

**Statistikdokumentation for
Udgifter til sundhed (SHA) 2021**

1 Indledning

Statistikken belyser udgifter til forbrug af sundhedsydelser fordelt på funktion, aktør og finansieringskilde. Statistikken følger den internationale manual System of Health Accounts (SHA2011), som er udarbejdet i et samarbejde mellem OECD, Eurostat og WHO. Statistikken indgår i OECD's årlige publikation Health at a Glance. Statistikken udgives for første gang i 2022 i Danmarks Statistiks Statistikbank for årene 2010 og frem til 2021. Data er konsistente og sammenlignelig i hele perioden.

2 Indhold

Statistikken er en årlig og tredimensionel opgørelse af sundhedsforbrugsudgifterne i Danmark. Forbrugsudgifterne er fordelt på forskellige sundhedsfunktioner og aktører samt finansieringskilder, hvilket gør det muligt at identificere, hvad der forbruges, hvor det forbruges, samt hvem der har finansieret forbruget. Statistikken er opgjort i mio. kr.

2.1 Indholdsbeskrivelse

Statistikken er en tredimensionel årlig opgørelse, der viser forbrugsudgifterne fordelt på sundhedsfunktioner, aktører og finansieringskilder. Statistikken krydser sundhedsfunktionerne med henholdsvis aktører og finansieringskilder, samt aktører med finansieringskilder. Det betyder, at man kan finde ud af hvordan forbruget fordeler sig på tværs af sundhedsydelser, hvor disse ydelser leveres samt hvem der har finansieret forbruget. Forbruget er knyttet til en sundhedsfunktion, som leveres hos en aktør (eks. hospital) som endvidere er blevet finansieret (eks. af det offentlige). Statistikken er udarbejdet efter internationale standarder for sundhedsudgifter i form af manualen [A System of Health Accounts \(SHA2011\)](#) og bruges som input til OECD's årlige publikation [Health at a Glance](#), som har til formål at sammenligne sundhedssystemerne på tværs af lande.

- **Funktioner:** viser, hvordan forbruget fordeler sig på tværs af forskellige sundhedsydelser og tjenester, som har til hensigt at opfylde et vist behov. Der skelnes mellem behandling, rehabilitering, sygepleje og personlig pleje, fritstående hjælpetjenester, medicinske produkter, sundhedsfremme og forebyggelse samt ledelse og administration af sundhedssystemet.
- **Aktører:** viser, hvem der leverer de forskellige sundhedsydelser og tjenester. Der skelnes mellem primære og sekundære aktører, hvor de primære aktører vedrører hospitaler, bolig faciliteter med langtidspleje, praktiserende læger og tandlæger, den øvrige praksissektor herunder fysioterapeuter og kiropraktorer samt apoteker, udbydere af fritstående hjælpetjenester og aktører inden for sundhedsfremme og forebyggelse. De sekundære aktører vedrører den offentlige administration samt husholdningerne.
- **Finansieringskilder:** viser, hvem og hvilke ordninger der finansierer henholdsvis forbruget af diverse sundhedsydelser og tjenester samt forbruget heraf hos de forskellige aktørerne. Finansiering kan komme fra offentlige ordninger, frivillige sundhedsforsikringer, non-profit organisationer rettet mod husholdninger samt husholdningerne selv.

2.2 Grupperinger og klassifikationer

Grupperinger og klassifikationer for udgifter til sundhed er fastlagt af den internationale manual for sundhedsforbrugsudgifter [A System of Health Accounts - SHA 2011](#).

Sundhedsfunktioner

Behandling: sundhedsydelser, som forsøger at lindre symptomer eller begrænse sygdommens eller

skadens alvor og beskytte mod en forværring eller komplikation af sygdommen, der kan vise sig livstruende eller skade en normal funktion. Der skelnes mellem stationær behandling, dvs. behandling under indlæggelse med overnatning, ambulante behandling og behandling i hjemmet.

Rehabilitering: sundhedsydelser, der skal stabilisere, forbedre eller genetablere svækkede kropsfunktioner, kompensere for fravær eller tab af funktionsevne, fremme aktiviteter og deltagelse samt forebygge svækkelse, medicinske komplikationer og risici. Der skelnes her også mellem stationære rehabilitering, dvs. rehabilitering under indlæggelse med overnatning, ambulante rehabilitering og rehabilitering i hjemmet hjemmebehandling.

Sygepleje og personlig pleje: omfatter hjælp til afhængige patienter til almindelige daglige gøremål, som kan være relateret til sygepleje (medicindosering, rensning af sår etc.) og personlig pleje (hygiejne). Der skelnes mellem pleje under indlæggelse, på plejehjem, hospices og bosteder og i eget hjem (hjemmehjælp).

Lægemidler og andre medicinske varer (ekskl. udstyr): farmaceutiske produkter og ikke-varige medicinske forbrugsgoder, der er beregnet til anvendelse i forbindelse med diagnose, helbredelse, afbødning eller behandling af sygdomme, herunder receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin, hvor funktionen og leveringsformen ikke er specificeret.

Terapeutiske apparater og hjælpemidler: medicinske varige goder (briller, høreapparater osv.), der støtter eller afhjælper misdannelser og/eller anomalier i den menneskelige krop, ortopædiske apparater, proteser eller kunstige lemmer, der erstatter manglende kropsdele, og andet proteseudstyr, herunder implantater, der erstatter eller supplerer funktionen af en manglende biologisk struktur, samt medio-tekniske artikler, hvor funktionen eller leveringsformen ikke er specificeret.

Sundhedsfremme og forebyggelse: foranstaltninger, der har til formål at undgå eller begrænse antallet eller alvoren af skader og sygdomme samt deres følgevirkninger og komplikationer.

Sundhedsvæsenets styring, ledelse og administration: ydelser, der er rettet mod sundhedssystemet og ikke mod direkte sundhedsydelser, og som støtter sundhedssystemets funktion og betragtes som kollektive, da de ikke leveres til enkeltpersoner, men er til gavn for alle sundhedssystemets brugere.

Supplerende poster: Udover overstående funktioner er der en række supplerende poster, som giver mere specifikke oplysninger. Det kan være supplerende oplysninger omkring nogle udgifter inden for rammerne af SHA-manualen såsom, hvad de totale udgifter til lægemidler er samt COVID-19-relaterede udgifter. Begge disse poster består af sammenlægninger af udgifter fra andre funktioner. Eksempelvis er de totale udgifter til lægemidler en sammenlægning af nogle udgifter fra stationær behandling og de uspecificerede udgifter til lægemidler, herunder receptpligtig og håndkøbsmedicin. Derudover indgår der også oplysninger her om sundhedsrelaterede sociale udgifter, som ikke indgår inden for rammerne af SHA2011 og dermed ikke er defineret som direkte sundhed. Sundhedsrelaterede sociale udgifter består bl.a. af praktisk hjælp og madservice, som er relateret til sygepleje og personlig pleje.

En mere detaljeret beskrivelse af sundhedsfunktionerne kan findes på [klassifikationssiden](#).

Sundhedsaktører

Her beskrives de primære sundhedsaktører.

Hospitaler: autoriserede institutioner, der primært leverer medicinske og diagnostiske ydelser og behandling, som omfatter sundhedsydelser fra læger og sygeplejersker og andre sundhedsydelser til indlagte patienter, samt de specialiserede overnatningsfaciliteter, der kræves til indlagte patienter, og som desuden leverer sundhedsydelser til dagpatienter, ambulante patienter og i forbindelse med pleje i eget hjem. Der skelnes mellem somatiske hospitaler, psykiatriske hospitaler og

specialhospitaller.

Boligfaciliteter med langtidspleje: institutioner, der primært omfatter bolig og langtidspleje, og som kombinerer sygepleje, overvågning og andre typer af pleje, som beboerne har behov for, hvor en betydelig del af produktionsprocessen og den ydede pleje udgøres af en blanding af sundheds- og socialydelser med hovedvægt på sygepleje i kombination med personlig pleje (eks. plejehjem).

Ambulante aktører: institutioner, der primært beskæftiger sig med levering af sundhedsydelser direkte til ambulante patienter, som ikke kræver indlæggelse, herunder praksissektoren (almene læger og speciallægers praksis, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter osv.), samt institutioner, der er specialiseret i behandling af dagpatienter og levering af pleje i eget hjem.

Apoteker og detailhandlere: institutioner, hvis primære aktivitet er salg af medicinske artikler og til offentligheden beregnet til forbrug og anvendelse af enkeltpersoner eller i husstanden herunder udstyr og reparation i kombination med salg.

En mere detaljeret beskrivelse af sundhedsaktørerne kan findes på [klassifikationssiden](#).

Finansieringsordninger

Offentlige ordninger: finansieringsordninger til sundhed, hvis kendetegn er fastsat ved lov eller af staten, og hvortil der er fastlagt et særskilt budget, og for hvilket et forvaltningsorgan har det overordnede ansvar.

Frivillige sundhedsforsikringsordninger: ordninger baseret på køb af sundhedsforsikring, som ikke er obligatorisk ved lov, og hvor forsikringspræmier kan subsidieres direkte eller indirekte fra staten.

Non-profit organisationer rettet mod husholdninger (NPISH): ikke-obligatoriske finansieringsordninger- og programmer, der giver personer, som ikke bidrager, ydelser på grundlag af donationer fra det offentlige, private virksomheder eller offentligheden generelt.

Husholdningernes egenbetaling: direkte betaling for sundhedsydelser og tjenester fra husholdningens primære indkomst eller opsparing, hvor betalingen foretages af brugeren på tidspunktet for indkøb af varer eller levering af ydelser.

En mere detaljeret beskrivelse af finansieringskilderne kan findes på [klassifikationssiden](#).

2.3 Sektordækning

Ikke relevant for denne statistik.

2.4 Begreber og definitioner

Forbrugsudgifter: Statistikken følger definitionen af forbrugsudgifterne i SHA2011, hvilket svarer til summen af produktionen, renter, forbrug af fast realkapital og sociale ydelser i naturalier fratrukket salg af varer og tjenester, herunder brugerbetaling.

2.5 Enheder

Residente enheder som forbruger sundhed enten i Danmark eller udlandet.

2.6 Population

Alle residente enheder som forbruger sundhed enten i Danmark eller udlandet.

2.7 Geografisk dækning

Danmark.

2.8 Tidsperiode

Statistikken er opgjort fra 2010 og frem.

2.9 Basisperiode

Ikke relevant for denne statistik.

2.10 Måleenhed

Udgifterne angives i mio. kr. og vises i løbende priser.

2.11 Referencetid

Statistikken følger kalenderåret.

2.12 Hyppighed

Årlig.

2.13 Indsamlingshjemmel og EU regulering

§ 6 i [Lov om Danmarks Statistik](#).

Statistikken om sundhedsudgifter og finansiering er reguleret under [Europa-Parlamentets og Rådets Forordning 2015/359](#) af 4. marts 2015.

2.14 Indberetningsbyrde

Der er ingen direkte indberetningsbyrde, idet størstedelen af oplysningerne er indhentet via regnskaber fra staten, regioner og kommuner samt årsrapporter fra diverse hjemmesider.

2.15 Øvrige oplysninger

Øvrige oplysninger kan fås ved henvendelse til Danmarks Statistik. Se mere på [emnesiden](#).

3 Statistisk behandling

Data til denne statistik indsamles årligt fra en række både interne og eksterne kilder ved hjælp af dataudtræk og dataleverancer. Det indsamlede data valideres på makroniveau ved tidsseriekontroller og andre rimlighedstjek. Når data er valideret, påbegyndes klassifikation af data i henhold til SHA2011, hvorefter der pålægges vægte indhentet fra supplerende kilder. Herefter integreres data og samles til det endelige resultat.

3.1 Kilder

Statistikken udarbejdes ved brug af en række interne og eksterne kilder.

Interne kilder

- Udtræk fra Danmarks Statistiks interne database DIOR (database for integrerede offentlige regnskaber), hvor statens, kommunernes og regionernes økonomisystemer lagres. Dette udgør den primære kilde til statistikken.
- Dataleverance fra Nationalregnskabskontoret i Danmarks Statistik omkring husholdningernes forbrug af sundhedsydelser. Data herom offentliggøres i statistikbanktabel [NAHC23](#) for år t-3 i juni.
- Data fra [Forbrugsundersøgelsen](#) anvendes som vægte til opsplitning mellem almene læger, tandlæger, fysioterapeuter osv.
- Data fra Statistikbankstaberne [AED022](#) samt [AED03](#) omkring antal visiterede timer til personlig og praktisk hjælp i hhv. eget hjem og på plejehjem samt tabel [SYGUS2](#) omkring offentlige udgifter til psykiatri. Tabel AED022 og AED03 bruges til at beregne en fordelingsnøgle.

Eksterne kilder

- Dataleverance fra Sundhedsdatastyrelsen baseret på DRG-grupperet Landspatientregisteret til opsplitning af udgifter på somatiske sygehuse mellem stationær og ambulant behandling. Derudover leveres også data fra Lægemiddelsstatistikregisteret.
- Data fra offentlig tilgængelige årsrapporter fra patientorganisationerne: [Kræftens Bekæmpelse](#), [Gigtforeningen](#), [Hjerteforeningen](#) samt [Sygesikring "danmark"](#) og [Statens Serum Institut](#).
- Nøgletalstabel fra [F&P](#) omkring sundhedsforsikringer.
- Dataleverance fra det fælles redningscenter JRCC omkring udgifter til ambulanceflyvning.
- Helt ekstraordinært for 2020 og 2021 er der indsamlet COVID-19-relaterede oplysninger fra regionerne samt Statens Serum Institut. Desuden modtages specifik leverance på behandling af COVID-19 patienter fra Sundhedsdatastyrelsen baseret på DRG-grupperet LPR3-data.

3.2 Indsamlingshyppighed

Data indsamles årligt.

3.3 Indsamlingsmetode

Det meste data indsamles via udtræk fra Danmarks Statistiks interne database DIOR samt interne leverancer fra Nationalregnskabet. Udtræk fra DIOR er betinget på forbrugsklassifikationer i henhold til SHA. Ved detaljeret gennemgang af statsregnskabet §16 Sundhedsministeriet samt regionernes og kommunernes kontoplaner er der udarbejdet en kodeliste, som fastligger alle relevante forbrugsudgifter fra de offentlige regnskaber inden for rammerne af SHA2011. Derudover er der en grad af indsamling af supplerede oplysninger fra Sundhedsdatastyrelsen, diverse patientforeninger samt sygesikring ”danmark” og F&P.

3.4 Datavalidering

Den offentlige del af statistikken, som stammer fra DIOR udtræk, er valideret inden for statistikken [Regnskaber for offentlig forvaltning og service](#). Desuden er leverancen fra Nationalregnskabet vedrørende husholdningernes forbrug af sundhedsydelser også valideret ved modtagelse. Dataleverancerne fra eksterne kilder valideres på makroniveau ved kontroller af tidsserier og forskellige rimlighedstjek. Desuden bliver kvaliteten løbende kontrolleret af Eurostat og OECD.

3.5 Databehandling

Når dataindsamlingen er færdiggjort, påbegyndes klassificering i henhold til SHA2011 manualen. Det betyder, at der for hver forbrugsudgift kodes en tilhørende sundhedsfunktion, sundhedsaktør samt finansieringskilde.

Klassifikationen af primærdata foregår på et meget detaljeret niveau, hvor der kodes hovedkonto niveau for staten samt funktions- og grupperingsniveau for regioner og kommuner. Klassificeringen foretages her igennem en række processer: 1) Data fra de offentlige regnskaber sammenlignes med tidligere år og alle tidligere klassifikationer overføres til nyeste år. 2) Nye konti klassificeres i henhold til SHA2011 manuelt. 3) Herefter påføres en række sager. Disse sager bidrager med supplerende information, som resulterer i delvis om-klassificering af SHA2011 kodningen fra de første to processer. Om-klassificeringen vedrører primært regioner og kommuner, da der her er flere konti som indeholder flere forskellige SHA-kategorier. Sagerne påfører fordelingsnøgler som eksempelvis fordeling af udgifter til personlig og praktisk hjælp eller fordeling mellem psykiatere og andre speciallæger.

For det nyeste år foreligger der ikke altid årsrapporter eller relevant information til udarbejdelse af sagerne. Oplysningerne vil derfor blive fremskrevet med foregående års oplysninger. Grundet COVID-19-pandemien, som har påvirket 2020 samt 2021, er der dog ikke anvendt vækstraten mellem 2019 og 2020 til at fremskrive 2021. Derimod bliver der ekstraordinært taget højde for COVID-19 via en analyse af niveauet i 2020 og vækstraten fra tidligere år.

Efter færdiggjort klassifikation af data, bliver det integreret, hvorefter endelig validering og indberetning foretages.

3.6 Korrektion

Der foretages ikke korrektioner, ud over hvad der allerede er beskrevet under Datavalidering og Databehandling.

4 Relevans

Statistikken er relevant for fagpersoner og analytikere. Statistikken indgår i OECD's årlige publikation *Health at a Glance* og bliver offentliggjort i OECD's database *OECD.Stat Fagpersoner* og analytikere benytter statistikken til at danne et detaljeret overblik over forbruget af sundhedsydelser i Danmark.

4.1 Brugerbehov

Formålet med statistikken er at bidrage til et internationalt sammenligneligt datagrundlag omkring forbrugsudgifterne til sundhed. OECD benytter statistikken som input til den årlige publikation af *Health at a Glance* og offentliggør statistikken i OECD's database [OECD.Stat](#). Nationalt benyttes statistikken af fagpersoner til at danne et overblik over hvordan forbrugsudgifterne fordeler sig på sundhedsområdet i Danmark.

4.2 Brugertilfredshed

Der er indsamles på nuværende tidspunkt ikke viden om brugertilfredshed.

4.3 Fuldstændighed af data

Statistikken opfylder kravene i forordningen, som de er fremsat af EU. Offentliggørelsen i Statistikbanktabel SHA1 stemmer overens med detaljeringsniveauet i forhold til data som sendes til Eurostat.

5 Præcision og pålidelighed

Statistikens samlede præcision anses som værende høj, da den primære datakilde udgøres af de offentlige regnskaber. Der er dog usikkerhed forbundet med brugen af enkelte supplerende kilder såsom Forbrugsundersøgelsen, som anvendes til husholdningernes forbrug af sundhed. Desuden kan fejlklassifikationer opstå, da det kan være svært at afgøre, hvorvidt visse områder ligger inden for SHA-klassifikationen. Derfor vil usikkerheden af statistikken stige med detaljeringsgraden. Præcisionen er derfor højest på de overordnede SHA-kategorier.

5.1 Samlet præcision

Statistikens samlede præcision anses som værende høj, da den primære datakilde udgøres af de offentlige regnskaber. Der anvendes fordelingsvægte på konti fra de offentlige regnskaber for at få mere detaljeret information, hvilket dog medfører en grad af usikkerhed. Den private del af statistikken vedrørende husholdningernes forbrug kan være behæftet med usikkerhed grundet brug af Forbrugsundersøgelsen.

5.2 Stikprøveusikkerhed

Ikke relevant for denne statistik.

5.3 Anden usikkerhed

Fejlklassifikation inden for SHA2011 rammerne kan medføre systematisk usikkerhed. Fejlklassifikation forsøges reduceret ved detaljeret gennemgang af enkelte konti og efter grundig research bliver de kodet. Desuden kan der forekomme ændringer i opstilling af årsrapporter, som kan medføre at der bliver medtaget for meget eller for lidt inden for rammerne af sundhed.

5.4 Kvalitetsstyring

Danmarks Statistik følger anbefalinger vedrørende organisering og styring af kvalitet, der er givet i Adfærdskodeks for europæiske statistikker (Code of Practice, CoP) og den tilhørende implementeringsmodel Quality Assurance Framework (QAF). Læs mere om disse på [Adfærdskodeks for europæiske statistikker](#). Der er etableret en arbejdsgruppe for kvalitet og en central kvalitetssikringsfunktion, der løbende gennemfører tjek af produkter og processer.

5.5 Kvalitetssikring

Danmarks Statistik følger principperne i Adfærdskodeks for europæiske statistikker (Code of Practice, CoP) og bruger den tilhørende implementeringsmodel Quality Assurance Framework (QAF) ved implementeringen af disse principper. Dette indebærer løbende decentrale og centrale tjek af produkter og processer på baggrund af dokumentation, der følger internationale standarder. Den centrale kvalitetssikringsfunktion rapporterer til arbejdsgruppen for Kvalitet. Rapporteringen indeholder blandt andet forslag til forbedringer, som vurderes, beslutes og implementeres.

5.6 Kvalitetsvurdering

Statistikken afspejler forbrugsudgifterne til sundhed i Danmark og offentliggøres årligt fire måneder efter referenceperiodens afslutning. Data revideres tilbage til år t-3, og statistikken er derfor relevant og imødekommer brugerbehov. Statistikken er i overensstemmelse med SHA2011 definitioner og klassifikationer og præsenteres med dansk sundhedsfaglig terminologi, som gerne skulle resultere i en nem forståelse. Statistikken er konsistent og international sammenlignelig på tværs af OECD og Eurostat i hele tidsserien.

5.7 Revisionspolitik

Danmarks Statistik foretager revisioner i offentliggjorte tal i overensstemmelse med [Danmarks Statistiks revisionspolitik](#). De fælles procedurer og principper i revisionspolitikken er for nogle statistikker suppleret med en specifik revisionspraksis.

5.8 Praksis for revisioner

Statistikken følger nationalregnskabet revisionspolitik, hvor år t-2 og t-3 bliver genberegnet samtidig med beregningen af år t-1. Revisionerne af år t-2 og t-3 offentliggøres samtidig med udgivelsen af tal for år t-1.

6 Aktualitet og punktlighed

Statistikken offentliggøres fire måneder efter referenceperiodens udløb og offentliggøres uden forsinkelser i forhold til planlagte udgivelsestider.

6.1 Udgivelsestid for foreløbige og endelige tal

Statistikken offentliggøres årligt umiddelbart efter indberetningen til de internationale statistikbureauer OECD, Eurostat og WHO. Fra referenceperioden er slut, går der fire måneder til første udgivelse og to år og fire måneder til endelig udgivelse.

6.2 Publikationspunktlighed

Statistikken offentliggøres uden forsinkelser i forhold til det forud annoncerede udgivelsestidspunkt i udgivelseskalendareren.

7 Sammenlignelighed

Indberetningspligten til OECD, Eurostat og WHO blev overtaget fra Sundhedsministeriet i juli 2019. Statistikken er udarbejdet efter fælleseuropæiske guidelines i henhold til manualen *System of Health Accounts (SHA2011)*. Statistikken er fuldt ud sammenlignelig over tid og på tværs af lande for hele tidsperioden.

7.1 International sammenlignelighed

Statistikken udarbejdes i overensstemmelse med manualen [A System of Health Accounts \(SHA2011\)](#) guidelines, som er udarbejdet af OECD, Eurostat og WHO. Data offentliggøres af både OECD, Eurostat og WHO. Statistikken er fuldt ud international sammenlignelig med de andre indberettende lande.

7.2 Sammenlignelighed over tid

Statistikken er opgjort efter samme metode i hele tidsperioden 2010 og frem i Statistikbanken. Data før 2010 kan findes i de internationale databaser og blev indberettet af Sundhedsministeriet. Man skal derfor være yderst forsigtig med at sammenligne med data før 2010 da metoden for tal offentliggjort af Danmarks Statistik for 2010 og frem kan være forskellig fra metoden anvendt ved beregningen af tidligere indberettede år.

7.3 Sammenhæng med anden statistik

En stor mængde data stammer fra de offentlige regnskaber, som indgår i nationalregnskabet, hvorfor der er stor sammenhæng hertil. Forskellen mellem opgørelserne skyldes forskelle i SHA klassifikationen og nationalregnskabets begreber. Desuden benyttes forbrugsundersøgelsen for husholdningernes forbrug af sundhedsrelaterede goder og ydelser som input til statistikken, hvorfor der også er en sammenhæng hermed. Forbrugsundersøgelsen indgår også i nationalregnskabet.

7.4 Intern konsistens

Statistikken er intern konsistent, hvilket er sikret via afstemninger af transaktioner samt anvendelse af nationalregnskabet som ramme og kildegrundlag.

8 Tilgængelighed

Statistikken udgives i [Nyt fra Danmarks Statistik](#) og i Statistikbanken under [Udgifter til sundhed](#). Se mere på [emnesiden](#). Derudover indgår tallene i OECD's årlige publikation *Health at a Glance*. Data bliver desuden offentliggjort af OECD, Eurostat og WHO.

8.1 Udgivelseskalender

Udgivelsestidspunktet fremgår af udgivelseskalenderen. Datoen bekræftes i ugerne forinden.

8.2 Udgivelseskalender - adgang

Udgivelseskalenderen kan findes på følgende link: [Udgivelseskalender](#).

8.3 Udgivelsespolitik - brugeroplysning

Statistikker offentliggøres altid kl. 08:00 på dagen, der er annonceret i udgivelseskalender. Ingen uden for Danmarks Statistik ser statistikken før offentliggørelsestidspunktet.

8.4 NYT/Pressemeddelelse

Statistikken udgives i Nyt fra Danmarks Statistik: [Udgifter til sundhed](#).

8.5 Publikationer

Statistikken bliver publiceret i OECD's årlige publikation *Health at a Glance*, hvor data fra statistikken benyttes til at beregne forskellige sundhedsindikatorer. Disse indikatorer bliver beskrevet i *Health at a Glance* og danner grundlag for sammenligning på tværs af lande.

8.6 Statistikbanken

Statistikken offentliggøres i Statistikbanken under 'Udgifter til sundhed' i følgende tabeller:

- [SHA1](#): Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed

8.7 Adgang til mikrodata

Mikrodata er ikke tilgængelig.

8.8 Anden tilgængelighed

Leverancer af data sker til Eurostat, der videreformidler data til OECD og WHO. Transmitteret data kan findes i de internationale statistikbanker hos OECD, Eurostat og WHO.

8.9 Diskretioneringspolitik

Statistikken følger Danmark Statistiks datafortrolighedspolitik.

8.10 Diskretionering og databehandling

Statistikken publiceres på et niveau, som ikke kræver yderligere diskretionering.

8.11 Reference til metodedokumenter

Statistikken udarbejdes efter guidelines i referencemanualen [A System of Health Accounts - SHA 2011](#).

8.12 Dokumentation af kvalitetssikring

Resultater fra vurdering af beskrivelse af produkter og udvalgte processer foreligger i detaljeret form for hver statistik samt summarisk i rapporter til arbejdsgruppen for kvalitet.

9 Administrative oplysninger

Administrativt er statistikken placeret i kontoret for Offentlige Finanser. Den statistikansvarlige er Louise Mathilde Justesen, tlf.: 39 17 33 57, e-mail: lom@dst.dk

9.1 Organisation

Danmarks Statistik

9.2 Kontor, afdeling

Offentlige Finanser, Økonomisk Statistik

9.3 Kontaktpersonens navn

Louise Mathilde Justesen

9.4 Kontaktpersonens funktion

Statistikansvarlig

9.5 Adresse

Sejrøgade 11, 2100 København Ø

9.6 E-mailadresse

lom@dst.dk

9.7 Telefonnummer

39 17 33 57

9.8 Faxnummer

N/A