

## **Statistikdokumentation for Lægebesøg 2025**

## 1 Indledning

Formålet med statistikken Lægebesøg mv. er at belyse forbruget af sundhedsydelser i praksissektoren inden for det offentlige sygesikringssystem. Statistikken bygger på årlige udtræk fra LUNA, som er regionernes IT-system til afregning af sygesikringsydelser med de enkelte ydere, fx alment praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter mv. Statistikken er i sin nuværende sammenlignelig fra 2006 og frem.

## 2 Indhold

Statistikken er årlig opgørelse og dækker kontakt med alment praktiserende læger og behandlere under sygesikringen. Statistikken omfatter antal kontakter, de hermed forbundne honorarer, og antal modtagere.

### 2.1 Indholdsbeskrivelse

Statistikken opgør antallet af modtagere, kontakter og udgifter for behandlinger dækket af sygesikringen i løbet af et år. Disse opgøres ift. køn, alder, bopæl, herkomst, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, indkomstniveau, pårørende og speciale/ydelsesart.

### 2.2 Grupperinger og klassifikationer

Ved offentliggørelser af Lægebesøg mv. benyttes følgende klassifikationer:

- Speciale/ydelsesart aggregeret (kode for lægetype, samt opdeling af konsultationer hos almen læge) med 21-gruppering
- Speciale/ydelsesart (mere detaljeret opdeling i speciallæger mv.) med 47-gruppering

Den anvendte gruppering af specialer/ydelsesarter er baseret på inddelingerne i [takstmapperne](#).

Endvidere bruges klassifikationer fra andre statistikområder:

- Arbejdsmarkedstilknytning (Studerende, personer under 15 år og øvrige personer; I beskæftigelse; Arbejdsløs; Langtidssyg, revalidering. m.m.; førtidspensionist; pensionist)
- Indkomstniveau ([Ækvivaleret disponibel indkomst for familien](#)) (1. kvartil; 2. kvartil; 3. kvartil; 4. kvartil) Bemærk ny version af Indkomstregistret i foråret 2015. I Lægebesøg mv. 2014 er statistikken fordelt på indkomstkvarterer genberegnet for 2011-2013.
- Pårørende (Bor med én forælder; bor med to forældre; har en partner og ingen andre pårørende; har en partner og andre pårørende; har ingen partner, men har andre pårørende; har hverken partner eller andre pårørende)
- Herkomst (personer med dansk oprindelse; indvandrere; efterkommere)
- Uddannelsesniveau (Grundskole; Gymnasiale uddannelser; Erhvervsfaglige uddannelser; Korte videregående uddannelser; Mellemlange videregående uddannelser; Lange videregående uddannelser; Ph. d. mv.; ukendt uddannelsesniveau)
- Geografi (kommuner; landsdele; regioner)

### 2.3 Sektordækning

Den primære sundhedssektor i Danmark.

### 2.4 Begreber og definitioner

Kontakt til behandlere under sygesikringen: inkluderer blandt andet konsultationer, telefon- og e-kommunikation samt besøg i hjemmet. Andre ydelser, såsom laboratorieundersøgelser, samt tillægsydelser, der gives i forbindelse med en konsultation, henregnes derimod ikke som en kontakt. Dette kan betyde, at selvom der måske afregnes et større antal enkeltydelser under en konsultation, vil det stadig blive opgjort som én kontakt.

Person med kontakt til behandlere under sygesikringen: Person som har haft minimum en kontakt med en behandler under sygesikringen.

Udgifter (offentlige) ved lægebesøg mv.: Udgifter til ydere der er dækket af sygesikringen.

### 2.5 Enheder

- Personer med kontakt/lægebesøg
- Kontakter/lægebesøg
- Offentlige udgifter i 1.000 kr.

### 2.6 Population

Kontakter i den primære sundhedssektor der er omfattet af den offentlige sygesikring. Værnepligtige og personer på visse døgninstitutioner er ikke omfattet af den offentlige sygesikring, men er sikret lægehjælp mv. på anden vis. En ganske lille del af ydelserne i sygesikringsregistret er givet til personer i sikringsgrupper for værnepligtige og institutionsbeboere.

### 2.7 Geografisk dækning

Danmark.

### 2.8 Tidsperiode

Statistikken dækker tidsperioden fra 2006 og frem.

### 2.9 Basisperiode

Ikke relevant for denne statistik.

### 2.10 Måleenhed

- Antal (kontakter, personer)
- Kroner, 1.000 kr. (udgifter)
- Kontakter pr. person
- Andel med kontakt

### 2.11 Referencetid

Referencetidspunktet er det regnskabsår, hvori ydelsen er blevet afregnet.

### 2.12 Hyppighed

Årlig.

### 2.13 Indsamlingshjemmel og EU regulering

Indsamling af oplysningerne sker med hjemmel i Lov om Danmarks Statistik, § 8, jf. lovbekendtgørelse nr. 610 af 30. maj 2018. Der findes ingen EU-regulering for statistikken om Lægebesøg mv.

### 2.14 Indberetningsbyrde

Statistikken er baseret på administrative registre. Der er derfor ingen direkte indberetningsbyrde, i forbindelse med opgørelsen af denne statistik.

### 2.15 Øvrige oplysninger

Øvrige oplysninger kan findes på statistikken emneside: [Lægebesøg](#) eller fås ved henvendelse til Danmarks Statistik.

## 3 Statistisk behandling

Data modtages én gang årligt fra regionerne. Der vurderes, hvilke ydelser der kan henregnes som kontakter. Korrektioner, som ikke kan tilknyttes en registrering i det pågældende år, slettes. Baggrundsdata fra Danmarks Statistik kobles på.

### 3.1 Kilder

Den primære kilde er LUNA, som er regionernes IT-system til afregning af sygesikringsydelse. Hertil kommer supplerende kilder om ydelser fra [takstmapperne](#).

Interne kilder i Danmarks Statistik:

- Befolkningsstatistikregistret (herkomst)
- Indkomststatistikregistret (indkomstniveau) for året før
- Arbejdsklassifikationsmodulet (SOCIO13) pr. 32/12 året før.
- Uddannelser (BUE) højest fuldførte uddannelse pr. 30. september året før.
- Pårørenderegistret (bopælsforældre, pårørende, partner)

### 3.2 Indsamlingshyppighed

Data modtages årligt fra "LUNA – Fællesregional Forvaltning", som er placeret i Region Midtjylland.

### **3.3 Indsamlingsmetode**

Indsamlingen foregår direkte fra administrative registre samt opslag i takstmapper og overenskomster, som findes på [ok-portalen](#) , der samler overenskomster og aftaler på sundhedsområdet.

### **3.4 Datavalidering**

De modtagne data sammenlignes med data fra året før og eventuelle store udsving undersøges. I forbindelse med statistikproduktionen analyseres data grundigt, og der foretages yderligere validering af data.

### 3.5 Databehandling

Danmarks Statistik vurderer ud fra takstmapperne, om en afregnet ydelse skal tælles som en kontakt. Ydelser, der ikke er angivet som tillægsydelser i takstmapperne, registreres som kontakter. For ydelser, som ikke fremgår af takstmapperne, foretages vurderingen ud fra, om ydelsen kun kan gives én gang pr. kontakt med yderen, og om den udelukker, at andre ydelser, der kan registreres som kontakt, kan gives samtidig. For speciale 49 (tandplejer) og 50 (tandlægehjælp) kategoriseres konsultationer og undersøgelser, herunder forebyggende behandling, som kontakter. Antallet af kontakter beregnes som summen af variabelen antal ydelser for de ydelser, der er kategoriseret som kontakter. For diagnostisk radiologi (05) og fodterapi (54, 55, 59 og 60) anvendes en anden metode. Her registreres den ydelse med det laveste ydelsesnummer (de sidste fire cifre i ydelseskoden) pr. person pr. behandlingsdato som kontakten. En person kan derfor kun have én kontakt pr. dag inden for disse specialer i statistikken. Denne metode er valgt, fordi den vurderes at give det bedste estimat for antallet af kontakter. Det betyder dog, at en ydelse inden for disse specialer både kan være kategoriseret som en kontakt og som ikke-kontakt.

Fra og med 2006 er der foretaget en imputering af køn og alder for den mindre gruppe af børn, der registreres med barnemarkering, og person\_id sættes til ukendt.

Grunddata (SSSY) dannes ud fra ovenstående data, og der dannes grunddata, hvor antal kontakter (SSKO) og bruttohonorar (SSHO) er aggregeret på person- og specialeniveau (spec2). I disse data er spec2 for kontakter til praktiserende læger yderligere opdelt i følgende kategorier:

- konsultation dagtid,
- konsultation aften,
- telefonkonsultation dagtid,
- telefonkonsultation aften,
- besøg dagtid,
- besøg aften,
- e-kommunikation (herunder med kommunens plejepersonale),
- andre ydelser og forebyggelse mv.

Derudover beregnes en indikator for basishonoraret. Dette beregnes som summen af det beregnede basis- og praksisomkostningshonorar fordelt på de gruppe 1-sikrede personer, som har modtaget ydelser fra almene læger.

For SSSY er der fra 2023 indført en variabel spec80, som angiver den ovenstående opdeling. Dog fremgår "Andre ydelser og forebyggelse mv." ikke af SSSY, men algoritmen kan fås ved henvendelse til den statistisk ansvarlige. Ligeledes er basishonoraret ikke angivet i SSSY

Inden opgørelserne til statistikbanken udregnes, sker der yderligere databehandling:

Personer med ugyldige CPR-numre, personer med barnemarkering samt korrektioner (negative værdier for ydelsen), som ikke kan tilknyttes en registrering i det pågældende regnskabsår, slettes. Dette betyder, at korrektioner (negative registreringer), der ikke kan kobles med en registrering på variablerne person\_id, behandlingsdato (dato for ydelsen), speciale (type af ydelse) og ydeltid (tidspunktkode for ydelsen). Registreringer, hvor variabelen 'SIKGRUP' (Sygesikringsgruppe) har værdien 9 (Afdød), slettes.

Alle observationer, der slettes, får værdien 0 for variabelen statpop i SSSY.

Det første registrerede køn og den første registrerede alder bruges for personer, der optræder i data med flere CPR-numre. Sygesikringsdata kobles sammen med øvrige data om pårørende, herkomst, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning og indkomst.

### 3.6 Korrektion

Fra 2005 blev registret rensset for observationer, hvor der ikke gives tilskud via den offentlige sygesikring (bruttohonoraret lig med 0). Dette gælder primært fysioterapi og tandlægehjælp. For året 2005 findes der således data både efter den gamle opgørelsesmetode, hvor data ikke er oprenset, og den nye opgørelsesmetode, hvor data er oprenset. Dog slettes kronikerhonorarerne (0130, 0131, 0132, 0133) ikke for speciale 80 (almen praksis). Pr. 1. januar 2024 blev det strukturerede forløb for sclerosepatienter implementeret på speciale 62. De nye forløbsydelse har ydelsesnumrene 0211, 0212, 0213, 0214 og 0215. For patienter, der indgår i disse forløb, vil alle ydelser være dækket af forløbshonoraret. Pr. 1 januar 2025 er der også implementeret strukturerede forløb for artrose i knæ/hofte med ydelsesnumrene 0221, 0222, 0223, 0224 og 0225. Disse ydelser fremgår i data med et bruttohonorar lig med 0. Alle disse ydelser slettes ikke.

Der er et meget lille antal records, hvor kontakterne er negative. I 2025 er der 393.474 negative records, (hvilket svarer til 0,4 pct. af samtlige records). Dette skyldes afregningstekniske korrektioner i registret, dvs. ikke korrektioner, som foretages af Danmarks Statistik. Fra 2021 vil korrektioner, der ikke kan knyttes til registrering i det pågældende år, slettes inden opgørelsen af statistikbanktabellerne.

## 4 Relevans

Statistikken benyttes af lang række brugere som fx offentlige institutioner, forskere, privat personer og journalister, der bl.a. anvender statistikken til offentlige planlægningsformål, forskning og offentlig debat.

### 4.1 Brugerbehov

Der er en lang række brugere af statistikken: ministerier, patientorganisationer, private virksomheder, forskere, journalister og privatpersoner. Statistikken bliver brugt til at give et indblik i brugen af praksissektoren og befolkningens sundhed. Fx bruger journalister tal fra Statistikbanken til at skrive artikler om, hvem der går til lægen, forskere anvender mikrodata til at identificere brugere af praksissektoren, og politikere benytter data som grundlag, når de diskuterer sundhedspolitik.

Der er dog efterspørgsel efter bl.a. oplysninger om diagnoser stillet hos alment praktiserende læger samt brugen af sundhedsydelser, der ikke er dækket af den offentlige sygesikring – fx gennem privatforsikringer. Det er desværre data, som vi på nuværende tidspunkt ikke har mulighed for at få.

### 4.2 Brugertilfredshed

Der er jævnligt kontakt med brugere enten pr. mail eller pr. telefon. Ud fra tilbagemeldinger vurderes det, at brugernes behov i vid udstrækningen er dækket. Der efterspørges dog bl.a. også årsagerne til kontakterne og udgifter for den private husholdning i forbindelse med sundhedsbehandlingerne.

### 4.3 Fuldstændighed af data

Der er ingen forordninger eller guidelines på området.

## 5 Præcision og pålidelighed

Dataene kommer fra administrative registre med fuld dækning. Danmarks Statistik kategoriserer hvert år manuelt ydelserne i sygesikringen som kontakter. Dette har betydning for opgørelsen af antallet af kontakter og personer med kontakter.

### 5.1 Samlet præcision

Da oplysningerne stammer fra den lovbundne administration, anses pålideligheden for stor.

Ved vurderingen af om en ydelse skal henregnes som kontakt er der et element af manglende præcision.

Fysioterapi gives ofte som træning i hold, således at den enkelte fysioterapeut kan træne flere på én gang. Hver enkelt persons træning opgøres som en kontakt. Det samme er gældende når en psykolog afholder gruppeterapi.

I registret indgår også oplysninger om ydelser givet til personer uden validt cpr-nummer - typisk udlændinge. For disse personer er det ikke muligt at foretage en køns- og aldersfordeling.

### 5.2 Stikprøveusikkerhed

Ikke relevant for denne statistik.

### 5.3 Anden usikkerhed

Der kan forekommer målefejl, når det skal vurderes, om nye ydelser er en kontakt og hvis der i registret optræder ydelser, som ikke optræder i [takstmapperne](#).

Til og med 1995 har 0-15 årige børn ikke eget sygesikringsbevis, men bliver registreret under den medfølgende voksnes personnummer, og med en særlig barnemarkering angives, at ydelsen er givet til et barn. Dette er imidlertid ikke sket i alle tilfælde. Derfor optræder i opgørelserne et ukendt antal mænd og især nok kvinder, der burde være registreret som børn. Et andet forhold, der bidrager til undervurderingen af antal børn er, at en voksen, der fx har haft flere børn med til lægen eller har haft samme barn med til lægen flere gange i årets løb, kun optræder som én person (et barn).

Fra og med 1996 har alle personer - bortset fra de nyfødte unavngivne - eget sygesikringsbevis med eget personnummer, hvorunder registrering bør ske; til trods herfor indberettes fortsat en mindre gruppe børn under ledsagende voksnes personnummer. Videre ligger der i dette forhold en risiko for dobbelttælling af disse børn, al den stund de kan være registreret først under en voksens personnummer, dernæst under eget personnummer.

### 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, besluttet og implementeres.

## 5.6 Kvalitetsvurdering

Der anvendes administrative data med fuld dækning. Ændringer i ydelserne i overenskomsterne fra år til år samt det forhold, at Danmarks Statistik hvert år manuelt kategoriserer ydelserne i sygesikringen som kontakter, har betydning for præcisionen – især af antallet af kontakter. Statistikken udgives typisk kort tid efter, maksimalt et halvt år efter udgangen af referencesåret, og er derfor aktuell. Generelt imødekommes brugernes behov. Der er dog efterspørgsel efter statistikker om kontakter med ydere, hvor der ikke ydes offentligt tilskud, diagnoser stillet i praksissektoren samt private udgifter til sundhedsydelse – områder, som det ikke er muligt at imødekomme på grund af manglende data.

## 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

Der offentliggøres kun endelige tal.

Undtagelsesvist er der i forbindelse med udgivelsen af 2024-tallene og de nye tabeller i maj 2025 blevet foretaget en gennemgang af ydelser og afgrænsningen af kontakter fra 2021 til 2024. Dette har i mindre omfang betydning for tallene i tabellerne og antallet af kontakter i registre.

I september 2022 blev grunddata (SSSY) udvidet med variablerne registreringstid og behandlingsdato, og statistikbanktabellerne for 2021 blev genudgivet. Dette skyldtes mindre ændringer i statistikproduktionen: Personer med ugyldigt CPR-nummer, personer med barnemarkering samt korrektioner (negative værdier for ydelsen), som ikke kan tilknyttes en registrering i det pågældende regnskabsår, slettes. Det første registrerede køn og den første registrerede alder bruges for personer, der optræder i registret med flere CPR-numre. Registreringer, hvor variabelen 'SIKGRUP' (Sygesikringsgruppe) har værdien 9 (Afdød), slettes.

## 6 Aktualitet og punktighed

Statistikken offentliggøres 5-6 måneder efter referenceårets udløb. Statistikken offentliggøres normalt uden forsinkelser i forhold til planlagte udgivelsestider.

## 6.1 Udgivelsestid for foreløbige og endelige tal

Kun endelige tal udarbejdes. Statistikken offentliggøres indenfor 6 måneder efter referenceperiodens slutning.

I enkelte tilfælde har der været forsinkelser, som gør, at statistikken udkommer senere.

## 6.2 Publikationspunktighed

Statistikken publiceres normalt uden forsinkelse i forhold til det annoncerede tidspunkt i udgivelseskalendareren.

## 7 Sammenlignelighed

Sundhedsdatastyrelsen laver opgørelser over almen praksis, speciallægepraksis og øvrige praksis. Afgrænsninger og definition af kontakter (eller anvendelse af ydelser i stedet for kontakter) kan afstedkomme statistik, som ikke ser direkte sammenlignelig ud. Typisk vil eventuelle - ofte mindre - forskelle kunne forklare ud fra metode og afgrænsning. Det overordnede billede er entydigt.

### 7.1 International sammenlignelighed

Hvis man vil se på sammenlignelige internationale data, så anbefales det at se på data fra Eurostat og OECD, som laver dataindsamlinger og publicerer (fx OECD's publikation *Health at a Glance*) til nogen grad sammenlignelige data på området. Der er en række organisatoriske og institutionelle forhold, som man skal holde sig for øje ved analyse af eventuelle forskelle.

### 7.2 Sammenlignelighed over tid

Da flere og flere ydere gennem årene er tilsluttet systemet, bør der udvises varsomhed ved sammenligning over tid.

I 2025 er der foretaget en gennemgang af ydelserne og henregningen af kontakter for perioden 2021 til 2024. Gennemgangen har i varierende grad påvirket tallene i tabellerne og antallet af kontakter i registrene.

I 2022 trådte en ny ordning i kraft, der betyder, at alle unge, som fylder 18 år efter 1. januar 2022, er omfattet af den vederlagsfri kommunale tandpleje, indtil de fylder 22 år. Unge, som fyldte 18 år før 2022, er ikke omfattet af ordningen, som er fuldt implementeret ved udgangen af 2025.

I 2022 blev statistikproduktionen ændret, så bl.a. korrektioner som ikke kan tilknyttes en registrering i det pågældende regnskabsår, slettes i før statistikbanktabellerne oprettes.

I 2021, blev grupper af unge, der kan få gratis psykologhjælp, hvis de bliver henvist for angst eller depression, udvidet med de 22-24 årig.

Året 2021 er præget af ny dataleverandør på lægebesøg og ophørt fra nogle af ydelsestyperne jf. det reviderede ydelseskatalog fra 2019. Den største ændring er, at kontakter til vagtlægen heller ikke længere registreres under speciale 83 og derfor ikke indgår i opgørelserne til Statistikbanken. Derudover udgår ydelsesgruppen Diagn. radiologi Kbh. og lægges i stedet under Diagnost. Radiologi.

I juli 2018, har unge mellem 18-20 år, kunnet få gratis psykologhjælp, hvis de bliver henvist for angst eller depression til psykologordningen.

I januar 2018 blev der ved overenskomstaftalen indført et større honorar for sygebesøg til lægerne. Dette betyder en stor stigning i disse kontakter.

I 2018 blev der indført et differentieret basishonorar, samt et kronikerhonorar, til almen læge. Begge dele bliver i øjeblikket udbetalt manuelt, hvorfor det ikke kan ses i sygesikringsregistret. Kronikerhonoraret har den konsekvens, at man ikke registrerer de ydelser, som kronikerhonoraret indeholder. Det betyder, at i opgørelsen af antallet af konsultationer, er det kun antallet af konsultationer til personer, som ikke er på kronikerhonoraret. Der vil altså være et skyggetal, som vi ikke kender.

I 2017 ses et fald i kontakter til intern medicin og pædiatri. Dette pga. revidering af ydelseskataloget indenfor allergiområdet som har betydet, at fx priktest - som før blev registreret som én ydelse per prik - nu tæller én ydelse (kontakt) for hele testen (typisk 15-20 prik). Samme moderniserings proces (revidering) vil i fremtiden foregå indenfor andre specialer.

I 2017 ses på speciale 64 - Kiropraktik (kronikere), et stort fald på 50 pct. i kontakter og et fald på 20 pct. i udgifter. Dette kan tilskrives at kiropraktorerne fik ny overenskomst per 1. april 2017 hvilket betød ændring i ydelser, tilskud og pakkeforløb samt bl.a. kvalitetsakkreditering og systematisk efteruddannelse af kiropraktorerne.

I 2017 er udgifterne til Statens Seruminstitut (SSI) faldet med 85 pct. Dette pga. statens frasalg af SSI's vaccineproduktion og SSI Diagnostica per 1. okt. 2016 og 16. jan. 2017.

I 2017 ses et mindre fald i kontakter og udgifter til psykologer, hvilket skyldes en overskridelse af den økonomiske ramme i 2015 og 2016, som førte til, at psykologerne skulle tilbagebetale noget af deres tilskud. Det kan være årsag til særlig påpasselighed i 2017.

Der er i december 2017 foretaget revision af psykologer 2011 pga. gentagne henvendelser. Revisionen består i, at visse ydelseskoder (0211 og 0311) fra 2011 først var medtaget som kontakter i 2012, som medførte en underestimering af 2011 tallene. Disse kontakter er nu med i 2011. Revisionen betyder rundt regnet 90.000 (25 pct.) flere psykologkontakter end før revisionen. Derudover er en afledt konsekvens af revisionen, at der ses forskydninger indenfor de socioøkonomiske grupper i alle tabeller. Dette pga. af ændringer i SocStil pga. revision af RAS.

I 2016 i Børnepsykiatrien ses en stigning i udgifter som delvist kan tilskrives hjælpepakken indført i 2015. Derudover blev praktiserende psykiatere forpligtet til at behandle 10 pct. flere patienter i 2015.

I 2016 er der udgået ydelser indenfor gynækologi/obstetrik omhandlende fertilitet og abort. Dette medfører cirka 73.000 færre registrerede kontakter i 2016.

Per 1. januar 2016 overgik alle analyser af blodprøver fra de praktiserende læger fra "Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium" til regionens hospitaler, hvorfor udgifter hertil udgår.

I 2014 blev socioøkonomiske grupper revideret i RAS, perioden 2009-2013 er genberegnet. Der er tale om et brud i den socioøkonomiske gruppering mellem 2008 og 2009.

I 2013 er der i de modtagne data fra CSC Scandihealth er Danmarks Statistik blevet oplyst, at der er konstateret små ukorrektheder (vedr. oktober, november og december 2013), da korrektioner i Region Midtjylland ikke er opgjort med korrekt fortegn.

I 2013 faldt antallet af tandlægekontakter 22 pct., da man i 2013 indsnævrede området, hvor der fremadrettet kunne ydes tilskud til tandrensninger, og tilskud til kontrol af diagnostisk fund

bortfaldt.

I 2012 er på Bornholm kontakter til almen læge undervurderet med ca. 112.000, grundet pilotprojekt.

I 2011 ses et fald i kontakter til psykologer. En del af forklaringen kan være at der kom ny overenskomst for psykologer i 2011. Det betød at henvisningsårsag 10 og 11 fik separate ydelseskoder, hvilket ikke var tilfældet indtil da. Derudover blev det indført at "let til moderat angst" blev indbefattet af tilskudsordningen. Antallet af kontakter til psykolog er desuden undervurderet i størrelsesordenen 20.000-40.000 (groft estimeret) i 2011, idet specifikke ydelser, som ikke fremgik af takstmappen, skulle tælles med som kontakter. Dette er de først blevet fra 2012.

I 2011 er der et stort fald i alment praktiserende lægers ydelse forebyggelse mv., hvilket skyldes at ydelseskoden "0106 Aftalt forebyggelseskonsultation" blev afskaffet, og kravene til at anvende den nye kode "0120 Aftalt specifik forebyggende indsats" er større.

I 2011 er der en stor stigning i kontakter mv. til fodterapeuter, idet der efter en langvarig konflikt atter er kommet overenskomst på området 1. juni 2011. (Fodterapeuter har det i en længere periode ikke været muligt at beregne antal kontakter for af to årsager: For det første gør inddelingen af ydelser det vanskeligt at afgøre, hvornår der er tale om en kontakt eller ej og dermed vanskeligt at beregne kontakter. For det andet manglede der overenskomst på området fra juni 2005 til juni 2011. I denne periode blev størstedelen af honoraret til fodterapeuterne afregnet uden om sygesikringssystemet, og det indgik derfor ikke i statistikken.

I 2009 er der et stort fald i antallet af tandlægekontakter. Dette fald er ikke reelt, men skyldes, at to ydelser vedr. forebyggende behandling ('502920', '502930') efter anbefaling fra Tandlægeforeningen ikke længere er medtaget som kontakter. Dette giver et ikke retvisende billede af udviklingen i kontakter til tandlæger fra 2008 til 2009 på ca. 500.000.

Fra 2006 indgår i registeret et imputeret beløb for de almene lægers basishonorar mv. Det samlede beløb er fordelt ud på de enkelte modtagere af ydelser fra almene læger proportionalt med bruttohonoraret.

### **7.3 Sammenhæng med anden statistik**

De samlede udgifter til sundhed kan findes af regionernes regnskaber, tabel REGR31 i Statistikbanken. Totalbeløb for sygesikringstilskuddene kan findes i de regionale regnskaber.

Sundhedsdatastyrelsen udgiver statistik vedrørende befolkningens brug af sygesikringen; begge disse opgørelser er uden de baggrundsoplysninger, der ligger i Danmarks Statistiks registre.

### **7.4 Intern konsistens**

Der er intern konsistens.

## **8 Tilgængelighed**

Statistikken udgives i [Nyt fra Danmarks Statistik](#). I Statistikbanken offentliggøres statistikken under emnet [Lægebesøg](#). Se mere på statistikken [emnesiden](#).

### **8.1 Udgivelseskalender**

Udgivelsestidspunktet fremgår af udgivelseskalenderen. Datoen bekræftes i ugerne forinden.

### **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.

### **8.2 Udgivelseskalender - adgang**

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

### **8.4 NYT/Pressemeddelelse**

Statistikken udgives i [NYT fra Danmarks Statistik](#).

### **8.5 Publikationer**

Statistikken indgår ikke i selvstændige publikationer.

## 8.6 Statistikbanken

Statistikken offentliggøres i Statistikbanken under emnet [Lægebesøg](#) i følgende tabeller:

- [SYGK2](#): Lægebesøg mv. med offentlig tilskud efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGK1](#): Lægebesøg mv. med offentlig tilskud efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGKS1](#): Lægebesøg mv. med offentlig tilskud (detaljeret) efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGKS2](#): Lægebesøg mv. med offentlig tilskud (detaljeret) efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGP2](#): Personer med kontakt til læge mv. med offentlig tilskud efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGP1](#): Personer med kontakt til læge mv. med offentlig tilskud efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGPS1](#): Modtagere af ydelser i forbindelse med lægebesøg mv. efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGPS2](#): Modtagere af ydelser i forbindelse med lægebesøg mv. efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGUS2](#): Offentlige udgifter ved lægebesøg mv. (detaljeret) efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGUS1](#): Offentlige udgifter ved lægebesøg mv. (detaljeret) efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGU1](#): Offentlige udgifter ved lægebesøg mv. efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGU2](#): Offentlige udgifter ved lægebesøg mv. efter område, ydelsesart, alder, køn og tid
- [SYGUDD](#): Lægebesøg efter nøgletal, ydelsesart, uddannelsesniveau, køn, alder og tid
- [SYGARB](#): Lægebesøg efter nøgletal, ydelsesart, arbejdsmarkedstilknytning, køn, alder og tid
- [SYGHER](#): Lægebesøg efter nøgletal, ydelsesart, herkomst, køn, alder og tid
- [SYGIND](#): Lægebesøg efter nøgletal, ydelsesart, indkomstniveau, køn, alder og tid
- [SYGSIK](#): Befolkningen efter område, sygesikringsgruppe og tid
- [LIGEHB6](#): Lægebesøg hos praktiserende læge efter område, køn, alder, familietype og tid
- [PAAROE30](#): Befolkningens kontakt til praktiserende læge (0-17 år) efter relation, nøgletal, alder, køn og tid
- [PAAROE31](#): Befolkningens kontakt til praktiserende læge (18 år eller derover) efter relation, nøgletal, alder, køn og tid

### Ligestillingsindikator, lægebesøg

- [LIGEHI6](#): Ligestillingsindikator for lægebesøg hos praktiserende læge efter indikator, område, alder, familietype og tid

## 8.7 Adgang til mikrodata

Adgang til anonymiserede mikrodata kan kun fås via [Danmarks Datavindue](#).

## 8.8 Anden tilgængelighed

Ikke relevant for denne statistik.

## 8.9 Diskretoneringspolitik

I forbindelse med offentliggørelser af Lægebesøg følges Danmarks Statistiks datafortrolighedspolitik, se: [Datafortrolighedspolitik](#).

## 8.10 Diskretonering og databehandling

Statistikken er diskretoneret ved hjælp af Tau-Argus og har et diskretoneringsniveau på 3 personer. Tau-Argus sletter ikke kun celler med færre end 3 personer, men også celler, hvor det er muligt at udlede disse tal indirekte. Dette kaldes sekundær diskretonering. Dog er tabellerne SYGPS1, SYGKS1, SYGUS1, SYGPS2, SYGKS2 og SYGUS2 kun primært diskretoneret.

## 8.11 Reference til metodedokumenter

Statistikens grundlag og indhold er beskrevet i [Statistiske Efterretninger, Sociale forhold, sundhed og retsvæsen](#). Statistiske Efterretninger for 2012 er den sidste version heraf.

## 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 Social og Sundhed, Personstatistik. Kontaktpersonen for statistikken er Jonas Kirchheiner-Rasmussen, tlf.: 61 50 23 80 og e-mail: RAS@dst.dk.