



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
W [sum.dk](http://sum.dk)

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 27. juni 2013  
Enhed: Primær Sundhed  
Sagsbeh.: SUMSEB  
Sags nr.: 1303261  
Dok nr.: 1248677

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 8. maj 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 625 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Stine Brix (EL).

Spørgsmål nr. 625:

"Ministeren bedes oversende en orientering om hhv. den svenske og den norske model for det primære sundhedsvæsen, svarende til dansk almen praksis, herunder hvordan de adskiller sig fra den danske".

Svar:

Nedenfor følger en kort beskrivelse af organiseringen vedrørende almen medicinske ydelser i Norge og Sverige. Det skal bemærkes, at beskrivelsen bygger på allerede eksisterende kilder (f.eks. analyser fra WHO, Dansk Sundhedsinstitut, Implement), og at det ikke indenfor rammerne af besvarelsen af dette alm.del. spørgsmål har været muligt at foretage yderligere undersøgelser af de faktuelle forhold vedrørende organiseringen af de almen medicinske ydelser i Norge og Sverige.

#### Norge

Efter sygehusreformen i 2002 og etableringen af "regionale helseforetak" og "producerende helseforetak" finansieres selve sygehusystemet i Norge via det nationale budgetsystem (Finansloven) og dermed gennem nationalt udskrevne skatter.

Samhandlingsreformen, der trådte i kraft fra 2012, giver væsentligt flere sundhedsopgaver til de 428 kommuner. Samtidig har reformen givet kommunerne en større del af finansieringsansvaret på sundhedsområdet særligt, for så vidt angår 1) det almene medicinske område, 2) rehabilitering med særligt fokus på den ældre medicinske patient, og 3) borgere/patienter med langvarige og sammensatte problemer, herunder også kroniske patienter.

#### *Organisering*

Praksislægerne i Norge fungerer som gatekeeper i forhold til resten af sundhedsvæsenet, og patienterne er – som i Danmark – tilmeldt en fast læge. Praksislægerne er private erhvervsdrivende og har driftsoverenskomst med kommunerne. De helt væsentlige sundhedsopgaver, der varetages via kommunerne, omfatter ældrepleje- og omsorg, men i øget udstrækning også egentlige udrednings- og behandlingsopgaver. Tilstedeværelsen af kommunale læger, tilknyttet plejehjem eller ældreområdet, skaber en del af fundamentet for den udvikling.

Der er først og fremmest et stærkt fokus på fysisk at holde sammen på forskellige former for sundhedskapacitet, hvor relativt dyre, specialiserede ressourcer, herunder læger, kan anvendes på tværs af flere former for indsatser – eksempelvis vil en almen medicinsk læge eller en specialiseret sygeplejerske med kompetencer inden for det geriatriske område være relevant i sammenhæng med eksempelvis en intermedier enhed (svarende til f.eks. aflastnings- og akutpladser i Danmark) i tilknytning til rehabiliteringsforløb samt i forbindelse med mindre udrednings- og behandlingsopgaver. For det andet er der samtidig et stærkt fokus på at udvikle den kapacitet, der anvendes i borgerens nærmiljø særligt af borgere med kronisk sygdom eller ældre med behov for social og sundhedsmæssig støtte.

### *Finansiering*

Samhandlingsreformen indebærer en væsentlig større kommunal og primærsektoriel varetagelse af sundhedsopgaver. Indenfor nogle nationalt fastlagte rammer kan kommunerne pålægge brugerbetaling i forskellige sammenhænge, herunder også på sundhedsområdet (der er således egenbetaling for praksislægebesøg, kontakter via lægevagtsordningen, hjemmetjenester mv.). Samhandlingsreformen sigter også imod mere forpligtende samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunerne, bl.a. gennem en bestemmelse i loven om, at kommunerne kan pålægge en læge at løse opgaver i op til 7,5 timer om ugen i f.eks. skolesundhedstjenesten, på lejecentre og i fængsler.

Samtidig finansieres kommunernes opgavevaretagelse bl.a. af øremærkede nationale tilskud, hvor det netop er hensigten at påvirke kommunerne prioriteringsmæssigt.

### Sverige

Sverige har et skattebaseret sundhedssystem, som omfatter hele befolkningen. Hovedparten af sundhedsudgifterne finansieres således via skatter, resten udgøres af brugerbetaling og forsikringer. Frivillige forsikringer tegnes kun i begrænset omfang, og ca. 90 pct. af forsikringerne er tegnet af arbejdsgivere.

Staten har ved lovgivning fastsat, hvor meget en borger maksimalt må betale for en tolv måneders periode, og regionen beslutter herudfra faste brugerbeta-linger for de forskellige sundhedsydelse.

Organiseringen af sundhedstjenesten i Sverige er meget forskellig fra region til region, og nedenstående beskrivelse tager udgangspunkt i Region Skåne.

### *Organisering*

De praktiserende læger i Sverige har ikke, til forskel fra de andre nordiske lande, en gatekeeper funktion. I et forsøg på at påvirke patienternes efterspørgsel er brugerbetalingen ved besøg hos en alment praktiserende læge dog mindre end ved besøg på sygehus.

De primære sundhedstjenester i Skåne findes først og fremmest på de ca. 100-120 lokale vårdcentraler og andre enheder for primære sundhedstjenester, som har eget resultatansvar. Den alment praktiserende læge kan have sin praksis både i en offentlig vårdcentral eller i privat regi. Størstedelen af det svenske sundhedspersonale er offentligt ansatte.

Der findes to typer af offentligt finansierede private alment praktiserende læger. Der er dels de læger, der arbejder under "lagen om läkarvårdsersättning", hvor aflønningen er nationalt fastlagt, og virksomheden kontrolleres af staten, og dels de læger eller enheder, der laver en specifik aftale med "distriktsnämndet". De læger, der indgår aftale med, aflønnes efter en aktivitetsbaseret finansieringsmodel. En del af de privatpraktiserende læger arbejder under samme aftale som de offentlige familielæger. Hos de offentligt finansierede private læger er brugerbetalingen den samme som ved de offentlige vårdcentraler. I Sverige findes der kun få private læger, der ikke finansieres af det offentlige. Private læger må ikke få ansættelse i det offentlige, de skal arbejde fuldtid i den private praksis og være under 65 år. Disse regler kan dog fraviges med særlige aftaler.

#### *Finansiering*

Alle de offentlige vårdcentraler i Skåne er familielægevirksomheder og arbejder under den samme aftale. Aflønningen til familielægevirksomhed består af to dele: Fast aflønning, som udgør den største andel, samt aktivitetsbaseret aflønning. Den faste aflønning baseres for det første på antal listede patienter. Der gives et fast beløb per aldersvægtede point. Pointsystemet er inddelt i fire aldersklasser, hvor der gives 1,5 point for de 0-6 årige, 1,0 point for de 7-64 årige, 2,0 point for de 65-79 årige og 4,0 point for de 80+ årige. For det andet udgøres den faste aflønning af områdeansvar, heriblandt til lægeindsats i kommunerne og til patienter, der ikke er listede eller er på besøg i området. Dele af områdeansvarsbeløbet kan af distriktsnämndet afsættes til målrettede opgaver.

De private praktiserende læger har aktivitetsbaseret aflønning, hvilket også er delvist indført for de offentlige vårdcentraler.

#### *Personale på vårdcentralerne*

Alle de skånske vårdcentraler har mindst to alment praktiserende læger ansat og over halvdelen har mellem 5-10 læger ansat. Derudover er der beskæftiget adskillige faggrupper. Der er på næsten alle offentlige vårdcentraler ansat sygeplejersker, underskoterska (en toårig uddannelse på gymnasieniveau) og lægesekretærer. På omkring 2/3 af vårdcentralerne er der fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere, og omkring 1/3 af vårdcentralerne har psykologer og jordemødre. De største vårdcentraler har endvidere diætister, bioanalytikere og talepædagoger

Distriktsygeplejersker spiller en særlig rolle, da patientens første kontakt med sundhedssystemet i mange tilfælde er deres ansvar. På alle skånske vårdcentraler er der distriktsygeplejerskemodtagning. I vårdcentralen tager distriktsygeplejersken imod patienten, og sygeplejersken vurderer, hvorvidt det er nødvendigt med undersøgelse hos en af vårdcentralens læger eller med henvisning til sygehuset, eller om patienten kan nøjes med at møde op hos sygeplejersken. Sygeplejersken behandler og kontrollerer, så længe det drejer sig om mindre ting. Derudover er sygeplejerskerne involveret i hjemmebesøg. Formelt har sygeplejerskerne ikke noget selvstændigt ansvar, men arbejder under rådgivning fra lægerne.

På størstedelen af vårdcentralerne er der diabetes- og astma-sygeplejersker med egen konsultation og eget bookingsystem. Typisk bliver patienterne ud-

redt hos den alment praktiserende læge. Herefter ligger alle patientens besøg hos specialistsygeplejersken med undtagelse af akutte besøg og et årligt kontrolbesøg hos lægen. Udover at gå til kontrol hos specialistsygeplejersken er sygeplejerskens opgaver at give støtte og vejledning, eksempelvis informere patienten om forebyggelse af astmaanfald og vejlede i inhalationsteknikker og medicin.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt