BAGGRUNDSNOTAT

Kontakt
Enhedslistens folketingssekretariat
Anders Hadberg
E: elanha@ft.dk
T: 33 37 50 75

Enhedslisten

01.02.2017

Afskaf 2 % produktivitetskravet

– og giv sygehusene et løft som kan mærkes

Afskaf produktivitetskravet
– og giv sygehusene et løft som kan mærkes

Presset på sundhedsvæsenet vokser og vokser. Stigende udgifter til flere kroniske sygdomme, grådige medicinalselskabers ublu priser, og et politisk pres for at løbe stadigt hurtigere sætter sundhedssystemet under et massivt pres.

Samtidig hælder de ansvarlige politikere nye krav på sundhedsvæsenet, uden at der følger penge nok med. Det betyder, at regningen for politikernes løfter om mere sundhed betales af de ansatte, deres arbejdsmiljø og deres faglighed. For presset på sundhedssystemet forplanter sig ned til medarbejderne, der år for år skal løbe stærkere og stærkere på grund af blinde krav om produktivitetsstigninger på mindst 2 pct. for at finansiere flere behandlinger.

Men politikerne nøjes ikke blot med blinde produktivitetskrav. Samtidig lægger de politiske partier bag *Budgetloven* kraftige bånd på udgifterne med trusler om økonomiske sanktioner – dette gælder både på drift og anlæg. Resultatet er for få investeringer til at kunne høste effektviseringsgevinster på en måde, der friholder de ansatte og deres faglighed.

Ligeledes er der gennem de sidste ti år lagt en kvælende dyne af bureaukratiske krav ud over sundhedsvæsenet, som tager tiden fra den kerneopgave, medarbejderne burde løse: Behandling og pleje af patienterne. Endelig har den nuværende regering med støtte fra de borgerlige partier indført et omprioriteringsbidrag på 1 pct. af udgifterne til regional udvikling og på sundhedsadministration. Det beløber sig til i alt 90 mio. kr. i 2017, som yderligere presser sundhedssystemet.

Der er altså noget grundlæggende galt i styringen af det moderne, danske sundhedssystem. Grænsen er nået for, hvor meget der kan presses ud af de ansatte for at nå politiske mål om flere og bedre behandlinger, uden at der følger flere midler med. De ansattes arbejdsmiljø forringes kraftigt og som konsekvens stiger risikoen for fejl og dermed dyre genindlæggelser til ugunst for patienterne.

Der er brug for et oprør mod de folketingspolitikere, der løber fra ansvaret, og sender regningen for flere behandlinger til medarbejderne i sundhedsvæsenet. Dette baggrundshæfte belyser presset på sundhedsvæsenet og viser, at de kommende forhandlinger om regionernes økonomi må gøre op med udbytningen af sundhedspersonalet. Der må fokus på kvalitet, arbejdsmiljø og faglighed.

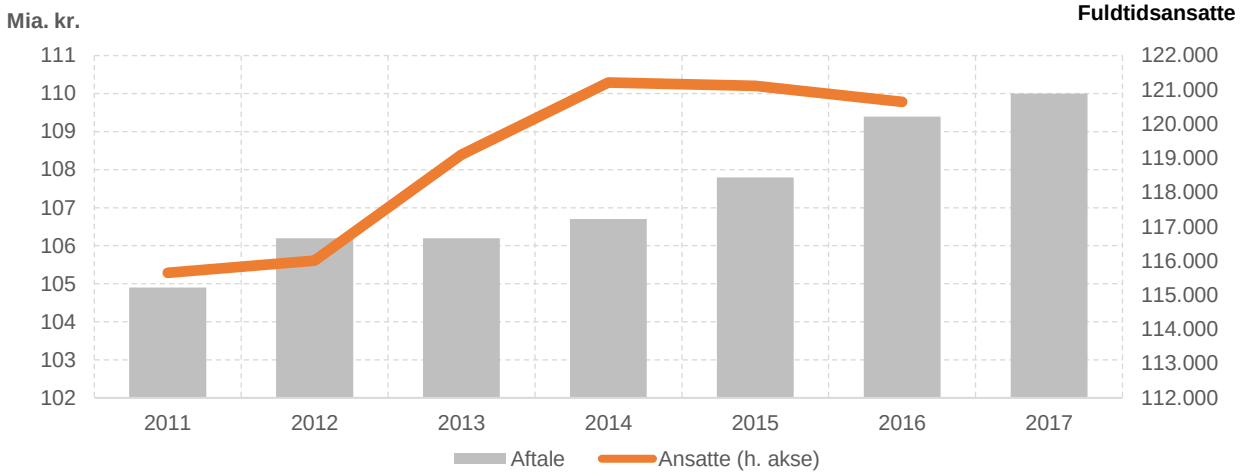
For der er råd til ordentlig sundhed i Danmark. Der er råd til ordentlige arbejdsvilkår og tid til en ordentlig og værdig pleje.

1. Regionernes økonomiske situation

Selvom alle partier i Folketinget har det som en hovedprioritering at sikre et sundhedssystem i verdensklasse, kan man ofte høre de regeringsbærende partier sige, at der aldrig har været brugt så mange penge på sundhed. Ved første øjekast er regionernes økonomiske situation da også anderledes end kommunernes; for modsat kommunerne har regionerne oplevet stigende bloktilskud fra staten og en stigning i antallet af ansatte frem til ultimo 2014, jf. *Figur 1*. Men i virkeligheden er udgifterne til sundhedsvæsenet under gennemsnittet for de højtudviklede økonomier, når man måler sundhedsudgifterne som andel af samfundets velstand uden at medtage ældreplejesektoren. Også når man ser på udgifterne pr. indbygger ligger Danmark under niveauet i sammenlignelige lande, herunder Sverige og Norge. [1]

Dette dækker blandt andet over, at væksten i sundhedsudgifter (uden ældrepleje) som andel af BNP har været markant lavere en i en lang række af sammenlignelige udviklede økonomier; særligt efter år 2000. Mens sundhedsudgifterne som andel af BNP i Danmark steg fra knapt 7 pct. til godt 8 pct. mellem 1971 og 2011, så steg den gennemsnitlige andel af sundhedsudgifterne af BNP i de 22 gamle OECD-lande fra knapt 6 pct. i 1971 til knapt 9 pct. i 2011.[2]

Figur 1. Regionernes aftalte udgifter til sundhed og fuldtidsbeskæftigelse, 2011-2016



Kilde: Finansministeriet, Statistikbanken.dk.

Opgaver og udgifter stiger eksplosivt – tilskud halter efter

Man kan også høre nogle politikere argumentere for, at der ikke skæres ned eller spares på regionernes hovedopgave: Sundhedsvæsenet. Men virkeligheden er, at en række faktorer sætter sundhedsvæsenet under et større og større pres. Det fremgår både af de sundhedsfaglige organisationers og Danske Regioners analyser inden for de sidste par år. Samstemmende lyder det, at følgende faktorer lægger et massivt pres på sundhedssystemet:

- Flere ældre medfører flere og længerevarende behandlinger
- Stigende antal kronikere og tilfælde af behandlingskrævende sygdomme
- Opadgående pres i udgifter til medicin
- Øget efterspørgsel fra borgerne på behandlinger i takt med at behandlingerne bliver bedre og hurtigere

Samtidig presses sundhedsvæsenet af manglende finansiering til at gennemføre screeningsprogrammer. Yderligere pres på økonomien kommer af indførelsen af en ikke-differentieret behandlingsgaranti på 30 dage for alle patienter, som vil føre til flere behandlinger på privathospitaler. Samlet set er presset på sundhedsvæsenet så stort, at det er uforsvarligt at fortsætte videre af den vej.

Hovedproblemet er altså, at selvom der kommer flere penge til sundhedsvæsenet, så er det ikke nok til at sygehuse mv. kan løfte det store opgavepres, som politikerne i Folketinget selv er med til at pålægge systemet. Udviklingen i aktiviteten skal finansieres krone for krone for at sundhedssystemet kan bevare sin kvalitet og medarbejderne skal kunne holde til arbejdet.

2. Flere ældre kræver mere behandling

Der bliver flere og flere ældre i Danmark, fordi levealderen er stigende. Det har givet anledning til en forestilling om, at der skulle være flere sunde leveår, dvs. leveår uden sundhedsbehandling. Hos Finansministeriet regner man således med "delvis sund aldring", som betyder, at ældre i forskellige aldersintervaller skulle blive mindre plejekrævende i takt med den stigende levealder.

Imidlertid bygger denne forestilling på teori, dvs. en idé. Virkeligheden er imidlertid den omvendte: Der er en tendens til at, sygehusudgifterne er stigende for alle aldersintervaller. Det skyldes både, at man får nye behandlingsformer til de sygdomme, som rammer senere i livet, samt at man behandler patienterne længere, fordi man kan holde sygdommen nede. Det er med til at give flere leveår, men er ikke nogen besparelse på sundhedsudgifterne – tværtimod. For den ældste fjerdedel af befolkningen er sundhedsudgifterne steget med 23 pct. mellem 2007 og 2013. [3]

Derfor virker ideen om "delvis sund aldring" mere som et forsøg på at nedtone behovet for at tilføre sundhedssystemet flere midler til at håndtere den demografiske udfordring. En måde at stikke hovedet i busken i stedet for at forholde sig til udfordringen.

3. Flere kronikere og patienter med alvorlige sygdomme

Samtidig bliver der flere med kroniske sygdomme og sygdomme, som er alvorlige og behandlingskrævende. Af de over 2.000.000 mennesker der årligt er i kontakt med sygehusvæsenet er det de mest behandlingskrævende 10 pct., der trækker udgifterne op. [4] Det drejer sig særligt om sygdomme som kræft, KOL, diabetes, hjertekarsygdomme. Antallet af diabetikere er steget eksplosivt de sidste 20 år – fra 113.000 i 1997 til 287.000 i 2010 – og frygtes at stige med over 5 pct. om året frem mod 2025. Ligeledes er antallet af KOL-patienter stort; hele 430.000 i 2015, og man regner med en stigning på 1 pct. om året frem mod 2020. [5]

Disse sygdomsmønstre er stærkt bekymrende og kan ikke løses ved at stille blinde krav om mere og mere aktivitet på sygehusene. Derimod er det nødvendigt at forebygge kroniske sygdomme gennem øget investering i forskning. På den måde kan man mindske væksten i de kroniske sygdomme og reducere udgiftspresset i de kommende år.

4. Medicinalfirmaer scorer kassen på fællesskabets bekostning

Udgifterne til medicin er vokset eksplosivt de senere år. Det skyldes, at medicinalfirmaerne tager en grov overpris for nye produkter på bl.a. kræftmedicin. Så selvom der kan være penge at spare på medicin, hvor patenterne udløber, så markedsfører medicinalfirmaerne nye produkter, som kan forlænge livet for visse patientgrupper. Men de sætter prisen alt for højt.

Medicinalbranchen henviser til, at de har meget store investeringsomkostninger forbundet med udviklingen af deres medicin. Imidlertid er der sået meget alvorlig tvivl om rigtigheden i disse estimater, selvom offentligheden aldrig har adgang til at kontrollere rigtigheden i disse påstande.

Den internationale forskning på området bakker heller ikke entydigt op om medicinalbranchens påstand. Harvard-professor Donald W. Light har gennemgået påstanden fra amerikanske producenter af kræft-medicin om, at deres investeringer ligger på et højt niveau.[6] Light fandt, at estimatet var baseret på fejlagtige og overdrevne forudsætninger, som fx at "investeringen" skulle inkludere et skøn for tabte indtægter, som virksomhederne ville have fået, hvis ikke investeringen var foretaget, og at investeringen for de dyreste produkter blev antaget at gælde for de billige produkter. Alt i alt anslår Light, at investeringsudlægget for cancer-medicin var 10 gange mindre end industrien selv oplyste. Oveni de overdrevne omkostninger skal lægges, at produkterne ofte kun har en marginal behandlingseffekt. Prisen står altså slet ikke mål med effekten.

Der er behov for et indgreb over for medicinalindustriens afpresning af det offentlige sygehusvæsen. Danske Regioners bestyrelse har allerede taget et skridt i retning af styrkelse af regionernes pres på medicinalfirmaerne ved at foreslå oprettelse af et nyt Medicinråd, der skal sikre bedre dokumentation for lægemidlernes virkning og sammen med en vurdering af de sundhedsøkonomiske gevinster vurdere om medicinen skal være standardanbefaling. Dette vil styrke regionernes indkøbsfællesskab, Amgros, i forhandlingen med medicinalvirksomhederne.

Enhedslisten har også foreslået, at der etableres et egentligt prisloft over den dyre medicin baseret på gennemgang af regnskaberne for de nye medicin-typer. Samtidig skal regeringen åbne for, at sygehusene i langt højere grad skal forske i og udvikle nye behandlingsformer og medicin, der kan produceres i offentligt regi. Det kræver, at regeringen er villig til at give midler til at opruste forskningen og investere i produktionen af medicin.

Læs Enhedslistens udspil til indgreb overfor stigende medicinpriser.

5. Øget efterspørgsel kræver flere behandlinger

I takt med at sygehusene bliver bedre og hurtigere til at behandle opstår der en efterspørgsel efter behandlingerne. Fx foretages der i dag mange flere operationer på ældre patienter, fordi operationerne er mindre indgribende end tidligere. Men det betyder også, at efterspørgslen efter behandlingerne er med til at drive udgifterne op. [7]

6. Omprioriteringsbidrag tager fra administrationen

Omprioriteringsbidraget, som blev aftalt i økonomiaftalen for 2017, tager penge fra sundhedsadministrationen, ca. 60 mio. kr. hvert år. Pengene forsvinder simpelthen fra regionerne og kan disponeres af regeringen til andre formål.

Det kan virke harmløst på kort sigt at skære i administrationen, når det drejer sig om 60 mio. kr. ud af de mere end 100 mia. kr., som hvert år bruges på sundhedsvæsenet. Men problemet er, at det inden for få år vil give administrative problemer og skubbe administrative opgaver ud på det sundhedsfaglige personale. Det betyder, at de får endnu mindre tid til at løse den sundhedsfaglige kerneopgave og i stedet skal bruge tid på administrative opgaver. Men denne forskydning af opgaver er ofte usynlig, indtil større forskningsstudier kan dokumentere problemet.

Derfor må omprioriteringsbidraget på det sundhedsadministrative område bekæmpes her og nu, så det ikke bliver til en vane, at Finansministeriet og regeringen kan regne med at høvle 1 pct. af administration til sundhed.

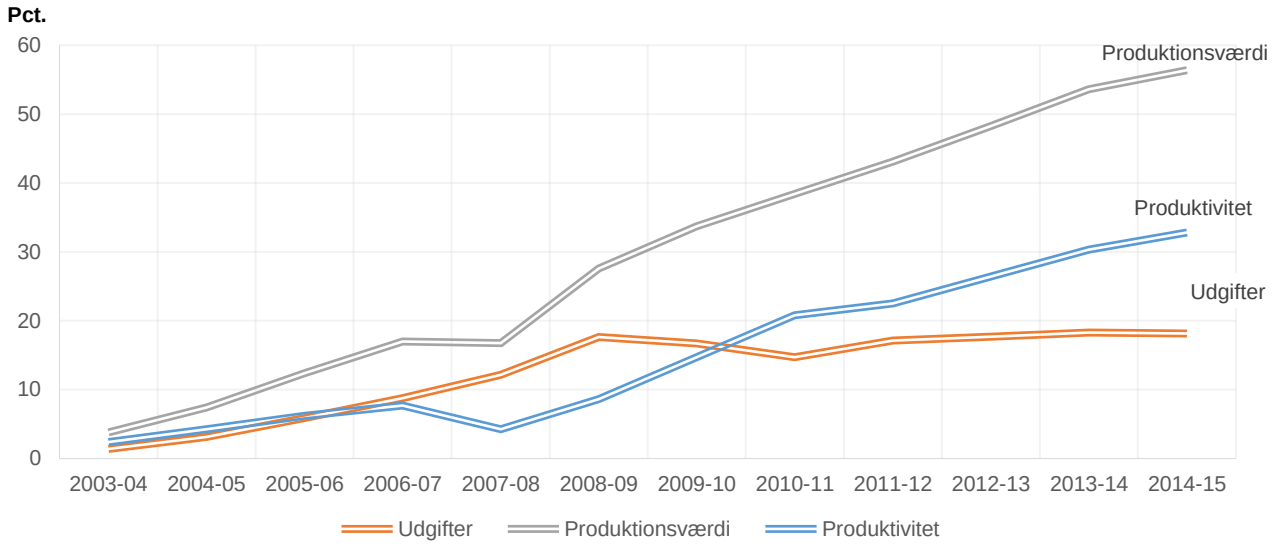
7. Produktivitetskravene presser de ansatte til det yderste

Presset fra de fire faktorer gennemgået ovenfor er siden 2000'erne blevet løst ved at sende regningen for opgraderingen af sundhedssystemet til de ansatte. De årlige krav om øget produktivitet på landets sygehuse betyder, at finansieringen af udviklingen af sundhedssystemet betales af de ansatte, som skal løbe stærkere.

Regionerne har siden 2000'erne været underlagt et produktivitetskrav på 2 pct. om året inden for sygehussektoren. Udgifter til sygehuse udgør omkring 80 pct. af den samlede økonomi i regionerne. Produktivitetskravet har været indskrevet i økonomiaftalerne mellem Danske Regioner og regeringen siden økonomiaftalen for 2004. I perioden 2004-06 lød kravet på 1,5 pct. årligt, mens den fra 2007 har lydt på 2 pct. Med andre ord skal regionerne producere 2 pct. mere for de samme penge. Regionerne har i

perioden 2003-2015 leveret en produktivitetsstigning på hele 32,8 pct. svarende til en gennemsnitlig stigning på 2,4 pct. om året, *jf. Figur 2.*

Figur 2. Akkumuleret vækst i sygehusenes produktionsværdi, udgifter og produktivitet, 2003-2015 (pct.)



Anm.: Figuren viser den akkumulerede procentvise vækst i sygehusenes produktionsværdi og udgifter. Produktionsværdien er et mål for, hvor meget sygehusene producerer.
Kilde: Statens seruminstitut (dec. 2016). Egne beregninger.

Investeringer i optimering af bygninger og apparatur kan forklare en del af udviklingen i produktiviteten. I takt med at praksis og forskning medfører at flere behandlinger kan udføres hurtigere og bedre, nedsættes det efterfølgende plejebehov for mange operationer, som kan udføres uden eller blot med kortvarig indlæggelse. Men det betyder også, at de patienter, som bliver indlagt i længere tid på sygehusene i dag, i gennemsnit har et markant større plejebehov end tidligere. Produktivitetskravene lægger derfor et massivt pres på plejepersonalet, sygeplejersker og SOSU'er, som har oplevet en kraftig stigning i antallet af patienter, de skal yde en plejeindsats overfor i løbet af en arbejdsdag. Kravet om at øge produktiviteten sætter derfor plejeindsatsen under pres og stiller den enkelte sygeplejerske og SOSU overfor ubehagelige valg om, hvilke patienter der ikke kan få den nødvendige pleje.

8. Arbejdsmiljø og faglighed presset af produktivitetskrav

Denne markante produktivitetsstigning er fremkaldt af, at der både udvikles nye behandlingsmetoder, og af at personalet hele tiden tvinges til at løbe hurtigere. Det betyder mindre tid til hver patient og dermed risikoen for et fald i behandlingens kvalitet.

Blandt sygeplejerskerne er der en klar opfattelse af, at der er et højt og stigende arbejdstempo og opgavemængde, og at der er væsentlige forhindringer for at udføre arbejdet fagligt tilfredsstillende. I en rundspørge fra 2015 foretaget blandt mere end 2000 medlemmer af Dansk Sygepleje Råd angiver hele 51 pct., at muligheden for at løse kerneopgaven på et fagligt forsvarligt niveau ofte eller altid er under pres. Dette pres hænger snævert sammen med afbrydelser, unødig dokumentation og uhensigtsmæssige IT-systemer. [8]

Med andre ord er der en konkret erfaring hos sygeplejerskerne af et massivt pres på kvaliteten. Ser man på oplevelsen af arbejdstempo og opgavemængde, så er begge dele steget markant siden 2012. Om arbejdstempoet svarede 21 pct. af de adspurgte i 2015, at det altid er nødvendigt at arbejde meget hurtigt. Det er dobbelt så mange som i 2012. Også arbejdsmængden er stigende. 5 pct. af de adspurgte svarede, at de har så meget arbejde, at de altid må springe spisepausen over – tallet var 1 pct. i 2012. Tilsvarende svarede 5 pct. at de altid må arbejde over – tallet var i 2012 blot 2 pct. [9]

9. Bureaukrati øger presset

Det er samtidig dokumenteret, at der inden for sundhedsvæsenet er sket en overbureaukratisering, som udspringer af flere forskellige forhold. Analyseinstituttet KORA fremlagde i 2015 en evaluering af styringen på hospitalerne, som viste, at hospitalerne i årevis har brugt alt for meget tid på nytteløs dokumentation og registrering. Konklusionerne fra rapporten var, at

- Mængden af dokumentation var uhensigtsmæssig høj
- Den faglige kvalitet dokumenteres og forbedres ikke i tilstrækkeligt omfang af de nuværende kvalitetsmålinger
- For ringe mulighed for at tage individuelle hensyn til patienterne
- IT-understøttelsen er problematisk
- Kvalitetsstyringen bør revideres [10]

Allerede før udgivelsen af rapporten blev der i økonomiaftalen for 2016 taget initiativ til en omfattende revision af kvalitetsstyringen, der skulle fokusere på færre og enklere kvalitetsmål. [11] Så både regeringen og Danske Regioners bestyrelse ved, at der er problemer med en for stor bureaukratisk byrde.

10.Konsekvenser af opskruet tempo: Flere fejl og klager

Presset på personalet i sundhedssystemet kan ikke kun aflæses som dårligt arbejdsmiljø. Samtidig stiger risikoen for fejl og utilstrækkelig pleje, fordi der simpelthen ikke er tid. Dette er til ugunst for patienterne.

Selvom statistikken over utilsigtede hændelser, som indberettes til og offentliggøres af Patientombuddet, skal læses med forbehold, så kan man dog se en klart stigende tendens i antallet af hændelser indberettet af sygehusene siden 2004. Alene mellem 2008 og 20015 steg antallet af rapporterede utilsigtede hændelser på sygehusene fra ca. 20.000 til ca. 47.000. [12]

Tilsvarende ses en klar stigning i antallet af indberettede klager, som ligeledes skal fortolkes med forbehold. Mellem 2009 og 2015 er antallet af nye patientklager over sundhedsfaglig behandling i rude tal steget fra ca. 4.000 til ca. 6.000. [13]

Et af de områder, hvor der er risiko for utilsigtede hændelser er de ældre patienter, hvor der endvidere er en snitfladeproblematik med kommunerne. I en rundspørge fra 2015 til både Dansk Sygeplejeråds og FOAs medlemmer svarer knapt halvdelen af de kommunalt ansatte og 40 pct. af de regionalt ansatte, at deres muligheder for at yde en værdig pleje, omsorg og behandling af de ældre i dag er dårligere end for 2 år siden. [14]

Tabel 1. Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehusene

Døgn	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2007-2015 (pct.)
Hele landet	4,5	4,5	4,2	4,0	3,9	3,8	3,8	3,5	3,4	-24,4 pct.

Kilde: Danske Regioners hjemmeside (link), samt Danske Regioner m.fl. (2015) og Danske Regioner m.fl. (2016).[15]

Mere effektive behandlingsmetoder har som sagt reduceret indlæggelsestiden på hospitalerne, jf. ovenfor. Det er naturligvis godt for patienterne, at liggetiden kan reduceres, fordi bedre teknologi og viden muliggør en hurtigere og bedre behandling ved fx operationer. Men en del af forkortelsen af indlæggelsestiden må også tilskrives produktivitetskravene, som hele tiden tvinger hospitalerne til at spare. Dette er ikke i patienternes interesse. Siden 2007 er den landsgennemsnitlige liggetid på sygehusene reduceret med ikke mindre end 16,5 pct, *jf. Tabel 1.* Det betyder, at nogle patienter – særligt de ældre – ryger for hurtigt gennem systemet. Antallet af korttidsindlæggelser blandt ældre patienter har været kraftigt stigende siden 2009. Det er en måde at spare penge på, men er ikke altid i den ældres interesse. [16] I en rundspørge blandt DSRs medlemmer fra 2015 svarer hele 82 pct. af godt 750 adspurgte sygeplejersker, at de inden for den seneste måned har oplevet, at borgere er blevet udskrevet fra hospital til eget hjem før de var færdigbehandlet – efter den enkelte sygeplejerskes vurdering.[17] Hvis sygeplejerskernes oplevelse er retvisende for virkeligheden på danske sygehuse, så dokumenterer undersøgelsen problemet med produktivitetskravene. En for kort indlæggelsestid risikerer at skabe genindlæggelser, og dermed koste flere penge i både kommuner og regioner, end hvis der var tid til færdigbehandling.

11. Anlægs- og serviceloft underminerer investeringer

Ikke blot forlanger politikerne, at sygehusene leverer produktivitetsforbedringer. Samtidig har flertal i Folketinget bestående af alle partier undtagen Enhedslisten og Alternativet lagt benspænd ud for regionerne med budgetloven. Med indførelsen af sanktionsregimet over for regionerne kan regeringen sanktionere sundhedsudgifter, der ligger over det aftalte niveau. Samtidig er der lagt loft over, hvor meget regionerne må investere. Dette er undergravende for bestræbelserne på at skabe produktivitetsstigninger. For problemet er, at når regionerne ikke må foretage de nødvendige investeringer uden at blive straffet, så må de ty til Offentlig-Private Partnerskaber, finansiel leasing eller andet, der forskyder udgiften fra investeringsrammen over til driftsudgifterne. Det betyder, at i stedet for at lægge en engangsudgift til investering i nyt udstyr, så skal regionerne bruge af sine driftsudgifter på afholde investeringen. Dermed udhules driften og presset øges på sundhedssystemet.

12. Konklusion: Opgør med produktivitets-tyranni og omprioriteringsbidrag

Der er behov for et opgør med produktivitetstyranniet, som sender regningen for flere behandlinger til de ansatte. Der er behov for at stille de politikere, som vil lade de ansatte betale, til ansvar og kræve, at de betaler for den vækst i behandlinger og kvalitet, som de forlanger af sundhedsvæsenet.

Derfor må de oplagte krav for Danske Regioner til de kommende forhandlinger om næste års økonomiaftale være:

- Fuld finansiering af væksten i aktiviteten på sygehusene i 2018
- Engangsløft af regionernes sundhedsudgifter for at kompensere de markante produktivitetsstigninger siden 2009

- Omprioriteringsbidraget på sundhedsadministration og regional udvikling må annulleres for alle årene frem til 2020
- Væk med anlægsloft – regionerne skal have mulighed for at investere i det bedste udstyr

13. Der er råd til mere sundhed

Der er råd til meget mere sundhed i det danske samfund. Pengene ligger i lommerne på de rige og de store virksomheder, der har fået store skattelettelser gennem de sidste mange år. Et par eksempler:

- I årene 2012 – 2015 udbetalte Novo Nordisk årligt mellem 7 og 11 mia. kr. i udbytte til aktionærerne. Penge, som er tjent på patienter og sundhedsvæsen i Danmark og udlandet. [18]
- Selskabsskattelettelserne givet af SR-regeringen vil varigt føre til lavere indtægter for 5 mia. kr. om året fra 2017. [19]
- Skattelettelserne til de 10 pct. med højest indkomst som følge af SR-regeringens skattereform i 2012 beløber sig til 2,3 mia. kr. om året. [20]

Der er penge nok i det danske samfund til at betale for mere sundhed. Men det er et spørgsmål om politisk vilje at ville tage pengene, der hvor de er.

14.Noter

[1] Danske Regioner (2015): "Regionernes resultater", side 16. Online:
http://www.regioner.dk/om+regionerne/~/media/EE6ECB2869474D1D89EC46C1D723C579.ashx
[2] Søgaard Advice (2014): "Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark". Online:
http://www.regioner.dk/aktuelt/nyheder/2014/marts/~/media/5B64C2F368194FA08F9082F746DDC1C1.ashx
[3] Danske Regioner (2015): "Pres på sundhedsvæsenet", side 10. Online:
http://www.regioner.dk/publikationer/sundhed+og+sygehuse/~/media/A8FE3ABABBAD4DE0ABFF47920A3AA28E.ashx
[4] Se note 3, side 12.
[5] Se note 3, s. 13.
[6] Se Light & Kantarjan: "Market Spiral Pricing of Cancer Drugs", i *Cancer*, november 15, 2013, p. 3900-3902.
[7] Kilde: Samme som note 3, s. 16-17.
[8] Dansk Sygeplejeråd (nov. 2015): "DSR analyse: Samling af notater om sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø 2015", side 4. Online:
https://dsr.dk/sites/default/files/24/notat_sygeplejerskers_psykiske_arbejdsmiljoe_2015_analyseret_ud_fra_4_temaer.pdf
[9] Kilde: Som note 8.
[10] KORA (2015): " Styringsreview på hospitalsområdet. Forslag til procedure- og regelforenkling". Online:
http://www.kora.dk/media/3887470/10775-styringsreview-paa-hospitalsomraadet.pdf
[11] Finansministeriet & Danske Regioner (juni 2015): "Aftale om regionernes økonomi for 2016", side 5. Online:
http://www.fm.dk/~/media/files/nyheder/pressemeddelelser/2015/08/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2016.ashx
[12] Styrelsen for Patientsikkerhed (2016): "Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2015", side 14 og 18. Online:
http://stps.dk/da/udgivelser/2016/~/media/3E68AD018AB34FED943A5104864B6273.ashx
[13] Patientombuddet (2016): "Statistiske oplysninger om patientklager 2015", side 5. Online:
https://stps.dk/da/udgivelser/2016/~/media/44AFE782A1FF404CB557AD22F3AC616F.ashx
[14] DSR, FOA & Ældresagen: "Undersøgelse om værdighed i pleje, omsorg og behandling til ældre". Online:
https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_vaerdighed.pdf
[15] Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundheds- og ældreministeriet og Finansministeriet (2015): "Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015". Online: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedskvalitet/2015/Maj/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-maj-2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-2015-270515.ashx
Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundheds- og ældreministeriet og Finansministeriet (2016): "Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2016". Online: http://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sundhedsvaesnet/synlige-resultater/indblik-sundhedsvaesenets-resultater-2016.pdf
[16] DSR (jan. 2016): NOTAT Flere korttidsindlæggelser blandt ældre patienter". Online:
https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_flere_korttidsindlaeggelser_blandt_aeldre_patienter.pdf
[17] DSR (aug. 2015): "NOTAT Borgeres overgang fra hospital til kommune". Online:
https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_borgeres_overgang_fra_hospital_til_kommune.pdf
[18] Nationalbanken (4. april 2015): "Aktieudbytter fordoblet på 10 år". Online:
http://www.nationalbanken.dk/da/statistik/find_statistik/Sider/2015/Aktieudbytter-er-fordoblet-p%C3%A5-ti-aar.aspx
[19] Skatteministeriet (2013): "Overblik over skatte- og afgiftselementer i Vækstplan DK". Online:
http://www.skm.dk/media/11864/faktaark_vaekst.pdf
[20] Skatteministerens svar på spørgsmål nr. 467 (SAU alm. del 2013-14). Online:
http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/sau/spm/467/svar/1142424/1378521.pdf