Privathospitalers medarbejderproduktivitet og markedsandel

Cecilie Tandrup-Rasmussen og Karsten Bo Larsen
22. maj 2026

Det bør være den primære politiske målsætning for sygehusvæsenet, at borgerne får mest muligt sundhed for pengene - uanset om det sker på offentlige eller private hospitaler.

Medarbejderproduktiviteten på de private sygehuse steg i gennemsnit med 3,6 pct. årligt i perioden 2020-2024, mens den på de offentlige sygehuse faldt med et gennemsnit på 1,4 pct. om året. Den markante forskel kan kun i meget lille grad forklares med Covid-19.

Under Covid-19 benyttede de offentlige sygehuse sig af kapaciteten på privathospitalerne, men i takt med afviklingen af ventelister er det offentlige forbrug af privathospitaler blevet mindre.

Kontakt
Karsten Bo Larsen
Forskningschef
karsten@cepos.dk
Telefon 41 22 04 76

CEPOS

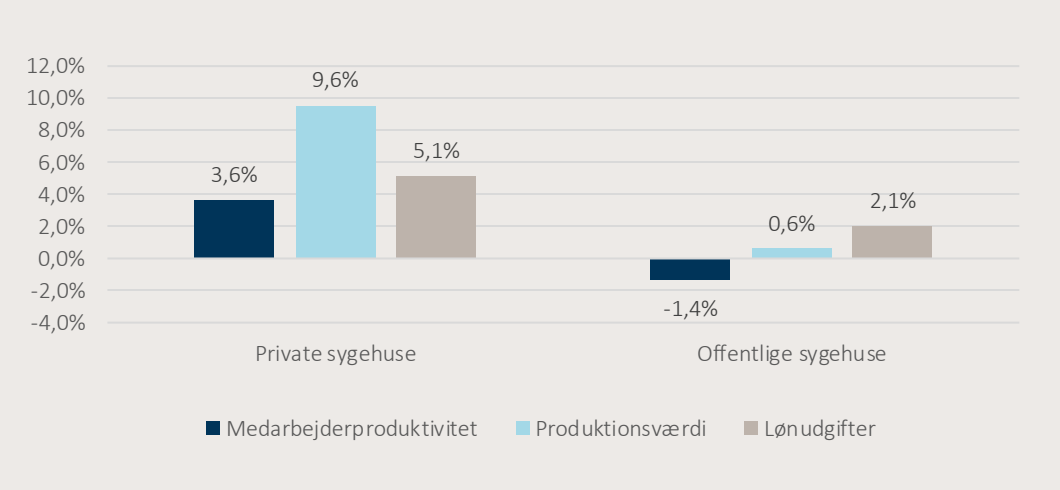
Resumé

Dette notat belyser udviklingen i medarbejderproduktivitet for de private sygehuse og sammenholder udviklingen med de offentlige sygehuse. Udgangspunktet er somatisk aktivitet. Desuden opgøres privathospitalernes markedsandel. Vi finder følgende:

- Medarbejderproduktiviteten steg med 3,6 pct. om året i gennemsnit fra 2020 til 2024 på de private sygehuse, mens den faldt med 1,4 pct. om året på de offentlige sygehuse jf. figur 1.
- Forskellen i medarbejderproduktivitetsudviklingen kan kun delvist forklares med Covid-19, hvor et konservativt estimat er, at Covid-19 maksimalt kan forklare 0,9 procentpoint ud af samlet set 5,0 procentpoints vækstforskel.
- Privathospitalernes markedsandel var på 5,1 pct. af de samlede sygehusbehandlinger i 2024, mens den var på 2,7 pct. som andel af offentlig finansieret aktivitet.
- Markedsandelen steg med 1,4 procentpoint fra 2020 til 2022. Stigningen skyldes, at regionerne og privathospitalerne indgik et samarbejde, så regionerne kunne indhente udskudte behandlinger som følge af Covid-19. Fra 2022 til 2023 var der en svag stigning i markedsandelen, mens der var et fald i markedsandel fra 2023 til 2024 på 0,5 procentpoint.

Figur 1

Gennemsnitlig årlig vækst, 2020-2024



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindues (Danmarks Statistik).

Den markante kontrast mellem stigningen i produktiviteten på de private sygehuse og produktivitetsfaldet på de offentlige sygehuse kan skyldes, at de private hospitaler fungerer på markedsvilkår. Det betyder, at de har stærkere og mere direkte incitamenter til at øge deres produktivitet sammenlignet med de offentlige sygehuse. Ydermere kan en medvirkende forklaring også være, at de opgaver, der overlades til privathospitalerne, er kendetegnet ved særligt gode muligheder for at indhøste stordriftsfordele.

Indledning

Det bør altid for både lands- og regionspolitiker være den primære målsætning for sygehusvæsenet, at borgerne får mest muligt sundhed for pengene. I det danske sundhedssystem har politikerne i regionerne dog både rollen som repræsentant for borgerne og driftsherre af sygehusene. Sidstnævnte rolle kan alt andet lige give et uheldigt incitament til, at politikerne vælger at lade mange så mange behandlinger som muligt foretage på de offentlige sygehuse, selvom det ikke giver mest muligt sundhed for pengene.

Produktivitet er netop et mål for, hvor effektivt man omdanner ressourcer til resultater. Det gør produktivitet til et yderst relevant mål inden for sygehusvæsenet, når man ønsker at få mest mulig sundhed for pengene.

Derfor er det interessant at analysere udviklingen i produktiviteten på private og offentlige sygehuse samt udviklingen i andelen af sygehusbehandlinger på private og offentlige sygehuse.

CEPOS har i et tidligere notat belyst, at der var et fald i produktivitet på de offentlige sygehuse i perioden 2019-2024, mens produktiviteten steg på de private sygehuse (Tandrup-Rasmussen, Bak-Jensen og Larsen 2024). Notatet så på stigningen i aktivitet (antal patienter, indlæggelser og ambulante besøg) og sammenholdt denne med stigningen i antal fuldtidsbeskæftigede.

Produktivitetsudviklingen på de offentlige sygehuse blev mere dybdegående belyst i CEPOS-arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026). I arbejdspapiret blev produktivitet målt på samme måde som ved Sundhedsministeriets tidligere opgørelser via omkostningsbrøkmetoden, dvs. DRG-produktionsværdi divideret med sygehusenes driftsudgifter (de tilrettede driftsudgifter). Analysen viste, at produktiviteten på de offentlige sygehuse faldt med 1,0 pct. om året i gennemsnit fra 2019 til 2024. Analysen viste også, at medarbejderproduktivitetsudviklingen faldt med et gennemsnit på 2,9 pct. årligt i samme periode.

Nærværende notat er en forlængelse af begge disse analyser, hvor formålet er at belyse udviklingen i produktivitet på de private sygehuse ved brug af omkostningsbrøkmetoden.

Mere specifikt undersøger nærværende notat privathospitalernes udvikling i medarbejderproduktivitet fra 2020 og frem. Til analysen anvendes de sygehusforløbsdata, som dannes i Sundhedsdatastyrelsen ved de årlige revisioner af DRG-systemet. Disse data er tilgængelige i Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik). Der findes kun data for privathospitalerne for registerårene 2022-2024, men da hvert registerår dækker en treårig periode, har det været muligt at estimere udviklingen fra 2020 og frem.

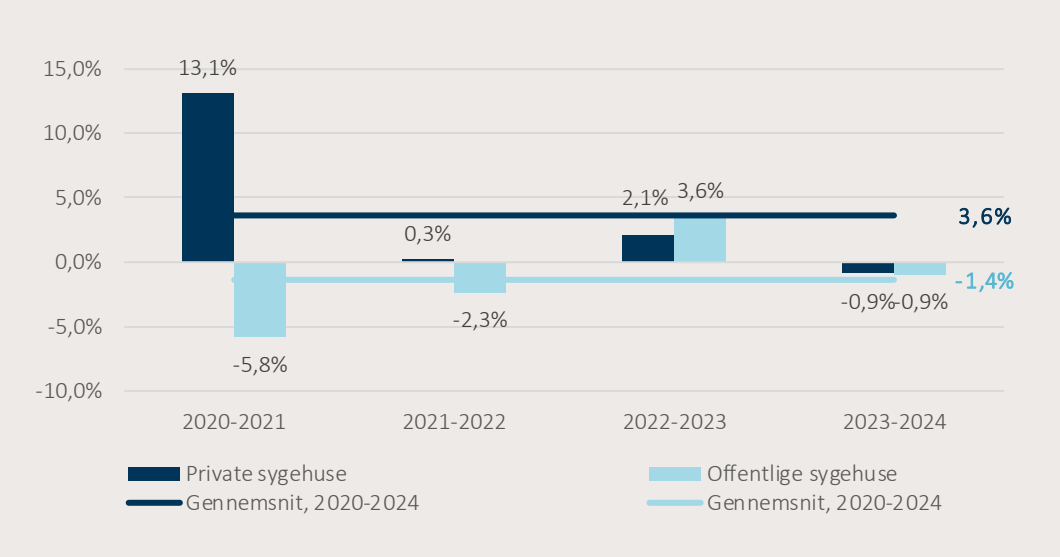
Notatets udgangspunkt er medarbejderproduktivitet, og ikke totalproduktivitet, da vi ikke har adgang til privathospitalernes driftsudgifter. Til gengæld kan vi beregne lønudgifter gennem oplysninger i Danmarks Datavindue, hvilket kan bruges til beregningen af medarbejderproduktivitet.

Udover medarbejderproduktivitet estimeres udviklingen i privathospitalernes markedsandel på det somatiske område i perioden 2020-2024, både samlet set og som andel af offentligt finansieret aktivitet.

Udvikling i medarbejderproduktivitet

I perioden 2020-2024 steg medarbejderproduktiviteten på de private sygehuse i gennemsnit med 3,6 pct. om året, mens medarbejderproduktiviteten på de offentlige sygehuse i gennemsnit faldt med 1,4 pct.[1] om året i samme periode jf. figur 2. Det svarer til, at de private sygehuse i gennemsnit havde en 5,0 procentpoint højere årlig vækst end de offentlige sygehuse i perioden 2020-2024.

Figur 2
Udvikling i medarbejderproduktivitet



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindues (Danmarks Statistik).

Analyseperioden fra 2020 til 2024 dækker over Covid-19 årene, og påvirkningen af Covid-19 undersøges derfor i bilag 1. Her fremgår det, at produktionsværdien faldt procentvis mere for de private sygehuse end for de offentlige sygehuse i starten af Covid-19 (marts-april). Til gengæld var der en større procentvis stigning i produktionsværdien for de private sygehuse i forhold til de offentlige sygehuse i andet halvår af 2020.

Aktiviteten på de private sygehuse blev positivt påvirket af, at regionerne valgte at øge forbruget af privathospitaler for at indhente udskudte behandlinger. Ifølge Danske Regioner (2021) henviste regionerne 19 pct. flere patienter i de sidste fem måneder af 2020 i forhold til 2019. Det er dog vigtigt at bemærke, at stigende aktivitet ikke

[1] Hvis man anvender metoden fra CEPOS-arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026), hvor lønudgifter er fra Sundhedsdatastyrelsen (de tilrettede driftsudgifter) og er eksklusive psykiatri, så faldt medarbejderproduktiviteten med 1,3 pct. i gennemsnit om året i perioden 2020-2024 (-2,9 pct. i perioden 2019-2024).

nødvendigvis hænger sammen med stigende medarbejderproduktivitet. Det afhænger af udviklingen i lønudgifterne. Stigningen i aktivitet slår dog igennem, når man ser på udviklingen i privathospitalernes markedsandel, hvilket fremgår af næste afsnit.

Samlet set vurderes Covid-19 maksimalt at kunne forklare en forskel på udviklingen i medarbejderproduktivitet mellem de private og offentlige sygehuse på 0,9 procentpoint om året i gennemsnit i perioden 2020-2024 jf. bilag 1. Covid-19 er således ikke en væsentlig forklarende årsag til forskellen i medarbejderproduktivitetsudviklingen på de offentlige og private sygehuse, når man ser på et gennemsnit for perioden 2020-2024.

Perioden fra 2020 til 2024 inkluderer også sygeplejerskestrejken i 2021[2]. Denne har dog ikke indflydelse på den gennemsnitlige vækstrate i medarbejderproduktivitet for 2020-2024, da 2020 var inden sygeplejerskestrejken og 2024 var efter. Selvom væksten i 2021 blev negativt påvirket af strejken, udlignes det af, at 2022-væksten vil blive positivt påvirket af en lavere baseline.

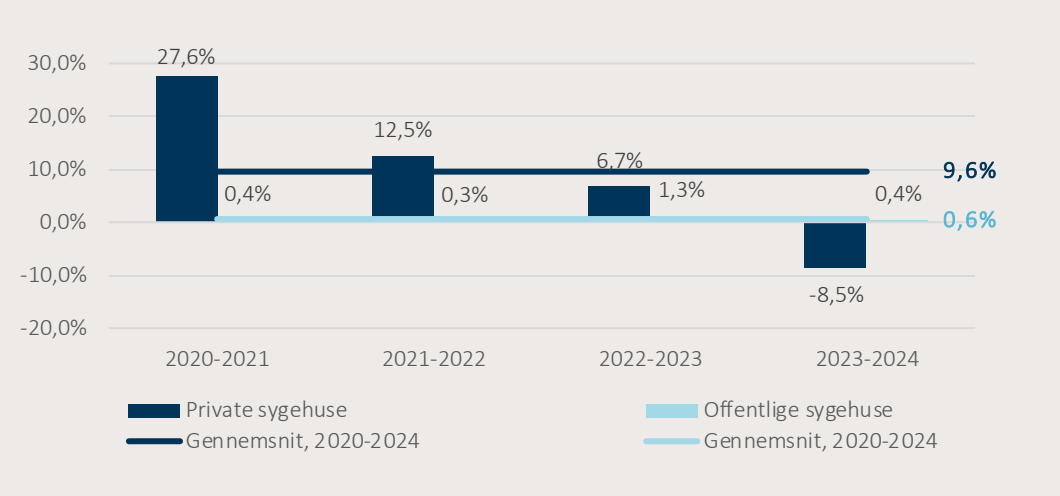
Medarbejderproduktiviteten steg med 13,1 pct. på de private sygehuse fra 2020 til 2021. Dette er i kontrast til de offentlige sygehuse, hvor medarbejderproduktiviteten faldt med 5,8 pct. Fra 2021 til 2022 steg medarbejderproduktiviteten på de private sygehuse med 0,3 pct., mens der var et fald på de offentlige sygehuse på 2,3 pct. Fra 2022 til 2023 steg medarbejderproduktiviteten på både private og offentlige sygehuse med henholdsvis 2,1 pct. og 3,6 pct. Ser man på udviklingen fra 2023 til 2024 faldt medarbejderproduktiviteten med 0,9 pct. på både de private og offentlige sygehuse.

Det er interessant at se på udviklingen i produktionsværdi og lønudgifter for de private sygehuse jf. figur 3 og figur 4. Fra 2023 til 2024 faldt produktionsværdien med 8,5 pct., mens lønudgifter faldt med 7,7 pct. Dette er formentlig et udtryk for, at det tager tid at justere kapaciteten, når der er et væsentligt fald i aktivitet.

[2] Sygeplejerskestrejken varede fra den 19. juni til den 28. august 2021 (TV2 2021).

Figur 3

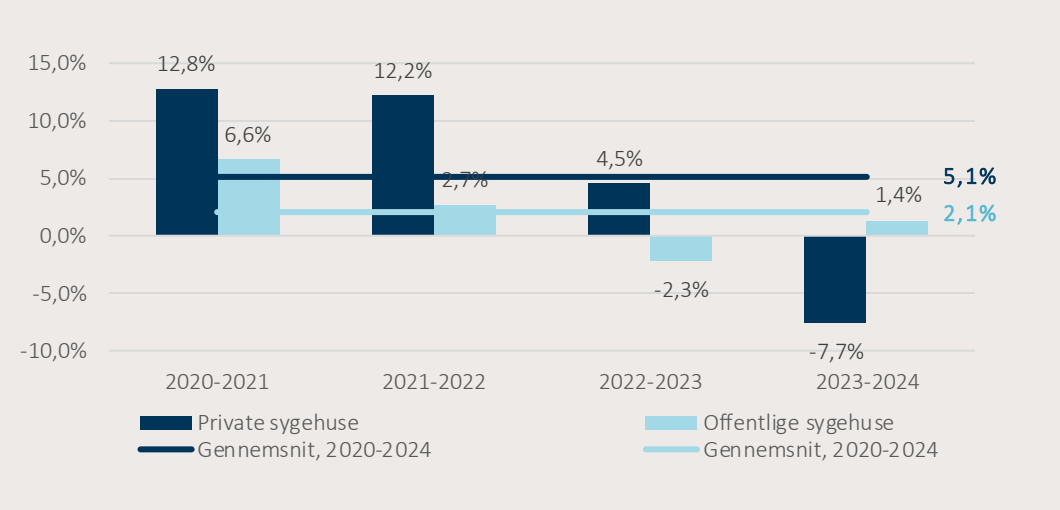
Udvikling i produktionsværdi



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate. Udviklingen i produktionsværdi for 2020-2021 er i DRG2022. Udviklingen for 2020-2021 på de offentlige sygehuse er på 0,4 pct., hvilket er en smule højere end i CEPOS-arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026). Forskellen skyldes, at udviklingen i denne graf er baseret på DRG2022, mens udviklingen i det tidligere arbejdspapir er i DRG2021. Det er valgt at anvende DRG2022 i dette notat, da DRG-værdien for private sygehuse kun findes i DRG2022, og vi ønsker, der er konsistens mellem udviklingen for de offentlige og private sygehuse.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

Figur 4

Udvikling i lønudgifter



Anm.: Tal i fed skrift er den gennemsnitlige årlige vækstrate. Udviklingen i lønudgifter afviger fra CEPOS-arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026), da lønudgifterne i dette notat er baseret på data fra Danmarks Statistik, mens lønudgifterne i CEPOS-arbejdspapir 93 som udgangspunkt er fra Sundhedsdatastyrelsen (de tilrettede driftsudgifter). Forskellen er bl.a., at lønudgifterne i dette notat inkluderer psykiatri.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

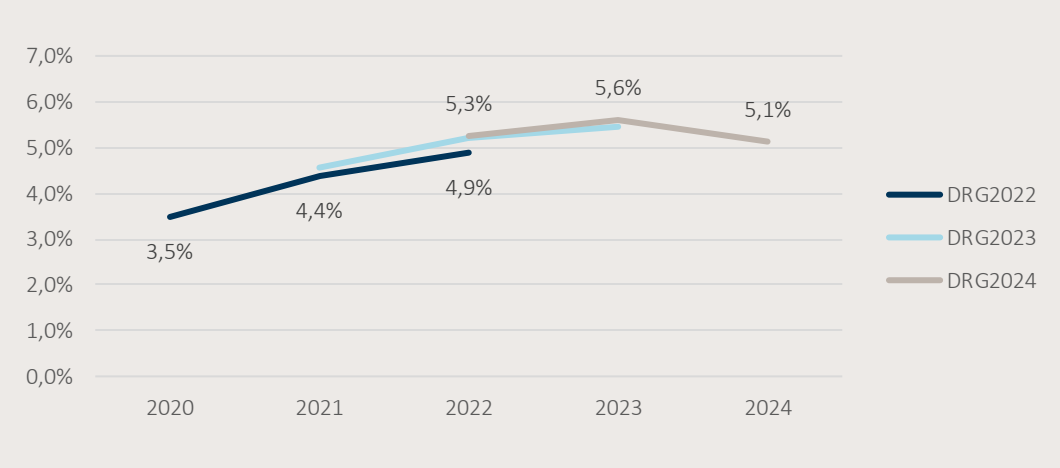
Privathospitalers markedsandel

Privathospitalernes markedsandel af de samlede sygehusbehandlinger var på 5,1 pct. i 2024 jf. figur 5. Man skal være varsom med at lave en direkte sammenligning af markedsandelen i 2024 med f.eks. 2020, da 2024-markedsandelen beregnes på baggrund af DRG-logikken for 2024 med de tilsvarende DRG-takster, mens 2020-markedsandelen beregnes på baggrund af DRG-logikken og taksterne i DRG2022.

Når man ser på udviklingen inden for samme DRG-system, steg markedsandelen under Covid-19 fra 3,5 pct. i 2020 til 4,9 pct. i 2022 (DRG2022), hvilket svarer til en stigning på 1,4 procentpoint. Der var en mindre stigning fra 2022 til 2023 på 0,3 procentpoint, mens markedsandelen faldt med 0,5 procentpoint fra 2023 til 2024 (DRG2024).

Stigningen i markedsandel under Covid-19 skyldes bl.a., at regionerne og privathospitalerne indgik et samarbejde, så regionerne kunne indhente udskudte behandlinger som følge af Covid-19 (Danske Regioner 2021). Det førte til, at antallet af henvisninger til privathospitaler steg med 19 pct. i de sidste fem måneder af 2020 i forhold til 2019.

Figur 5
Privathospitalers markedsandel



Anm.: Markedsandel er beregnet som produktionsværdien (målt i DRG) for private sygehuse divideret med den samlede produktionsværdi på både private og offentlige sygehuse. Produktionsværdien er opgjort uanset betaler, dvs. at betaleren både kan være det offentlige, et forsikringsselskab, selvbetaler mv.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

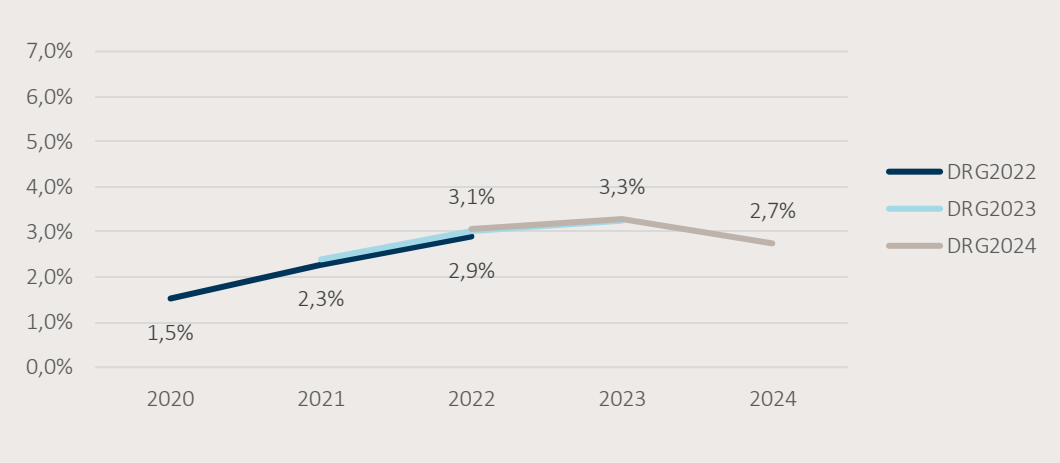
CEPOS har tidligere opgjort privathospitalernes markedsandel som andel af offentligt finansieret aktivitet, hvor markedsandelen blev estimeret til at være på 1,25 pct. i 2017 (Holstein 2019). Dette var en halvering af markedsandelen siden 2008, hvor den var på 2,49 pct.

Hvis man opgør markedsandelen som andel af offentligt finansieret aktivitet, var markedsandelen på 2,7 pct. i 2024 (DRG2024) jf. figur 6. Markedsandelen som andel af offentligt finansieret aktivitet steg med 1,4 procentpoint fra 2020 til 2022 (DRG2022), mens den steg med 0,2 procentpoint fra 2022 til 2023. Udviklingen vendte i 2023, hvor markedsandelen som andel af offentlig finansieret aktivitet faldt med 0,5 procentpoint i 2024 (DRG2024).

Faldet i privathospitalernes markedsandel i 2024 kan forklares med, at det offentlige begyndte at reducere forbruget af private sygehuse. Forklaringen på dette er, at der var et lavere pres på de offentlige sygehuse i takt med, at ventelisterne blev afviklet (Danske Regioner 2024).

Figur 6

Privathospitalers markedsandel som andel af offentlig finansieret aktivitet



Anm.: Markedsandel er beregnet som produktionsværdien (målt i DRG) for private sygehuse divideret med den samlede produktionsværdi på både private og offentlige sygehuse. Produktionsværdien er kun opgjort for DRG-sygehusforløb, hvor betaleren er en offentlig instans. Se metodebilaget for definition af offentlig betaler.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

Perspektiver

De private sygehuse oplevede en gennemsnitlig årlig vækst i medarbejderproduktiviteten på 3,6 pct. i perioden 2020-2024, mens de offentlige sygehuse havde en tilbagegang på 1,4 pct. om året. Det svarer til en forskel i medarbejderproduktivitetsvækst på 5,0 procentpoint om året. Forskellen kan kun delvist forklares med Covid-19, hvor et konservativt estimat er, at Covid-19 maksimalt kan forklare 0,9 procentpoint ud af de 5,0 procentpoint.

De private sygehuse oplevede en positiv medarbejderproduktivitetsvækst i både 2021 (13,1 pct.), 2022 (0,3 pct.) og 2023 (2,1 pct.), mens der var en negativ vækst i 2024 (-0,9 pct.). Den negative vækst i 2024 skyldes, at der var et større fald i produktionsværdi (-8,5 pct.) sammenlignet med faldet i lønudgifter (-7,7 pct.), hvilket er naturligt, da det tager tid at lave kapacitetsændringer.

Privathospitalerne havde samlet set en markedsandel på 5,1 pct. i 2024, mens den var på 2,7 pct. som andel af offentlig finansieret aktivitet.

Markedsandelen steg med 1,4 procentpoint fra 2020 til 2022. Stigningen hænger sammen med, at regionerne og de private hospitaler indgik et samarbejde om at indhente udskudte behandlinger som følge af Covid-19. Det forklarer den store fremgang i produktionsværdi for de private sygehuse, særligt i 2021, men også i 2022. I både 2021 og 2022 ser man også en væsentlig stigning i lønudgifterne på de private sygehuse, hvilket må formodes at have været nødvendigt for at følge med den øgede efterspørgsel.

Fra 2022 til 2023 var der en svag stigning i privathospitalernes markedsandel, mens der var et fald i markedsandel fra 2023 til 2024 på 0,5 procentpoint. Faldet i markedsandel skyldes de offentlige sygehuses lavere forbrug af privathospitalerne i takt med, at ventelisterne fra Covid-9 blev afviklet.

Stigningen i produktiviteten på de private sygehuse fra 2020 til 2024 står i meget markant kontrast til produktivitetsfaldet på de offentlige sygehuse i samme periode. De private hospitaler fungerer på markedsvilkår, og derfor har de stærkere og mere direkte incitamenter til at øge deres produktivitet sammenlignet med de offentlige sygehuse. Det bør give anledning til at overveje, hvordan man kan give de offentlige sygehuse stærkere incitamenter til at fokusere på produktivitetsudviklingen. Dette perspektiv og forslag til løsningsmodeller er beskrevet nærmere i CEPOS-arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026).

Stigningen i produktiviteten på de private sygehuse bør ydermere give anledning til at overveje, hvordan man kan give borgeren flere og bedre sygehusbehandlinger gennem en højere grad af konkurrence mellem de private og offentlige sygehuse om varetagelsen af de skattefinansierede behandlinger. Centrale elementer i udviklingen af en model for øget konkurrence på sygehusområdet bør bl.a. være følgende:

- at give de private hospitaler lov til at udføre flere typer af behandlinger
- at stille krav til regionernes samlede behandlingsproduktivitet for alle skattefinansierede patienter (på både offentlige og private sygehuse), der vil give regionerne incitament til at sende flere behandlinger til privathospitalerne
- at give borgerne bedre mulighed for at vælge private sygehuse gennem styrkede patientrettigheder.

Referencer

Danske Regioner. u.å. "Økonimsk Vejledning". https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-vejledning/.

Danske Regioner. "Nye tal: Regioner og privathospitaler har samarbejdet om at indhente udskudte behandlinger". 13.02.2021. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2021/februar/nye-tal-regioner-og-privathospitaler-har-samarbejdet-om-at-indhente-udskudte-behandlinger/

Danske Regioner. " Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb ". December 2024. https://www.regioner.dk/media/gm4f3iwk/statusredegoerelse-for-regionernes-afvikling-af-efterslaeb-q4-2024.pdf

Holstein, Mia Amalie. 2019. "Privathospitalernes markedsandele er halveret på 10 år". https://cepos.dk/artikler/privathospitalernes-markedsandel-er-halveret-pa-10-ar/

Sundhedsdatastyrelsen. 2018. "Takstsystem 2018". https://sundhedsdatastyrelsen.dk/media/15385/Takstvejledning%202018.pdf.

Sundhedsdatastyrelsen. u.å. "DRG-gruppering". https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/drg/drg-gruppering.

Tandrup-Rasmussen, Cecilie, Aksel Bak-Jensen og Karsten Bo Larsen. 2024. "Produktiviteten falder på offentlige sygehuse – men stiger i det private". https://cepos.dk/artikler/produktiviteten-falder-pa-offentlige-sygehuse-men-stiger-i-det-private/

Tandrup-Rasmussen, Cecilie og Karsten Bo Larsen. 2026. "Arbejdspapir 93: Udvikling i aktivitet og ressourceforbrug på de offentlige sygehuse". https://cepos.dk/artikler/arbejdspapir-93-udvikling-i-aktivitet-og-ressourceforbrug-pa-de-offentlige-sygehuse/

TV2. 2021. "Lovindgreb mod strejken er vedtaget". 27. august 2021. https://nyheder.tv2.dk/samfund/2021-08-27-lovindgreb-mod-strejken-er-vedtaget

Metode

Produktivitetsudviklingen er beregnet på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

I analysen beregnes produktivitetsudviklingen fra periode *t-1* til periode *t* via omkostningsbrøkmetoden:

$$\text{Medarbejderproduktivitetsudvikling} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_t}{\text{Lønudgifter}_t}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{t-1}}{\text{Lønudgifter}_{t-1}}}$$

Privathospitalers markedsandel udregnes både samlet set og som andel af offentligt finansieret aktivitet. Markedsandel beregnes som følgende:

$$\text{Markedsandel} = \frac{\text{Produktionsværdi på private sygehuse}_t}{\text{Produktionsværdi på offentlige og private sygehuse}_t}$$

Produktionsværdi (DRG)

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

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

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

Produktionsværdien er beregnet som en sum af DRG-værdien, *TOTALPRIS_DRGSGHF*, i Danmarks Statistiks registre "*DRG_SGHFORLOB*" for register-årene 2022, 2023 og 2024. For at identificere private og offentlige sygehuse anvendes variablen *SYGEHUSTYPE*='prv' og *SYGEHUSTYPE*='off'. Der findes også et register for 2021, men her er der ikke data for *SYGEHUSTYPE*='prv', og derfor anvendes dette registerår ikke.

Den totale produktionsværdi for hvert DRG-sygehusforløb er DRG-taksten plus antal langliggerdage gange med langliggerprisen. Hver DRG-gruppe har et trimpunkt, hvilket er det punkt, der angiver grænsen for (målt i dage), hvornår en normalbehandling ophører inden for den pågældende DRG-gruppe. Når en patient må blive længere på sygehuset end normalt, så bliver patienten en langligger, og afregningen sker via en langliggertakst. Antal langliggerdage beregnes som antal liggedage udover trimpunktet, mens antal liggedage op til trimpunktet indgår i DRG-taksten.

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

Offentligt finansieret aktivitet, der bruges til beregningen af markedsandelen, findes ved at anvende variablen *BETALER_DRGSGHF*. Vi definerer aktiviteten som at være offentligt finansieret ud fra tabel 1:

Tabel 1

Definition af offentlig finansieret aktivitet (betaler SKS-kode)

SKS kode	SKS tekst	Klassificering af offentligt finansieret aktivitet
ALFB01	Region 81 (Nordjylland)	Offentlig betaler
ALFB02	Region 82 (Midtjylland)	Offentlig betaler
ALFB03	Region 83 (Syddanmark)	Offentlig betaler
ALFB04	Region 84 (Hovedstaden)	Offentlig betaler
ALFB05	Region 85 (Sjælland)	Offentlig betaler
ALFB11	90 Grønland	Offentlig betaler
ALFB12	97 Færøerne	Offentlig betaler
ALFB22	Kommune	Offentlig betaler
ALFB31	Udenlandske behandlingsinstitutioner	
ALFB32	EU/EØS borgere	
ALFB40	Staten	Offentlig betaler
ALFB41	Forsvarsministeriet	Offentlig betaler
ALFB42	Udlændingestyrelsen	Offentlig betaler
ALFB43	Christians Ø forvaltning	Offentlig betaler
ALFB50	Selvbetaler	
ALFB60	Forsikringsselskab	

ALFB70	Flyselskab
ALFB91	Forskningsmidler
ALFB92	Delvis selvbetaler / delvis forsikringsbetalt
ALFB96	Betaler uafklaret
ALFB97	Anden betaler
ALFB98	Ingen betaler
ALFB99	Betaler uden specifikation

Kilde: Egen klassificering baseret på LPR3 (landspatientregister, version 3) betaler SKS kode

Lønudgifter

Lønudgifter er beregnet på baggrund af *BFL*-registret (lønmodtagerdata fra e-Indkomst). Data dækker over branchekode (*AJO_BRANCHE07*) '861000 Hospitaler'. Sektorkode (*SEKTORKODE*) '74 Regionernes forvaltning og service- integrerede enheder' anvendes til at identificere ansatte på offentlige sygehuse, og sektorkode '18 Private ikke-finansielle selskaber' anvendes til at identificere ansatte på privathospitaler.

En udfordring ved at anvende lønudgifterne fra Danmarks Statistik er, at det ikke er muligt at opdele lønmodtagerne i somatik og psykiatri. Det betyder, at psykiatrien indgår i opgørelsen af lønudgifterne. For de offentlige sygehuse har det dog ikke den store betydning, om der anvendes lønudgifter fra de tilrettede driftsudgifter, KRL eller fra Danmarks Statistik, hvilket fremgår af CEPOS-arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026). Privathospitalerne formodes at have begrænset med psykiatri, og derfor vurderes det ikke at have en væsentlig indflydelse på medarbejderproduktivitetsudviklingen.

Lønudgifterne er beregnet på baggrund af variablen *AJO_BREDT_LOENBELOEB*. Lønudgifterne omregnes fra løbende priser til faste priser ved at anvende pris- og lønregulering fra aftalerne om regionernes økonomi (sundhedsområdet ekskl. medicin) for det pågældende år (Danske Regioner, u.å.).

Bilag 1 – Covid-19

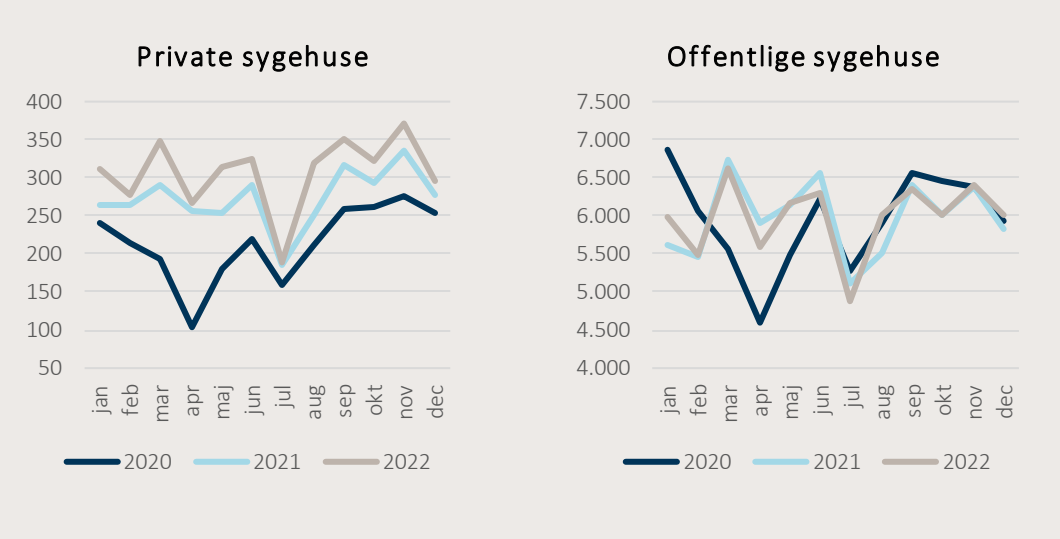
Dette bilag ser først nærmere på, hvilken betydning Covid-19 havde på produktionsværdien for offentlige og private sygehuse. Dernæst undersøges påvirkning på lønudgifter og til sidst belyses den samlede påvirkning på medarbejderproduktivitet.

Produktionsværdi

Både de private og offentlige sygehuse havde en tydelig nedgang i produktionsværdi i de første måneder af Covid-19, fra marts til maj 2020, hvilket fremgår af den mørkeblå linje i figur 7. Det indikerer, at Covid-19 påvirkede både private og offentlige sygehuse negativt i starten af pandemien.

Figur 7

Produktionsværdi per måned, 2020-2022 (mio. kr.)



Anm.: Produktionsværdi er opgjort i DRG2022 for alle år.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

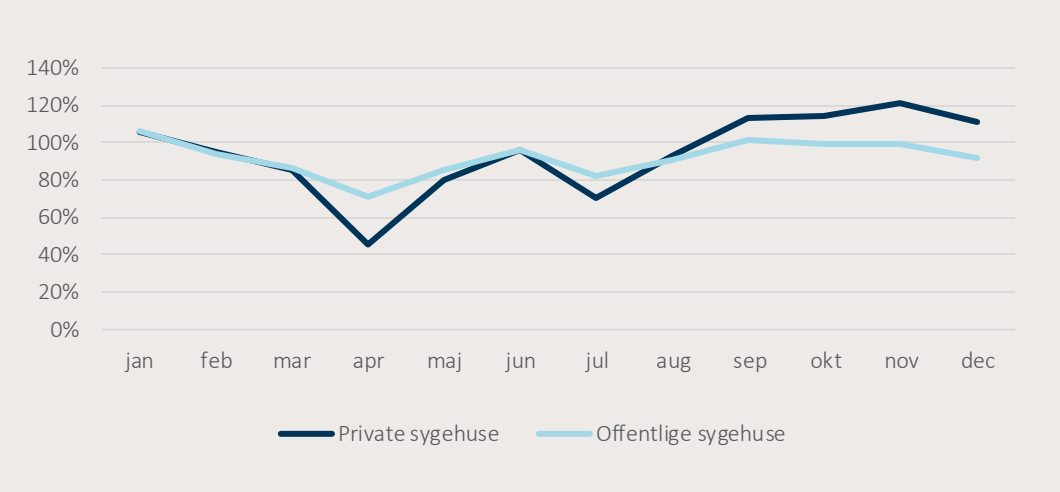
For at undersøge mere specifikt hvilken indflydelse Covid-19 havde på den gennemsnitlige vækstrate fra 2020-2024, er det interessant at dykke ned i Covid-19's påvirkning på periodens startår, 2020. Det skyldes, at en negativ påvirkning på væksten i f.eks. 2021 vil blive opvejet af en lavere baseline for væksten i 2022, når man ser på et gennemsnit for de to år. Således er det kun startåret, 2020, der er interessant.

De private sygehuse ser ud til at være mere påvirket af Covid-19 i starten (marts-maj 2020), hvor der er et større procentvis dyk i produktionsværdien for private sygehuse sammenlignet med offentlige sygehuse jf. figur 8. Til gengæld er der en større procentvis stigning i produktionsværdien for de private sygehuse i forhold til de offentlige sygehuse i andet halvår af 2020. Dette skyldes samarbejdet med regionerne om at indhente udskudte behandlinger (Danske Regioner 2021).

Hvis man samlet set ser på, hvordan produktionsværdien i 2020 blev påvirket af Covid-19, kan man tage et gennemsnit af de Covid-19 påvirkede måneder (marts-december) og sammenholde med månederne før Covid-19 (januar-februar). For de private sygehuse var produktionsværdien for de Covid-19 påvirkede måneder i gennemsnit 90,3 pct. af produktionsværdien i månederne før Covid-19, mens den var på 93,0 pct. for de offentlige sygehuse. Således kan man argumentere for, at påvirkningen af Covid-19 maksimalt kan udgøre en forskel på produktionsværdivæksten mellem private og offentlige sygehuse på 2,7 procentpoint (93,0 pct. minus 90,3 pct.) i 2020. Det svarer til, at Covid-19 maksimalt kan forklare en forskel i den gennemsnitlige vækst på 0,7 procentpoint om året i perioden 2020-2024 (2,7 procentpoint divideret med 4 år).

Figur 8

Produktionsværdi i 2020 i forhold til den gennemsnitlige produktionsværdi i januar og februar 2020



Anm.: Produktionsværdi i DRG2022.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Datavindue (Danmarks Statistik).

Man kan argumentere for, at Covid-19 kan have haft en anderledes effekt på de offentlige sygehuse end de private, da sygehusforløb med Covid-19 patienter primært endte på de offentlige sygehuse. Sygehusforløb med Covid-19 patienter blev typisk indplaceret på MDC (Major Diagnostic Category) 04 'Sygdomme i åndedrætsorganerne', MDC 18 'Infektionssygdomme og parasitære sygdomme' og MDC 23 'Øvrige'. Hvis man ser på den gennemsnitlige årlige vækst i produktionsværdi for de offentlige sygehuse, var den på 0,6 pct. – både med og uden de ovennævnte tre MDC-grupper med Covid-19 sygehusforløb. Dette indikerer, at forskellen i udviklingen i produktionsværdi ikke skyldes, at de offentlige sygehuse behandlede Covid-patienter.

Lønudgifter

Det er også interessant at undersøge, hvordan udviklingen i lønudgifter blev påvirket af Covid-19. Igen er det særligt interessant at se på påvirkningen i startåret, 2020, da det påvirker den gennemsnitlige vækstrate i den undersøgte periode 2020-2024. I CEPOS arbejdspapir 93 (Tandrup-Rasmussen og Larsen 2026) redegøres der for, at 2020-

lønudgifterne på de offentlige sygehuse blev påvirket med 0,9 procentpoint. Selv hvis man vil være konservativ og antage, at lønudgifterne på de private sygehuse ikke blev påvirket af Covid-19, kan Covid-19 kun forklare 0,9 procentpoint af forskellen mellem offentlige og private sygehuse. Over en 4-årig periode (2020-2024) svarer det til 0,2 procentpoint om året (0,9 procentpoint divideret med 4 år).

Medarbejderproduktivitet

Hvis man ser på den gennemsnitlige vækst i medarbejderproduktivitet for perioden 2020-2024, skal man lægge påvirkningen på produktionsværdien sammen med påvirkningen på lønudgifter. Det svarer til, at Covid-19 maksimalt kan forklare en forskel i medarbejderproduktivitetsvækst mellem offentlige og private sygehuse på 0,9 procentpoint om året i gennemsnit (0,7 procentpoint i produktionsværdi + 0,2 procentpoint i lønudgifter).