Center for Sundhed og
Koncern Sundhed

POLITIKERSPØRGSMÅL

Spørgsmål nr.: FRR-050-26
Dato: 17. august 2026
Stillet af: Randi Mondorf (V)
Besvarelse udsendt den: 10. september 2026

FRR-spørgsmål vedr. benyttelses-grad i almen praksis

Motivation og spørgsmål:

I forbindelse med "Strategi for Almen Praksis" præsenteres tal for hvor mange kapaciteter et sundhedsråd har og bør have jvf. en teknisk fordelingsmekanisme fra Sundhedsstyrelsen. Den beregning resulterer i en vurdering af, at der er underkapacitet i nogle sundhedsråd og overkapacitet i andre sundhedsråd.

Eftersom jeg ofte oplever henvendelser om, at det ikke er så hurtigt eller let at få en tid, såfremt det ikke er akut, - heller ikke i sundhedsråd med overkapacitet, så har jeg følgende spørgsmål:

1) Foreligger der reelle, virkelighedsdata i form af faktuelle registreringer af brug af almen praksis? Altså en form for "benyttelsesgrad"? Det må være vigtigt at vide om der reelt er ledig kapacitet/ledige tider, eller borgerne rent faktisk bruger deres mulighed for at komme til lægen.

2) Er det beregnede sygdomstyngde tal baseret på, at borgerne går til læge "den rigtige gang", altså kun når de er reelt syge? Eller indeholder begrebet også et antal "forgæves besøg", hvor det ikke er behandlingskrævende. Hvordan skal borgeren vide hvilken gang der er den rigtige?

3) Foreligger der fra Sundhedsstyrelsens side vurderinger/analyser af sammenhængen mellem tilgængelig kapacitet i Almen Praksis og sundhedstilstanden? Altså en sammenhæng / kausalitet mellem tilgængelighed og sundhed? Man kunne jo antage, at borgerne er mere raske fordi de har nemmere adgang til en læge. Det er jo den antagelse, der ligger til grund for at øge kapaciteten hvor der er flest syge borgere. Så jeg antager, at Sundhedsstyrelsen har lavet nogle analyser, der støtter den sammenhæng?

Svar:

Ad. 1. Foreligger der reelle, virkelighedsdata i form af faktuelle registreringer af brug af almen praksis? Altså en form for "benyttelsesgrad"? Det må være vigtigt at vide om der reelt er ledig kapacitet/ledige tider, eller borgerne rent faktisk bruger deres mulighed for at komme til lægen.

Regionen har ikke adgang til løbende data om fx ”benyttelsesgrad”, ”antal ledige tider” og ”ventetid” mv., da praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, hvis virksomhed dels er baseret på en overenskomst mellem Regionernes Lønning- og Takstnævn (RLTN) og PLO, og dels er reguleret i sundhedsloven.

Almen praksis afregner deres ydelser med regionen via fastsatte ydelseskoder, der er fastsat med overenskomsten. Ydelsesregistreringen viser, hvilken type kontakt patienten har haft med den enkelte praksis, men giver ikke oplysninger om patientens samlede benyttelsesgrad af praksissen eller om, hvilken behandling der eventuelt er sat i gang på baggrund af kontakten.

Det er jf. bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almen medicinske tilbud, sundheds- og kirkeministeren, der fastsætter antallet af lægekapaciteter, som må være udmøntet indenfor sundhedsrådenes geografiske områder på baggrund af den nationale fordelingsmodel.

Regionsrådet skal planlægge kapaciteten af de almenmedicinske tilbud inden for de rammer, der er fastsat nationalt.

Det Forberedende Regionsråd godkendte den 18. august 2026 i forbindelse med behandlingen af sagen om kompetencefordeling og principper for kapacitetsplanlægning af det almenmedicinske tilbud for 2027 og frem, at kapacitetsplanlægningen skal tage udgangspunkt i følgende overordnede principper:

- Kapacitetsplanlægningen skal understøtte borgernes mulighed for at vælge mellem mindst to almenmedicinske tilbud inden for hhv. 15 km og 5 km i tættere bebyggede områder som København og Frederiksberg, jf. bekendtgørelsen om valg og skift af praktiserende læge.
- Områder med svag lægedækning og størst behov for kapacitetstilførsel prioriteres

- Planlægningen tilrettelægges på baggrund af den nationale models beregninger samt en løbende databaseret analyse af den aktuelle lægedækning.

I den databaserede analyse af lægedækningen vil administrationen bl.a. se på fordelingen af praksis, der er hhv. åbne og lukkede for tilgang af nye patienter.

Ad. 2. Er det beregnede sygdomstyngde tal baseret på, at borgerne går til læge "den rigtige gang", altså kun når de er reelt syge? Eller indeholder begrebet også et antal "forgæves besøg", hvor det ikke er behandlingskrævende. Hvordan skal borgeren vide hvilken gang der er den rigtige?

Fundamentet for den nationale fordelingsmodel er en estimering af befolkningens behandlingsbehov ud fra borgernes demografiske, helbredsmæssige og socioøkonomiske karakteristika.

Sundhedsdatastyrelsen har i rapporten "Den nationale fordelingsmodel for læger i det almen medicinske tilbud" fra 2025 beskrevet, hvordan det beregnede behandlingsbehov estimeres.

Af rapporten fremgår bl.a.:

"Det beregnede behandlingsbehov for hver enkelt borger estimeres først på baggrund af borgernes demografiske, helbredsmæssige og socioøkonomiske karakteristika. Betydningen af borgernes karakteristika fastsættes ud fra den beregnede sammenhæng mellem deres karakteristika og deres historiske forbrug af ydelser i det almenmedicinske tilbud. På baggrund af den beregnede sammenhæng mellem hvert karakteristikum og historisk forbrug fastsættes en "sygdomsvægt" for hver borger. Denne sygdomsvægt angiver, hvor stort borgerens behandlingsbehov beregnes at være i forhold til en gennemsnitlig persons behandlingsbehov.

Det historiske forbrug af ydelser i det almenmedicinske tilbud anvendes som en approksimation af borgeres behandlingsbehov. En tilsvarende fremgangsmåde benyttes i andre lande fx England. Fordelen ved at benytte historisk forbrug som approksimation af borgernes behandlingsbehov er, at historisk forbrug baseres på de ydelser, som borgerne faktisk har modtaget hos deres læge i det almenmedicinske tilbud.

Hele rapporten kan findes her: Den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud

Ad. 3. Foreligger der fra Sundhedsstyrelsens side vurderinger/analyser af sammenhængen mellem tilgængelig kapacitet i Almen Praksis og sundhedstilstanden? Altså en sammenhæng / kausalitet mellem tilgængelighed og sundhed? Man kunne jo antage, at borgerne er mere raske fordi de har nemmere adgang til en læge. Det er jo den antagelse, der ligger til grund for at øge kapaciteten hvor der er flest syge borgere. Så jeg antager, at Sundhedsstyrelsen har lavet nogle analyser, der støtter den sammenhæng?

Regionen har ikke umiddelbart kendskab til, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet analyser af sammenhængen mellem tilgængelig kapacitet i almen praksis og sundhedstilstanden. Der er derfor rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen. Svar fra Sundhedsstyrelsen eftersendes.