

**Statistikdokumentation for
Lægebesøg mv. 2016**

1 Indledning

Statistikken belyser sammenhængen mellem sociale forhold og det offentlige primære sundhedsvæsen. Opgørelserne blev første gang udarbejdet for året 1987 på grundlag af Danmarks Statistiks sygesikringsstatistikregister, der bygger på årlige udtræk fra Det fælleskommunale Sygesikringssystem, som bruges af regionerne (tidligere amtskommunerne) ved afregning af sygesikringsydelser med de enkelte ydere (fx læger, tandlæger mv.). Statistikbanken indeholder data fra 1992. Med den nye Sundhedslov ophørte Sygesikring som begreb pr. 1. januar 2007, hvorfor statistikken blev omdøbt til Lægebesøg mv.

2 Indhold

Statistikken dækker besøg hos almenlæger, speciallæger og øvrige behandlere under det primære sundhedsvæsen. Statistikken omfatter antal kontakter (besøg inkl. fx e-mail-konsultationer), de hermed forbundne udgifter i det offentlige sygesikringssystem, og antal modtagere inden for et kalenderår. Kontakter er fx konsultationer hos alment praktiserende læger eller speciallæger, tandlægehjælp, behandlinger hos fysioterapeut eller kiropraktor mv., der afregnes gennem det fælleskommunale system.

2.1 Indholdsbeskrivelse

Statistikken opgør antal modtagere og kontakter samt de med ydelserne forbundne udgifter i det offentlige sygesikringssystem inden for et kalenderår. Statistikken omfatter de ydelser, fx konsultationer hos alment praktiserende læger eller speciallæger, tandlægehjælp, behandlinger hos fysioterapeut eller kiropraktor mv., der afregnes gennem det fælleskommunale system, hvorfor en del af de samlede udgifter i den offentlige sygesikring ikke indgår i opgørelserne (herunder medicintilskud, rejsesygesikring mv.).

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 speciale/ydelsesart kan genfindes i taktmapper på <http://okportal.dk/>

Endvidere bruges klassifikationer fra andre statistikområder:

- Socioøkonomisk status (selvstændige; medarbejdende ægtefæller; topledere; lønmodtagere på højeste niveau; lønmodtagere på mellemniveau; lønmodtagere på grundniveau; andre lønmodtagere; arbejdsløse; uddannelsessøgende; pensionister og efterlønsmodtagere; personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet; uoplyst) Bemærk socioøkonomisk status revideres i ny RAS som udkom maj 2015, hvor prioritering betyder, at der er flere uddannelsessøgende og færre børn. I Lægebesøg mv. 2014 er statistikken fordelt på socioøkonomisk gruppering genberegnet for 2009-2013.
- Indkomstniveau (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.
- Familietype (enlige uden hjemmeboende børn; enlige med hjemmeboende børn; par uden hjemmeboende børn; par med hjemmeboende børn)
- Herkomst (personer med dansk oprindelse; indvandrere; efterkommere)
- Geografi (kommuner; landsdele; regioner)

2.3 Sektordækning

Primære sundhedssektor i Danmark.

2.4 Begreber og definitioner

Kontakt: Kontakt er et lægebesøg som inkluderer både konsultationer i praksis, telefon- og e-mailkonsultationer og besøg i hjemmet. Ved et lægebesøg vil der være tale om én kontakt, men måske et større antal enkeltydelser.

Person med kontakt: Person som har haft kontakt/lægebesøg

Udgifter (offentlige) ved lægebesøg mv.: Udgifter i forbindelse med de ydelser personer med kontakt/lægebesøg har modtaget over sygesikringen.

2.5 Enheder

- Antal personer med kontakt/lægebesøg mv.
- Antal kontakter/lægebesøg
- Offentlige udgifter i 1.000 kr. ved ydelser
- Kontakter pr. person
- Andel (af befolkningen) med kontakt

2.6 Population

Kontakter (lægebesøg mv. - også telefon og email-konsultationer) i primær sundhedsvæsen.

2.7 Geografisk dækning

Danmark.

2.8 Tidsperiode

1992-

Tabeller i statistikbanken før 2006 ligger i Arkiv opdelt på perioderne 1992-1996 og 1997-2005

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 kalenderår, hvori ydelsen (kontakten og udgiften for personen) har fundet sted.

2.12 Hyppighed

Årlig.

2.13 Indsamlingshjemmel og EU regulering

Lov om Danmarks Statistik §6, jf. lovbekendtgørelse nr. 1189 af 21. december 1992 med de ændringer, der følger af §1 i lov nr. 295 af 2. maj 2000.

Der findes ingen EU-regulering for statistikken om Lægebesøg mv.

2.14 Indberetningsbyrde

Ikke relevant for denne statistik.

2.15 Øvrige oplysninger

[Lægebesøg](#).

3 Statistisk behandling

En gennemgang af overenskomstens takstmapper mht. nye ydelser medfører en angivelse om ydelsen skal henregnes som kontakt eller ej. Udover det honorar, der direkte er knyttet til en ydelse foretager Danmarks Statistik en særlig beregning for almene læger, som adderer basishonorar og praksisomkostningshonorarer. Formålet er at skabe en bedre sammenlignelighed mellem udgifterne til almene læger og speciallæger mv. De modtagne registeroplysninger behandles af et opdateret program til registerdannelse. Registerdata kobles med baggrundsdata fra Danmarks Statistik og opgørelser laves.

3.1 Kilder

Den primære kilde er Det fælleskommunale sygesikringssystem. Hertil kommer supplerende kilder som Takstmapper på ok-portal (ydelse) og beregning af praksisomkostningshonorar o.l.

Interne kilder:

- Befolkningsstatistikregistret (familietype, herkomst)
- Indkomststatistikregistret (indkomstniveau) for året før
- Registerbaseret Arbejdsstyrkestatistik (socioøkonomisk status) pr. november året før.

3.2 Indsamlingshyppighed

Årlig.

3.3 Indsamlingsmetode

Register.

3.4 Datavalidering

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

3.5 Databehandling

Antal kontakter beregnes ud fra antal ydelser og angivelsen af om ydelsen betragtes som en kontakt eller ej. Fra og med 2006 er der foretaget en imputering af køn og alder for den mindre gruppe af børn, som registreres under den ledsagende voksnes personnummer. Kobling med øvrige data vedr. familieforhold, herkomst, socioøkonomisk status og indkomst. Personfiler dannes med aggregert antal kontakter og aggregeret bruttohonorar Statistikbanktabeller dannes på baggrund af ovennævnte datagrundlag.

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.

Der er et meget lille antal records, hvor kontakterne er negative. I 2008 er der 3.869 negative records, (hvilket svarer til 0,3 promille af samtlige records). I 2009 og 2010 er der hhv. 788 og 771 negative records. Dette skyldes afregningstekniske korrektioner i registret, dvs. ikke korrektioner, som foretages af Danmarks Statistik. 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.

4 Relevans

Statistikken vurderes at dække brugernes behov i vid udstrækning. Imidlertid er opgørelsen af tandlægekontakter især i periode 2013-2015 ikke optimal grundet takstmappeændringer. Det vurderes, at en udvidelse med lægemiddelforbrug kunne øge anvendeligheden.

4.1 Brugerbehov

- Brugere: Kommuner, regioner, ministerier, organisationer, private virksomheder og privatpersoner.
- Anvendelsesområder: Offentlige planlægningsformål, forskning og offentlig debat.

4.2 Brugertilfredshed

Ved udarbejdelse af større opgaver udsendes der et brugertilfredhedsskema til kunden.

Der er jævnligt kontakt med brugere enten pr. mail eller pr. telefon, og anførte brugerbehov og -synspunkter anføres i en log. Der er lejlighedsvis kontakt med Danske Regioner (RLTN), Dansk Tandlægeforening m.fl. vedr. statistikens kvalitet.

4.3 Fuldstændighed af data

Der er ingen forordninger eller guidelines på området.

5 Præcision og pålidelighed

Der er fuld dækning i registret og data er af forholdsvis høj kvalitet. Overenskomstændringer fra år til år kan gøre sammenligneligheden over tid vanskelig indenfor forholdsvis snævre områder. Opgørelsen af antallet af kontakter er afhængig af den konkrete opdeling af ydelser i sygesikringssystemet. I forbindelse med ændrede opdelinger kan visse ydelser, der rettelig burde opfattes som kontakter udgå.

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.

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

Målefejl ved ændringer i overenskomst, når det skal vurderes om nye ydelser er en kontakt eller ej. Målefejl, hvis der i registret optræder ydelser, som ikke optræder i takstmapper fra www.okportalen.dk.

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, beslutes og implementeres.

5.6 Kvalitetsvurdering

Det vurderes at data fra Det Fælleskommunale Afregningsregister (Sygesikringsregister) er af høj kvalitet med fuld dækning. Ændringer i overenskomstets ydelser fra år til år kan medføre nogen usikkerhed i beregningen af kontakter.

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 Lægebesøg 2014 foretaget revisioner i socioøkonomisk status fra 2009 og indkomstfordeling fra 2011 pga. revideret kildegrundlag.

Der er i december 2017 foretaget revision af psykologer 2011 pga. gentagne henvendelser fra brugere. Revisionen består i, at visse ydelseskoder 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.

6 Aktualitet og punktlighed

Statistikken offentliggøres 5-6 måneder efter årets udløb. Punktligheden er høj.

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.

Udgivelsestider de seneste år:

- 2016: 3 måneder, 11 dage
- 2015: 5 måneder, 2 dage
- 2014: 5 måneder, 3 dage
- 2013: 5 måneder, 12 dage
- 2012: 4 måneder, 15 dage
- 2011: 5 måneder, 6 dage
- 2010: 8 måneder, 0 dage
- 2009: 4 måneder, 20 dage

6.2 Publikationspunktlighed

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

7 Sammenlignelighed

Datagrundlag for opgørelser af lægebesøg mv. (Sygesikringsstatistik) er det samme Fælleskommunale Afregningsregister. 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 forklares ud fra metode og afgrænsning. Det overordnede billede er entydigt.

7.1 International sammenlignelighed

Det er ikke umiddelbart muligt at sammenligne direkte med international statistik. 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 OECS' 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 årene 1984, 1985 og 1986 hviler register på et 10 pct.-udsnit, der rummer ydelser til personer født den 14., 15. eller 16. i en måned; fra og med 1987 dækker registret samtlige ydelser og personer, der dækkes af aftalerne mellem regionerne og de organisationer, der repræsenterer de forskellige ydere. Hvor det oprindeligt typisk var læger, der havde aftaler med de tidligere amter, har en række nye ydere, fx psykologer og fysioterapeuter gennem årene indgået aftaler og indgår dermed i opgørelserne.

Specielt opgørelsen af antal kontakter kan give problemer ved sammenligning over tid. Der har over tiden været benyttet flere metoder til konkret at afgrænse de ydelser, der skal opfattes som kontakter. Dette har givet et vist databrud både i antallet af kontakter specielt mellem årene før 2005 og fra 2006 og fremefter. Fra 2006 er foretaget en revision i beregningen af kontakter.

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. For tandlægebesøg er det første besøg (med undersøgelse), som er registreret som kontakt, mens øvrige besøg i samme behandlingsforløb ikke registreres som kontakter.

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. For ridefysioterapi vil beregningen være usikker af samme grunde som for fysioterapi.

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..

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

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. Derudover er antallet af kontakter til psykolog 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 2012 er medregnet et yderligere antal ydelseskoder for psykologer, som ikke er eksplicit nævnt i takstmappen. Disse ydelseskoder er ikke medtaget i tidligere år, hvorfor udviklingen fra 2011 til 2012 hvad angår psykologer er overvurderet.

I 2012 er på Bornholm kontakter til almen læge undervurderet med ca. 112.000, grundet pilotprojekt. Tolkebistand optræder i takstmappen i 2012 og giver ikke anledning til ændring i antallet af kontakter. Det er efter en nøjere vurdering besluttet ikke at medtage udgifterne til tolkebistand i 2012.

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 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 2014 blev socioøkonomiske grupper (soc_stil til soc_status) revideret i RAS, perioden 2009-2013 er genberegnet. Der er tale om et brud i den socioøkonomiske gruppering mellem 2008 og 2009. I 2014 blev indkomstregistret revideret, perioden 2011-2013 er genberegnet, men det har ikke haft nævneværdig effekt på fordelingen på indkomstkvarterer.

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

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.

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.

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.

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. Sundhedsstyrelsen har tidligere udgivet periodisk statistik vedrørende befolkningens brug af sygesikringen; begge disse opgørelser er uden de baggrundsoplysninger, der ligger i Danmarks Statistiks Sygesikringsstatistikregister. På <http://www.sundhedsdata.sst.dk> har Sundhedsstyrelsen indlagt en række detaljerede tabeller om sygesikring. Afgrænsninger og definitioner er ikke overalt de samme som i Danmarks Statistiks opgørelse. Forskellen vedrører især ydelser vedr. forebyggelse mv., som sundhedsstyrelsen ikke medtager. Danske Regioner laver også opgørelse over lægebesøg mv.

7.4 Intern konsistens

Der er intern konsistens.

8 Tilgængelighed

Nyt fra Danmarks Statistik og Statistikbanken, <https://www.dst.dk/stattabel/1316>

Årspublikationer (udvalgte afsnit): Statistisk årbog og Statistisk Tiårsoversigt.

Tidsskriftet Sociale forhold, sundhed og retsvæsen (Statistiske Efterretninger) serie Lægebesøg mv. udkom sidste gang for året 2012.

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

Link til NYT fra Danmarks Statistik kan findes på emnesiden: [Lægebesøg mv.](#)

8.5 Publikationer

Statistikken præsenteres i de årlige publikationer Statistisk Tiårsoversigt, Statistisk Årbog og Danmark i tal, der kan findes på [Danmarks Statistiks hjemmeside](#).

8.6 Statistikbanken

[Tabeller i Statistikbanken](#)

8.7 Adgang til mikrodata

Adgang til anonymiserede mikrodata kan kun fås via Danmarks Statistiks Forskningsservice.

8.8 Anden tilgængelighed

Der er ikke særskilte begrænsninger i adgangen til data. Sygesikringsregistret med afidentificerede mikrodata ligger i PSD (DST intern database) og som Moduldata (DST intern), og data kan gøres tilgængelige for medarbejdere i fx Forskningsservice og Kundecenter efter ansøgning herom.

8.9 Diskretioneringspolitik

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

8.10 Diskretionering og databehandling

Statistikken offentliggøres ikke på så detaljeret niveau, at enkeltindivider kan identificeres.

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. Indholdet i Sygesikringsregistret er desuden dokumenteret i Danmarks Statistiks dokumentationssystem (TIMES) herunder udvalgte variable som [Højkvalitetsdokumentation](#).

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 Privatøkonomi og Velfærd. Den statistikansvarlige er Kamilla Heurlén, tlf. 39 17 34 93, e-mail: kah@dst.dk

9.1 Organisation

Danmarks Statistik

9.2 Kontor, afdeling

Privatøkonomi og Velfærd, Personstatistik

9.3 Kontaktpersonens navn

Kamilla Heurlén

9.4 Kontaktpersonens funktion

Statistikansvarlig

9.5 Adresse

Sejrøgade 11, 2100 København Ø

9.6 E-mailadresse

kah@dst.dk

9.7 Telefonnummer

39 17 34 93

9.8 Faxnummer

39 17 39 99