direkte offentlige udgifter, som er inkluderet, og ikke skattefradrag for fx private forsikringsordninger.

<sup>2</sup> Beregningen i faste priser er i denne analyse foretaget med henblik på at beskrive udviklingen i de økonomiske ressourcer, der er tilført et område. Udgiftskomponenter, der medgår til offentlig produktion er deflateret med det implicite prisindeks for offentligt forbrug i nationalregnskabet, som fremkommer ved en inputberegning. Offentlige investeringer er deflateret med de implicite prisindeks for de branchevise bruttoinvesteringer i nationalregnskabet. Øvrige udgifter, som hovedsageligt er overførselsindkomster og renter, er deflateret med forbrugerprisindekset. Læs mere om input- og outputmetoden i fastprisberegningerne af det offentlige individuelle forbrug [her](#).

junkturene, hvor fx et fald i beskæftigelsen vil øge udgifterne. Sundhedsudgifterne bliver i stedet påvirket af fx ændringer i folketallet og antallet af ældre.<sup>3</sup>

Figur 2 De offentlige udgifter i Danmark fordelt efter COFOG. 2010-priser



Kilde: Tallene er opgjort i 2010-priser med udgangspunkt i statistikbanken.dk/OFF29.

### Boks 1. Udgifter til sundhedsvæsenet

I denne analyse er de offentlige udgifter fordelt efter den såkaldte COFOG-fordeling. Formålet med COFOG (classification of the functions of government) er at belyse de offentlige udgifter fordelt på socioøkonomiske målsætninger. COFOG giver således overblik over, hvad de offentlige udgiftskroner bruges til og dermed de overordnede udgiftsmæssige prioriteringer inden for offentlig forvaltning og service. COFOG er en international standard, som kan bruges til at sammenligne og analysere forskellige landes offentlige udgiftsstruktur.

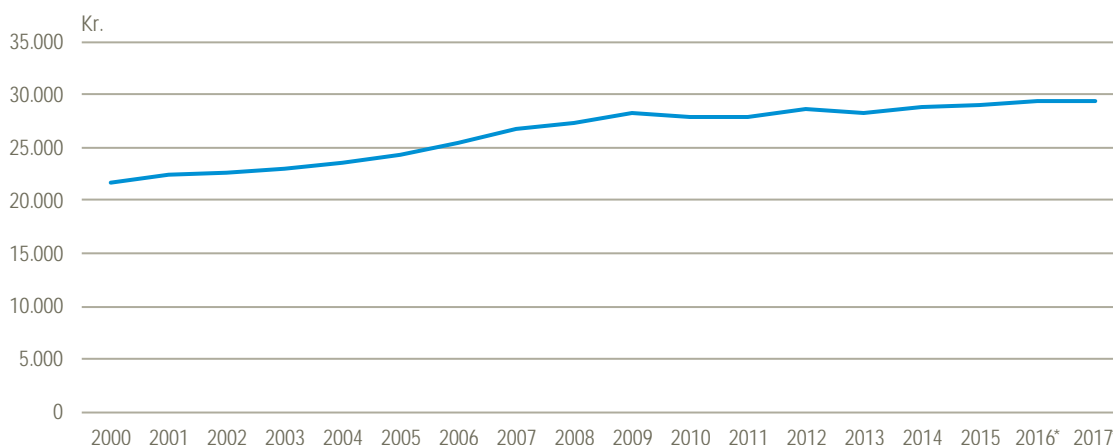
Ifølge COFOG-fordelingen omfatter udgifterne til sundhedsvæsenet blandt andet ambulans behandling (fx almen praktiserende læge og speciallæge), hospitalstjenester (inklusive pleje- og rekonvalescenthjem) samt sundhedsrelateret forskning og udvikling.

### Sundhedsudgifterne pr. indbygger er steget med 35 pct. siden 2000

Antallet af indbyggere i Danmark er stigende, men væksten i befolkningen forklarer kun en mindre del af stigningen i sundhedsudgifterne. De offentlige sundhedsudgifter pr. indbygger (i 2010-priser) er nemlig steget med 35 pct. siden 2000, jf. figur 3. Det betyder, at området har fået tilført markant flere ressourcer, selv når der ses bort fra befolkningstilvæksten og prisudviklingen i perioden.

<sup>3</sup> Læs mere om mulige årsager til stigningen i sundhedsudgifterne i *Dansk Økonomi - Efterår 2009* af De Økonomiske Råd og om betydningen af befolkningssammensætningen i rapporten *Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste?* af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, december 2018.

Figur 3 Sundhedsudgifter pr. indbygger i Danmark. 2010-priser



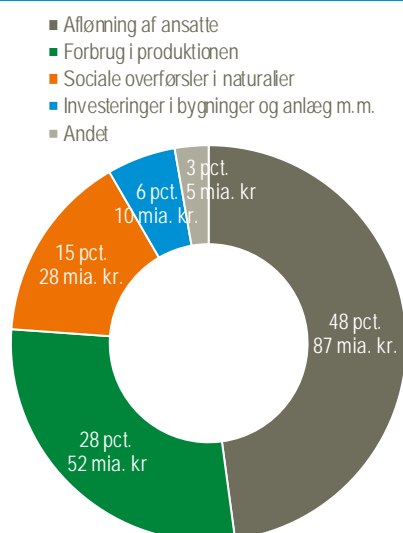
Kilde: Tallene er opgjort i 2010-priser med udgangspunkt i [statistikbanken.dk/OFF29](http://statistikbanken.dk/OFF29).

### Stor stigning i investeringerne

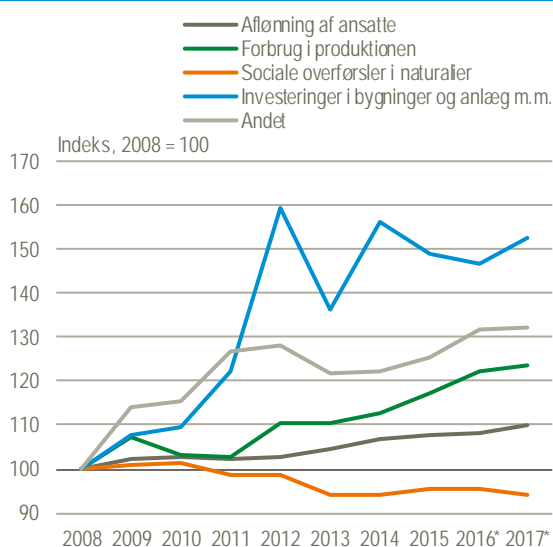
Den tungeste driftsudgift på sundhedsområdet er løn til de ansatte, jf. figur 4. Udgifter til løn udgør 48 pct. af de samlede udgifter i 2017, mens indkøb af varer og tjenester som indgår i sundhedstjenesterne (forbrug i produktionen) med 28 pct. er den næststørste post. For de samlede offentlige udgifter udgør aflønning af ansatte 30 pct., så sundhedsområdet er altså forholdsvis lønintensivt.<sup>4</sup>

Udgifterne til løn og forbrug i produktionen er vokset med henholdsvis 10 pct. og 24 pct. fra 2008 til 2017 (i faste priser), jf. figur 5. Investeringerne i bygninger og anlæg mv. er derimod vokset med 52 pct., hvilket blandt andet skal ses i sammenhæng med anlægningen af de nye supersygehuse. Til sammenligning steg de samlede offentlige investeringer i bygninger og anlæg mv. kun med lidt over 26 pct. i samme periode.<sup>5</sup>

Figur 4 Udgifter til sundhedsområdet i 2017.  
Løbende priser



Figur 5 Udvikling i udgifterne til sundhedsområdet.  
2010-priser



Kilde: Tallene i 2010-priser er opgjort med udgangspunkt i [statistikbanken.dk/OFF25](http://statistikbanken.dk/OFF25).

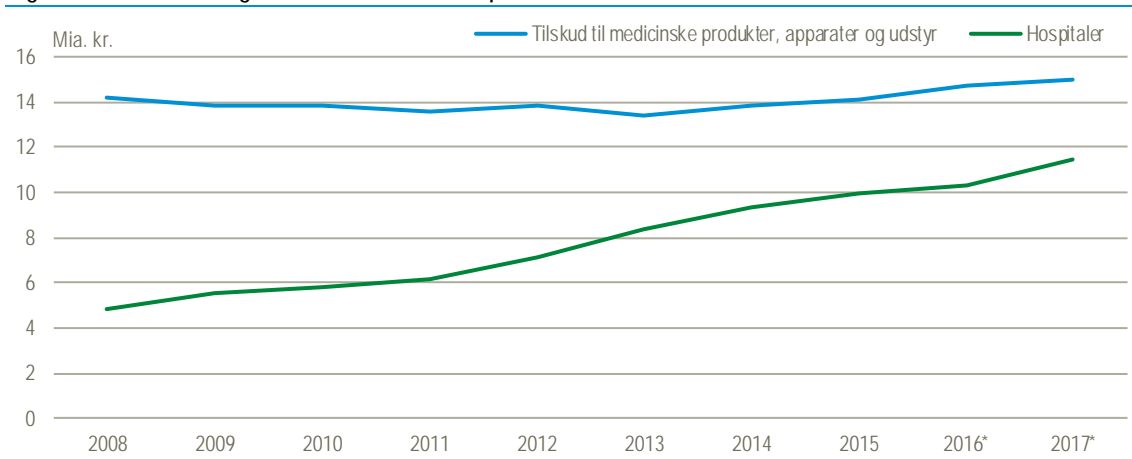
Det skal bemærkes, at praktiserende læger og speciallæger mv. typisk arbejder som selvstændige. Det betyder, at udgifter til lægebesøg mv. indgår i *sociale overførsler i naturalier* og ikke i *aflønning af ansatte*. *Forbrug i produktion* inkluderer fx køb af medicinsk udstyr, vask af sengetøj og udgifter til medicin.

<sup>4</sup> Kilde: [statistikbanken.dk/OFF25](http://statistikbanken.dk/OFF25).

<sup>5</sup> Kilde: [statistikbanken.dk/OFF3](http://statistikbanken.dk/OFF3).

Udgifterne til medicin på hospitalerne er steget med mere end 6 mia. kr. til 11 mia. kr. fra 2008 til 2017 (i 2010-priser). Det offentlige yder tilskud til privatpersoners køb af *medicinske produkter, apparater og udstyr*, hvoraf tilskud til medicin er den største enkeltpost. Disse udgifter er i 2017 ca. 0,8 mia. kr. højere end i 2008 (i 2010-priser), jf. figur 6. Medicin, som anvendes på sygehusene, er fuldt ud finansieret af det offentlige, mens folks private medicinudgifter kun delvis støttes af det offentlige.

Figur 6 Medicinudgifter mv. i Danmark. 2010-priser



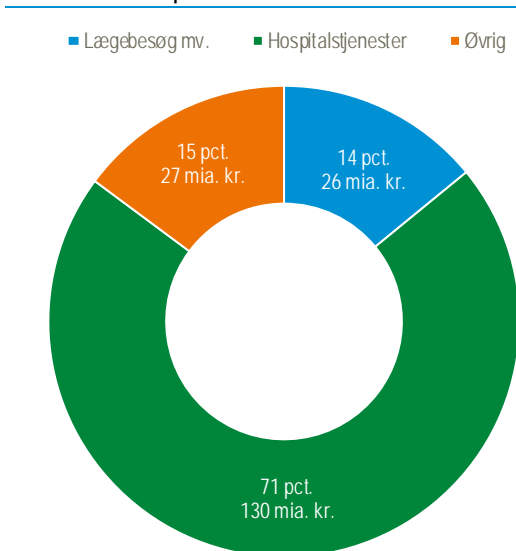
Kilde: Tallene i 2010-priser er opgjort med udgangspunkt i [statistikbanken.dk/OFF29](http://statistikbanken.dk/OFF29) samt særudtræk fra statistikken over regionernes regnskaber.

### Vækst i både lægebesøg og hospitalstjenester

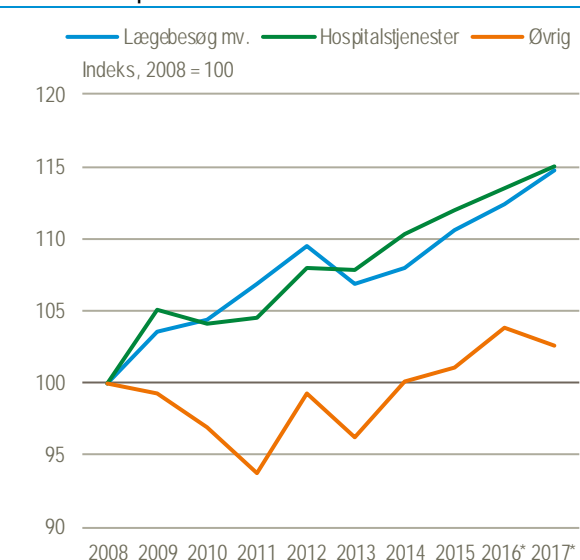
71 pct. af sundhedsudgifterne går til hospitalstjenester, hvilket inkluderer både indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehusene, jf. figur 7.

De offentlige udgifter til både hospitalstjenester og lægebesøg mv. er steget med 15 pct. fra 2008 til 2017, jf. figur 8.

Figur 7 Udgifter til sundhedsområdet i 2017. Løbende priser



Figur 8 Udvikling i udgifterne til sundhedsområdet. 2010-priser



Anm.: Øvrig omfatter især medicinske produkter, apparater og udstyr samt F&U inden for sundhedsvæsenet. Lægebesøg mv. er ambulante behandlinger hos alment praktiserende læge, speciallæge, tandbehandling samt paramedicinske tjenesteydelser.

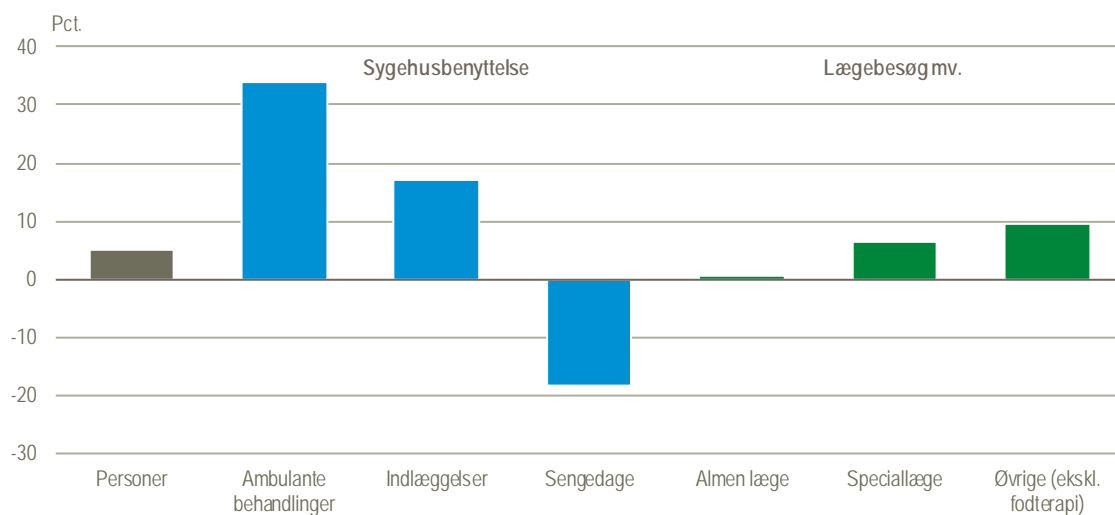
Kilde: Tallene i 2010-priser er opgjort med udgangspunkt i [statistikbanken.dk/OFF29](http://statistikbanken.dk/OFF29).

De stigende udgifter til sundhedsvæsenet afspejler sig også i den produktion, der kan måles i form af flere ambulante behandlinger, indlæggelser og lægebesøg mv., jf. figur 9.

Fra 2008 til 2017 er befolkningen vokset med 5 pct. I samme periode er såvel ambulante behandlinger på hospitalerne<sup>6</sup> samt antallet af indlæggelser vokset med henholdsvis 34 og 17 pct. På trods af flere indlæggelser er antallet af sengedage faldet med 18 pct.

Hvis man vender blikket mod besøg hos almene læger, speciallæger mv., har væksten hos de almene læger været mindre end befolkningsvæksten, mens antallet af besøg hos speciallæger og øvrige er vokset en anelse mere.

Figur 9 Procentvis vækst i sygehusbenyttelse og lægebesøg mv. fra 2008 til 2017



Anm.: Tallene vedrørende sygehusbenyttelse omfatter personer med bopæl i Danmark 1. januar i 2008 og 2017. Det vil sige, at personer født eller indvandret i løbet af året ikke er medregnet. Afgrænsningen af ambulante patienter (og deres behandlinger) er fra 2014 foretaget ved patienttype lig med ambulante patienter og indlæggelsesmåde lig med ikke-akut. Opgørelsen er eksklusiv skadestuebesøg. Fra 2013 til 2014 er der databrud i opgørelsen af skadestuebesøg, som har en mindre betydning for opgørelsen af ambulante behandlinger. Det skyldes, at den hidtidige kategorisering af skadestuepatienter er ophørt i Landspatientregistret. På trods af dette vurderes det, at udviklingen i hospitalsbehandlinger (eksklusiv skadestuebesøg) fra 2008 til 2017 er retvisende.

Kilde: [statistikbanken.dk/INDAMP01](http://statistikbanken.dk/INDAMP01) og [statistikbanken.dk/SYGK](http://statistikbanken.dk/SYGK).

### 184.000 fuldtidsbeskæftigede i det offentlige sundhedsvæsen

I 2017 var der 184.000 fuldtidsbeskæftigede i sundhedsvæsenet, svarende til 26 pct. af den samlede offentlige beskæftigelse. Hermed er sundhedsvæsenet det område, der har næstflest offentligt ansatte – kun overgået af social beskyttelse med 229.000 fuldtidsbeskæftigede, jf. tabel 1.

Fra 2008 til 2017 er beskæftigelsen i det offentlige sundhedsvæsen steget med 18.000 personer, mens beskæftigelsen inden for de øvrige områder har været stort set uændret eller faldende.

Det skal bemærkes, at personer, som arbejder i en lægepraksis (fx alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og praktiserende tandlæger) samt på privathospitaler mv., indgår i den private sektor og derfor ikke er en del af den offentlige beskæftigelse.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Behandlinger omfatter kun somatiske sygehuse og således ikke psykiatriske sygehuse og privathospitaler.

<sup>7</sup> I 2017 var der 23.000 fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere inden for branchen sundhedsvæsenet i den private sektor. Denne opgørelse omfatter kun lønmodtagere, hvilket betyder, at selvstændige, som fx ejer en lægepraksis, ikke indgår i opgørelsen. Desuden skal det bemærkes, at opgørelsen er baseret på branchen sundhedsvæsenet, idet COFOG-klassifikationen kun kan opgøres for offentlig forvaltning og service. Det betyder blandt andet, at pleje- og rekonvalescenthjem ikke indgår i opgørelsen. Beskæftigelsen i den private del af sundhedsvæsenet (opgjort på baggrund af branche) kan ikke umiddelbart sammenlignes med beskæftigelsen i den offentlige del af sundhedsvæsenet (opgjort på baggrund af COFOG-klassifikationen).

**Tabel 1 Offentlige fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere fordelt efter COFOG. 2008 og 2017**

	2008	2017	Ændring fra 2008 til 2017	Andel af off. beskæftigelse i 2017
	fuldtidspersoner			pct.
Sundhedsvæsen	165 925	184 145	18 221	26
Generelle offentlige tjenester	57 745	58 196	452	8
Offentlig orden og sikkerhed	24 000	24 048	48	3
Miljøbeskyttelse	4 042	4 064	22	1
Undervisning	138 864	138 804	-61	19
Boliger og offentlige faciliteter	2 612	2 155	-457	0
Fritid, kultur og religion	27 475	25 490	-1 985	4
Økonomiske anliggender	25 276	23 160	-2 116	3
Forsvar	27 395	23 348	-4 047	3
Social beskyttelse	243 300	228 972	-14 328	32
<b>I alt</b>	<b>716 636</b>	<b>712 387</b>	<b>-4 249</b>	<b>100</b>

Anm.: Beskæftigelsen i 2008 og 2017 er udregnet som et gennemsnit på baggrund af kvartalstal.

Kilde: [statistikbanken.dk/OBESK1](http://statistikbanken.dk/OBESK1).

De 184.000 fuldtidsbeskæftigede i sundhedsvæsenet er i langt overvejende grad beskæftiget i regionerne og kommunerne, jf. tabel 2. Regionerne beskæftiger 112.000 personer, hvoraf hovedparten arbejder på hospitalerne. I kommunerne er 70.000 beskæftiget inden for sundhedsvæsenet, hvoraf mere end 50.000 arbejder inden for pleje- og rekonvalescenthjem.<sup>8</sup>

**Tabel 2 Offentlige fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere i sundhedsvæsenet fordelt efter COFOG og sektor. 2017**

	Stat	Regioner	Kommuner
	fuldtidspersoner		
Hospitalstjenester	-	102 784	50 832
- heraf almene hospitalers tjenester	-	102 651	-
- heraf pleje- og rekonvalescenthjem	-	133	50 822
Lægebesøg mv.	-	503	14 650
Medicinske produkter, apparater og udstyr	-	-	768
Offentligt sundhedsvæsen	-	-	3 532
F&U inden for sundhedsvæsen	222	2 081	-
Sundhedsvæsen i.a.n.	1 204	6 870	700
<b>I alt</b>	<b>1 426</b>	<b>112 237</b>	<b>70 482</b>

Anm.: *Lægebesøg mv.* er ambulante behandlinger hos alment praktiserende læge, speciallæge, tandbehandling samt paramedicinske tjenesteydelser. Opgørelsen er behæftet med usikkerhed, da tallene er mere detaljerede end det niveau statistikken normalt kvalitetssikres og offentliggøres på.

Kilde: Særudtræk baseret på den offentlige beskæftigelsesstatistik.

### Hvor i landet er beskæftigelsen i sundhedsvæsenet?

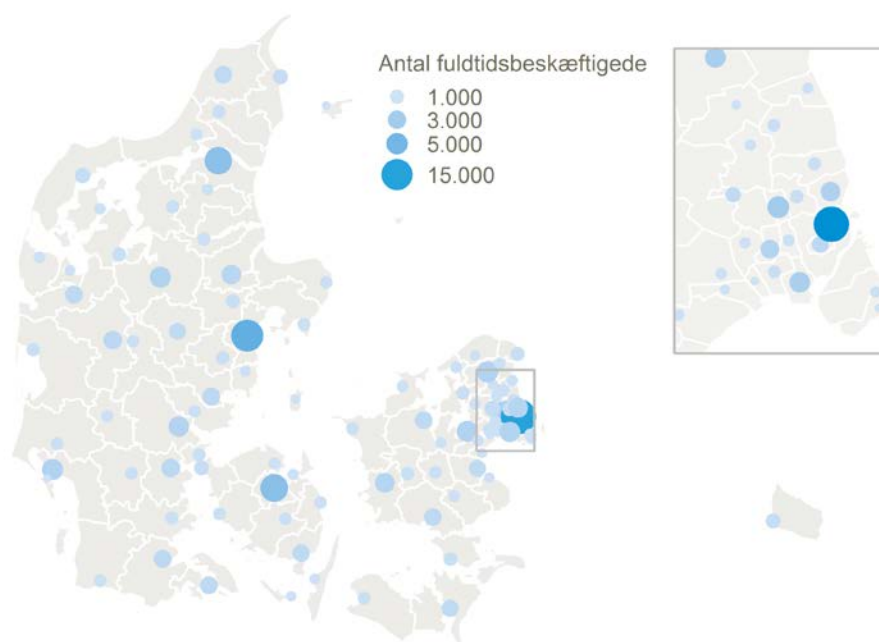
Figur 10 viser, hvor i landet der er offentlig beskæftigelse i sundhedsvæsenet. Beskæftigelsen er størst i de store byer, hvilket blandt andet skyldes den geografiske placering af de store hospitaler.

For eksempel er der i Københavns Kommune 21.000 fuldtidsbeskæftigede, hvoraf hovedparten af de beskæftigede arbejder på hospitalerne. I Aarhus Kommune (16.200 fuldtidsbeskæftigede), Odense Kommune (11.000 fuldtidsbeskæftigede) og Aalborg Kommune (10.500 fuldtidsbeskæftigede) gælder det også, at langt over halvdelen af de beskæftigede er ansat på hospitalerne.

Med omkring 5.000 fuldtidsbeskæftigede er der også mange ansatte i sundhedsvæsenet i fx Herlev, Esbjerg og Roskilde, hvor der også ligger hospitaler.

<sup>8</sup> *Pleje- og rekonvalescenthjem* leverer ydelser til indlagte personer, som skal rekreere efter en operation eller afkræftende sygdom, eller som er i en tilstand, som primært kræver overvågning og udlevering af medicin, fysioterapeutisk behandling og optræning for at kompensere for tab af funktioner samt ro og hvile. Det omfatter også institutioner for ældre, hvor lægetilsyn er et væsentligt element, og revalideringscentre, der yder indlagte patienter sundhedsbehandling og genoptræning, hvor formålet er at behandle patienten frem for at tilbyde langtidspleje og omsorg.

Figur 10 Offentlige fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere i sundhedsvæsenet fordelt efter COFOG og arbejdssted. 2017



Anm.: Både farve og størrelse på cirklene er kontinuert fordelt. Fx repræsenterer den mindste prik i signaturforklaringen 1.000 fuldtidsbeskæftigede. En kommune med 2.000 fuldtidsbeskæftigede vil have en lidt større og lidt mørkere cirkel. Tilsvarende repræsenterer de øvrige cirklér 3.000, 5.000 og 15.000. Opgørelsen er behæftet med usikkerhed, da tallene er mere detaljerede end det niveau statistikken normalt kvalitetssikres og offentliggøres på.

Kilde: Særudtræk baseret på den offentlige beskæftigelsesstatistik.

### De offentlige sundhedsudgifter i Danmark er højest blandt EU-landene

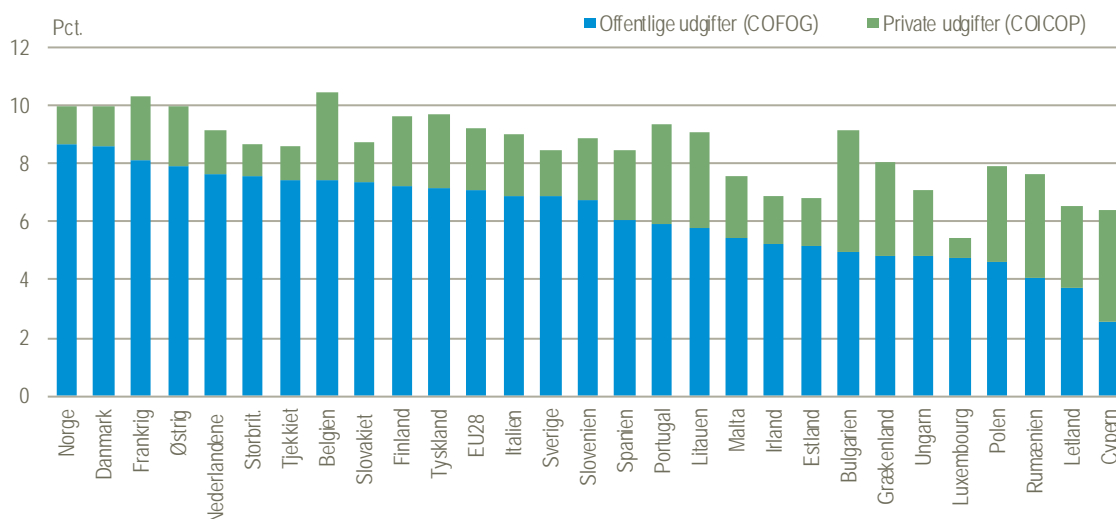
Hvis man kigger på de offentlige sundhedsudgifter i et internationalt perspektiv, har Danmark de højeste offentlige sundhedsudgifter i pct. af BNP i EU. I 2016 udgjorde de offentlige sundhedsudgifter 8,6 pct. af BNP i Danmark. Dog har Norge – som ikke er medlem af EU – marginalt højere offentlige udgifter til sundhed. Til sammenligning udgør de offentlige sundhedsudgifter i gennemsnit 7,1 pct. af BNP i EU.

De lavere offentlige sundhedsudgifter i de andre lande skyldes blandt andet, at sundhedssystemerne i langt højere grad end i Danmark er baseret på forsikringsordninger. Disse udgifter klassificeres som "private". Lave offentlige udgifter til sundhedsområdet bliver altså i nogen grad kompenseret af relativt højere private udgifter. Brugen af skattefradrag varierer mellem de forskellige lande. Det kan potentielt påvirke rangordenen, hvis disse skatteudgifter inkluderes.

Når de offentlige og private sundhedsudgifter ses under ét, ændres billedet lidt. Belgien og Frankrig har samlede sundhedsudgifter, som er højere end Danmark, og Østrig ligger nu på niveau med Danmark. Danmark ligger dog fortsat blandt landene med de højeste samlede offentlige og private sundhedsudgifter.



Figur 11 Offentlige og private sundhedsudgifter i pct. af BNP. 2016



Anm.: Opgørelsen er eksklusiv Kroatien, da der ikke findes oplysninger om private sundhedsudgifter for Kroatien.

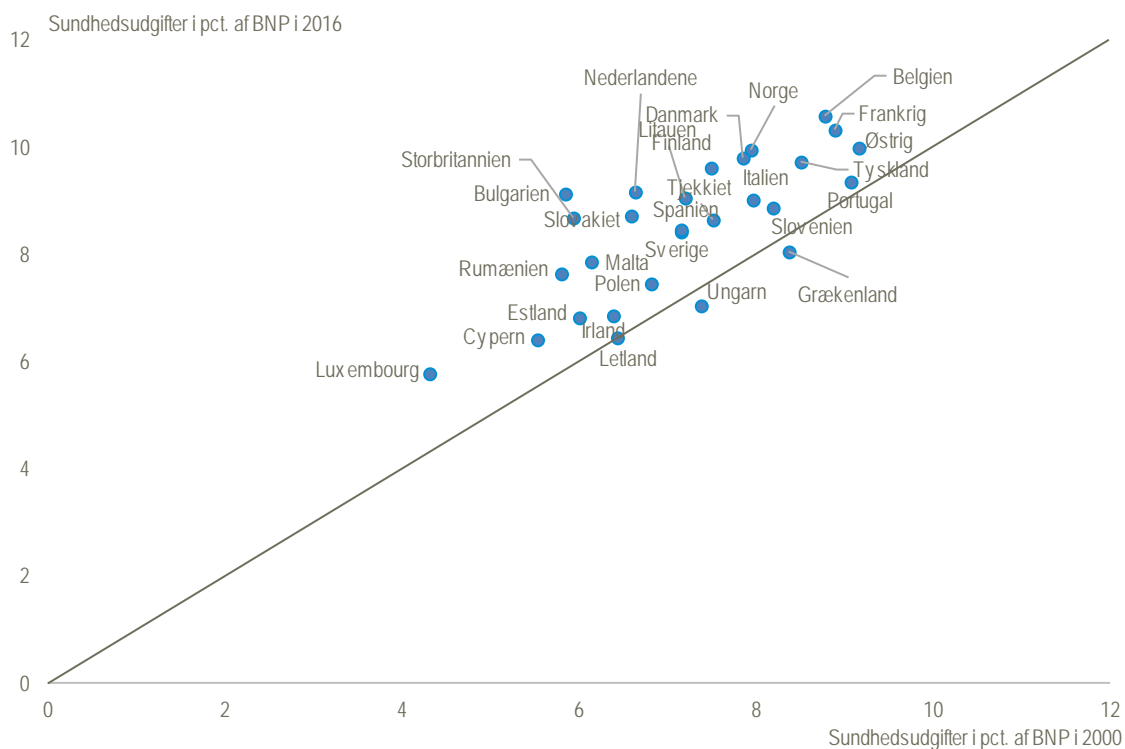
Kilde: Eurostat.

### De fleste EU-lande bruger en stigende andel af BNP på sundhed

Udgifterne til sundhedsvæsenet er for de fleste EU-lande blevet større siden 2000. Det fremgår af figur 12, der viser de samlede (offentlige og private) sundhedsudgifter i pct. af BNP i 2000 (x-aksen) sammenholdt med sundhedsudgifterne i pct. af BNP i 2016 (y-aksen).

Hvis de enkelte lande ligger over den grå 45 graders streg, svarer det til, at sundhedsudgifterne er øget fra 2000 til 2016. Fx ses det, at de samlede sundhedsudgifter i Danmark er øget fra 7,9 pct. i 2000 til 9,8 pct. i 2016. Kun Grækenland og Ungarn brugte i 2016 en mindre del af BNP på sundhed end i 2000.

Figur 12 Offentlige og private sundhedsudgifter i pct. af BNP i 2000 og 2016



Anm.: Opgørelsen er eksklusiv Kroatien, da der ikke findes oplysninger om de offentlige sundhedsudgifter for Kroatien i 2000.

Kilde: Eurostat.