

Hvordan opgør man de danske sundhedsudgifter?

How are the Danish health expenditures calculated?

By

Kjeld Møller Pedersen

NHE Discussion Papers: No. 1/2020

ISSN 2596-707X

Hvordan opgør man de danske sundhedsudgifter?
How are the Danish health expenditures calculated?

By

Kjeld Møller Pedersen

Department of Business and Economics, University of Southern Denmark

NHE Discussion Papers: No. 1/2020. ISSN 2596-707X

NHE Discussion Papers are circulated to encourage discussion. They have not been peer-reviewed. Any opinions expressed in the discussion papers are those of the author(s) and not those of NHE.

Hvordan opgør man de danske sundhedsudgifter?

How are the Danish health expenditures calculated?

**Kjeld Møller Pedersen
Professor, SDU**

Indholdsfortegnelse

Abstract	5
Baggrund	7
Ambitionen: Hvordan fremkommer tallene?	7
De forskellige opgørelser	8
Sammenhæng mellem driftsudgifterne og offentligt forbrug (OFF 29 og OFF 24)	11
Pleje- og rekonvalescenthjem	13
COFOG (classification of the functions of government)	14
Nationalregnskabet	16
OECD System of Health Accounts, SHA	18
OECDs opgørelse af sundhedsudgifterne	20
Hvordan afgrænses sundhedsvæsenet?	22
Afgrænsning ifølge Sundhedsloven	22
Afgrænsningen ifølge SHA	24
Social care: En del af sundhedsvæsenet?	24
Afgrænsning ifølge COFOG	27
Betydningen af at medtage nogle af de sociale udgifter	27
Forslag til policy-relevant og institutionsbaseret opgørelse af sundhedsudgifter	28
Fastprisberegning	35
Input- og outputopgørelse	36
Korrektion for kvalitet	40
Observationer vedr. brugen af outputmetoden og kvalitetsjustering.	42
Konklusioner	43
Litteratur	45
Appendix I: COFOG og SHA	47
Appendix II: COFOG	49
APPENDIX III: COICOP¹⁰	52
Appendix IV: SHA og nationalregnskabet	57
Appendiks V: OECDs funktionelle klassifikation	59
Appendiks VI: OECDs provider klassifikation	60
Appendix VII: Den autoriserede kontoplan, regioner, sundhedsvæsen	61
Appendix VIII: Kommunale autoriserede kontoplan, uddrag sundhed m.m.	63
Appendiks IX: COICOP (Classification of Individual Consumption According to Purpose)	66
Appendiks X: Nedbrydning af OFF29 på udgiftsarter	68

Sammenfatning^a

Man skulle tro, at det er enkelt at opgøre de danske sundhedsudgifter og, at det er muligt umiddelbart at gennemskue officielle beregninger, så de kan bruges til analyse af danske sundhedspolitiske spørgsmål. Det er dog langt fra tilfældet.

Afsættet for dette notat er forskellige måder at opgøre sundhedsudgifter på. Der er en procentforskel på omkring 60% mellem det højeste og laveste skøn. Centrale spørgsmål i notater er: Hvad er 'rigtigst', og kan man gennemskue, hvordan beregningerne er foretaget.

I den officielle statistik bruger man internationale klassifikationer af udgifts-/omkostningskategorier: COFOG (classifications of functions of government), OECDs System of Health Accounts, SHA, og nationalregnskabsklassifikationen COICOP (The Classification of individual consumption by purpose) til opgørelsen.

De internationale klassifikationer bidrager til international sammenlignelighed, men det er et åbent spørgsmål, om de bidrager til en national forståelse og relevans af tallene. Fokus i dette notat er på det sidste spørgsmål og svaret er, at det ikke er tilfældet. Om noget gør de internationale klassifikationer tallene uigennemskuelige set med danske institutionelle øjne. De er nemlig blevet 'institutionsløse' i forsøget på sammenlignelighed og ofte formuleret med meget generelle overskrifter, der ikke kobler til den relevante nationale kontekst.

Formålet med dette notat er at vise de forskellige opgørelser, tabel 1 og klargøre, hvad der indgår i opgørelserne, figur 1, og dermed samtidig, hvad man forstår ved 'sundhedsvæsen', når man opgør sundhedsudgifterne, fx i hvilket omfang udgifter til plejehjem m.m., der i dansk sammenhæng opfattes som 'sociale udgifter', indgår. De indgår i COFOG og SHA, men med en uklar og ikke umiddelbar operationel definition, men indfanger angiveligt den sundhedsmæssige dimension af 'long term care'. Det er på dette felt, der er størst uklarhed og manglende gennemskuelighed samtidig med, at det øger sundhedsudgifterne betydeligt.

Sidst i notatet diskuteres, hvad de forskellige opgørelser kan bruges til, og der fremsættes et forslag til en klargørende opstilling af sundhedsudgifterne med vægt på relevans for danske forhold i stedet for institutionsløse internationale sammenligninger, som dårligt nok kan genkendes i en institutionel national kontekst. Hvad dækker en post som 'outpatient ambulatory care' (OECD) over: sygehusenes ambulatorier, ydelser fra praksissektoren og/eller kommunale hjemmesygepleje? Eller 'hospitalstjenester' eller 'sundhedspleje'? For praktiske formål er det jo sådanne konkrete spørgsmål, der ønskes svar på. Det databemandede eksempel er ydermere baseret på ideen om at anvende direkte tilgængelige kilder og dermed en transparent opgørelse. For at undgå misforståelser: Det er vigtigt med international sammenlignelighed, men prisen herfor har været aftagende national relevans. Derfor forslaget om en supplerende national institutionel opstilling af opgørelsen af sundhedsudgifterne.

Afslutningsvis diskuteres tre problemkredse, der alle er relateret til de outputopgørelser, der er en del af nationalregnskabet: Fastpris-beregning, output-opgørelse på sundhedsområdet og korrektion for kvalitet. For alle tre er der tale om betydelige problemer med at bruge outputmetoden i praksis – problemer der i nogle tilfælde kan føre til misvisende opgørelser.

^a For en alternativ sammenfatning se Altinget Sundhed 21. november 2019: Dumt spørgsmål, men hvad koster sundhedsvæsenet? https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/professor-dumt-spoergsmaal-men-hvad-koster-sundhedsvaesenet-i-danmark?ref=newsletter&refid=33154&SNSubscribed=true&utm_source=nyhedsbrev&utm_medium=email&utm_campaign=sundhed

JEL Classifications: I18, H72, H75, H60

Keywords: health expenditures, COFOG (classifications of functions of government), OECDs System of Health Accounts, SHA, og COICOP (The Classification of individual consumption by purpose in the national accounts)

Abstract

One would think that it is a relatively mundane task to calculate health care expenditures which attract considerable policy interest from interest and lobby groups, politicians and the general populace. Surprisingly this is not the case. For a variety of reasons, the calculations are not very transparent. Rather, in many cases they are rather opaque to outsiders and occasionally also to insiders. In part it is due to the lack of institutional details and the use of very general terms that often are not recognizable in a national context. The costs of trying to gain comparability across borders are achieved at the price of lacking relevance for national policy issues.

As hinted at the main explanation is the ‘translation/conversion’ of national numbers to international classifications like COFOG (classifications of functions of government), OECDs System of Health Accounts, SHA, og the national accounts classification COICOP (The Classification of individual consumption by purpose). Undoubtedly, they help create (reasonable) comparable numbers across countries, but at the same time they often create a veil vis-à-vis the national numbers that are often hard to recognize in the international classifications, in particular to view them in a national institutional context relevant for national policy issues. Obviously, this was not intended, but appears to be an unfortunate side effect because in the name of comparison relevant national structures/institutional details are removed and hence often something that is important for national policy issues.

Another explanation is the inclusion of ‘long term care’. Mainly because it is hard to distinguish between what is health or social related. This holds both internationally and nationally. A separate section in the paper – ‘how is the health sector defined’ – addresses this in some detail questioning somewhat arbitrary distinctions.

Table 1: Five examples of estimates of Danish health expenditures, billion DKK

	2015	2016	2017	2018
1. Total public health expenditures based on running expenditures according to the accounts of regions and municipalities (table numbers, Statistics Denmark: REGR31, REGK31 excl. calculated costs (depreciations), REGK53; excl. investments)	123.840	127.165	130.208	133.521
1A. Regional health investments (essentially hospitals)	6.357	5.922	6.584	7.032
1B. Regional depreciations (‘beregnete omkostninger’)	3.103	2.212	2.948	2.892
2. Public consumption (health) , OFF29, Statistics DK	173.582	177.8159	182.496	187.328
2.A Public consumption (health) , OFF24	157.473	161.476	165.479	158.171
3. National accounts , NACH11, actual consumption, incl. individual private health expenditures (co-payment), i.e. total health expenditures.	175.3			
4. Total health expenditures (regional, municipalities & households) REGR31, REGK31, REGK53, NAHC23/NAHC21(private health expenditures)	151.007	155.106	158.640	162.814
5. OECD Health Data (SHA – total health expenditures)	208.261	213.827	219.180	

Table 1 shows a difference of more than 60% between low and high end estimates – with the OECD-number clearly being the highest. The overarching question: Why and what is the ‘right’ estimate?

The main aim of this paper is to try to trace how the various expenditure estimates are calculated – assuming throughout that the point of departure should be the documented and readily available operational expenditures at regional, municipal and state level, and that a clear link is assumed to exist between these base data and the estimates of health expenditures. Furthermore, it is also assumed that relevant data should be available through readily available sources, i.e. Statistics Denmark. It turns out, however, that both assumptions do not hold.

It is argued that it is important to develop estimates of health care expenditures that mirror the national institutional structure. Only in this context can the data be used for analysis of national policy issues. A proposal is presented using readily available data. This should be easy to implement (by Statistics Denmark). To elucidate the issue of ‘long term care’ it is proposed to present data with and without this component. Mainly because it is difficult to identify clearly the health component. It is important to stress that all of this is not an argument against the creation of internationally comparable data sets. On the other hand it raises a flag about lacking relevance of these data sets for national policy issues.

JEL Classifications: I18, H72, H75, H60

Keywords: health expenditures, COFOG (classifications of functions of government), OECD’s System of Health Accounts, SHA, og COICOP (The Classification of individual consumption by purpose i the national accounts)

Baggrund^b

I forbindelse med udarbejdelsen af et notat om 'underfinansiering'² blev det endnu en gang klart, at der findes forskellige umiddelbart modstridende oplysninger om størrelsen af de danske sundhedsudgifter, tabel 1.

Det er ikke ligegyldigt, hvordan de opgøres. Når grupper af ansatte i sundhedsvæsenet klager over manglende ressourcer, tænker de sandsynligvis på driftsudgifterne i, hvad vi traditionelt opfatter som 'sundhedsvæsenet' og ikke fx udgifter til plejehjem, F&U eller investeringer/afskrivninger uagtet, at de to sidste jo er valide udgifts-/omkostningsposter, blot ikke i forhold til den umiddelbare daglige drift. Ved internationale opgørelser af sundhedsudgifter som procentdel af bruttonationalproduktet, BNP, er opgørelsesmetoden heller ikke ligegyldig i forsøget på at placere sig bedst muligt³. Endelig kan det også være folketingspolitikere, der i spørgsmål til finans- og eller sundhedsministeren ønsker oplyst, hvordan sundhedsudgifterne har udviklet sig⁴⁻⁶, som lapper ind over en tilsvarende interesse i den brede offentlighed.

Formålet med dette notat er at vise de forskellige opgørelser, tabel 1, og klargøre, hvad der indgår i opgørelserne, figur 1, og dermed samtidig, hvad man forstår ved 'sundhedsvæsenet', når man opgør sundhedsudgifterne. Afslutningsvis diskuteres hvad de forskellige opgørelser kan bruges til og et forslag til en klargørende opstilling af sundhedsudgifterne med vægt på relevans for danske institutionelle forhold i stedet for vægtlægningen af international sammenlignelighed, men som dårligt nok kan genkendes i en national kontekst. Hvad dækker en post som 'outpatient ambulatory care' (OECD) over: sygehusenes ambulatorier, ydelser fra praksissektoren og/eller kommunale hjemmesygepleje? Det er jo distinkt forskellige ting, organiseret forskelligt og ikke altid substituerende. For praktiske formål er det jo sådanne spørgsmål, der ønskes svar på, ikke 'outpatient ambulatory care'.

Frem for parafrase benyttes ofte engelske tekster fra centrale publikationer, fordi det er et selvstændigt formål at dokumentere baggrunden for de forskellige opgørelsesmetoder, jfr. appendikser. Der refereres flittigt til tabeller i Danmarks Statistiks Statistikbank, fx OFF29 (offentlig forvaltning og service, funktionel fordeling af udgifter (COFOG)) eller REGR31 og REGK31 (regionale og kommunale regnskaber).

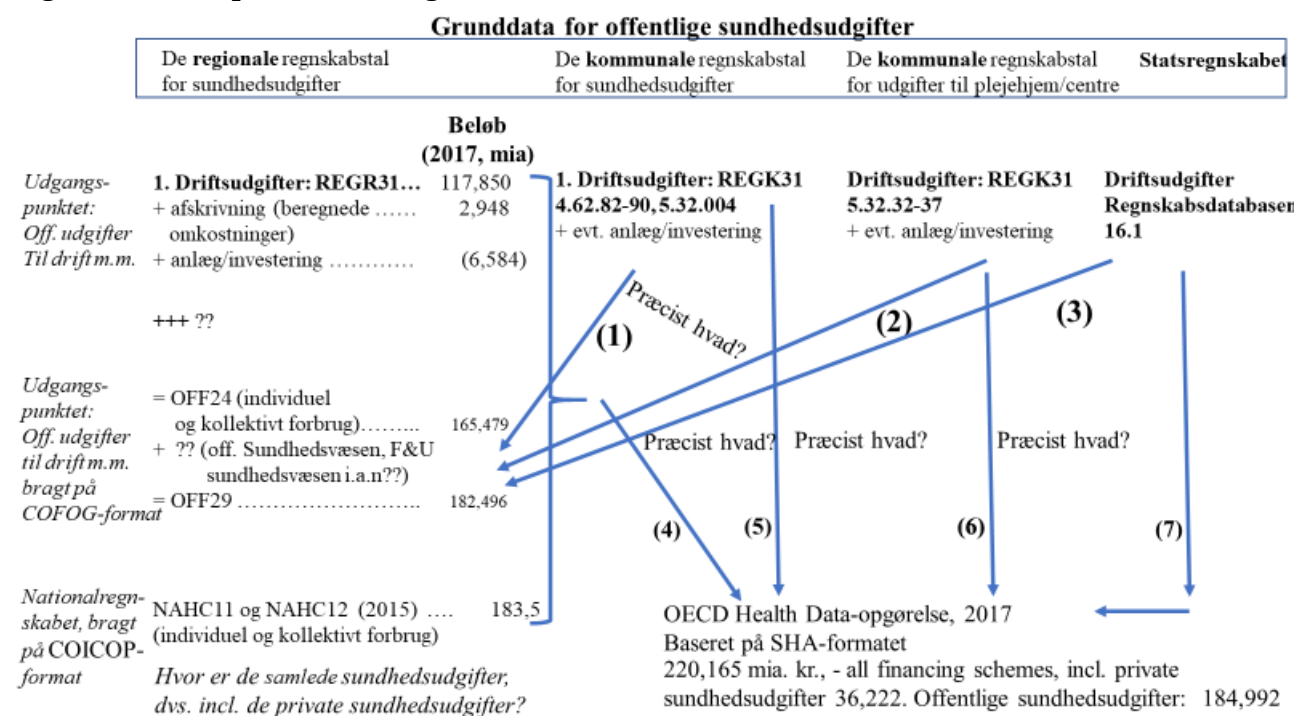
Ambitionen: Hvordan fremkommer tallene?

Figur 1 viser tænkningen bag den kortlægning, der er ambitionen i nærværende notat: Nemlig hvordan man kommer fra et sæt tal til et andet – hvad lægges til/trækkes fra og kilderne til disse tal og, hvordan forbindelsen tilbage til grundtallene bibeholdes: Driftsudgifterne i regioner, kommuner og staten.

^b Tak til følgende medarbejdere i Danmarks Statistik for velvillige svar på mine spørgsmål samt møde: Thomas Bie, Martin Rasmussen, Lars Gustavson, Kevin Vejrup, Aksel Juel Clemmensen, Magnus Jeppsen, Timmi Rølle Graversen, Bo Siemsen og Christiana Just Brandstrup
Tak for kommentarer i forbindelse med præsentation ved årsmødet i Dansk Selskab for Sundhedsøkonomi, 19. september 2019, SDU.
Tak til tidligere direktør i Danmarks Statistik Bent Thage, som havde ansvaret for nationalregnskabsstatistikken, for udveksling af synspunkter.

Figuren læses først vandret ('grunddata'): De regionale, kommunale og statslige regnskabstal. Dernæst læses lodret (nedad) startende med søjle to (de regionale regnskabstal), hvor grundideen er at spore, hvordan man med udgangspunkt i de regionale, kommunale og statslige regnskabstal kommer frem til opgørelserne i offentligt forbrug, jfr. OFF29 og OFF24 i Statistikbanken efterfulgt af nationalregnskabet. Et spørgsmål her er, hvad der mere præcist indgår fra henholdsvis de kommunale sundhedsudgifter og udgifter til plejehjem m.m.– pil (1) og (2). Der sluttes med OECD-tallene nederst i figuren med bl.a. spørgsmålet om, hvad der præcist indgår af 'sociale udgifter' (long term care), pil (5) og (6).

Figur 1: Grundproblemstillinger



De forskellige opgørelser

I indledningen til Finansministeriets ”Udviklingen i de offentlige udgifter fra 2000 til 2017”⁷ hedder det:

”Udgiftsudviklingen beskrives i denne analyse på baggrund af nationalregnskabets definitioner, jf. boks 2. Det betyder bl.a., at udgifterne i analysen ikke kan sammenlignes direkte med fx bevillingerne på finansloven eller udgifterne i de kommunale og regionale budgetter og regnskaber”.

Her har vi en kilde til forundring: Man følger internationale konventioner for opgørelse af sundhedsudgifter, men der må i sagens natur være én eller anden kobling til de nationale regnskabstal, men hvordan? Grundmaterialet må langt hen ad vejen nødvendigvis være det samme^c.

^c Det hedder bl.a. i dokumentationen i Danmarks Statistik, at ”Budgetter og regnskaber for kommuner og regioner benyttes af brugere med interesse for det kommunale og regionale område, og anvendes bl.a. i nationalregnskaber for den offentlige forvaltning og service samt til offentlige planlægningsformål, som fx de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og KL og Danske Regioner”

Det ville som minimum være ønskeligt med klarhed over følgende hovedkategorier/begreber: Samlede offentlige driftsudgifter, private sundhedsudgifter og samlede sundhedsudgifter.

Sundhedsudgifterne kan opgøres mindst på følgende måder^d

1. Ud fra regnskaber fra regioner, kommunerne og staten – drift og investeringer (afskrivning og renter) - samt husholdningernes egenudgifter/brugerbetaling.
2. Ud fra COFOG-opgørelse (COFOG: classification of the functions of government)⁸, hvor udgifterne bliver påhæftet en COFOG-kode
3. OECD health data opgjort efter SHA – a system of health accounts⁹
4. Nationalregnskabet¹, som benytter COICOP¹⁰ (The classification of individual consumption by purpose)

IMF har udarbejdet en manual for Government Finance Statistics Manual¹¹, som tilsyneladende ikke er i spil ved opgørelserne, omend man ved IMF-opgørelse af udgifter også støtter sig til COFOG^e.

Tabel 1 viser tallene for de forskellige måder at opgøre sundhedsudgifterne på. De fleste for årene 2015-2018. Der er medtaget flere år for at undgå tilfældige svingninger. I tabellen er der indsat henvisninger til de relevante tabeller i Danmarks Statistiks Statistikbank, som er tilgængelige for alle^f. I Danmarks Statistik findes interne databaser, fx over regnskabstal, (DIOR (Database for Offentlige Integrerede Regnskaber), som kun er tilgængelig på servicevilkår for udenforstående^g, men som bruges til at danne tabeller i Statistikbanken, fx over forbrug opgjort efter COFOG-klassifikationen. DST oplyser, at omkring 55.000 transaktioner får en COFOG-kode.

Tabel 1 viser markante forskelle, der primært skyldes forskellige opgørelsesmetoder, dvs. hvad der medregnes som sundhedsudgifter^h. Der er omkring 60% forskel mellem det laveste og

^d I OECDs Health at a Glance hedder det: "Health spending measures the final consumption of health care goods and services (i.e. current health expenditure) including personal health care (curative care, rehabilitative care, long-term care, ancillary services and medical goods) and collective services (prevention and public health services as well as health administration), but excluding spending on investments".

^e "The primary purpose of the *GFSM 2014* is to provide a comprehensive conceptual and reporting framework suitable for analyzing and evaluating fiscal policy, especially the performance of the general government sector and the broader public sector of any economy".

Ved en udgift forstås "Expense (1) is a decrease in net worth resulting from a transaction. Expense transactions as defined in GFS have counterpart entries either in a decrease in assets or an increase in liabilities—thereby decreasing net worth. The general government sector has two broad economic responsibilities: (i) to assume responsibility for the provision of selected goods and services to the community, primarily on a nonmarket basis; and (ii) to redistribute income and wealth by means of transfers These responsibilities are largely fulfilled through expense transactions, which are classified in two ways in GFS: an economic classification and a functional classification [... COFOG]", p. 114.

^f Der er her anlagt det synspunkt, at man bør kunne gennemskue tallene ud fra offentligt tilgængelige kilder, fx tabellerne i Statistikbanken og de dertil hørende dokumenter. Som det vil fremgå senere, er dette desværre ikke muligt, især for 'long term care'. For brugen og forståelsen af data er dette en mangel.

^g Bruges fx i den årlige 'Regnskaber for offentlig forvaltning og service', senest i Statistiske Efterretninger 2019:9. Opstillet i overensstemmelse med nationalregnskabet.

^h I Sundhedsministeriets Ældre-og sundhedsøkonomiske analyse fra 2018 benyttes kun en tredeling: 1. regnskaber, 2. nationalregnskabet og 3. OECD-opgørelsen, medens der også medtages COFOG-opgørelsen, der ganske vist angives at blive brugt i nationalregnskabet, men alligevel resulterer i et andet tal. Som det fremgår nedenfor baserer nationalregnskabet sig ikke på COFOG, men på COICOP-formålssklassifikationen.

største estimat, hhv. nr. 1 og 5. Spørgsmålet er, hvad der er rigtigst (til hvilke formål), hvilket dernæst rejser spørgsmålet om kriterierne for 'rigtigst', og hvad tallene kan bruges til. I tabellen findes både 'officielle' opgørelser fra Danmarks Statistik og opgørelser, som nærværende forfatter har dannet.

Opgørelserne tjener selvsagt forskellige formål. Således hedder det i en SUM-rapport fra 2018, at national-regnskabsstatistikken gør det muligt at belyse ressourceforbruget i forhold til det samlede offentlige forbrug og over en længere tidsperiode¹², men sætter ikke samtidig spørgsmålstejn ved relevansen af, hvordan sundhedsudgifterne er opgjort og 'genkendelighed' og relevans i forhold til driften af sundhedsvæsenet, jfr. at det i samme rapport anføres, at den nationalregnskabsbaserede opgørelse ikke kan sammenlignes direkte med de kommunale og regionale regnskaber pga. forskellige opgørelsesprincipper og afgrænsninger – en genklang af citatet fra den finansministerielle publikation, der blev citeret allerførst i dette notat. Hvis formålet er at se på de økonomiske rammer for den løbende drift af sundhedsvæsenet, er den regnskabsmæssige opgørelse, 1. i tabel 1 klart bedst i den forstand, at opgørelsen umiddelbart giver intuitiv mening uden for mange mellemregninger, incl. beregnede størrelser som fx F&U, der ofte betragtes som en investering og, hvor afskrivning afspejler udgiften.

Tabel 1: Forskellig opgørelsesmetoder, forskelligt resultat. Løbende priser, mia. kr.

	2015	2016	2017	2018
1. Samlede offentlige sundhedsudgifter, regnskaber (regioner, kommuner), REGR31, REGK31 excl. beregnede omkostninger, REGK53, excl. Investeringer og excl. statslige administrationsomkost.	123,840	127,165	130,208	133,521
1A. Regionale sundhedsinvesteringer	6,357	5,922	6,584	7,032
1B. Afskrivninger regioner ('beregnete omkostninger')	3,103	2,212	2,948	2,892
2. Offentlige udgifter (sundhedsvæsen) OFF29	173,582	177,815	182,496	187,328
2.A Offentligt forbrug (sundhedsvæsen) OFF24	157,473	161,476	165,479	168,171
(2. & 2A omfatter også Pleje- og rekonvalescenthjem m.m.)				
3. Nationalregnskab, NACH11, faktisk forbrug, incl. privat afholdte sundhedsudgifter (brugerbetaling), dvs. samlede sundhedsudgifter.	175,3			
4. Samlede sundhedsudgifter (reg, kom., hushold) REGR31, REGK31, REGK53, NAHC23/NAHC21(private sundhedsudgifter)	151,007	155,106	158,640	162,814
5. OECD Health Data (SHA – samlede sundhedsudgifter, heraf er 36,222 mia. private sundhedsudgifter.)	208,261	213,827	219,180	

Note: Regnskabstallene, 1., er her uden 'beregnete omkostninger', som for praktiske formål er afskrivninger, som blev indført i medfør af indførelsen af et omkostningsbaseret bevillings- og omkostningssystem i 2005/2007¹³. Se 1B for beregnede omkostninger for regionerne. Forskning og Udvikling, F&U, er strengt taget en investering – og skulle derfor indfanges via afskrivning.

Den nok mest intuitive opgørelse er nr. 1.: regnskaber fra de to hovedleverandører af sundhedsydelser: Regionernes og kommunernes bogførte udgifter, excl. investeringer og statslige administrations- og reguleringsomkostninger til forskellige styrelser og sundhedsministeriet, men incl. regionale administrationsomkostningerⁱ. Fokus er på udgifterne hos de primære leverandører af sundhedsydelser og som administrerer de økonomiske rammer for den daglige drift. Når ansatte i sundhedsvæsenet klager over 'underfinansiering', tænker de altovervejende på regionernes sundhedsudgifter og i mindre grad på de kommunale sundhedsudgifter. Og slet ikke på de største kommunale sundhedsudgifter: Plejehjem m.m., der er medtaget i tabel 2 nedenfor.

De offentlige forbrugsudgifter i sundhedsvæsenet, 2. i tabel 1, er opgjort efter COFOG-klassifikationen, jfr. nedenstående afsnit og tekstramme. Tallene fra OFF 29 indgår i Statistisk 10-årsoversigt og får på denne måde status som det 'officielle' tal for sundhedsudgifter, medens tallene i Statistisk Årbog (sidste årgang 2017) viser noget helt andet: 127 mia. i 2015, men med særlig opstilling^j.

I OFF 29 er der tale om mere end drifts- og kapitaludgifter for, hvad vi normalt opfatter som sundhedsvæsenet. Fx indgår pleje- og rekonvalescenthjem og forskning og udvikling i sundhedsvæsenet, F&U, dog uden at man ser de præcise beløb og, hvorfra tallene stammer. Derfor bliver beløbet også større end den regnskabsbaserede opgørelse. Nedenfor rejses spørgsmålet om, hvordan man præcist kommer fra 1. til 2. i tabellen. Svaret fremgår af tabel 2 nedenfor.

Når man ser på opgørelserne, er det vigtigt at skelne mellem udgifts- og omkostningsprincippet. Ifølge udgiftsprincippet bogføres udgifter på betalingstidspunktet. Det vil sige, at udgiften til fx en investering bogføres på betalingstidspunktet. Det er til forskel fra bogføring efter omkostningsprincippet, hvor en investering ikke bogføres ved betalingstidspunktet, men via afskrivninger i takt med anvendelsen af det aktiv, som der er investeret i. Udgifterne opgøres endvidere ekskl. moms og opdeles på drift og anlæg ud fra definitionerne i den regionale og kommunale kontoplan. Det betyder bl.a., at det kan være vanskeligt at sammenholde udgiftsniveauerne i regnskaberne med den øvrige offentlige økonomi eller den samlede nationalindkomst fx givet ved BNP.

Ved opgørelsen af de regionale driftsudgifter, REGR 31, skal man være opmærksom på de to opgørelsesprincipper, jfr. den særskilte opgørelse heraf i tabel 1.

Sammenhæng mellem driftsudgifterne og offentligt forbrug (OFF 29 og OFF 24)

Tabel 2 viser, hvordan man kommer fra de regionale driftsudgifter over de kommunale driftsudgifter til offentligt forbrugsudgifter (OFF 29: Offentlig forvaltning og service, funktionel

ⁱ Som ifølge den autoriserede kontoplan dækker over: ADMINISTRATION AF SUNDHEDSOMRÅDET 1.50.33 Central administration af sundhedsområdet (ekskl. psykiatri) 1.50.34 Decentral administration af sundhedsområdet (ekskl. psykiatri) 1.50.35 Administration af det psykiatriske område 1.50.36 IT – sundhedsområdet (ekskl. psykiatri) 1.50.37 IT – sundhedsområdet (psykiatri)¹⁴.

^j Sundhed: Offentlig sygesikring + Sygehusvæsenet + Kommunale ydelser m.m. + Arbejdsgiveres udgifter til sygedagpenge + Sygedagpenge, arbejdsstyrken + Frivillig sygesikring. Side 100, Statistisk Årbog 2017.

fordeling af udgifter (COFOG) og OFF24: Offentlig forvaltning og service, forbrugsudgift efter funktion samt individuel og kollektiv andel).

Tabel 2: Fra regionale driftsudgifter til funktionel fordeling af offentlige udgifter^k

Mia. kr.	2017
<i>Regionale sundhedsudgifter (REGR31)</i>	120,5
+ Moms	8,7
+ F&U	1,9
+ Tjenestemandspensioner	0,7
<i>Kommunale sundhedsudgifter</i>	
* Pleje- og rekonvalescenthjem m.m.	29
* Medicinske produkter, apparater, udstyr m.m	5,3
* Egentlige komm. sundhedsudgifter (en del af REGK31)	13,5
<i>Staten</i>	2,8
Offentlige udgifter, OFF 29	182,4
- Investering og F&U	14,4
- Indkomstoverførsler og subsidier	2,7
+ Afskrivninger	7,9
- Salg af varer og tjenester fra indtægtssiden	0,7
- Andre produktionssubsidier fra "	0,9
Offentligt forbrug - sundhedsvæsen, OFF 24	171,6

Det har ikke p.t. været muligt at få afklaret, hvad 'Pleje- og rekonvalescenthjem m.m.' præcist dækker over. Jeg har fra Danmarks Statistik fået oplyst en række funktionskoder i REGK31 og REGK100, fx 5.32.32 Pleje og omsorg mv. af ældre og handicappede, men som ikke forklarer, hvordan beløbet på 29 mia. fremkommer.

Der er en række mellemregninger, som mange ikke er opmærksomme på, fx moms.

Momsbeløbet har rod i momsrefusionsordningen for kommuner og regioner, der har til hensigt at sikre konkurrencemæssig ligestilling mellem kommunernes og regionernes egenproduktion og køb af varer og ydelser hos private leverandører. Ved at refundere momsudgifter ved køb hos private leverandører bliver det konkurrencemæssigt neutralt for en kommune eller region at vælge mellem egne eller andres ydelser. Udover momsudgifter refunderes også visse udgifter til lønsumsafgift via ordningen.

Tjenestemandspensioner optræder ikke umiddelbart som driftsudgifter for sygehusene^l, men er i sagens natur relevante uanset, hvor de umiddelbart er konteret.

F&U er en beregnet størrelse, hvor det ikke har været muligt at få klarhed over beregningsmetoden og datagrundlaget bortset fra, at der indgår tal om i COFOG er koder med F&U. Dette forklarer dog ikke, hvad der er datakilden til COFOG.

^k Stor tak til chefkonsulent Martin Rune Rasmussen, Danmarks Statistik, uden hvis hjælp det ikke havde været muligt at 'afkode' beregningsgangen.

^l Og dog: I REGR31 finder man under artskontoen 'Hensættelser til tjenestemandspensioner' et beløb på 2,8 mio for 2018, hvoraf dog kun 178.000 drejer sig om sygehusene. I 2017 var beløbet kr. 199.000. Dette beløb er dog mindre end det fremgår af tabel 2.

'Indkomstoverførsler og subsidier' i tabel 2 stammer fra flex- og skånejob, jobrotation, ressourceforløb mv.", hvor ansatte under sundhedsområdet får et tilskud til deres løn^m. Dette tilskud anskues som et modtaget subsidie, som ifølge definitionen af "forbrug" skal trækkes fra, når det offentlige forbrug beregnes. Dvs. at når der ses på det offentlige forbrug under sundhedsområdet, bliver det kun belastet med den løn sundhedsområdet selv betaler og ikke den der efterfølgende bliver refunderet.

'Staten' i tabel 2 kommer fra Statsregnskabet og kan hovedsageligt henføres til Sundheds- og Ældreministeriet og er administrations- og reguleringssomkostninger fra de forskellige styrelser.

Det er under de kommunale sundhedsudgifter, at mange bliver overrasket over at finde 29 mia. kr. opført som 'Pleje- og rekonvalescenthjem m.m.', jfr. fodnoten tabel 2. Afgrænsningen af 'sundhedsvæsen' og dermed inddragelse af bl.a. plejehjem behandles senere i et særskilt afsnit.

Pleje- og rekonvalescenthjem

Tallene bag de 29 mia. kr. er trukket fra REGK31 baseret på en række funktionskoderⁿ. Trækker man tallene for disse koder og adderer dem, fremkommer der imidlertid et langt større beløb, ca. 50 mia. kr. Derfor må der været foretaget umiddelbart ukendte/uigennemskuelige valg. En forespørgsel til Danmarks Statistik vedr., hvordan beløbet præcist var fremkommet førte til et svar gående ud på, at der findes tusindvis af registreringskombinationer og, at nogle af disse kombinationer kodes som Pleje- og rekonvalescenthjem, men at det ville være meget tidskrævende at lave en samlet oversigt over COFOG-koder.

Det forekommer mere end betænkeligt og forunderligt, at der ikke kan gives et klart og kort svar, dvs. en klar kobling mellem beløbet på 29 mia. kr. og de bagvedliggende driftsudgifter, som må antages at være en del af REGK31/REGK100. I Danmarks Statistik har man naturligvis styr på, hvad der indgår, men det er svært at give et klar og kort svar. Et supplerende svar fra Danmarks Statistik^o oplyser, baseret på en forespørgsel om, at der vel findes en algoritme, der kunne sammenkoble COFOG-koderne og funktionsopdelingen i REGK31/100:

"Udfordringen er, at der ikke findes én samlet algoritme, men over 500 algoritmer for hver eksisterende og tidligere funktioner, samt fire overordnede algoritmer, der går på tværs af funktioner. Men fordelingerne ligger typisk rimelig stabilt over årene. Man kan dermed benytte den procentdel, som du har også regnet dig frem til (29/50=58% for Pleje- og rekonvalescenthjem m.m.)." (... nævneren 50 (mia.) er KMPs beregning baseret på funktionskoder, jfr. ovenfor og tidligere fodnote. Tallet 29 (mia.) fremgår af tabel 2)

Det har ikke været muligt i materiale fra Danmarks Statistik at finde de præcise begrundelser for, hvorfor bestemte funktionskoder er medtaget. Dette berøres i et vist omfang i det senere afsnit, om hvad man forstår ved sundhedsvæsen.

^m Denne forklaring illustrerer også, hvorfor udenforstående ikke umiddelbart kan gendanne tallene for sundhedsudgifter, fordi sådanne tal ikke umiddelbart findes i Statistikbanken.

ⁿ

46290	53026	53027	53232	53233	53234	53838	53854	55881	55882	56891	56898
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Hvor 45290 står for 45.29.0 i REGK31. REGK100 er kommet til efter dette notat blev påbegyndt og giver endnu mere detaljerede oplysninger, men kræver dog adgang til en autoriseret kontoplan for at kunne udnyttes med fordel.

^o Tak til fuldmægtig Kevin Vejrup, Danmarks Statistik for velvillig korrespondance og svar.

OFF29 viser de samlede udgifter og ikke forbruget. Forbruget fremgår af OFF24. OFF24 viser både de kollektive og individuelle offentlige forbrug, og der er korrigeret for subsidier m.m., som ikke er lig med forbrug.

Fokus i OFF24 og OFF29 er i sagens natur på *offentlige* udgifter/forbrug til sundhedsvæsenet. Der medtages derfor ikke private sundhedsudgifter (brugerbetaling) og dermed de samlede sundhedsudgifter. Oplysninger herom finder man i nationalregnskabet (NAHC11), jfr. tabel 5 nedenfor.

COFOG (classification of the functions of government)

Formålet med COFOG (classification of the functions of government) er at fordele *de offentlige udgifter* (og kun det...) på, hvad der betegnes som socioøkonomiske målsætninger. Danmarks Statistik siger, at COFOG giver overblik over, hvad de offentlige udgifts-kroner bruges til og dermed de overordnede udgiftsmæssige prioriteringer inden for offentlig forvaltning og service¹⁵. Sådan lyder den officielle forklaring fra Danmarks Statistik, men som det vil fremgå nedenfor og af forslaget til en policy-relevant opstilling af de danske sundhedsudgifter, er det en sandhed med betydelige modifikationer

Formålsopdelingen bygger på "Manual on source and methods for the compilation of cofog statistics, Classification of the functions of government (COFOG)" udgivet af Eurostat⁸.

COFOG blev oprindeligt udviklet af UN/OECD og er i dag en integreret del i nationalregnskabet¹⁵.

Det betyder, at nogle af opdelingerne i sagens natur ikke altid er relevant for danske forhold, fx fødeklinikker (07.3.3) og reelt set heller ikke 'specialhospitaller' (07.3.2) om end Danmarks Statistik bruger denne term, om end psykiatriske hospitaler ifølge manualen vist nok er omfattet, jfr. tabel 11 nedenfor.

Kategorien 'hospitalstjenester' omfatter ifølge COFOG-afgrænsningen ikke udgifter til sygehusambulatorier, som er medtaget under ambulant behandling, men tekstrammen er dog ikke klar, men teksten i den engelske manual, appendiks II, angiver, at 'the outpatient clinics of hospitals and the like' indgår under ambulant behandling. Hertil kommer, at der ikke som sådan kan skelnes mellem regionale, kommunale og statslige sundhedsudgifter, ligesom der undertiden benyttes en lidt usædvanlig terminologi, fx paramedicinske tjenesteydelser. Det hænger utvivlsomt sammen med en lidt kluntet oversættelse og manglende kobling til dansk sprogbrug/terminologi.

I det hele taget er terminologien i den danske COFOG-oversættelse ofte ikke hensigtsmæssig og koblet til almindeligt forekommende danske begreber. På danske har vi fx ikke 'almene hospitaler' (er det 'general', der er blevet til almen?). 'Ambulant behandling' forbinder man normalt ikke med almen praksis men behandling i sygehusenes ambulatorier.

”Det offentlige forbrug (kollektivt og individuelt) i nationalregnskabet består primært af udgifter til aflønning af ansatte og varekøb ifm. produktion og aktiviteter i den offentlige sektor, fx medicin eller undervisningsmaterialer. Der er således tale om udgifter til daglig drift af den offentlige sektor, som spænder over en lang række forskellige opgaver fra fx knæoperationer, undervisning eller børnepasning til politi, forsvar og administration, men altså opgjort på en anden måde end de umiddelbart tilgængelige regnskabstal”¹⁵.

Ifølge nationalregnskabet omfatter de offentlige investeringer udgifter til etablering og vedligehold af bygninger, anlæg og infrastruktur, fx veje eller jernbaner, ligesom afskrivninger naturligt anskues som driftsudgifter. Udgifter til forskning og udvikling medregnes i nationalregnskabet også som offentlige investeringer.

COFOG-klassifikationen afklarer dog ikke præcist, hvad der skal/kan forstås ved offentlige sundhedsudgifter. Det er imidlertid en snævrere afgrænsning end OECD SHA-klassifikation (nedenstående ramme). I COFOG-manualen oplyses under afsnittet om Danmark, at omkring 55.000 transaktioner (utvivlsomt i hele den offentlige sektor) får en COFOG-kode. Når udgiftsposter kan kobles til flere forskellige funktioner bruges der en fordelingsnøgle baseret på supplerende oplysninger.

(COFOG) 07.: Sundhedsvæsen

- 07.1: Medicinske produkter, apparater og udstyr
 - 07.1.1: Farmaceutiske produkter (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.1.2: Andre medicinske produkter (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.1.3: Medicinsk udstyr (Individuelle tjenesteydelser)
- 07.2: Ambulant behandling
 - 07.2.1: Almen lægehjælp (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.2.2: Speciallægehjælp (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.2.3: Tandbehandling (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.2.4: Paramedicinske tjenesteydelser (Individuelle tjenesteydelser)
- 07.3: Hospitalstjenester
 - 07.3.1: Almene hospitalers tjenester (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.3.2: Specialhospitalers tjenester (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.3.3: Medicinske centre og fødeklinikker (Individuelle tjenesteydelser)
 - 07.3.4: Pleje- og rekonvalescenthjem (Individuelle tjenesteydelser)
- 07.4: Offentligt sundhedsvæsen
 - 07.4.0: Offentligt sundhedsvæsen (Individuelle tjenesteydelser)
- 07.5: F&U inden for sundhedsvæsen
 - 07.5.0: F&U inden for sundhedsvæsen (Kollektive tjenesteydelse)
- 07.6: Sundhedsvæsen i.a.n.
 - 07.6.0: Sundhedsvæsen i.a.n. (Kollektive tjenesteydelse)
 - i.a.n_ = intet andet nævnt (KMPs indsætning)

Nationalregnskabet^p

Bruttonationalproduktet, BNP, er den vigtigste størrelse i nationalregnskabet. Det kan beregnes på forskellige måder: produktionsmetoden, udgiftsmetoden, og indkomstmetoden. Den mest anvendte metode er udgiftsmetoden, som beregner BNP ved at bestemme alle udgifter, som enkeltpersoner afholder i løbet af et år. Formlen for udgifterne udtrykkes som følger: $BNP = C + I + G + (X - M)$, hvor 'C' er forbrug, 'I' er bruttoinvestering, 'G' er offentlige udgifter, 'X' er eksport og 'M' er importen.

I nationalregnskabet bruger man ikke COFOG-klassifikationen men COICOP-inddelingen (Classification of Individual Consumption by Purpose, appendiks III).

Tallene i OFF29, jfr. tabel 2, udtrykker *udgifter*, ikke *forbrug*, som det er tilfældet i nationalregnskabet. Der er mange type af udgifter, som ikke er forbrug, især overførsler, renter og investeringer. OFF29 er baseret på COFOG-klassifikationen af udgifter, medens man i nationalregnskabet bruger COICOP, som er en formålsklassifikation. Ofte placeres udgifterne samme sted, men der er også tilfælde, hvor de ikke gør.

Som et eksempel kan man tage, at et hospital køber (markeds-mæssige) taxa-ture til patienter. I dette tilfælde havner udgiften i COFOG under 7. *Sundhedsvæsen* (appendiks II), men i COICOP havner udgiften i forbrugsgruppen *07300 Køb af transportydelser*, som dermed ikke kommer til at indgå i forbrugsudgifter til sundhed. Et andet eksempel er sundhedsvæsenets køb af markeds-mæssigt producerede diætprodukter^q - ca. 200 mio. om året -, som er COFOG-kodet som sundhed, men som bliver omkodet til COICOP-gruppen for fødevarer (tabel 4).

Tabel 3 viser forskellen mellem opgørelse baseret COFOG og COICOP beløber sig 3,3 mia. kroner. Dette er også forskellen i tabel 4 mellem COFOG (sundhed) og COICOP (sundhed).

Tabel 3: Offentlige sundhedsudgifter efter COFOG (OFF24) og COICOP (NACH11), mia. kr.

	OFF24	NAHC11/12
	COFOG	COICOP (NACH11)
	2015	2015
Individuelt offentligt forbrug	149.252	145.930
Kollektivt offentligt forbrug	8.221	8.221
Offentligt forbrug i alt	157.473	154.151

Den præcise kilde til 'kollektivt offentligt forbrug' er ikke oplyst. En del stammer utvivlsomt fra statsregnskabet.

Tabel 4 viser klassifikation af naturalieydelser – 2015 – efter henholdsvis COFOG og COICOP. COICOP er den mest detaljerede.

^p For velvillig og nyttig bistand takkes Publiceringskoordinator for Nationalregnskab Bo Siemsen og fuldmægtig Christina Just Brandstrup, begge Danmarks Statistik.

^q Svarende til 1.20.21 Ernæringspræparater i REGR31.

Tabel 4: Naturalieydelse på sundhedsområdet efter COFOG og COICOP, mio. kr.

Naturalieydelse fordelt efter COFOG	
0700 Sundhed	27.712
1000 Social beskyttelse	2.568
I alt	30.279
Naturalieydelse fordelt efter COICOP	
01 Fødevarer	207
03 Beklædning og fodtøj	73
04 Boligbenyttelse	408
05 Møbler, boligudstyr og vedligehold	4.499
06 Sundhed	24.389
07 Transport	668
09 Kultur og fritid	19
11 Hoteller og restauranter	7
12 Andre varer og tjenester	9
I alt	30.279

OFF 25 er en krydstabulering mellem funktioner og udgiftsarter. I appendiks VII ser man, hvordan OFF29 nedbrydes på udgiftsarter med en klar opdeling i driftsudgifter og kapital.

Tabel 5: Individuelt forbrug af sundhedsydelser (privat, offentligt og i alt), mia. kr., løbende priser

NAHC11 i Statistikbanken	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Husholdningernes forbrugsudgifter	24,667	25,214	25,451	25,497	26,185	27,166
2. Forbrugsudgifter i Non-profit institutioner rettet mod husholdninger (NPISH)	1,619	1,792	2,079	1,997	2,343	2,204
3. Privatforbrug (1+2)	26,286	27,006	27,530	27,494	28,528	29,370
4. Offentlige individuelle forbrugsudgifter	134,076	133,145	136,905	138,117	141,679	145,930
5. Faktisk individuelt forbrug (3+4)	160,362	160,151	164,435	165,612	170,208	175,300
6 Kollektivt forbrug (NAHC12)	5,104	5,165	7,538	7,605	7,939	8,221
7. SAMLET FORBRUG SUNDHEDYDELSE	165,466	165,316	171,973	173,217	178,147	183,521

Det må antages, at 'husholdningernes forbrugsudgifter' altovervejende er baseret på forbrugerundersøgelserne. Kilden til udgifter til non-profitudgifter kendes ikke

Som overgang til OECD-statistikken viser OECD-opgørelsen, at privatforbruget er større end angivet i tabel 5. Det er en illustration af, hvor vanskeligt det er at se, at den danske statistik er konsistent og gennemskuelig.

For 2015 var beløbet på 32,940 mia. kr. (voluntary schemes/out-of-pocket). En første forklaring på forskellen i forhold til tabel 5 – 29,370 mia. kr. - er, at frivillige sundhedsforsikringer ('danmark' og arbejdsgiverbetalte) er medregnet i OECD-tallene. Tallene herfor er imidlertid ikke opgivet i OECD-statistikken for 2015. 2017 har imidlertid alle oplysninger: 35,174 mia. kr. hvoraf forsikringer (der noget overraskende omtales som 'prepayment') udgjorde 4,774 mia. kr. – svarende til 14% af det samlede beløb. Antager vi, at det samme relative forhold var gældende i 2015, udgjorde forsikringsudgifter ca. 4,611 mia. kr. – og dermed, at egenbetalingen i 2015 var ca. 28,300 mia. i 2015.

Der er således umiddelbart en uforklaret forskel på ca. 1 mia. kr. mellem OECD-tallene og Danmarks Statistiks NAHC11 – og mere, hvis man i tabel 5 ikke medtager 'Forbrugsudgifter i Non-profit institutioner rettet mod husholdninger' (2,204 mia. kr.).

OECD System of Health Accounts, SHA

OECD har siden 2000 benyttet 'System of health accounts', SHA, hvor OECDs førsteudgave er fra 2000. En dansk udgave kom i 2004¹⁶. Den nuværende er fra 2011. Denne udgave er resultatet af et samarbejde mellem Eurostat, OECD og WHO og må tages som udtryk for en fælles opfattelse af, hvad der er god standard for opgørelse af internationalt sammenlignelige^r sundhedsudgifter. Med henvisning til Commission Regulation 2015/359¹⁸, er alle EU-lande forpligtet til at producere statistik om sundhedsudgifter i overensstemmelse med SHA.

SHA 2011 provides a standard for classifying health expenditures according to the three axes of consumption, provision and financing. It gives guidance and methodological support in compiling health accounts. More specifically, the purposes of the System of Health Accounts 2011 are:

- to provide a framework of the main aggregates relevant to international comparisons of health expenditures and health systems analysis;
- to provide a tool, expandable by individual countries, which can produce useful data in the monitoring and analysis of the health system^s;
- to define internationally harmonised boundaries of health care for tracking expenditure on consumption.⁹

^r Én af OECDs førende statistikere, Paul Schreyer, sår iøvrigt tvivl om graden af sammenlignelighed i forbindelse med en diskussion af opgørelse af sundhedsudgifter efter input-eller outputmetoden:

"It is tremendously difficult to make a statement about the degree of international comparability of measures of hospital services While it is obvious that methods vary between countries, this does not necessarily imply significant problems of comparability of results. Comparability is often quoted as one of the advantages of traditional, input-based measures for health services. However, as there is no reason to believe that the bias induced by input-based methods (instead of output-based measures) is the same across countries, reverting to input-based computations would not really solve the problem of comparability."¹⁷..

^s Det er netop dette, der sættes spørgsmålstegn ved i nærværende notat.

The guiding principles [...bag SHA] in defining the dimensions and classifications of SHA 2011 have been the relevance and usefulness for health analytical purposes, continuity with existing standards and improved links to the System of National Accounts (SNA).⁹

Differences between SHA and COFOG¹

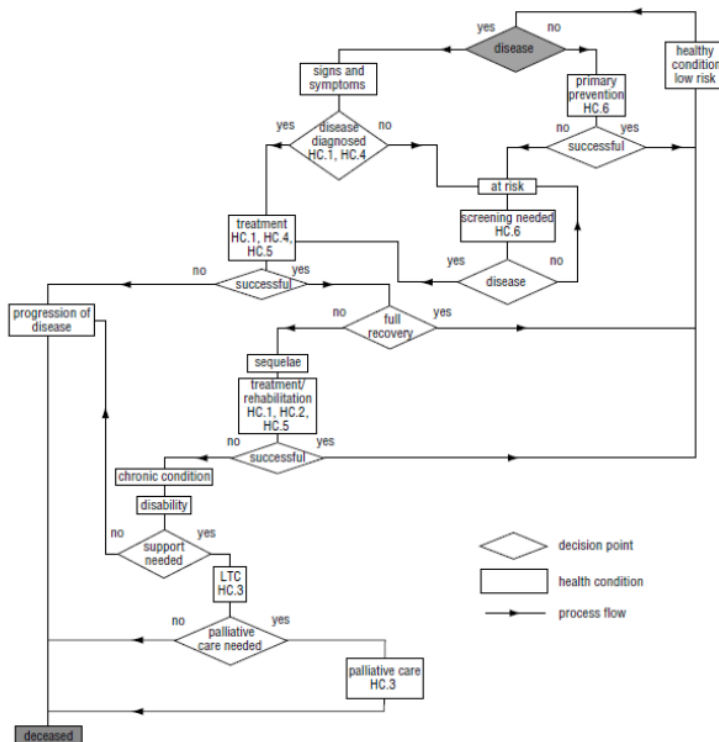
Although the SHA uses existing descriptions and classifications as far as possible to provide the information needed for the specific health needs, differences with these existing information sources are present. For example, SHA use various public and private information sources, while on the other hand COFOG is restricted to government administrative sources.

The purpose of SHA is to provide a complete overview of all expenditure related to health care, while COFOG intends to classify transactions in government-funded health care. To fulfill this aim, SHA covers all economic units (both as primary producers of health care or secondary or ancillary producers); while COFOG uses governmental units in the determination of the health expenditure. COFOG functions (purposes) and SHA functions are also different in respect of the contents and level of aggregation.

The main criterion to include or exclude certain activities relates to their role in enhancing health status, diminishing ill-health, or preventing the deterioration of the health of individuals and/or the population as a whole^{19 p. 56}

SHAs inddragelse af *long-term-care*, *LTC*, drøftes i detaljer i efterfølgende afsnit. Nedenstående figur viser overordnet OECDs funktionelle klassifikation og logikken bag den, som samtidig afspejler, hvad der medtages som 'sundhedsvæsen'. LTC ses næstnederst.

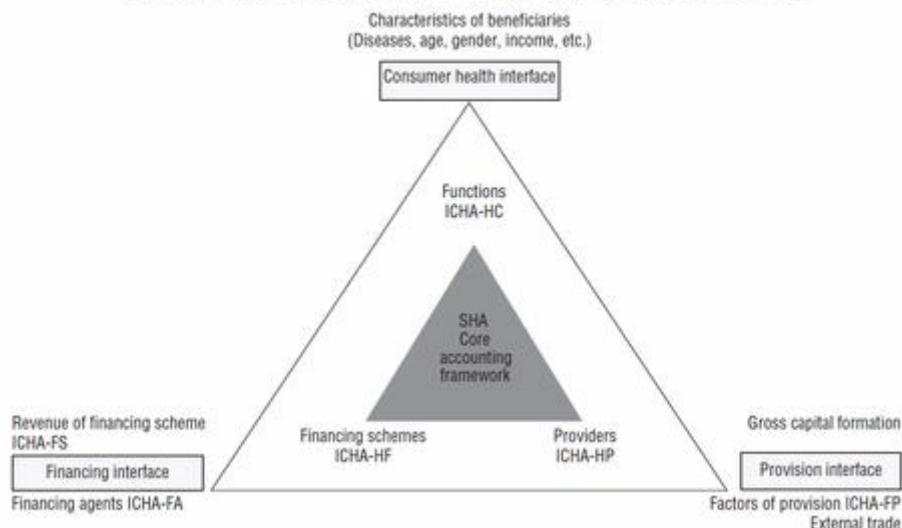
Figure 5.2. Decision tree for the functional classification



SHA er opbygget omkring tre akser: Funktioner, leverandører/producenter og finansiering jfr. nedenstående figur. De adresserer tre hovedspørgsmål:

- What kinds of health care goods and services are consumed?
- Which health care providers deliver these goods and services?
- Which financing scheme pays for these goods and services?

The core and extended accounting framework of SHA 2011



Source: IHAT for SHA 2011.

OECDs opgørelse af sundhedsudgifterne

OECD får data fra medlemsstaterne – in casu Sundhedsministeriet i Danmark.

Sundhedsministeriet 'bestiller' data fra Danmarks Statistik. Med andre ord: Den ansvarlige dataleverandør er Sundhedsministeriet, der også definerer, hvilke data der medtages, medens udtrækket leveres af Danmarks Statistik.

OECD opdeler data efter 'provider' (leverandør) og 'function' (funktion), jfr. nedenfor. Udtræk fra Health Data 2019 giver det billede, der fremgår af tabel 6 og 7.

Tabel 6: OECDs danske sundhedsudgifter 2017 opgjort efter 'provider' (leverandør/producent), mia. kroner

OPGJORT EFTER PROVIDER (kapitel 5, SHA-manualen 2011, appendiks IV i denne rapport)	2017
Hospitals	97,549
Residential long term care facilities	26,579
Providers of ambulatory health care	63,039
Ancillary services	3,064
Retailers and other providers of medical goods	21,551
Providers of preventive care	2,797
Providers of medical care system administration	5,375
Rest of the economy	0,209
Rest of the world	
I ALT, samlede sundhedsudgifter	220,165
<i>Minus brugerbetaling</i>	<i>30,247</i>
<i>Minus private sundhedsforsikringer</i>	<i>4,477</i>
I ALT, off. sundhedsudgifter	185.441

Kilde: trukket fra OECD Health Statistics 2019

Tabel 7: OECDs danske sundhedsudgifter opgjort efter 'function', mia. kr.

OPGJORT EFTER FUNCTION Kapitel 6, SHA-manualen 2011, appendiks V i denne rapport.	2017
Curative and rehabilitative care (sum)	122,777
* inpatient curative and rehabilitative care	55,926
* day curative and rehabilitative care	
* outpatient curative and rehabilitative care	66,850
* home based curative and rehabilitative care	
Long term care (health)	55,059
Ancillary services (non-specific by function)	9,882
Medical goods	21,547
Preventive care	5,534
Governance and health system and financing administration	5,363
	342,942

Kilde: Data trukket fra OECD Health Statistics 2019

Fællestrækket ved tabel 6 og 7 er, at tallene ikke stemmer med opgørelsen fra Danmarks Statistik i tabel 2. De er systematisk højere. I denne forbindelse skal den foranstående tekstramme vedr. COFOG og SHA erindres.

'Ancillary services' i tabel 6 omfatter bl.a. laboratorie-analyse og billeddiagnostik. SHA skelner mellem ydelser givet under indlæggelse og ydelser rekvireret af bl.a. praktiserende læger, men altså uafhængigt af indlæggelse. Denne skelnen kan ikke laves for Danmarks vedkommende, og fx heller ikke for Norges vedkommende²⁰. Det fører ifølge en OECD-rapport til følgende:

"Both Norway and Denmark are unable to distinguish between the two types and report ancillary services for hospital inpatients under this separate category rather than including it with inpatient care. In contrast, Switzerland, Germany, the Netherlands and Sweden are able to distinguish between those ancillary services provided in hospitals to inpatients and those provided to patients during an independent contact with the health system. This results in an underestimation of hospital inpatient spending in Norway and Denmark to the extent that expenditure on ancillary services for hospital inpatients is excluded"²⁰, p. 24

Uden at bestride OECD-oplysningen kan man ikke regnskabsmæssigt udskille de nævnte 'ancillary services' i danske sygehusregnskaber, og man må – modsat OECD – gå ud fra, at begge kategorier er medregnet under inpatient care. Det giver to følgeobservationer: at sammenligneligheden på tværs af lande er truet og, at OECD i SHA antager en bestemt institutionel struktur med fx uafhængige laboratorier (sådan som man for få år siden havde det i København med Praktiserende Lægers Laboratorium). Ud fra umiddelbart foreliggende oplysninger er det ikke muligt at finde den præcise kilde til tallet 3,064 mia. kr.

Der er en bemærkelsesværdig forskel mellem ” Residential long term care facilities” i tabel 6 (26,6 mia. kr.) og ”Long term care (health)” i tabel 7 (55,9 mia. kr.). Årsagen er, at funktionen Long term care (health) defineres bredere end provider-kategorien *Residential long term facilities*.

OECD definerer ’long term care (health)’ på følgende måde: “Long-term care (health) consists of a range of medical and personal care services that are consumed with the primary goal of alleviating pain and suffering and reducing or managing the deterioration in health status in patients with a degree of long-term dependency”⁹ p. 88.

Som antydnet med tilføjelsen ’health’ er det en udfordring at skelne på en operationel måde mellem det sundhedsrelaterede og det sociale, jfr. det efterfølgende hovedafsnit.

Hvordan afgrænses sundhedsvæsenet?

Svaret på spørgsmålet i overskriften er samtidig også svaret på, hvad der kan/bør medregnes ved opgørelsen af sundhedsudgifter.

Der er to tilgange til emnet: *En institutionel dansk tilgang*, jfr. fx sundhedsloven, og en *international tilgang* baseret på afgrænsning af sundhedsvæsenet baseret på fx OECD, EUROSTAT og WHO baseret på nationalregnskabsopbygning¹ og klassifikation af hhv. offentlige udgifter⁸ og sundhedsudgifter⁹. Et tilbagevendende spørgsmål bliver i hvilket omfang, hvad vi i Danmark opfatter som sociale udgifter, bliver medregnet som sundhedsudgifter, fx plejehjem og hjemmehjælp (personlig pleje).

Afgrænsning ifølge Sundhedsloven

Det naturlige afsæt er Sundhedsloven, der i § 1 siger, at Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. I § 3 nævnes regioner og kommuner som hovedaktører, fordi de efter lovens regler er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient. I stk. 2 hedder det, at sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v. Og i § 5 noteres, at behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Medens der ikke er stor tvivl om, hvad det regionale sundhedsvæsen omfatter, er der en række udfordringer vedr. de kommunale sundhedstilbud. Er plejehjem/plejecentre en del af sundhedsvæsenet i sundhedslovens forstand eller hører de under serviceloven?

Det hedder i Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og plejeboliger²¹, at de er ’patienter i sundhedslovens forstand, når der er tale om sundhedsfaglig pleje og behandling’. Det hedder klargørende, at den sundhedsfaglige pleje og behandling af plejehjemsbeboere ofte foregår i sammenhæng med den almindelige sociale omsorg, og opgaverne kan være svære at

adskille. På et plejehjem vil plejepersonalet f.eks. skifte forbindelse og rense sår i forbindelse med almindelig personlig pleje, ligesom medicin udleveres sammen med maden, eller når beboeren hjælpes i seng.

Der gælder forskellige regler for den sociale omsorgsudøvelse og den sundhedsfaglige pleje og behandling. Den pleje, der finder sted på plejehjem med hjemmel i lov om social service og den øvrige sociale lovgivning er ikke omfattet af sundhedslovens regler om patienters retsstilling. Sundhedsloven finder kun anvendelse vedrørende sundhedsfaglig pleje og behandling, f.eks. medicingivning, insulinbehandling, øjendrypning, tandbehandling, sårbehandling, blodprøvetagning og vaccinationer. Ved sundhedspersoner i sundhedslovens forstand forstås personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

Plejehjem er med andre ord ikke éntydigt en del af sundhedsvæsenet i lovmæssig forstand, men man kan mod ovenstående indvende, at det er en 'akademisk diskussion', når fx COFOG-klassifikationen og OECDs SHA-system medtager plejehjem under sundhedsudgifter. På den anden side er der i COFOG-materialet ingen grundlæggende diskussion af spørgsmålet, men snarere en pragmatisme i retning af, at plejehjem i nogle lande medregnes som sundhedsudgifter, jfr. også begrundelsen for, at Danmark i 1999³ valgte at medregne en del af plejhjemsudgifter som sundhedsudgifter for at stå bedre i de internationale sammenligninger. Det samme gjorde UK i 2014.

Med udgangspunkt i at et plejehjem er en 24/7 institutionel ramme for borgerne, burde man spørge, om borgerne alternativt ville være sygehusindlagt og dermed have et relevant medicinsk behandlingsbehov i lægelig forstand. Svaret må antages at være benægtende, jfr. at færdigbehandlede patienter defineres som patienter, der ikke længere har behov for lægelig behandling. Beboere på plejehjem har et plejebenhov – overordnet på grund af alderdomssvækkelse, incl. demens, men ikke nødvendigvis pleje ved sygeplejersker, jfr. at hovedparten af personalet består af SOSU'er.

Der er ikke tvivl om, at hjemmesygepleje, sundhedspleje, rehabilitering og tandpleje hører under sundhedsloven, om end der er en tendens til, at ydelser/ydelsesomfang udmåles efter servicelovens tanker, fx antal genoptræningssessioner i den kommunale rehabilitering.

Ifølge Den Store Danske Encyklopædi forstår man ved et sundhedsvæsen samfundets samlede indsats mhp. forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdom og pleje af syge, både i offentligt og privat regi. Nøgleordet er her 'syge'. Inden for sundhedsvæsenet, især sygehusvæsenet, foregår der desuden sundhedsvidenskabelig forskning og uddannelse i et betydeligt omfang

I mange lande, herunder Danmark, skelnes mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Det primære sundhedsvæsen udgøres i Danmark af praksissektoren, bl.a. alment og specialpraktiserende læger, praktiserende tandlæger, praktiserende fysio- og ergoterapeuter, sundhedsplejersker, hjemmesygepleje mfl. Også apoteker kan henføres til denne del af sundhedsvæsenet. WHO har en bredere afgrænsning af primærsektoren, fx også den

forebyggelse, der foregår i forbindelse med arbejdsmiljøet. Det ville betyde, at arbejdstilsynets arbejde skulle medregnes som sundhedsudgift.

Afgrænsningen ifølge SHA

Da grundteksten er på engelsk, benyttes der primært tekstuddrag fra SHA-manualen⁹, hvor hele kapitel 4 er helliget indkredsning af, hvad der forstås ved sundhedsvæsen og dermed grundlaget for opgørelse af sundhedsudgifter.

Opmærksomhedspunktet i dette afsnit drejer især om begrundelsen for helt eller delvist at medtage udgiftsposter, der i dansk sammenhæng normalt klassificeres som sociale udgifter.

SHA-afgrænsningen er generel med vægt på (u)sundhed (illness) med den almindelig opdeling i forbedring af sundhed, vedligeholdelse af sundhed og forebyggelse sygdom:

Following the concept underlying the design of the ICHA-HC [... ICHA: International Classification for Health Accounts] classification, the boundary contains **all activities with the primary purpose of improving, maintaining and preventing the deterioration of the health status of persons and mitigating the consequences of ill-health through the application of qualified health knowledge** (*medical, paramedical and nursing knowledge, including technology, and traditional, complementary and alternative medicine (TCAM)*).

This primary purpose is pursued by the following groups of health care activities:

- Health promotion and prevention;
- Diagnosis, treatment, cure and rehabilitation of illness;
- Caring for persons affected by chronic illness;
- Caring for persons with health-related impairment and disability;
- Palliative care;
- Providing community health programmes;
- Governance and administration of the health system.

Under overskriften ‘borderline cases’ ser man på, om områderne social care, wellbeing, multisectoral issues også skal anskues som en del af sundhedsvæsenet. I det følgende fokuseres der kun på ‘social care’.

Social care: En del af sundhedsvæsenet?

Om social care hedder det i SHA:

The aim of *social care* is to provide services and support, by formal and informal caregivers, to individuals who, for reasons of disability, illness or other dependency, need help to live as normal a life as possible, either within a residential care setting or in their own home

An assessment of care needs frequently involves input from medical professionals and often is in response to an underlying medical condition or disability. Therefore, long-term care (health) in SHA 2011 includes personal “body help” type services (*e.g.* help with ADL) under health expenditure, while “assistance or home help” type services (*e.g.* help with IADL) should be separately counted as

long-term care (social) outside the core health care boundary and recorded under the *health care-related* category (HCR.1). If, however, long-term care (social) services are also delivered as part of a service package in which a medical or nursing care component dominates, then the expenditure for these should also be included under health care, and *vice versa*. This aside, the health accounting framework leaves open the possibility to identify total long-term care spending, that is, the aggregate of the health and social components, which may be of greater policy relevance. p. 61

Det hedder konkluderende, at:

Long-term care: included - nursing long-term care and personal care with a health purpose, contrary to social care. Table 4.1, p. 66

Omtalen i SHA-manualen har vise lighedspunkter med omtalen af plejehjem m.m. i afsnittet om sundhedslovens afgrænsning af sundhedsvæsen: Tvetydighed/uklarhed.

OECD giver bl.a. følgende anvisning:

” Additional criteria to deal with the functional boundaries of long-term care within health care are:

- Personal care services are most frequently linked to underlying health conditions and often accorded based on a medical assessment or an input from a medical professional. They are thus reported as health care;
- When, due to a higher dependency level, social assistance and other social care services are integrated into a package of care along with medical and personal care services, then they are also included as health care;
- Social long-term care services in themselves are not considered part of health care
- When the consequences of a disease are not associated with dependency, such as hearing disabilities, then they are not included under HC.3, regardless of their length and severity;
- If there is a need for continual care to handle a dependency, *e.g.* care of persons with a mental or physical disability, then it is included within the health care boundary., p. 92

På det konkrete plan afgrænses der på følgende måde:

HC.3.1 Inpatient long-term care (health)

This item comprises long-term care (health) services provided in a health care facility (hospital, nursing home) and requiring an overnight stay with medical supervision. The package of services covers nursing and/or personal care, usually provided together, along with a range of other components such as accommodation and support services.

- *Includes:* nursing and personal care typically for moderate or severe dependent needs, such as quadriplegic or end-of-life care, delivered in a range of nursing homes and other specialised long-term care facilities. Inpatient long-term care for mentally disabled and substance abuse patients is included where the care is due to chronic or recurrent psychiatric conditions and a prolonged degree of functional limitations and/or a need for help or surveillance. It includes long-term care services provided to inpatients in longstay hospital wards or other hospital care settings. Accommodation services are considered part of long-term health care provision.
- *Excludes:* residents of establishments where little or no medical or nursing care is provided on site. Acute care contacts in long-term care patients should be included under HC.1: Curative care.
- *Clarifying cases:* key to this category is the purpose, *e.g.* psychiatric hospital services are classified as curative inpatient care when they aim at dealing with acute needs through medical and nursing care; whereas psychiatric long-term care involves dependent patients with little or no recovery expectation who are institutionalised predominantly for nursing care and periodic medical visits.

OECD afgrænser Residential long term facilities på følgende måde:

The category of *Residential long-term care facilities* comprises establishments that are primarily engaged in providing residential long-term care that combines nursing, supervisory or other types of care as required by the residents. In these establishments, a significant part of the production process and the care provided is a mix of health and social services, with the health services being largely at the level of nursing care, in combination with personal care services. The medical components of care are, however, much less intensive than those provided in hospitals. p. 132

Som illustrative eksempler giver OECD:

- Convalescent homes or convalescent hospitals (other than mental health and substance abuse facilities);
- Homes for the elderly with nursing care;
- Inpatient care hospices;
- Palliative care establishments for the terminally ill;
- Nursing homes;
- Rest homes with nursing care;
- Skilled nursing facilities (e.g. in the United States);
- Teaching nursing homes.

På det praktiske danske plan giver den autoriserede kommunale kontorplan problemer, fordi det er vanskeligt at skelne mellem ældre og gruppen af handicappede. I en fællesredegørelse fra 2016²² blev problemet beskrevet.

En række kommunale ydelser retter sig mod både ældre og borgere med handicap mv. De lovgivningsmæssige rammer omkring ydelserne indebærer, at der ikke skelnes mellem, hvorvidt borgerens nedsatte funktionsniveau skyldes handicap eller alderdom, og indsatsen visiteres efter de samme paragraffer i serviceloven og konteres samlet i den kommunale kontoplan. Tilsvarende kan den kommunale organisering variere, fx vil social- og ældreindsatsen nogle steder være organiseret sammen, andre steder opdelt.

For at kunne opgøre de samlede kommunale udgifter til hhv. ældre- og handicapområdet foretages derfor nationalt en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne til hvert af områderne baseret på fordelingsnøgler opgjort i 2007 af det daværende Socialministerium, KL og Finansministeriet. I 2015 er udgifterne til de to områder ca. 69 mia. kr., hvoraf ca. 47 mia. kr. er fordelt med en fordelingsnøgle, der henregner 82,5 pct. til ældreområdet og 17,5 pct. til personer med handicap mv.

Der er imidlertid indikationer på, at den anvendte fordelingsnøgle overvurderer, hvor stor en andel af de ikke adskilte udgifter til ældre og personer med handicap mv., der tilgår ældre. Det skyldes bl.a., at der pga. fordelingsnøglerne ikke tages højde for, at der over tid kan ske ændringer i fordelingen af udgifterne mellem ældre og borgere med handicap mv.

Arbejdsgruppen bag rapporten havde en række anbefalinger, hvor det væsentligste var at forlade brugen af en fordelingsnøgle og i stedet ændre i kontoplanen så adskillelsen mellem udgifter til ældre og personer med handicap mv. bliver mere retvisende²² boks 1 p. 4. Anbefalingerne skulle træde i kraft fra og med 2018.

Søgaard²³ har gravet dybt i OECDs medtagelse af long term care, LTC, og kan bidrage til at uddybe ovenstående. Han noterer, at

$LTC = LTNC + LTSS$

henholdsvis long term nursing care, LTNC, og Long-Term Social Services, LTSS. Den del af

LTC, som ikke har et medicinsk eller sundhedsfagligt indhold, og som ifølge OECD's definitioner kun er sundhedsrelateret, men ikke direkte sundhedsproduktion, betegnes Long-Term Social Services (LTSS), som kan indberettes som en særlig udgiftskategori til OECD Health

Søgaard spørger og noterer: "Hvornår er pleje og omsorg (LTC) direkte sundhedsproduktion og medicinsk ("medical service including nursing care") og dermed LTNC og en del af sundhedsudgifterne? Hvornår er det kun sundhedsrelateret og dermed LTSS og ikke en del af sundhedsudgifterne? Dén sondring er vanskelig, og det bliver ikke lettere af, at OECD i deres definitioner somme tider understreger det medicinske indhold (medical), som det definitorisk karakteristiske for LTNC, somme tider sygeplejen (nursing care) og atter andre gange den personlige pleje. Tilsvarende uklarheder kendetegner definitionerne af LTSS".

Søgaard mener, at OECDs indkredsning af LTSS er uklar og konsistent tvetydig. Han viser, hvordan landene fortolker afgrænsningen meget forskelligt, hvilket betyder, at landene medtæller forskellige andele af udgifter i pleje- og omsorgssektoren med under sundhedsudgifterne. Dette betyder, at den oprindelige danske 1999-begrundelse for at medregne LTC mister styrke, fordi tænkningen var at det ville styrke sammenligneligheden og stiller Danmark i et bedre lys ved udregning af nøgletallet: Sundhedsudgifter som procent af BNP.

Afgrænsning ifølge COFOG

Jfr. appendiks 2, indgår plejehjem m.m. under 'hospitalstjenester' jfr. tidligere tekstramme. Den engelske tekst anlægger ligesom SHA en skelnen, hvor 'the objective is to treat the patient rather than to provide long-term support' uden at anvise en operationel skelnen.

07.34 Nursing and convalescent home services (IS)

Nursing and convalescent homes provide in-patient services to persons recovering from surgery or a debilitating disease or condition that requires chiefly monitoring and administering of medicaments, physiotherapy and training to compensate for loss of function or rest. Provision of nursing and convalescent home services; administration, inspection, operation or support of nursing and convalescent home services. Includes: institutions serving old people in which medical monitoring is an essential component; rehabilitation centres providing in-patient health care and rehabilitative therapy where the objective is to treat the patient rather than to provide long-term support.

Betydningen af at medtage nogle af de sociale udgifter

Tabel 8 er baseret på udtræk fra OECD Health Data baseret på den funktionelle opdeling af sundhedsudgifter, se også tabel 6 og 7. Det fremgår, at 'long term care' i Danmarks tilfælde beløber sig til knap 53 mia. kr. svarende til 25% af de samlede sundhedsudgifter i OECD-opgørelsen.

Tabel 8: Betydningen af long term care i OECD-opgørelsen

Opgjort på funktion 2016, mia. Kr.

Curative and rehabilitative care	119,414
* inpatient curative and rehabilitative care	56,342
* day curative and rehabilitative care	
* outpatient curative and rehabilitative care	63,072
* home based curative and rehabilitative care	
Long term care (health)	52,869
Ancillary services (non-specific by function)	9425
Medical goods	21508
Preventive care	5498
Governance and health system and financing administration	5112
I ALT	213826
I ALT excl. Long term care	160957

Forslag til policy-relevant og institutionsbaseret opgørelse af sundhedsudgifter

Langt hen ad vejen er OECDs SHA-kategorisering af sundhedsudgifter næsten irrelevant for analyse af de danske data i OECD Health Statistics, fordi de ikke kan kobles til en dansk policy kontekst forstået som emner og institutionelle forhold, der ofte diskuteres i Danmark. I noget mindre grad gælder den samme problemstilling også for opgørelse efter COFOG-klassifikationen (OFF29/24)^t. Det grundlæggende problem er, at konverteringen til de internationale klassifikationer fjerner nationale institutionelle detaljer, hvilket i mange sammenhænge gør data ubrugelige for nationale policy-analyser.

Tilsammen rejser det spørgsmålet, om Danmarks Statistik ikke (også) burde sammenstille en opgørelse af sundhedsudgifter til dansk brug, fx som foreslået nedenfor, tekstramme og tabel 10.

Danmarks Statistiks analyse af udviklingen i sundhedsudgifterne fra 2000 og frem²⁵ illustrerer problemstillingen vedr. policy-relevans. Den er baseret på COFOG-klassifikationen, hvorom det noteres, at ”COFOG er en international standard, som kan bruges til at sammenligne og analysere forskellige landes offentlige udgiftsstruktur”, men spørgsmålet er, om den også god til og relevant for nationale formål, hvor sammenligningen med andre lande ofte er irrelevant?

På mange måder er analysen ok med en række relevante data om end den oprindelige fastprisberegning i januarudgaven er tvivlsom, jfr. nedenfor, men hvad angår relevans for en række aktuelle policy-orienterede danske forhold, er der betydelige mangler.

^t WHO siger det faktisk klart i omtalen af Health Accounts Methodology²⁴.med KMPs fremhævnninger: “System of Health Accounts (SHA) 2011 tracks all health spending in a given country over a defined period of time **regardless of the entity or institution** that financed and managed that spending. It generates consistent and comprehensive data on health spending in a country, which in turn can **contribute to evidence-based policy-making**. SHA 2011 **can be used** as a monitoring and evaluation tool to track changes in policy priorities and if the introduction of reforms and new programs resulted in changes in health resources allocation and expenditure”.

I figur 6²⁵ i DST Analysen ser man på 'Udgifter til medicin m.v.' og bruger COFOG-kategorien "Tilskud til medicinske produkter, apparater og udstyr"^u, som ikke medtager udgifter til sygehusdispenseret medicin, som derfor suppleres med et særudtræk fra statistikken over regionernes regnskaber, nemlig udgifterne til sygehusmedicin, som i øvrigt ikke fremgår af fx tabel REGR 31 i Statistikbanken, der er offentligt tilgængelig, men fremgår af den autoriserede kontoplan (appendiks IV), og man får ikke i figur 6 et indtryk af de samlede udgifter til medicin, som ofte er fremme i debatten, ligesom man ikke direkte af 'tilskud til medicinske produkter, apparater og udstyr' kan se størrelsen af medicintilskud til receptmedicin, og det er heller ikke klart om 'apparater og udstyr' indeholder både kommunale og regionale udgifter. Spørgsmålet om de kommunale sundhedsudgifter berøres slet ikke osv., fordi COFOG tilsyneladende ikke har denne skelnen, fordi klassifikationen er 'institutions-løs'.

Nedenfor vises, hvordan 'hospitalstjenester' i COFOG-terminologi skjuler en relevant udvikling – et fald - i sygehusudgifterne ifølge de regionale regnskabstal, figur 2.

I nedenstående tekstramme ses et forslag til en årlig rapportering i forhold til en række policy-relevante spørgsmål efterfulgt af data-befolket eksempel, hvor der tænkes i 'drill-down-mulighederne', som det fx kendes fra Excel. I sagens natur kan der også laves tidsserier.

Grundideen er at bruge umiddelbart tilgængelige data fra Danmarks Statistik og Statsregnskabet og klargøre imputerede data i selvstændige punkter. Det er ligeledes en central grundide, at opgørelsen skal svare til den eksisterende institutionelle struktur i det danske sundhedsvæsen, ikke blot region, kommune og stat, men fx for regionernes vedkommende opdeling på sygehuse, praksissektoren (alm. praksis, speciallægepraksis, praktiserende fysioterapeuter osv..). En konsekvens af denne fremgangsmåde er, at tallene ikke svarer til fx det 'officielle' tal i OFF29, som indgår i Statistisk 10-års Oversigt og dermed ofte opfattes som det officielle estimat. De kommer tættere på OFF24, jfr. tabel 2. Det rejser dog samtidig spørgsmålet om relevansen af OFF24 og OFF29 for nære danske forhold.

Ved opstillingen er der skelet til den autoriserede kontoplan for henholdsvis regioner²⁶ og kommuner²⁷, der er medtaget i appendiks IV og V ligesom der også er skelet til statsregnskabet²⁸. Forudsat at de autoriserede kontoplaner følges i praksis, viser de, hvad der ideelt set kan hentes fra de respektive driftsregnskaber.

Herved ville man bl.a. kunne diskutere fordelingen af sundhedsudgifter mellem somatik og psykiatri^v og dermed adressere det tilbagevendende spørgsmål, om der er forskel i vækstrate m.m. Man vil også kunne skelne klart mellem regionale og kommunale sundhedsudgifter – også et

^u 07.1: Medicinske produkter, apparater og udstyr: 07.1.1: Farmaceutiske produkter (Individuelle tjenesteydelser); 07.1.2: Andre medicinske produkter (Individuelle tjenesteydelser); 07.1.3: Medicinsk udstyr (Individuelle tjenesteydelser), jfr. appendix II: This group covers medicaments, prostheses, medical appliances and equipment and other health related products obtained by individuals or households, either with or without a prescription, usually from dispensing chemists, pharmacists or medical equipment suppliers. They are intended for consumption or use outside a health facility or institution. Such products supplied directly to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners or to in-patients by hospitals and the like are included in outpatient services (07.2) or hospital services (07.3).

^v Dog første muligt med ændringen i kontoplanen med virkning fra 2019.

tilbagevende spørgsmål i debatten og ligeledes under de kommunale udgifter klart kunne se hvilke sociale udgifter, der medregnes (plejehjem, hjemmehjælp m.m., dvs. 'long term care'). Man vil også – noget ufuldstændigt - kunne se på udgifter til forebyggelse, jfr. opdelingen under de regionale og kommunale udgifter. Endelig vil man også tydeligere kunne se borgernes egenudgifter for ikke at glemme administrations-og reguleringsomkostninger.

Tabel 10 viser hovedresultatet for nærværende beregninger, hvor tabel 9 for sammenlignelighedens og diskussionens skyld indeholder 2018-tallene for OFF29 er:

- At de samlede *offentlige* sundhedsudgifter i 2018 var: kr. 161 mia. Man kunne tale om 'det udvidede sundhedsvæsen' fordi plejehjem m.m. er medtaget.
 - Der kan sammenlignes med 187 mia. kr. i den institutionsløse OFF29, tabel 9, der bl.a. dækker over 4,5 mia. kr. uspecificerede F&U-udgifter og godt 8 mia. kr. uspecificerede udgifter (i.a.n: intet andet nævnt).
134 mia til 'hospitalstjenester' i tabel 9 kan sammenholdes med nærværende tal på 94,5 mia. for sygehuse, tabel 10. En væsentlig del af forskellen skyldes medtagelse af plejehjem m.m., men illustrerer, hvordan COFOG-betegnelserne, jfr. tekstramme foran, slører væsentlige institutionelle forhold, tabel 9. Tilsvarende udgør ambulant behandling godt 27 mia., men hvad det i praksis dækker over er uklart. Ser man på praksissektoren i nedenstående opstilling beløber det sig til omkring 21mia. kr.

Selve kategoribetegnelserne i OFF29 signalerer ikke klart, hvad det drejer sig om, og er utvivlsomt den danske oversættelse af tilsvarende engelske betegnelser:

'hospitalstjenester', medicinske produkter, apparater og udstyr og ambulant behandling osv. Hvis man i stedet havde skrevet 'hospitals-og plejehjemsydelser' og medicin og hjælpemidler m.m. ville man give læsere et lidt klarere billede af, hvad der er tale om. Udtrykket 'ambulant behandling' får næppe nogen til at tænke på fx løbende kontrol hos praktiserende læger. 'Offentligt sundhedsvæsen' dækker utvivlsomt over omkostninger ved administration og regulering.

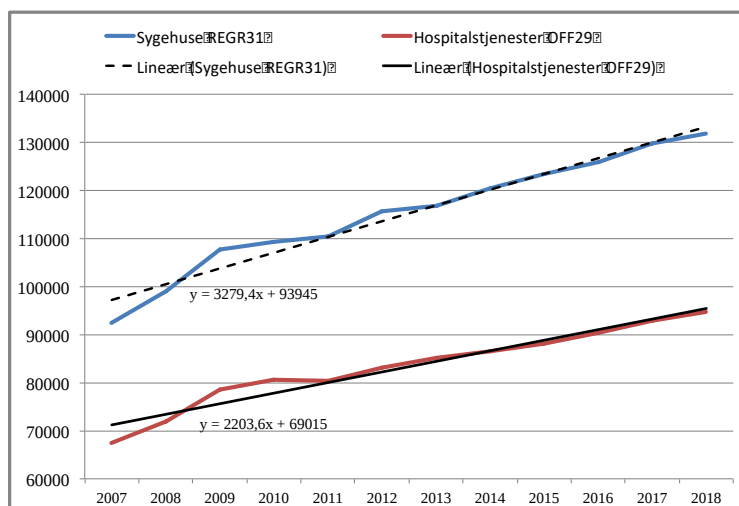
- At de *kommunale sundhedsudgifter* forstået som 'traditionelle' sundhedsudgifter beløber sig til 16,8 mia. kr., men medtager man plejehjem m.m. er beløbet vokset med 23 mia. kr. til 39,4 mia. kr.
- At de *samlede sundhedsudgifter*, dvs. incl. *brugerbetaling* i 2018 var: kr. 188 mia.
 - Fordelt med 75 % regionale, 24 % kommunale og 1 % statslige udgifter
- Udgifterne til forebyggelse, snævert defineret baseret på tilgængelige data var i 2018 på knap 3 mia.
- Udgifterne til administration og regulering beløb sig til 4,4 mia. kr.

Tabel 9: Offentlige sundhedsudgifter (COFOG), OFF29

	2018, Mia. kr.
7. Sundhedsvæsen	186,689
7.1. Medicinske produkter, apparater og udstyr	12,115
7.2. Ambulant behandling	27,211
7.3. Hospitalstjenester	131,77
7.4. Offentligt sundhedsvæsen	3,062
7.5. F & U inden for sundhedsvæsen	4,513
7.6. Sundhedsvæsen i.a.n.	8,018

I figur 2 nedenfor sammenlignes 'hospitalstjenester', tabel 9, og sygehusudgifter, tabel 10, for perioden 2007-2018 for at vise forskellen mellem det helt generelle begreb 'hospitalstjenester', som omfatter sygehuse og plejehjem m.m., og sygehuse isoleret set baseret på regionernes regnskaber, REGR31.

Fra de indlagte trendlinjer og hældningskoefficienter, får man ud fra hospitalstjenester et ganske andet indtryk af væksten – højere - end ved at se på sygehuse isoleret. Og kigger man dernæst på kurveintervallet fra 2009 til 2012, overser man ved at fokusere på hospitalstjenester de stagnerende og faldende sygehusudgifter. I debatten har der været fokuseret på det sidste, og fodrer man politikere og offentligheden med COFOG-tal, stikker man dem blå i øjnene. COFOG-klassifikationen slører en vigtig policy-relevant oplysning, ligesom ikke en sjæl tænker på plejehjemsudgifter, når de ser begrebet hospitalstjenester^w.

Figur 2: Sammenligning af sygehusudgifter og hospitalstjenester

^w I DST Analysen af sundhedsudgifter fra 2019 bruges COFOG-tal og dermed 'hospitalsudgifter', men i omtalen af aktivitetsvæksten tales om sygehuse, dvs. ikke aktivitet på plejehjem. Det illustrerer tydeligvis en problematik med COFOG og øvrig national statistik.

Regionale sundhedsudgifter

- somatiske sygehuse
 - o ambulante ydelser
- psykiatri
 - o ambulante ydelser
- sygehusdispenseret medicin (somatisk og psykiatrisk)
- almen praksis
- speciallægepraksis
- øvrige praksissektor
- forebyggelse (vaccinationer, børneundersøgelser, screening m.m.)
- medicintilskud (receptmedicin, apoteksdispenseret)
- Central administration

Kommunale sundhedsudgifter

- tandpleje (børn, unge, ældre)
- genoptræning/rehabilitering
- hjemmesygepleje
- Plejehjem m.m. ('long term care')
- alkohol/narko
- socialpsykiatri
- øvrige
- forebyggelse
 - o sundhedspleje
- Central administration

Staten

- Fællesudgifter under Sundhedsministeriet (i Statsregnskabet)

Borgernes egenbetaling

- tandpleje
- medicin
- øvrigt

Investeringer

Klinisk forskning

Imputerede omkostninger

- afskrivning
- tjenestemandspensioner
- momsaflyftning

Samlede sundhedsudgifter, excl. investeringer og klinisk forskning

Samlede sundhedsudgifter, excl. plejehjem m.m. (long-term care)

Sundhedsudgifter per indbygger, excl. investeringer og klinisk forskning

Den datamæssige opstilling nedenfor, tabel 10, er tænkt som en 'nedbrydnings-opstilling', hvor man starter med de tre hovedkategorier (regioner, kommuner og stat), hvor man dernæst ved at klikke på fx regionale sundhedsudgifter får nedbrydningen svarende til REGR31 osv.

Tabel 10: Institutionel og policy-orienteret opstilling af sundhedsudgifter

	2018, mia. kr.
Offentlige sundhedsudgifter ('det brede sundhedsvæsen'), excl. F&U og afskrivninger, incl. plejehjem	161,307
Offentlige sundhedsudgifter, excl. F&U, afskrivninger, og plejehjem	140,209
* Regioner	120,14
* Kommunerne, incl. plejehjem m.m.	39,366
* Kommunerne, excl. plejehjem ('rene sundhedsudgifter')	18,268
* Staten	1,801
Imputeret: F&U, 4,5; Afskrivning: 2,9	7,4
Samlede sundhedsudgifter	188,474
* offentlige sundhedsudgifter, incl. plejehjem	161,307
* private individuelle sundhedsudgifter	27,167
Detaljeret opdeling data	
Region (regionale regnskaber:REGR31)	2018, mia. kr.
1.10.01 Sygehuse	94,690
1.20.10 Almen lægehjælp	9,256
1.20.11 Speciallægehjælp	3,606
1.20.12 Medicin (tilskud, receptmedicin)	5,610
1.20.13 Tandlægebehandling	1,522
1.20.14 Fysiurgisk behandling	1,042
1.20.15 Kiropraktor	0,130
Praksissektoren i alt (1.2010-15)	21,166
1.20.16 Briller	0,005
1.20.17 Rejsesygeforsikring	0,153
1.20.18 Fodterapeuter	0,122
1.20.19 Psykologbehandling	0,239
1.20.20 Øvrige sygesikringsudgifter	0,147
1.20.21 Ernæringspræparater	0,224
1.20.22 Profylaktiske svangerundersøgelser	0,061
1.20.23 Lægeundersøgelser af børn	0,069
1.20.24 Vaccinationer	0,150
1.20.25 Høreapparater	0,246
1.20.30 Specialiseret tandplejetilbud	0,071
1.60.40 Central regionale administration af sundhedsområdet	2,953
I alt, regionale sundhedsudgifter, excl. afskrivning	120,14
For somatiske sygehuse er der en underopdeling i kontoplanen	

Kommunerne (kommunale regnskaber:REGK31 - REGK100)	2018, mia. kr
4.62.82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning	2,630
4.62.84 Vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut	1,075
4.62.85 Kommunal tandpleje	2,132
4.62.88 Sundhedsfremme og forebyggelse (borgerrettets forebyggelse, Sundhedslovens § 119)	1,088
4.62.89 Kommunal sundhedstjeneste, bl.a. sundhedspleje, Sundhedslovens § 120-126)	1,130
4.62.90 Andre sundhedsudgifter, bl.a. hospice og befordring	0,527
5.32.004 Hjemmesygepleje	4,804
5.38.44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede	0,408
5.38.45 Behandling af stofmisbrugere	0,953
5.38.54 Særlige pladser på psykiatrisk afdeling	0,049
5.30.31 Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring til ældre	2,000
Delsum, traditionelle sundhedsudgifter	16,796
<i>Tillæg (medicin, briller, m.m., førtidspensionister, folkepensionister)</i>	
5.48.67 Personlige tillæg m.v. (medicin største komponent, undergrupper 001-014)	1,069
<i>Ældreområdet som kan opfattes som sundhedssektoren</i>	
5.30.27 Pleje og omsorg mv. af primært ældre undtaget frit valg af leverandør	21,098
5.30.29 Forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre	0,403
<i>(opsøgende hjemmebesøg og generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte)</i>	
5.38.50 Botilbud til længerevarende ophold	
(003: Længerevarende botilbud for personer med sindslidelse, socialpsykiatri)	0,942
I alt kommuner, traditionelle sundhedsudgifter	16,796
I alt kommuner, bred forståelse af sundhedsudgifter	39,366
Staten (Statsregnskabet, regnskabsdatabasen)	
16.1 Fællesudgifter (sundhedsministeriet)	
16.11.01 Departementet (Driftsbev.)	0,276
16.11.11 Sundhedsstyrelsen (Driftsbev.)	0,204
16.11.12 Styrelsen for Patientsikkerhed (Driftsbev.)	0,418
16.11.16 Lægemiddelstyrelsen (Statsvirksomhed)	0,419
16.11.17 Styrelsen for Sundhedsdata (Driftsbev.)	0,362
16.11.26 Erstatninger vedrørende lægemiddelskader (Lovbunden)	0,065
16.11.40 Fællessekretariat for Det Ethiske Råd og Den Nationale Videnskabsetiske Komité (Driftsbev.)	0,011
16.11.52 Medlemsbidrag til Verdenssundhedsorganisationen (Lovbunden)	0,017
16.11.61 Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig	0,029
I alt (excl. reservede bevillinger m.m.)	1,801
Private individuelle sundhedsudgifter NAHC23	
06112 Medicin, vitaminer mv.	7,927
06130 Briller, høreapparater mv.	4,134
06200 Læger, tandlæge mv.	10,992
06300 Hospitalers tjenesteydelser	4,114
I alt private individuelle sundhedsudgifter	27,167

Forebyggelse (regionale og kommunale)	2,901
1.20.22-24 Profylaktiske svangerundersøgelser; lægeundersøgelse af børn, vaccinationer	
4.62.88-89 Sundhedsfremme og forebyggelse (borgerrettets forebyggelse, Sundhedslovens § 119); Kommunal sundhedstjeneste, bl.a. sundhedspleje, Sundhedslovens § 120-126)	
5.30.29 Forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre	
Administration og regulering	4,394
* statslige (16.11.01-61)	1,801
* regionale (1.60.40)	2,593
* kommunale (ukendt)	

Fastprisberegning

I den foregående del af dette notat har der været brugt løbende priser. Det er åbenbart, at man ud fra disse tal ikke kan skelne mellem pris-og volumen effekt. Ved at lave en fastprisberegning kan man danne sig et billede af volumenændringer (realvæksten). Spørgsmålet er på hvilket grundlag det gøres: input- eller outputopgørelse?

Danmarks Statistik anfører, at der i Danmark bruges to metoder til at måle realvæksten i det offentlige forbrug. Den ene kaldes output-metoden og den anden input-metoden. Man kan sige, at output-metoden måler mængden af produkter, som kommer ud af ”fabrikken”, mens inputmetoden måler, hvor mange ressourcer der bruges i ”fabrikken”. Det er grundlæggende to helt forskellige metoder at måle det reale offentlige forbrug på. I begge metoder bliver tallene renset for inflation. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/nationalregnskab-og-offentlige-finanser/produktivitet-og-input-output/udgifter-til-offentligt-forbrug>

I juli måned 2019 tilføjede Danmarks Statistik følgende til januar-opgørelsen af sundhedsudgifterne²⁹:

”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 [... se næste hovedafsnit, KMP], 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”.

I en fodnote hed det videre:

”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 implicitte prisindeks for de branchevise bruttoinvesteringer i nationalregnskabet. Øvrige udgifter, som hovedsageligt er overførselsindkomster og renter, er deflateret med forbrugerprisindekset.”^x

En tidligere direktør i Danmarks Statistik kritiserede fastprisberegningen i den oprindelige januar-analyse³⁰. Den blev dernæst rettet i to omgange – seneste 4. juli, hvor man i realiteten valgte at følge kritikken, men hvor ovenstående citat fra juli 2019 ikke indfanger væsentlige forhold. De ’forkerte/misvisende’ fastprisberegninger baseret på outputmetoden ændrede væsentligt i figurerne 4, 5 og 6 (medicinudgifterne). Og i analysens figur 2 kan man nu se det knæk, der skete i 2010-2011, jfr. også figur 2 ovenfor. Med andre ord: Den anvendte fastprisberegning betyder noget – og er ikke blot et akademisk spørgsmål om hhv. input- og outputmetode. Nedenfor er der en kritisk diskussion af outputmetoden.

Det implicitte prisindeks fremkommer ud fra følgende: Betegner vi værdier med v , priser med p og mængder med q er sammenhængen mellem værdier, mængder og priser: $v = p \cdot q$. Eller $q = v/p$, som er et mængdeindeks – og kaldet implicit mængdeindeks, fordi det ikke beregnes på baggrund af data om mængder, men ud fra et værdiindeks og et prisindeks. Mange af de mængdeindeks, der beregnes af Danmarks Statistik, er implicitte mængdeindeks³¹ – utvivlsomt fordi mængdeoplysninger ikke findes eller kan være vanskelige at finde.

Tabellerne for de regionale og kommunale regnskaber i Statistikbanken indeholder ikke en fastpris-option. Det er uklart, hvorfor. Umiddelbart forekommer det, at man kunne bruge den ovenfor omtalt input-beregning fra nationalregnskabet: ”Inputmetoden beregner de faste priser ud fra prisudviklingen i input til produktionen, som fx løn og køb af varer og tjenester.” Alternativt kunne man støtte sig til Moderniseringsstyrelsens fastprisberegninger³². ”Ved PL-opregningen af ministeriernes rammer anvendes den samlede opregning for de forskellige indeks for lønninger, køb af varer og tjenester, anlæg, overførselsindkomster mv”. I praksis vægter man løn-komponenten med 0,6 og 0,4 til forbrugerpriser. Dette kan utvivlsomt gøre for sygehusudgifterne, men den umiddelbare relevans for praksissektoren og recept-medicin kan diskuteres. For det sidste kan støtte sig til medicinprisindekset (www.esundhed.dk/Emner/Laegemidler/Medicinprisindeks).

Input- og outputopgørelse.

Output-metoden blev indført i det danske nationalregnskab i forbindelse med hovedrevisionen i 2014, hvor nationalregnskabet overgik til ESA2010 (European System of National and Regional Accounts) og er blevet anvendt for årene 2008 og frem^y.

^x I mit eget notat om underfinansiering lavede jeg, hvad der blev kaldt en grov fastprisberegning ved at deflatere med forbrugerprisindekset.

^y Som ved så meget af den officielle statistikproduktion er det EU/EUROSTAT, der slår taktstokken. Commission resolution of¹⁷. Til at begynde med havde Danmark en midlertidig fritagelse fra at benytte denne metode. Derfor blev den nye metode først indarbejdet i det danske nationalregnskab i november 2014. Atkinson noterer, at “I understand that the reason that the Danes sought to postpone introducing direct output measures was concerns about the risk of political manipulation.”³³

Murray spørger³⁴ “So, why is the EU commission so keen on having government output measured? The answer is simple: because member fees, distribution of regional funds, and the Maastricht convergence criteria for fiscal management are all based on assessments of GDP per capita. Therefore, these accounts have to be compiled “on the basis of unique principles that are not open to different interpretations” Especially the handling of

Realvæksten i det offentlige forbrug opgjort efter *output-metoden* viser udviklingen i mængden af de produkter, som det offentlige fremstiller, fx undervisning i folkeskolen og knæoperationer

Input-metoden afspejler udviklingen i mængden af ressourcer, som det offentlige bruger til at fremstille produkterne. Det er ressourcer som fx lærere i folkeskolen og knæproteser, medicinsk udstyr til hospitalerne m.m. Forslaget til en mere policy-orienteret opgørelse ovenfor, tabel 10, er baseret på input-metoden.

Internationalt såvel som nationalt, skriver Danmarks Statistik³³, anser 'man' ikke input-metoden for at være den optimale metode, da den ikke afspejler hele den reale værdi af væksten i mængde og produktivitet samt kvalitetsændringer i output. Internationalt er man blevet enige om, at det i nationalregnskabet er mest retvisende at måle realvæksten i det individuelle offentlige forbrug ved output-metoden^z, men samtidig fortsætter Danmarks Statistik (heldigvis) beregningen af inputmetoden som et supplement til nationalregnskabet. Det skyldes, at de to metoder belyser to forskellige relevante samfundsøkonomiske temaer, jf. nedenfor. Efter indførelsen af output-metoden kan nationalregnskabets tal for offentligt forbrug i faste priser ikke længere bruges til at vurdere udviklingen i det offentliges ressourceforbrug, men alene udviklingen i mængden af output, hvilket utvivlsomt er en betydelig mangel. Man kan dog få et tilnærmet billede i NOF1: Udgifter til offentligt forbrug efter transaktion og prisenhed, hvori indgår et kædeindeks i 2010-priser.

I de senere år har realvæksten i det offentlige forbrug været et af de centrale temaer i debatten om den offentlige sektor. Det er blevet brugt som målsætning i forbindelse med styringen af de offentlige udgifter. Input-metoden kan måle, om dette mål bliver opfyldt eller ej, idet den netop måler mængden af ressourcer, som gives til det offentlige. Derfor er beregningen af input-metoden fortsat uden for nationalregnskabet, så man kan bruge begge analysemuligheder anfører Danmarks Statistik.

Overgangen til outputmetoden har ført til en interesse for kvalitet af outputmålene, og om man kan korrigere for kvalitet ved at medtage outcome.

government output differed among member countries, with countries inserting various productivity assumptions—from 0 to 2 percent per year. The Eurostat Handbook argues that harmonizing assumptions about productivity would not make the situation any better. “The more different the developments of productivity among member states, the less comparable are the results from using the same productivity change assumption” ... Just to show the impact: adjusting the growth of public services by direct output measurements instead of output = input for the 1970s reduces the growth of GDP from 2 to 1.5 percent per year, due to an overall productivity decline of 1.5 percent per year in the government sector during that decade

^z En læser har anført, at vedkommende i anden sammenhæng for nyligt har kommunikeret direkte med de ansvarlige i både Statistics Canada og Bureau of Economic Analysis i Washington om deres eventuelle planer om at indføre outputmetoden i deres nationalregnskaber. For begge lande har de ingen planer om dette, bl.a. på baggrund af egen research, der har påpeget væsentlige problemer. Hertil kommer, at for både ESA2010 og Handbook on prices and volume measures in national accounts Eurostat, 2016 edition, at de tillader fortsat brug af inputmetoden, hvis man løber ind i væsentlige problemer med outputmetoden (afsnit 4.17). Faktisk lægger teksten ifølge min vidende læser begge steder nærmest op til at gøre dette, og fremtræder i høj grad som en stor undskyldning for sig selv. Endvidere gælder ESA2010 forordningen kun for indberetningerne til Eurostat. Landene kan frit selv bestemme hvorledes deres ”nationale” nationalregnskab skal indrettes, dvs. udformningen i DK. – Denne formulering bestrides dog af én af mine kontakter i Danmarks Statistik, der mener, at ESA2010 skal følges.

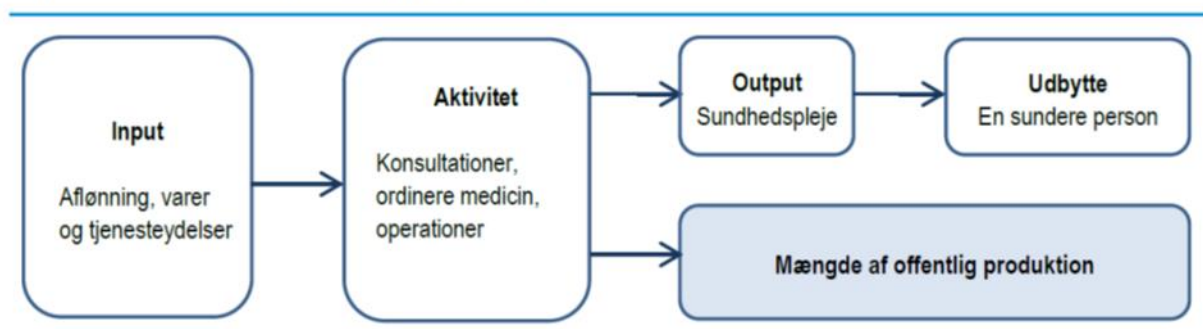
I litteraturen skelnes mellem input, aktivitet, output og outcome³⁴⁻³⁶. Schreyer³⁵ definerer det på følgende måde:

“*Inputs*, the goods and services to be transformed, comprise labor services, capital services, and intermediate inputs. Inputs are combined and transformed by way of a production technology. *Outputs* are suitably differentiated and are the number of constant-quality actions or *activities* (in the case of services), and the number of constant-quality physical units (in the case of goods). *Outcome* is a state that is valued by consumers—a functioning car, the state of health, the level of knowledge etc. Outcomes are influenced by many factors, and one of them may be the level of outputs.”

Senere underopdeler Schreyer output i to dele: “First, outputs are broken down into two components: *activities or processes* and the *quality adjustment* applied to them. Processes are observable and countable actions by which services are delivered, although their characteristics may change over time.” Danmarks Statistik bruger figur 3 til at illustrere sammenhænge, hvor udbytte er lig med outcome. ‘Sundhedspleje’ er et kluntet ord, man normalt forbinder med sundhedsplejerskers aktivitet. ‘Sundhedsydelse’ ville være mere dækkende.

Figur 3: Sammenhæng mellem input, aktivitet, output og outcome

Vejen til at forbedre befolkningens sundhed



Der har været en diskussion af aktivitet contra output. Danmarks Statistik henviser til, at Eurostat anbefaler, at aktivitetsmetoden ikke anvendes, da aktiviteter ikke direkte måler mængden af offentlig produktion. I den seneste udgave af Eurostats håndbog om outputmåling hedder det, at

“Health output is the quantity of health care received by patients, for each type of health care. The quantities should be weighted together using data on the costs or prices of the health care provided. The quantity of health care received by patients should be measured in terms of complete treatments.”³⁷

Omsat til sundhedsvæsenets sprogbrug er output – i det mindste i sygehussammenhæng lig med behandlingsforløb, fx for en hoftealloplastik – hvor aktiviteter kunne være narkose, sengedage, operation og genoptræning^æ. DRG dækker delvist over et sådan forløb, jfr. DRG-taksten for

^æ Eurostat anfører: “Using a complete treatment as the measurement unit requires account to be taken of the whole bundle of complementary services constituting a treatment: medical services, paramedical services, laboratory and radiological services and, in the case of hospitalisation, non-medical services such as the provision of food and accommodation. In practice, the feasibility of measuring complete treatments is dependent a lot on the degree of fragmentation of the services making up a treatment (i.e. to what extent the various medical acts which constitute a

hoftealloplastik. Det er åbenbart, at tænkningen kommer til kort for almen praksis, fx den løbende kronikerkontrol.

Overgangen til output-beregning har været debatteret. Således noterede Lynch og Thage³⁸, “output” of government cannot be satisfactorily identified and measured, and a costs approach to measuring real change is the only one consistent with the measurement boundary of national accounting.

Det individuelle ikke-markedsmæssige forbrug består af mange heterogene produkter, og der findes i princippet en mængdeindikator for hvert produkt. For at opnå et samlet mål for den producerede mængde bliver hver mængdeindikator vægtet med enhedsprisen:

$$\text{Mængde af output} = \sum_{i=1}^n \text{enhedspris}(i) * \text{antal}(i)$$

Danmarks Statistik indsamler og analyserer et stort antal mængdeindikatorer. Indenfor fx sundhedssystemet benyttes angiveligt mere end 1.300 indikatorer. Udbyttet af dette er 18 mængdeindikatorer³⁷ for forvaltnings ikke-markedsmæssige individuel produktion.

Tabel 11 viser resultatet af anstrengelserne med brug af outputmetoden for sundhedsområdet. Ved læsning af tabellen skal man dog holde sig for øje, at Output-metoden alene vedrører den del af det individuelle offentlige forbrug, som er produceret af ”offentlig forvaltning og service”. Almen lægehjælp tilbydes primært borgerne via praktiserende læger, som er private markedsmæssige virksomheder (hvor borgers udgifter betales af det offentlige). Ligeledes foregår borgernes tandlægebehandling altovervejende i markedsmæssige tandlægeklinikker (hvor dele af regningen betales af det offentlige). Når man i tabel 11 undrer sig over, at fx ’almen lægehjælp’ står anført til 1 mio. kr. og, at ’tandbehandling’ utvivlsomt alene er den kommunale tandpleje og ikke voksentandplejen, jfr. bemærkningen om læsning af tabellen. ’Offentligt sundhedsvæsen’ er utvivlsomt lig med den statslige administration af sundhedsvæsen. ’Specialhospital’ er en uvant terminologi, men dækker muligvis over fx Hammel Neurocenter og Epilepsihospitalet i Dianalund, men budgetterne er langt over 12 mio. kr. Jfr. tidligere i forbindelse med diskussion af COFOG er der generelt tale om en uheldig/misvisende terminologi.

Det er åbenbart, at hvis man vælger at gå til opgørelse af sundhedsudgifter efter output-metoden, vil genkendeligheden i forhold til regnskaberne være stort set umulig.

treatment are supplied by different providers). It is due to data availability and hence a practical compromise that the recommendations in the handbook are based on a narrow concept of treatment ...”.

**Tabel 11: Sundhedsudgifterne opgjort efter output-metoden
Ikke-markedsmæssig produktion af sundhed. 2012**

COFOG	Mio. kr.	Andel, pct.
713 Medicinsk udstyr	793	1
721 Almen lægehjælp	1	0
723 Tandbehandling	2 303	2
724 Paramedicinske tjenesteydelser	4 840	4
731 Almene hospitalers tjenester	84 416	66
732 Specialhospitalers tjenester	12	0
734 Pleje- og rekonvalescenthjem	23 208	18
740 Offentligt sundhedsvæsen	1 904	1
750 F&U inden for sundhedsvæsenet	3 487	3
760 Sundhedsvæsen i.a.n.	61 430	5
70 Sundhedsvæsen i alt	127 393	100

Kilde: Danmarks Statistik, tabel 6.1³⁹ En læser har udtrykt tvivl om denne tabel er baseret på outputberegninger. Placeringen i rapportens hovedafsnit 6 – 'Mængdeindikatorer – kilder og metoder' og kommentarer, fx om omkring 'tandbehandling' gør det dog sandsynligt.

En lang række nøgletal er følsomme overfor, om man bruger input-eller outputmetoden. Da Danmarks Statistik første gang forsøgte sig med output-metoden i 2010⁴⁰, hed det i omtalen af publikationen, at "output-metoden viser, at den årlige vækst i den offentlige produktion i 2000-2006 var på 2,1 pct. Den metode, der bruges i nationalregnskabet (input-metoden), viser en gennemsnitlig årlig vækst på 1,5 pct." (det var først i 2014, at man tog metoden i brug i nationalregnskabet).

I et længere notat fra 2016⁴¹ diskuteres forskellen mellem produktivitetsopgørelse hhv. i Danmarks Statistik baseret på outputmetoden og i Sundhedsministeriet baseret på DRG (som strengt taget også er outputbaseret). Udover, at der er forklarlige forskelle i produktivitetsberegningerne viser gennemgangen at:

"Alt i alt illustrerer figur 5.1 tydeligt, at mængdeudviklingen af patientbehandlinger trækker en stor del af udviklingen i den offentlige produktion opgjort efter outputmetoden"

Som tolket her betyder det, at man skal være meget omhyggelig med, hvordan outputmetoden bruges for sundhedsvæsenets vedkommende på grund af betydningen for den generelle ikke-markedsmæssige sektor. Det fremhæves da også flere steder, at "det vigtigt at understrege, at outputmetoden stadig er under udvikling, idet mængdeindikatorerne endnu ikke er fuldt dækkende og kvalitetsændringer i det producerede output ikke er reflekteret eksplicit i mængdeindikatorerne".

Korrektion for kvalitet

Det følgende er baseret på nogle forsøgsberegninger i Danmarks Statistik og skal derfor ikke tolkes som, hvad der i givet fald ville blive brugt, hvis kvalitetsjustering skulle indgå i nationalregnskabet.

Følgen af outputopgørelse har næsten naturnødvendigt ført til interesse for kvalitet – som er blevet synonymt med outcome. Mængden af produktionen afhænger af den kvalitet som tjenesteydelsen har såvel som antallet af producerede tjenester. Kvantiteten er defineret som antallet af enheder og kvaliteten som de forskellige produkters egenskaber, dvs. definition af

kvalitet bliver til et spørgsmål om produkters egenskaber. Den kvalitetsjusterede produktion kan teoretisk måles på følgende måde:

$$\text{Mængde af output} = \sum_{i=1}^n \text{enhedspris}(i) * \text{antal}(i) * V_{\text{kvalitet}}$$

I denne formel vil hver af de forskellige N behandlinger skulle ganges med en M dimensional vektor af kvalitetsaspektet, V_{kvalitet} . Kvalitetsparameteren er flerdimensionelt, da hver af N behandlingerne kan differentieres ifølge flere kvalitetsaspekter. Fx helbredsforbedring, ventetid inden en operation, smerter under behandlingen osv.

Danmarks Statistik har udvalgt to aspekter af kvalitet: I hvilket omfang sundhedsydelser succesfuldt leverer det tilsigtede udbytte (outcome) og i hvilket omgang, ydelserne svarer til brugerens ønsker. Begge aspekter indbyder til subjektive vurderinger, og det sidste forudsætter en viden, som ikke er umiddelbart tilgængelig.

Kvalitetsindikatorerne skal ideelt set reflektere alle ændringer i den offentlige forvaltnings produktion, dvs. de skal afspejle det marginale bidrag, som de offentlige serviceydelser bidrager med til udbyttet, fx til ændring af middellevetiden. Metodisk er det ganske krævende, hvis middellevetiden bruges som eksempel, fordi ændring i middellevetiden påvirkes af meget andet end output fra sundhedsvæsenet.

Med hensyn til tilsigtet udbytte bruges fire indikatorer:

- Sundhedsforbedringer gennem hospitalsbehandling
- Reduceret dødelighed/højere overlevelsese rate
- Sundhedsforbedringer som følge af lavere ventetider
- Forebyggende behandling
- Centralisering/specialisering af hospitalerne.

Det er uklart, hvem der har rådgivet Danmarks Statistik om disse valg. Det er næppe sundhedsøkonomer, jfr. at de ville have formuleret forståelsen af sundhedsgevinst på en anden måde end Danmarks Statistik gør, hvor det antydes, at der altid er en levetidsforbedring involveret:

”Sundhedsforbedringer ses som forskellen på det sundhedsforløb, der vil være efter en behandling er gennemført, sammenlignet med sundhedsforløbet, hvis behandlingen ikke var gennemført. Sundhedsforbedringer kan opnås selv hvis patienten ikke bliver mere rask, blot patientens levetid forøges. Derudover kan sundhedspleje forebygge smerter og andre symptomer og forlænge levetiden.” (p. 34)

Der gives et eksempel med operation for diskusprolaps, hvor man først beregner et (Laspeyres) mængdeindeks uden eksplicitte mængdejusteringer og derefter mængdeindekset med kvalitetsjusteringer. Der bruges tre kvalitetsindikatorer – med Danmarks Statistiks ord:

- Genoperation efter diskusprolapsoperation, hvor et fald i antallet af genoperationer opfattes som en kvalitetsforbedring
- Ventetid på operation (længere ventetider kan reducere den sundhedsmæssige gevinst, patienten opnår først fordele ved behandling senere, og kan have smerter, nedsat mobilitet, bekymringer og andre skader på sin sundhedstilstand mens vedkommende venter. På den måde vil behandlingens udbytte blive reduceret)

- Gennemsnitslevetid i Danmark (en stigning i den gennemsnitlige levealder kan delvist være på grund af sundhedsydelser. Denne indikator er en generel indikator og kan benyttes til at kvalitetsjustere næsten alle DRG-grupperinger, mens den førstnævnte indikator kun kan benyttes i forbindelse med diskusprolaps-operationer, hvorfor vi konstruerer en delvis kvalitetsjustering for denne diagnose).

Bemærkningen vedr. gennemsnitslevetiden kan være svært helt at forstå. Rigtig megen hospitalsbehandling, fx behandling af kuskefinger, ændrer absolut ikke på levetiden eller hvad med palliativ behandling, som der også er DRG-takster for?

I eksemplet – og selvsagt kun det – tillægges de tre forhold vægte, hhv. 50, 10 og 20. I praksis skal der selvsagt udvikles en metodik for fastsættelse af vægte.

Den Europæiske Kommission tillader heldigvis ikke på nuværende tidspunkt medlemslandene at bruge eksplicitte kvalitetsændringer til brug i nationalregnskabet

Observationer vedr. brugen af outputmetoden og kvalitetsjustering.

Ovenstående tre hovedafsnit er medtaget for at fuldstændiggøre diskussionen af opgørelse af sundhedsudgifterne i nationalregnskabet og har som omdrejningspunkt output-metoden.

I forhold til synsvinklen i dette papir – nemlig at kunne spore tallene tilbage til driftsregnskaber – er der tale om et tilbageskridt. Datagrundlaget og metoden er ikke tilstrækkeligt udviklet til brug i praksis, uanset at der løbende sker fremskridt og, at fremstillingen her er meget kondenseret. Hertil kommer, at outputmetoden ikke som sådan kan erstatte input-metoden. Lynch og Thage³⁸ noterede i 2017, at

“output” of government cannot be satisfactorily identified and measured, and a costs approach to measuring real change is the only one consistent with the measurement boundary of national accounting.

Det fremhæves ofte, at outputmetoden muliggør bedre produktivitetmålinger. Dette er dog ikke ubetinget tilfældet. I et 2018-svar til Folketinget tager Finansministeriet mange forbehold:

”I praksis skal man dog være varsom med at tolke på den output-baserede metode og dermed også et produktivitetsmål, der er baseret på output-metoden. Output-metoden blev implementeret i forbindelse med hovedrevisionen af nationalregnskabet i 2014 og er fortsat under udvikling, herunder i lyset af at mængdeindikatorerne, som ligger til grund for opgørelsen, endnu ikke er fuldt dækkende. Danmarks Statistik betegner på nuværende tidspunkt output-metoden som et ”første nødvendigt skridt” eller et ”indledende grundlag” for beregning af produktivitetudviklingen i den offentlige sektor”⁴²

Konklusioner

I sammenfatningen til dette notat, hedder det, at man skulle tro, at det er enkelt at opgøre de danske sundhedsudgifter og, at det er muligt umiddelbart at gennemskue officielle beregninger fra Danmarks Statistik, så de kan bruges til analyse af danske sundhedspolitiske spørgsmål og afspejler den danske institutionelle struktur. Det er ikke tilfældet. Det er til overflod blevet dokumenteret. Det har været et stort arbejde at komme så langt, som notatet vidner om – uden dog på alle områder at være kommet til bunds, og der har utvivlsomt sneget sig misforståelser ind uanset god hjælp fra Danmarks Statistik.

Det er mere end svært at gennemskue, hvordan de danske sundhedsudgifter opgøres. OECD-tallene synes at være et kapitel for sig. Danmarks Statistik bruger ofte COFOG-opgørelsen, som utvivlsomt er relevant for internationale sammenligninger, men sjældent er umiddelbart relevante i forhold til danske sundhedspolitiske problemkredse. Det samme gælder OECDs opgørelse i OECD Health Data. Ovenstående fremstilling har dokumenteret dette. Dette er ikke holdbart. Det må dog ikke fejlfortolkes: Det er relevant med internationalt sammenlignelige data, fx struktureret som anbefalet af OECD og Kommissionen langs System of Health Accounts, SHA, men undervejs i forsøget på sammenlignelighed tabte man relevante nationale institutionelle aspekter.

Fraværet af en egentlig målrettet opgørelse rettet mod danske institutionelle forhold er slående og bekymrende, fordi data om de danske sundhedsudgifter bliver 'afinstitutionaliseret' ved konverteringen til fx COFOG og COIPOG og mister derved i betydelig grad relevans for policy-analyser i dansk sammenhæng, fx udviklingen i udgifter til almen praksis eller fysioterapi. Det forekommer ikke rimeligt, at interesserede i danske institutionelle og policy-orienterede emner selv (delvist) skal sammenstykke ud fra regnskabsoplysninger.

Der er fremlagt et forslag til, hvordan man kan udarbejde en systematisk fremstilling af danske sundhedsudgifter, der afspejler institutionelle forhold med mulighed for at skiftende policy-fokus. Dette ville være en naturlig opgave for Danmarks Statistik, som også burde være ansvarlig for leveringen af data til OECDs database^ø således, at de danske opgørelser og sundhedsudgifter udføres ud fra de samme kriterier. Det forekommer uheldigt, at OECD-tallene ligger uden for skiven, fx sammenholdt med OFF29 eller OFF24.

Et ubesvaret spørgsmål lyder: Hvad beløber de offentlige danske sundhedsudgifter sig så til? Hvad er rigtigst?

Hvis formålet er at give et svar, der dækker, hvad de fleste opfatter som sundhedsvæsen, er svaret *ca. 140 mia. kr.* i offentlige driftsudgifter, jfr. tabel 10. Spørger man om de samlede sundhedsudgifter, dvs. incl. borgernes egenbetaling er svaret *ca. 167 mia. kroner.*

^ø Efter at disse linjer blev skrevet i sensommeren 2019, blev opgaven faktisk overført til Danmarks Statistik fra Sundhedsministeriet.

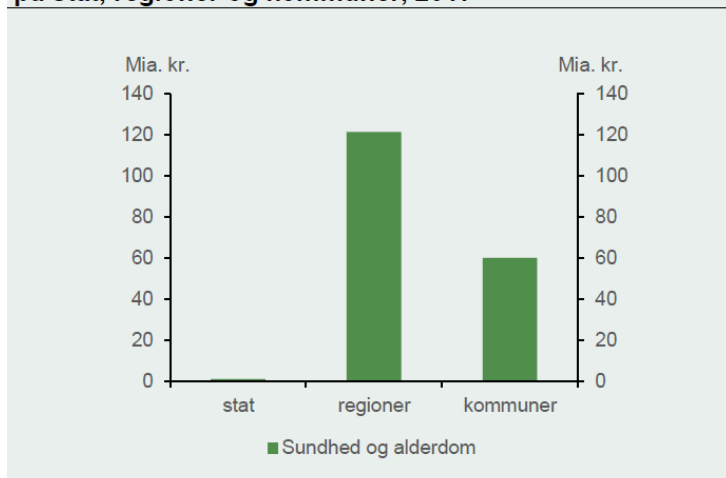
Hvis formålet er at få en god placering i rangordningen baseret på %-del af BNP til sundhedsvæsenet, skal man vælge OECD-tallene – men det gør ikke nødvendigvis tallene bedre og mere troværdige for national analyse.

Spørgsmålet er mere generelt, om man i dansk kontekst skal oplyse tal vedr. sundhedsudgifter opgjort efter COFOG-klassifikationen/nationalregnskabsopgørelser, eller i stedet forlade sig på driftsudgifter a la tabel 10. Herved ville man måske øge den nationale relevans og undgå mystificerende formuleringer som:

I et svar fra Finansministeren til et folketingsmedlem hed det⁴³: ”I opgørelsen af regionernes sundhedsudgifter tages udgangspunkt i forbrugsudgifterne til sundhedsvæsenet. Det bemærkes, at der er tale om en nationalregnskabsopgørelse af regionernes forbrugsudgifter til sundhedsvæsenet, der således ikke er direkte sammenlignelig med de regionale regnskaber og budgetter for driftsudgifterne, idet der ikke er en 1:1 overensstemmelse mellem opgørelserne.”

I Sundhedsministeriets Sundheds-og ældreøkonomiske Analyse¹² bruger man COFOG-tal, hvor man af nedenstående figur ser, at der ikke er forskel i forhold til regnskabstallene for de regionale sundhedsudgifter, medens de kommunale tal er en sammenblanding af ældreudgifter (10.2 i COFOG-kategorisering, der omfatter alle ældreudgifter) og sundhedsudgifter uden mulighed for at afgøre, hvad der er hvad endside, hvorfra tallene stammer.

Offentlige forbrugsudgifter til sundhed og ældre fordelt på stat, regioner og kommuner, 2017



Anm.: Forbrugsudgifterne er opgjort ud fra nationalregnskabsmæssige principper og afgrænsninger. Opdelingen på sundhed og ældre følger COFOG-klassifikationen hhv. COFOG 7 vedr. sundhed og 10.2 vedr. alderdom. Opgørelsen kan ikke sammenlignes direkte med de kommunale og regionale regnskaber pga. forskellige opgørelsesprincipper og afgrænsninger. Udgiftsniveauet i 2017 er sat lig udgiftsniveauet i 2016.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kilde: Sundhedsministeriet¹²

I nationalregnskabsstatistikken bruger man opgørelse baseret på outputmetoden, incl. forsøgsarbejde på at korrigere for kvalitetsforskelle. I forhold til dette notats udgangspunkt – at kunne føre opgørelser tilbage til driftsregnskabet/genkende tallene – er det et tilbageskridt, hvortil kommer fortsatte betydelige metodeproblemer uanset, at Danmarks Statistik naturligvis arbejder seriøst med emnet.

Litteratur

1. Eurostat, European Commission. European system of accounts ESA 2010. Luxembourg Publication Office of the European Union; 2013.
2. Er det danske sundhedsvæsen underfinansieret? 2019. at [https://www.sdu.dk/en/om_sdu/institutter_centre/ivoe_virksomhedsledelse_og_oekonomi/forskning/satsningsomraader/nhe_homepage/policy_corner.\)](https://www.sdu.dk/en/om_sdu/institutter_centre/ivoe_virksomhedsledelse_og_oekonomi/forskning/satsningsomraader/nhe_homepage/policy_corner.)
3. Koch C. Internationale sammenligninger af sundhedsudgifter: Danmark på niveau med øvrige nordiske og nordeuropæiske lande. Ugeskr Læger 1999;161:1952-4.
4. Finansministeriet. Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 398 (Alm. del) af 7. februar 2018 stillet efter ønske fra Joachim B. Olsen
Spørgsmål: udviklingen i de aftalte regionale sundhedsudgifter. København: Folketinget; 2019.
5. Finansministeriet. Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 220 (Alm. del) af 21. februar 2018 stillet efter ønske fra Dennis Flydtkjær (DF) - demografisk træk. København: Folketinget - Finansministeriet; 2018.
6. Finansministeriet. Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 639 (Alm. del) af 21. september 2018 - demografiske træk. København: Folketinget - Finansministeriet; 2018.
7. Finansministeriet. Økonomisk Analyse: Udviklingen i de offentlige udgifter fra 2000 til 2017 København: Finansministeriet; 2018.
8. Eurostat. Manual on sources and methods for the compilation of COFOG Statistics - 2011 edition 2011.
9. OECD. A System of Health Accounts. 2011 ed. FR: OECD Publishing; 2011.
10. Eurostat. The Classification of individual consumption by purpose. Eurostat; 2013.
11. IMF. Government Finance Statistics manual 2014. Washington D.C.: IMF; 2014.
12. Sundhedsministeriet. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og ældreministeriet; 2018.
13. Finansministeriet. Introduktion til et omkostningsbaseret bevillingssystem. København: Finansministeriet; 2006.
14. Indenrigsministeriet. Den autoriserede kontoplan for regioner. København: Indenrigsministeriet; 2018.
15. COFOG V.1.0. Danmarks Statistik. (Accessed april - maj, 2019, at [https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/cofog.\)](https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/cofog.)
16. Nielsen IK. SHA-based health accounts in thirteen OECD countries. Country studies: Denmark National health accounts 1999 OECD; 2004.
17. Schreyer P, Mas M. Measuring health services in the national accounts: an international perspective E Paris - Chicago 2013 (2018).
18. European Commission. Council Decision on the position to be adopted, on behalf of the European Union, in the EEA Joint Committee concerning an amendment to Annex XXI (Statistics) to the EEA Agreement (health care expenditure statistics) Brussels: European Commission; 2015.
19. OECD. Classification of the Functions of Government (COFOG). Paris: OECD Publishing; 2017:256-7.
20. Morgan D, Gmeinder M, J. W. An OECD analysis of health spending in Norway. Paris: OECD; 2017.
21. Sundhedsministeriet. Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger. København: Sundhedsministeriet; 2007.
22. KL, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet. Afrapportering vedr. adskillelse af udgifter til ældre og personer med handicap/udsatte voksne. København 2016.

23. Søgaard J. Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark? København: Søgaard Advice - Danske Regioner; 2014.
24. Health Accounts Methodology 2019. (Accessed July 12, 2019,
25. Danmarks Statistik. Statistikbanken, beregning ud fra tabel REGR31, REGK31, REGK53, OFF24. København 2019.
26. Indenrigsministeriet. Den autoriserede kontoplan for regionerne. København: Indenrigsministeriet 2018.
27. Indenrigsministeriet. Den autoriserede kontorplan for kommuner. København: Indenrigsministeriet; 2018.
28. Regnskabsdatabasen. Finansministeriet, 2019. (Accessed Juli, 2019, at <https://www.fm.dk/oekonomi-og-tal/finanslov-mv/regnskabsdatabasen.>)
29. Analyse D. De offentlige sundhedsudgifter er steget markant mere end de øvrige offentlige udgifter siden 2000 (to udgaver: januar og juli, hvor væsentlige fejl er rettet). København: Danmarks Statistik 2019.
30. Thage B. Om udviklingen i de reale sundhedsudgifter. In: Pedersen KM, ed. København 2019.
31. Statistik D. Indeksregninger. København: Danmarks Statistik; udateret.
32. Fastprisberegning. Moderniseringsstyrelsen, 2019. (Accessed 16.08.2019, 2019, at [https://modst.dk/oekonomi/finanslov-og-udgiftsopfoelgning/indeks/fastprisberegninger/.](https://modst.dk/oekonomi/finanslov-og-udgiftsopfoelgning/indeks/fastprisberegninger/))
33. Statistik D. Det offentlige forbrug - Måling af realvæksten i det offentlige forbrug København: Danmarks Statistik; 2019.
34. Murray R. Measuring output from the public sector: a critical examination of the Atkinson review Review of Income and Wealth 2010;56:413-23.
35. Schreyer P. Output, outcome, and quality adjustment in measuring health and education services. The review of income and wealth 2012;58:257;78;-78.
36. Schreyer P. Towards Measuring the Volume Output of Education and Health Services: A Handbook. Paris OECD Publishing; 2010.
37. Eurostat. Handbook on prices and volume measures in national accounts. Luxembourg: Eurostat; 2016.
38. Lynch R, Thage B. Maintaining the National Accounts as Official Statistics. Review of Income and Wealth 2017;63:S411-S36.
39. Statistik D. Offentlig produktion og produktivitet. 2008-2014. København: Danmarks Statistik; 2016.
40. Danmarks Statistik, Deveci N. Produktivitet og kvalitet i den offentlige sektor København: Danmarks Statistik; 2010.
41. Clemmensen AJ. Danmarks Statistiks og Sundhedsministeriets beregningsmetoder for sygehussektorens produktio. København: Danmarks Statistik; 2016.
42. Finansministeriet. Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 441 (Alm. del) af 26. juni 2018. In: Finansministeriet, ed. København: Folketinget; 2018.
43. Finansministeriet. Svar på Sundheds- og Ældreudvalgets spørgsmål nr. 1123 (Alm. del) af 22. juni 2018 stillet efter ønske fra Stine Brix (EL) København: Finanministeriet; 2018.
44. Nations U. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. In: Department of Economic and Social Affairs SD, ed. New York: United Nations; 2018.

Appendix I: COFOG og SHA

Table 6: Usability of COFOG for SHA

COFOG	Title of headings	ICHA–HC	Title of headings
07.1	Medical products, appliances and equipment	HC.5	Medical goods dispensed to outpatients
07.1.1	Pharmaceutical products (IS)	HC.5.1.1	Prescribed medicines
		HC.5.1.2	Over-the-counter medicines
07.1.2	Other medical products (IS)	HC.5.1.3	Other medical non-durables
07.1.3	Therapeutic appliances and equipment (IS)	HC.5.2	Therapeutic appliances and medical equip. (durables)
		HC.5.2.1	Glasses and other vision products
		HC.5.2.2	Orthopaedic appliances and prosthetics
		HC.5.2.3	Hearing aids
		HC.5.2.4	Medico-technical devices, including wheelchairs
		HC.5.2.9	All other miscellaneous medical goods
07.2	Outpatient services	HC.1.3	Outpatient curative care
		HC.1.4	Services of curative home care
		HC.2.3	Outpatient rehabilitative care
		HC.2.4	Services of rehabilitative home care
		HC.3.3	LTC home care
		HC.4	Ancillary services to health care
07.2.1	General medical services (IS)	HC.1.3.1	Basic medical and diagnostic services
		HC.2.3	Out-patient rehabilitative care
07.2.2	Specialized medical services (IS)	HC.1.3.3	All other specialised health care
07.2.3	Dental services (IS)	HC.1.3.2	Out-patient dental care
07.2.4	Paramedical services (IS)	HC.1.3.9	All other out-patient curative care
		HC.1.4	Services of curative home care
		HC.2.3	Out-patient rehabilitative care
		HC.2.4	Services of rehabilitative home care
		HC.3.3	Long-term nursing care: home care
		HC.4	Ancillary services to health care
		HC.4.1	Clinical laboratory
		HC.4.2	Diagnostic imaging
		HC.4.3	Patient transport and emergency rescue
		HC.4.9	All other miscellaneous ancillary services
07.3	Hospital services	HC.1.1	Inpatient curative care
		HC.1.2	Day cases of curative care
		HC.2.1	Inpatient rehabilitative care
		HC.2.2	Day cases of rehabilitative care
		HC.3.1	Inpatient LTC
		HC.3.2	Day cases of LTC
07.3.1	General hospital services (IS)		
07.3.2	Specialized hospital services (IS)		
07.3.3	Medical and maternity centre services (IS)		
07.3.4	Nursing and convalescent home services (IS)		
07.4	Public health services	HC.6 (excl. HC.6.4)	Prevention and public health services (excl. Occupational Medicine)
07.4.0	Public health services (IS)		
07.5	R&D Health	HC.R .3	R & D in health

COFOG	Title of headings	ICHA–HC	Title of headings
07.5.0	R&D Health (CS)		
07.6	Health n.e.c.	HC.7.1	Health administration and insurance (public)
07.6.0	Health n.e.c. (CS)		
	IS: Individual services CS: collective services		

Kilde: Eurostats COFOG-manual¹

Appendix II: COFOG

07 HEALTH (p. 171-174¹)

Government outlays on health include expenditures on services provided to **individual** persons and services provided on a **collective** basis. Expenditures on individual services are allocated to groups (07.1) through (07.4); expenditures on collective services are assigned to groups (07.5) and (07.6). Collective health services are concerned with matters such as formulation and administration of government policy; setting and enforcement of standards for medical and paramedical personnel and for hospitals, clinics, surgeries, etc.; regulation and licensing of providers of health services; and applied research and experimental development into medical and health-related matters. However, overhead expenses connected with administration or functioning of a group of hospitals, clinics, surgeries, etc. are considered to be individual expenditures and are classified to groups (07.1) through (07.4) as appropriate.

07.1 MEDICAL PRODUCTS, APPLIANCES, AND EQUIPMENT

This group covers medicaments, prostheses, medical appliances and equipment and other health related products obtained by individuals or households, either with or without a prescription, usually from dispensing chemists, pharmacists or medical equipment suppliers. They are intended for consumption or use outside a health facility or institution. Such products supplied directly to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners or to in-patients by hospitals and the like are included in outpatient services (07.2) or hospital services (07.3).

07.11 Pharmaceutical products (IS)

Provision of pharmaceutical products such as medicinal preparations, medicinal drugs, patent medicines, serums and vaccines, vitamins and minerals, cod liver oil and halibut liver oil, oral contraceptives; administration, operation or support of the provision of pharmaceutical products.

07.12 Other medical products (IS)

Provision of medical products such as clinical thermometers, adhesive and non-adhesive bandages, hypodermic syringes, first-aid kits, hot-water bottles and ice bags, medical hosiery items such as elasticated stockings and knee-pads, pregnancy tests, condoms and other mechanical contraceptive devices; administration, operation or support of the provision of prescribed other medical products.

07.13 Therapeutic appliances and equipment (IS)

Provision of therapeutic appliances and equipment such as corrective eyeglasses and contact lenses, hearing aids, glass eyes, artificial limbs and other prosthetic devices, orthopaedic braces and supports, orthopaedic footwear, surgical belts, trusses and supports, neck braces, medical massage equipment and health lamps, powered and unpowered wheelchairs and invalid carriages, "special" beds, crutches, electronic and other devices for monitoring blood pressure, etc.; administration, operation or support of the provision of prescribed therapeutic appliances and equipment.

Includes: dentures but not fitting costs; repair of therapeutic appliances and equipment. Excludes: hire of therapeutic equipment (07.24).

07.2 OUTPATIENT SERVICES

This group covers medical, dental and paramedical services delivered to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners and auxiliaries. The services may be delivered at home, in individual or group consulting facilities, dispensaries or the outpatient clinics of hospitals and the like. Outpatient services include the medicaments, prostheses, medical appliances and equipment and other health-related products supplied directly to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners and auxiliaries. Medical, dental and paramedical services provided to in-patients by hospitals and the like are included in hospital services (07.3).

07.21 General medical services (IS)

This class covers the services provided by general medical clinics and general medical practitioners. General medical clinics are defined as institutions which chiefly provide outpatient services which are not limited to a particular medical specialty and which are chiefly delivered by qualified medical doctors. General medical practitioners do not specialize in a particular medical specialty.

Provision of general medical services; administration, inspection, operation or support of general medical services delivered by general medical clinics and general medical practitioners.

Excludes: services of medical analysis laboratories and x-ray centres (07.24).

07.22 Specialized medical services (IS)

This class covers the services of specialized medical clinics and specialist medical practitioners. Specialized medical clinics and specialist medical practitioners differ from general medical clinics and general medical practitioners in that their services are limited to treatment of a particular condition, disease, medical procedure or class of patient.

Provision of specialized medical services; administration, inspection, operation or support of specialized medical services delivered by specialized medical clinics and specialist medical practitioners.

Includes: services of orthodontic specialists.

Excludes: dental clinics and dentists (07.23); services of medical analysis laboratories and x-ray centres (07.24).

07.23 Dental services (IS)

This class covers the services of general or specialist dental clinics and dentists, oral hygienists or other dental operating auxiliaries. Dental clinics provide outpatient services. They are not necessarily supervised or staffed by dentists; they may be supervised or staffed by oral hygienists or by dental auxiliaries.

Provision of dental services to outpatients; administration, inspection, operation and support of dental services delivered by general or specialist dental clinics and by dentists, oral hygienists or other dental auxiliaries.

Includes: fitting costs of dentures.

Excludes: dentures (07.13); services of orthodontic specialists (07.22); services of medical analysis laboratories and x-ray centres (07.24).

07.24 Paramedical services (IS)

Provision of paramedical health services to outpatients; administration, inspection, operation or support of health services delivered by clinics supervised by nurses, midwives, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists or other paramedical personnel and of health services delivered by nurses, midwives and paramedical personnel in non-consulting rooms, in patients' homes or other non-medical institutions.

Includes: acupuncturists, chiropodists, chiropractors, optometrists, practitioners of traditional medicine, etc.; medical analysis laboratories and x-ray centres; hire of therapeutic equipment; medically prescribed corrective-gymnastic therapy; outpatient thermal bath or sea-water treatments; ambulance services other than ambulance services operated by hospitals.

Excludes: public health service laboratories (07.40); laboratories engaged in determining the causes of disease (07.50).

07.3 HOSPITAL SERVICES

Hospitalization is defined as occurring when a patient is accommodated in a hospital for the duration of the treatment. Hospital day-care and home-based hospital treatment are included, as are hospices for terminally ill persons.

This group covers the services of general and specialist hospitals, the services of medical centres, maternity centres, nursing homes and convalescent homes which chiefly provide in-patient services, the services of military base hospitals, the services of institutions serving old people in which medical monitoring is an essential component and the services of rehabilitation centres providing in-patient health care and rehabilitative therapy where the objective is to treat the patient rather than to provide long-term support.

Hospitals are defined as institutions which offer in-patient care under direct supervision of qualified medical doctors. Medical centres, maternity centres, nursing homes and convalescent homes also provide inpatient care but their services are supervised and frequently delivered by staff of lower qualification than medical doctors. The group does not cover facilities such as military field hospitals (02.1), surgeries, clinics and dispensaries devoted exclusively to outpatient care (07.2), institutions for disabled persons and rehabilitation centres providing primarily long-term support (10.12), retirement homes for elderly persons (10.20). Neither does it cover payments to patients for loss of income due to hospitalization (10.11). Hospital services include medicaments, prostheses, medical appliances and equipment and other health-related products supplied to hospital patients. It also includes non-medical expenditure of hospitals on administration, non-medical staff, food and drink, accommodation (including staff accommodation), etc.

07.31 General hospital services (IS)

Provision of general hospital services; administration, inspection, operation or support of hospitals that do not limit their services to a particular medical specialty.

Excludes: medical centres not under the direct supervision of a qualified medical doctor (07.33).

07.32 Specialized hospital services (IS)

Specialized hospitals differ from general hospitals in that their services are limited to treatment of a particular condition, disease, or class of patient, for example, diseases of the chest and tuberculosis, leprosy, cancer, otorhinolaryngology, psychiatry, obstetrics, paediatrics, and so forth.
Provision of specialized hospital services; administration, inspection, operation or support of hospitals that limit their services to a particular medical specialty.

Excludes: maternity centres not under the direct supervision of a qualified medical doctor (07.33).

07.33 Medical and maternity centre services (IS)

Provision of medical and maternity centre services; administration, inspection, operation or support of medical and maternity centre services.

07.34 Nursing and convalescent home services (IS)

Nursing and convalescent homes provide in-patient services to persons recovering from surgery or a debilitating disease or condition that requires chiefly monitoring and administering of medicaments, physiotherapy and training to compensate for loss of function or rest.

Provision of nursing and convalescent home services; administration, inspection, operation or support of nursing and convalescent home services.

Includes: institutions serving old people in which medical monitoring is an essential component; rehabilitation centres providing in-patient health care and rehabilitative therapy where the objective is to treat the patient rather than to provide long-term support.

07.4 PUBLIC HEALTH SERVICES

07.40 Public health services (IS)

Provision of public health services; administration, inspection, operation or support of public health services such as blood-bank operation (collecting, processing, storing, shipping), disease detection (cancer, tuberculosis, venereal disease), prevention (immunization, inoculation), monitoring (infant nutrition, child health), epidemiological data collection, family planning services and so forth; preparation and dissemination of information on public health matters.

Includes: public health services delivered by special teams to groups of clients, most of whom are in good health, at workplaces, schools or other non-medical settings; public health services not connected with a hospital, clinic or practitioner; public health services not delivered by medically qualified doctors; public health service laboratories.

Excludes: medical analysis laboratories (07.24); laboratories engaged in determining the causes of disease (07.50).

07.5 R&D HEALTH

Definitions of basic research, applied research and experimental development are given under (01.4) and (01.5).

07.50 R&D Health (CS)

Administration and operation of government agencies engaged in applied research and experimental development related to health; grants, loans and subsidies to support applied research and experimental development related to health undertaken by non-government bodies such as research institutes and universities.

Includes: laboratories engaged in determining the causes of disease.

Excludes: basic research (01.40).

07.6 HEALTH N.E.C.

07.60 Health n.e.c. (CS)

Administration, operation or support of activities such as formulation, administration, coordination and monitoring of overall health policies, plans, programs and budgets; preparation and enforcement of legislation and standards for the provision of health services, including the licensing of medical establishments and medical and paramedical personnel; production and dissemination of general information, technical documentation and statistics on health.

Includes: health affairs and services that cannot be assigned to (07.1), (07.2), (07.3), (07.4) or (07.5).

APPENDIX III: COICOP¹⁰

06 - HEALTH

Also includes:

- health services purchased from school and university health centres

06.1 - Medical products, appliances and equipment

This group covers medicaments, prostheses, medical appliances and equipment and other health-related products purchased by individuals or households, either with or without a prescription, usually from dispensing chemists, pharmacists or medical equipment suppliers. They are intended for consumption or use outside a health facility or institution.

Such products supplied directly to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners or to in-patients by hospitals and the like are included in outpatient services (06.2) or hospital services (06.3).

06.1.1 - Pharmaceutical products

Includes:

- medicinal preparations, medicinal drugs, patent medicines, serums and vaccines, vitamins and minerals, cod liver oil and halibut liver oil, oral contraceptives

Excludes:

- veterinary products (09.3.4)
- articles for personal hygiene such as medicinal soaps (12.1.3)

06.1.1.0 Pharmaceutical products

Includes:

- medicinal preparations, medicinal drugs, patent medicines, serums and vaccines, vitamins and minerals, cod liver oil and halibut liver oil, oral contraceptives

Also includes:

- homeopathic medicines

Excludes:

- veterinary products (09.3.4.2)
- articles for personal hygiene such as medicinal soaps (12.1.3.2)

06.1.2 - Other medical products

Includes:

- clinical thermometers, adhesive and non-adhesive bandages, hypodermic syringes, first-aid kits, hot-water bottles and ice bags, medical hosiery items such as elasticated stockings and knee supports, pregnancy tests, condoms and other mechanical contraceptive devices

06.1.2.1 Pregnancy tests and mechanical contraceptive devices

Includes:

- condoms

06.1.2.9 Other medical products n.e.c.

Includes:

- clinical thermometers, adhesive and non-adhesive bandages, hypodermic syringes, first-aid kits, hot-water bottles and ice bags, disposable ice, medical hosiery items such as elasticated stockings and knee supports

06.1.3 - Therapeutic appliances and equipment

Includes:

- corrective eyeglasses and contact lenses, hearing aids, glass eyes, artificial limbs and other prosthetic devices, orthopaedic braces and supports, orthopaedic footwear, surgical belts, trusses and supports, neck braces, medical massage equipment and health lamps, powered and unpowered wheelchairs and invalid carriages, "special" beds, crutches, electronic and other devices for monitoring blood pressure, etc.

- repair of therapeutic appliances and equipment

Also includes:

- dentures but not fitting costs

Excludes:

- *hire of therapeutic equipment (06.2.3)*
- *protective goggles, belts and supports for sport (09.3.2)*
- *sunglasses not fitted with corrective lenses (12.3.2)*
-

06.1.3.1 Corrective eye-glasses and contact lenses

Includes:

- corrective eye-glasses and contact lenses

06.1.3.2 Hearing aids

Includes:

- hearing aids

06.1.3.3 Repair of therapeutic appliances and equipment

Includes:

- repair of therapeutic appliances and equipment

Also includes:

- dentures but not fitting costs
-

06.1.3.9 Other therapeutic appliances and equipment

Includes:

- glass eyes, artificial limbs and other prosthetic devices, orthopaedic braces and supports, orthopaedic footwear, surgical belts, trusses and supports, neck braces, medical massage equipment and health lamps, powered and unpowered wheelchairs and invalid carriages, beds for therapeutic purposes, crutches, electronic and other devices for monitoring blood pressure, etc.

06.2 - Out-patient services

This group covers medical, dental and paramedical services delivered to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners and auxiliaries. The services may be delivered at home, in individual or group consulting facilities, dispensaries or the outpatient clinics of hospitals and the like.

Outpatient services include the medicaments, prostheses, medical appliances and equipment and other health-related products supplied directly to outpatients by medical, dental and paramedical practitioners and auxiliaries.

Medical, dental and paramedical services provided to in-patients by hospitals and the like are included in hospital services (06.3)

.

06.2.1 - Medical services

Includes:

- consultations of physicians in general or specialist practice

Also includes:

- services of orthodontic specialists

Excludes:

- *services of medical analysis laboratories and X-ray centres (06.2.3)*
- *services of practitioners of traditional medicine (06.2.3)*
-

06.2.1.1 General practice

Includes:

- consultations of physicians in general practice

06.2.1.2 Specialist practice

Includes:

- consultations of physicians in specialist practice

Also includes:

- services of orthodontic specialists

06.2.2 - Dental services

Includes:

- services of dentists, oral hygienists and other dental auxiliaries

Also includes:

- fitting costs of dentures

Excludes:

- *dentures (06.1.3)*
- *services of orthodontic specialists (06.2.1.2)*
- *services of medical analysis laboratories and X-ray centres (06.2.3)*
-

06.2.2.0 Dental services

Includes:

- services of dentists, oral-hygienists and other dental auxiliaries

Also includes:

- fitting costs of dentures

Excludes:

- *dentures (06.1.3.3)*
- *services of orthodontic specialists (06.2.1.2)*
- *services of medical analysis laboratories and X-ray centres (06.2.3.1)*

06.2.3 - Paramedical services

Includes:

- services of medical analysis laboratories and X-ray centres
- services of freelance nurses and midwives
- services of freelance acupuncturists, chiropractors, optometrists, physiotherapists, speech therapists, etc.
- medically prescribed corrective-gymnastic therapy
- outpatient thermal bath or sea-water treatments
- ambulance services
- hire of therapeutic equipment

Also includes:

- services of practitioners of traditional medicine
-

06.2.3.1 Services of medical analysis laboratories and X-ray centres

Includes:

- services of medical analysis laboratories and X-ray centres including all diagnostic and imaging methods (i.e. CT, MRI, sonography)

06.2.3.2 Thermal-baths, corrective-gymnastic therapy, ambulance services and hire of therapeutic equipment

Includes:

- thermal-baths, corrective-gymnastic therapy, ambulance services and hire of therapeutic equipment

06.2.3.9 Other paramedical services

Includes:

- services of freelance nurses and midwives, acupuncturists, chiropractors, optometrists, physiotherapists, speech therapists etc.

06.3 - Hospital services

Hospitalization is defined as occurring when a patient is accommodated in a hospital for the duration of the treatment. Hospital day-care and home-based hospital treatment are included as are hospices for terminally ill persons.

This group covers the services of general and specialist hospitals, the services of medical centres, maternity centres, nursing homes and convalescent homes which chiefly provide in-patient health care, the services of institutions serving old people in which medical monitoring is an essential component and the services of rehabilitation centres providing in-patient health care and rehabilitative therapy where the objective is to treat the patient rather than to provide long-term support.

Hospitals are defined as institutions which offer in-patient care under direct supervision of qualified medical doctors. Medical centres, maternity centres, nursing homes and convalescent homes also provide in-patient care but their services are supervised and frequently delivered by staff of lower qualification than medical doctors.

This group does not cover the services of facilities, such as surgeries, clinics and dispensaries, devoted exclusively to outpatient care (06.2). Nor does it include the services of retirement homes for elderly persons, institutions for disabled persons and rehabilitation centres providing primarily long-term support (12.4).

06.3.0 - Hospital services

Includes:

- Hospital services comprise the provision of the following services to hospital in-patients:
- basic services
- administration
- accommodation
- food and drink
- supervision and care by non-specialist staff (nursing auxiliaries)
- first aid and resuscitation
- ambulance transport
- provision of medicines and other pharmaceutical products
- provision of therapeutic appliances and equipment
- medical services
- services of physicians in general or specialist practice, of surgeons and of dentists
- medical analyses and X-rays
- paramedical services such as those of nurses, midwives, chiropractors, optometrists, physiotherapists, speech therapists, etc.

06.3.0.0 Hospital services

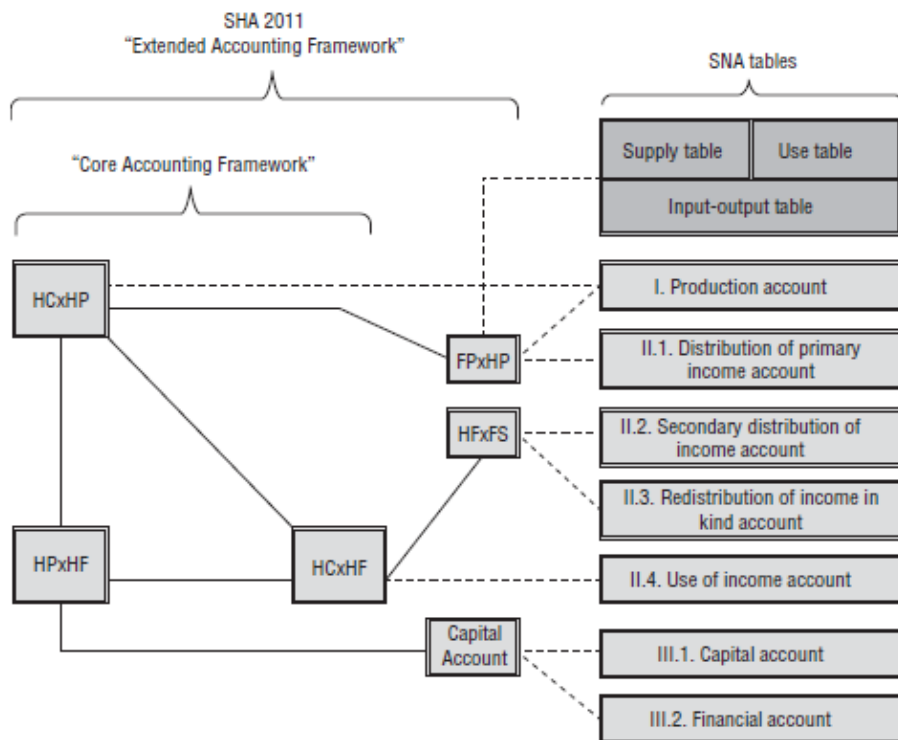
Includes:

- Hospital services comprise the provision of the following services to hospital in-patients:
 - basic services
 - administration
 - accommodation
 - food and drink
 - supervision and care by non-specialist staff (nursing auxiliaries)
 - first aid and resuscitation
 - ambulance transport
 - provision of medicines and other pharmaceutical products
 - provision of therapeutic appliances and equipment
 - medical services
 - services of physicians in general or specialist practice, of surgeons and of dentists
 - medical analyses and X-rays
 - paramedical services such as those of nurses, midwives, chiropractors, optometrists, physiotherapists, speech therapists, etc.

Appendix IV: SHA og nationalregnskabet

Figure B.1.2 below outlines the links between the two representations. The unbroken lines show the links across SHA tables, while dashes show the correspondence between

Figure B.1.2. Links between the System of National Accounts (SNA) and the System of Health Accounts (SHA)



Source: IHAT for SHA 2011.

p. 418

Differences between SHA and SNA

Although SHA adopts definitions and concepts derived from SNA, there exist a few important differences that ought to be borne in mind whenever comparing the two systems. Of particular note are the extension of the production boundaries in the SHA, the inclusion of some ancillary services in final consumption, the treatment of goods purchased and resold by retailers, and the capitalisation of research and development. SHA extends the SNA production boundaries by including, under certain conditions, a part of the household production of health services for own final use. The extension of the production boundaries is limited to those health services whose costs are partially or completely covered by dependency allowances. Therefore, if households receive transfers in cash to cover a sizeable share of the costs of services to persons with severe functional mobility or cognitive handicaps, the transfers are treated as quasi-salary in SHA and a corresponding "production value" is then calculated and included in current health

expenditure.

Secondly, the final consumption of health services in the SHA also includes the services of “occupational health” (*e.g.* surveillance of employee health and therapeutic care on or off business premises, see Chapter 5), which are considered as an ancillary activity in the central framework of the SNA and treated as intermediate consumption.

Thirdly, SHA considers the goods purchased and resold by retailers as their intermediate consumption, whereas SNA excludes them, as only minimal processing such as grading, cleaning, packaging, etc. are performed. Two consequences derive from the different approaches: 1) producers of health goods are excluded from the provider classification, and 2) retailers’ output is measured in SHA by the sum of the total value of the goods they purchase for resale plus the trade margins realised, while in SNA only the latter component is considered.

Lastly, research and development is considered as a non-financial asset in the SNA (and therefore included in the capital accounts) whereas SHA 2011 has excluded the creation of R&D assets on practical grounds. p. 420

Appendiks V: OECDs funktionelle klassifikation

Table 5.1. **Classification of health care functions**

Code	Description	SHA 1.0 codes
HC.1	Curative care	HC.1
HC.1.1	Inpatient curative care	HC.1.1
HC.1.1.1	General inpatient curative care	
HC.1.1.2	Specialised inpatient curative care	
HC.1.2	Day curative care	HC.1.2
HC.1.2.1	General day curative care	
HC.1.2.2	Specialised day curative care	
HC.1.3	Outpatient curative care	HC.1.3
HC.1.3.1	General outpatient curative care	HC.1.3.1
HC.1.3.2	Dental outpatient curative care	HC.1.3.2
HC.1.3.3	Specialised outpatient curative care	HC.1.3.3
HC.1.4	Home-based curative care	HC.1.4
HC.2	Rehabilitative care	HC.2
HC.2.1	Inpatient rehabilitative care	HC.2.1
HC.2.2	Day rehabilitative care	HC.2.2
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care	HC.2.3
HC.2.4	Home-based rehabilitative care	HC.2.4
HC.3	Long-term care (health)	HC.3
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)	HC.3.1
HC.3.2	Day long-term care (health)	HC.3.2
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)	part of HC.3
HC.3.4	Home-based long-term care (health)	HC.3.3
HC.4	Ancillary services (non-specified by function)	HC.4
HC.4.1	Laboratory services	HC.4.1
HC.4.2	Imaging services	HC.4.2
HC.4.3	Patient transportation	HC.4.3
HC.5	Medical goods (non-specified by function)	HC.5
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durable goods	HC.5.1
HC.5.1.1	Prescribed medicines	HC.5.1.1
HC.5.1.2	Over-the-counter medicines	HC.5.1.2
HC.5.1.3	Other medical non-durable goods	HC.5.1.3
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods	HC.5.2
HC.5.2.1	Glasses and other vision products	HC.5.2.1
HC.5.2.2	Hearing aids	HC.5.2.3
HC.5.2.3	Other orthopaedic appliances and prosthetics (excluding glasses and hearing aids)	HC.5.2.2
HC.5.2.9	All other medical durables, including medical technical devices	HC.5.2.4- HC.5.2.9
HC.6	Preventive care	HC.6, part of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.1	Information, education and counseling programmes	Part of HC.6.9, part of HCR 4, HC.R.5
HC.6.2	Immunisation programmes	Part of HC.6.3
HC.6.3	Early disease detection programmes	Part of HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4	Healthy condition monitoring programmes	Part of HC.6.1, HC.6.2, HC.6.5
HC.6.5	Epidemiological surveillance and risk and disease control programmes	HC.6, part of HC. 4, HC. 5
HC.6.6	Preparing for disaster and emergency response programmes	Part of HC.6
HC.7	Governance, and health system and financing administration	HC.7
HC.7.1	Governance and Health system administration	HC.7.1
HC.7.2	Administration of health financing	HC.7.2
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (<i>n.e.c.</i>)	
Memorandum items		
Reporting items		
HC.RI.1	Total pharmaceutical expenditure (TPE)	
	of which Inpatient pharmaceutical consumption	

Appendiks VI: OECDs provider classification

Table 6.2. **Classification of health care providers**

Code	Description	SHA 1.0 codes
HP.1	Hospitals	HP.1.0
HP.1.1	General hospitals	HP.1.1
HP.1.2	Mental health hospitals	HP.1.2
HP.1.3	Specialised hospitals (other than mental health hospitals)	HP.1.3
HP.2	Residential long-term care facilities	HP.2
HP.2.1	Long-term nursing care facilities	HP.2.1
HP.2.2	Mental health and substance abuse facilities	HP.2.2
HP.2.9	Other residential long-term care facilities	HP.2.3, 2.9
HP.3	Providers of ambulatory health care	HP.3
HP.3.1	Medical practices	HP.3.1
HP.3.1.1	Offices of general medical practitioners	HP.3.1
HP.3.1.2	Offices of mental medical specialists	HP.3.1
HP.3.1.3	Offices of medical specialists (other than mental medical specialists)	HP.3.1
HP.3.2	Dental practice	HP.3.2
HP.3.3	Other health care practitioners	HP.3.3
HP.3.4	Ambulatory health care centres	HP.3.4
HP.3.4.1	Family planning centres	HP.3.4.1
HP.3.4.2	Ambulatory mental health and substance abuse centres	HP.3.4.2
HP.3.4.3	Free-standing ambulatory surgery centres	HP.3.4.3
HP.3.4.4	Dialysis care centres	HP.3.4.4
HP.3.4.9	All other ambulatory centres	HP.3.4.5, 3.4.9
HP.3.5	Providers of home health care services	HP.3.6
HP.4	Providers of ancillary services	
HP.4.1	Providers of patient transportation and emergency rescue	HP.3.9.1
HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories	HP.3.5, 3.9.2
HP.4.9	Other providers of ancillary services	HP.3.9.9
HP.5	Retailers and other providers of medical goods	HP.4
HP.5.1	Pharmacies	HP.4.1
HP.5.2	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances	HP.4.2, 4.3, 4.4
HP.5.9	All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	HP.4.9
HP.6	Providers of preventive care	HP.5
HP.7	Providers of health care system administration and financing	HP.6
HP.7.1	Government health administration agencies	HP.6.1
HP.7.2	Social health insurance agencies	HP.6.2
HP.7.3	Private health insurance administration agencies	HP.6.3, 6.4
HP.7.9	Other administration agencies	HP.6.9
HP.8	Rest of economy	HP.7
HP.8.1	Households as providers of home health care	HP.7.2
HP.8.2	All other industries as secondary providers of health care	HP.2.3, 2.9, 7.1, 7.9
HP.8.9	Other industries <i>n.e.c.</i>	
HP.9	Rest of the world	HP.9

Source: IHAT for SHA 2011.

Appendix VII: Den autoriserede kontoplan, regioner, sundhedsvæsen

Dato: Juni 2018

Ikrafttrædelsesår: Budget 2019/Regnskab 2018

3 DEN AUTORISEREDE KONTOPLAN

1 Sundhed

SYGEHUSVÆSEN

1.10.01 Somatiske sygehuse

1 Drift

- 120 Medicin
- 130 Implantater
- 140 Øvrige lægelige artikler
- 150 Kliniske analyser
- 210 Patientforsikringer
- 220 Patientskadeerstatning, sygehuse
- 230 Patientskadeerstatning, praksis og privat sygehus

3 Anlæg

- 3035 Nyt Aalborg Universitetshospital
- 9000 Det nye Universitetshospital i Aarhus - DNU
- 7699 Regionshospitalet Viborg, RHV
- 6599 Det Nye hospital i Vest, DNV-Gødstrup
- 1671 Nyt Universitetshospital i Odense - Nyt OUH, somatik
- 1672 Kolding Sygehus
- 1673 Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
- 1911 Det nye Rigshospital
- 1711 Nyt Hospital Herlev 1811
 - Nyt Hospital Hvidovre
 - Nyt Hospital Bispebjerg
 - Nyt Hospital Nordsjælland
- 8004 Projekt Universitetshospital Køge
- 8003 Slagelse Sygehus, fase 1, Akutmodtagelse

1.10.02 Psykiatriske sygehuse og afdelinger

1 Drift

- 120 Medicin
- 130 Implantater
- 140 Øvrige lægelige artikler
- 150 Kliniske analyser
- 210 Patientforsikringer
- 220 Patientskadeerstatning, sygehuse
- 230 Patientskadeerstatning, praksis og privat sygehus

3 Anlæg

- 5181 Ny Retspsykiatri Sct. Hans
- 8002 Nyt psykiatrisygehus i Slagelse

SYGESIKRING M.V.

- 1.20.10 Almen lægehjælp
- 1.20.11 Speciallægehjælp
- 1.20.12 Medicin
- 1.20.13 Tandlægebehandling
- 1.20.14 Fysiurgisk behandling
- 1.20.15 Kiropraktor
- 1.20.16 Briller
- 1.20.17 Rejsesygeforsikring
- 1.20.18 Fodterapeuter
- 1.20.19 Psykologbehandling

(fortsat: autoriserede regionale kontoplan, sundhedsvæsen)

- 1.20.20 Øvrige sygesikringsudgifter
- 1.20.21 Ernæringspræparater
- 1.20.22 Profylaktiske svangerundersøgelser
- 1.20.23 Lægeundersøgelser af børn
- 1.20.24 Vaccinationer
- 1.20.25 Høreapparater
- 1.20.30 Specialiseret tandplejetilbud

ADMINISTRATION AF SUNDHEDSOMRÅDET

- 1.50.33 Central administration af sundhedsområdet (ekskl. psykiatri)
- 1.50.34 Decentral administration af sundhedsområdet (ekskl. psykiatri)
- 1.50.35 Administration af det psykiatriske område
- 1.50.36 IT - sundhedsområdet (ekskl. psykiatri)
- 1.50.37 IT - sundhedsområdet (psykiatri)

DIVERSE UDGIFTER OG INDTÆGTER

- 1.60.41 Øvrige udgifter og indtægter
- 1.60.42 Generelle reserver

ANDEL AF FÆLLES FORMÅL OG ADMINISTRATION

- 1.70.50 Fælles formål og administrationsudgifter vedr. sundhed

Appendix VIII: Kommunale autoriserede kontoplan, uddrag sundhed m.m.

Dato: Maj 2018

Ikrafttrædelsesår: Regnskab 2018

4 Sundhedsområdet

SUNDHEDSUDGIFTER M.V. (62)

- 4.62.81 Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet
 - 1 Drift
 - 002 Somatik
 - 004 Stationær psykiatri
 - 005 Ambulant psykiatri
 - 006 Praksissektoren (Sygesikring)
- 4.62.82 Genoptræning og vedligeholdelsestræning
 - 1 Drift
 - 001 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning
 - 002 Genoptræning på specialiseret niveau (sundhedslovens § 140)
 - 003 Personbefordring
 - 200 Ledelse og administration
- 4.62.84 Fysioterapi
 - 1 Drift
 - 001 Ridefysioterapi
- 4.62.85 Kommunal tandpleje
 - 1 Drift
 - 001 Tandpleje for 0-18 årige opdelt på kommunens egne klinikker
 - 002 Tandpleje 0-18 årige hos øvrige udbydere (private tandlæger og andre kommuners klinikker)
 - 003 Omsorgs- og specialtandpleje på kommunens egne klinikker
 - 004 Omsorgs- og specialtandpleje hos øvrige udbydere (private tandlæger og regionale tandklinikker)
 - 005 Støtte til tandproteser
- 4.62.88 Sundhedsfremme og forebyggelse
 - 1 Drift
 - 200 Ledelse og administration
- 4.62.89 Kommunal sundhedstjeneste
- 4.62.90 Andre sundhedsudgifter
 - 1 Drift
 - 001 Kommunale udgifter i forbindelse med hospice-ophold
 - 002 Udgifter i forbindelse med køb af private sygehusydelser
 - 003 Plejetakst for færdigbehandlede patienter
 - 004 Begravelseshjælp
 - 005 Befordringsgodtgørelse

(fort. Den autoriserede kommunale kontoplan,)

Dato: December 2018

Ikrafttrædelsesår: Regnskab 2019

5 Sociale opgaver og beskæftigelse

TILBUD TIL ÆLDRE (30)

5.30.26 Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til ældre omfattet af frit valg af leverandør (servicelovens § 83, jf. § 91 samt § 94) samt rehabiliteringsforløb (§ 83 a)

1 Drift

001 Kommunens levering af personlig og praktisk hjælp og madservice, samt rehabiliteringsforløb til ældre

002 Private leverandører af personlig og praktisk hjælp og madservice, samt rehabiliteringsforløb til ældre

092 Betaling for personlig og praktisk hjælp samt madservice omfattet af frit valg af leverandør

200 Ledelse og administration

5.30.27 Pleje og omsorg mv. af primært ældre undtaget frit valg af leverandør (servicelovens § 83, jf. § 93, § 83 a og § 85 samt friplejeboliglovens § 32)

1 Drift

009 Plejehjem og beskyttede boliger (servicelovens § 192)

011 Personlig og praktisk hjælp og madservice undtaget frit valg af leverandør (serviceloven § 83, jf. § 93) samt rehabiliteringsforløb (§ 83 a) og socialpædagogisk støtte (§ 85)

012 Personlig og praktisk hjælp og madservice i friplejeboliger (friplejeboligloven § 32)

013 Ydelser efter servicelovens §§ 85, 86, 97, 98 og 102 (friplejeboligloven § 32)

014 Ydelser efter servicelovens § 83 som kan pålægges egenbetaling (friplejeboligloven § 32)

015 Private leverandører af personlig og praktisk hjælp og madservice undtaget frit valg af leverandør (serviceloven § 83, jf. § 93), samt rehabiliteringsforløb (§ 83 a) og socialpædagogisk støtte (§ 85)

020 Tværgående arbejdsopgaver og service i plejeboligbebyggelser

093 Betaling for personlig og praktisk hjælp samt madservice undtaget frit valg af leverandør

094 Beboeres betaling for husleje i plejehjem og beskyttede boliger

096 Beboeres betaling for el og varme i plejehjem og beskyttede boliger

200 Ledelse og administration

2 Statsrefusion

002 100 pct. refusion vedrørende udgifter til flygtninge med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne anbragt i døgnophold (jf. § 181, stk. 3, nr. 1)

5.30.28 Hjemmesygepleje

1 Drift

001 Kommunens levering af hjemmesygepleje

002 Private leverandører af hjemmesygepleje

200 Ledelse og administration

5.30.29 Forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre

1 Drift

001 Forebyggende hjemmebesøg (servicelovens § 79 a)

002 Generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte (servicelovens

§ 79)

5.38.44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede (sundhedslovens § 141)

- 1 Drift
 - 001 Dagbehandlingstilbud
 - 002 Døgnbehandlingstilbud
 - 003 Ambulant behandling

5.38.45 Behandling af stofmisbrugere (servicelovens §§ 101 og 101 a og sundhedslovens § 142)

- 1 Drift
 - 001 Ambulant og dagbehandlingstilbud til stofmisbrugere på 18 år og derover (servicelovens §§ 101) og tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling (sundhedslovens § 142) i ambulant og dagbehandlingsregi
 - 002 Døgnbehandlingstilbud til stofmisbrugere på 18 år og derover (servicelovens § 101) og tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling (sundhedslovens § 142) i døgnbehandlingsregi
 - 003 Anonym, ambulant behandlingstilbud til stofmisbrugere på 18 år og derover (servicelovens § 101 a)
 - 092 Egenbetaling (servicelovens § 163, stk. 2)

5.38.54 Særlige pladser på psykiatrisk afdeling (sundhedslovens § 238 a)

5.38.50 Botilbud til længerevarende ophold (servicelovens § 108)

- 1 Drift
 - 001 Længerevarende botilbud for personer med særlige sociale problemer
 - 002 Længerevarende botilbud for personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
 - 003 Længerevarende botilbud for personer med sindslidelse
 - 093 Beboeres betaling for service
 - 094 Beboeres betaling for ophold
 - 096 Beboeres betaling for el og varme
 - 200 Ledelse og administration
- 2 Statsrefusion
 - 008 100 pct. refusion vedrørende udgifter til flygtninge med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne anbragt i døgnophold (jf. § 181, stk. 3, nr. 1)

5.38.51 Botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn)

- 1 Drift
 - 001 Botilbudslignende tilbud for personer med særlige sociale problemer
 - 002 Botilbudslignende tilbud for personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
 - 003 Botilbudslignende tilbud for personer med sindslidelse
 - 093 Beboeres betaling for service
 - 200 Ledelse og administration
- 2 Statsrefusion
 - 008 100 pct. refusion vedrørende udgifter til flygtninge med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne anbragt i døgnophold (jf. § 181, stk. 3, nr. 1)

5.38.52 Botilbud til midlertidigt ophold (servicelovens § 107)

- 1 Drift
 - 001 Midlertidigt botilbud for personer med særlige sociale problemer
 - 002 Midlertidigt botilbud for personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
 - 003 Midlertidigt botilbud for personer med sindslidelse
 - 092 Beboeres betaling (servicelovens § 163, stk. 2)
 - 200 Ledelse og administration
- 2 Statsrefusion
 - 008 100 pct. refusion vedrørende udgifter til flygtninge med betydeligt og

Appendiks IX: COICOP (Classification of Individual Consumption According to Purpose)

The Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) is the international reference classification of household expenditure⁴⁴. The objective of COICOP is to provide a framework of homogeneous categories of goods and services, which are considered a function or purpose of household consumption expenditure.

COICOP is an integral part of the System of National Accounts (SNA), but it is also used in several other statistical areas, such as: household expenditure statistics based on household budget surveys and the analysis of living standards; consumer price indices; international comparisons of gross domestic product (GDP) and its component expenditures through purchasing power parities; and statistics relating to culture, sports, food, health, and tourism.

COICOP 2018 structure and coding system

The COICOP 2018 has a hierarchical structure consisting of four (4) levels with the number of categories, and therefore the level of detail increasing from the two- digit level to the five-digit level. The example below demonstrates the coding system:

Division 03 CLOTHING AND FOOTWEAR

Group 03.1 CLOTHING

Class 03.1.1 Clothing materials (SD)

Subclass 03.1.1.0 Clothing materials (SD)

SD=semi durable.

UDDRAG vedrørende sundhed:

04	Housing, water, electricity, gas and other fuels
04.1	Actual rentals for housing
04.2	Imputed rentals for housing
04.3	Maintenance, repair and security of the dwelling
04.4	Water supply and miscellaneous services relating to the dwelling
04.5	Electricity, gas and other fuels
05	Furnishings, household equipment and routine household maintenance
05.1	Furniture, furnishings, and loose carpets
05.2	Household textiles
05.3	Household appliances
05.4	Glassware, tableware and household utensils
05.5	Tools and equipment for house and garden
05.6	Goods and services for routine household maintenance
06	Health
06.1	Medicines and health products
06.2	Outpatient care services
06.3	Inpatient care services
06.4	Other health services
07	Transport
07.1	Purchase of vehicles
07.2	Operation of personal transport equipment
07.3	Passenger transport services
07.4	Transport services of goods

06	HEALTH
06.1	MEDICINES AND HEALTH PRODUCTS
06.1.1	Medicines (ND)
06.1.1.1	Medicines, vaccines and other pharmaceutical preparations (ND)
06.1.1.2	Herbal medicines and homeopathic products (ND)
06.1.2	Medical products (ND)
06.1.2.1	Medical diagnostic products (ND)
06.1.2.2	Prevention and protective devices (ND)
06.1.2.3	Treatment devices for personal use (ND)
Code	Description
06.1.3	Assistive products (D)
06.1.3.1	Assistive products for vision (D)
06.1.3.2	Assistive products for hearing and communication (D)
06.1.3.3	Assistive products for mobility and daily living (D)
06.1.4	Repair, rental and maintenance of medical and assistive products (S)
06.1.4.0	Repair, rental and maintenance of medical and assistive products (S)
06.2	OUTPATIENT CARE SERVICES
06.2.1	Preventive care services (S)
06.2.1.1	Immunization services (S)
06.2.1.9	Other preventive services (S)
06.2.2	Outpatient dental services (S)
06.2.2.1	Dental preventive services (S)
06.2.2.9	Other outpatient dental services (S)
06.2.3	Other outpatient care services (S)
06.2.3.1	Outpatient curative and rehabilitative services (S)
06.2.3.2	Outpatient long-term care services (S)
06.3	INPATIENT CARE SERVICES
06.3.1	Inpatient curative and rehabilitative services (S)
06.3.1.0	Inpatient curative and rehabilitative services (S)
06.3.2	Inpatient long-term care services (S)
06.3.2.0	Inpatient long-term care services (S)
06.4	OTHER HEALTH SERVICES
06.4.1	Diagnostic imaging services and medical laboratory services (S)
06.4.1.0	Diagnostic imaging services and medical laboratory services (S)
06.4.2	Patient emergency transportation services and emergency rescue (S)
06.4.2.0	Patient emergency transportation services and emergency rescue (S)

S: service
ND: Nondurable
SD: semidurable
D: Durable

Appendiks X: Nedbrydning af OFF29 på udgiftsarter

7. sundhedsvæsen, OFF25	mio. kr.
OFF29 brudt ned på udgiftstyper	2017
1.1. Aflønning af ansatte	87352
1.2. Forbrug i produktionen	51588
1.3. Andre produktionsskatter	403
1.4. Sociale ydelser i naturalier	28275
1.5. Renter mv.	0
1.6. Subsidier	257
1.7. Løbende overførsler	2405
1.7.2. Til husholdninger	1917
1.7.3. Til NPIHer	136
1.7.4. Til udland	352
1.8. Driftsudgifter i alt (1+2+3+4+5+6+7)	170280
1.9. Investeringer i bygninger og anlæg m.m., netto	10248
1.10. Investeringer i forskning og udvikling m.m.	2151
1.11. Lagerændring	0
1.12. Køb af jord og rettigheder, minus salg	-183
1.13. Kapitalakkumulation i alt (9+10+11+12)	12216
1.14.1. Til virksomheder	0
1.14.3. Til andre indenlandske sektorer	0
1.14.4. Til udland	0
1.15. Kapitaloverførsler i alt	0
1.16. Kapitaludgifter i alt (13+14)	12216