

Til lovforslag nr. L 196. Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 27. april 1989

Betænkning

over

Forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring

Udvalget har behandlet lovforslaget i nogle møder og har herunder stillet spørgsmål til sundhedsministeren, som denne har besvaret skriftligt.

Udvalget har endvidere modtaget skriftlige henvendelser fra:

Dansk Epilepsiforening,
De Samvirkende Invalideorganisationer,
Hansen, Bodil Munk, farmaceut,
Repræsentanter for 5 storkøbenhavnske
apoteker og
Vejle Svane-Apotek.

Der er af sundhedsministeren stillet ændringsforslag, hvorom henvises til de ledsagende bemærkninger.

Nogle af udvalgets spørgsmål og sundhedsministerens besvarelse heraf er optrykt som bilag til betænkningen.

Herefter indstiller et *flertal* (Det Konservative Folkepartis, Venstres, Fremskridtspartiets, Det Radikale Venstres, Centrum-Demokraternes og Kristeligt Folkepartis medlemmer af udvalget) lovforslaget til *vedtagelse* med det stillede ændringsforslag.

Ministeren har over for udvalget oplyst, at egenbetalingsgrænsen på 800 kr. ikke gælder for pensionister, der modtager personligt tillæg til dækning af medicinudgifter efter § 17, stk. 1, i lov om social pension. Pensionister med medicinkort vil således også fremover opnå sædvanligt tilskud efter sygesikringsloven til alle tilskudsberettigede lægemidler, de får ordineret,

uanset størrelsen af den personlige tillægsprocent for den enkelte pensionist, og uanset om udgifterne overstiger 800 kr. om året eller ej.

Flertallet lægger vægt på, at regeringen har bebudet en nedsættelse af den månedlige grænse i henhold til bistandsloven for kronisk syges egenbetaling for tilskudsberettigede lægemidler fra 500 kr. til 300 kr.

Flertallet har endvidere noteret sig, at der ikke på centralt eller amtskommunalt plan skal foretages en fortløbende registrering af enkeltpersoners køb af lægemidler.

Det er flertallets opfattelse, at de ekspederede recepter bør udgøre den egentlige dokumentation for afholdte udgifter i relation til egenbetalingsgrænsen.

Det er endvidere flertallets opfattelse, at administration af egenbetalingsgrænsen såvel af hensyn til patienternes bekvemmelighed som ud fra administrative hensyn bør varetages af apotekerne, der i dag administrerer den gældende medicintilskudsordning.

Hensynet til den praktiske administration af ordningen på apotekerne og sikring af patientens bevis for afholdte udgifter taler for, at patienten forsynes med et kvitteringskort, hvor apoteket påfører afholdte udgifter til tilskudsberettiget medicin. På kvitteringskortet opføres alene det afholdte beløb samt dato og apotekets kvittering.

Afhentes medicinen på apotek af patienten eller af en person, der kan handle for patienten, kan de afholdte udgifter umiddelbart påføres

Bet. o. lovf. vedr. offentlig sygesikring

det medbragte kort, ligesom det kan konstateres, om egenbetalingsgrænsen er overskredet. Ved udbringning af medicin til patientens bopæl eller ved udlevering gennem håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder, hvor der ofte vil være tale om telefonisk ekspederede recepter, vil patienten, medmindre apoteket er bekendt med patientens tilskudsstatus, i første omgang skulle betale den fulde pris for lægemidlet. Ved henvendelse på apoteket vil det afholdte beløb efterfølgende blive påført kortet og eventuelt tilskud udbetalt til patienten.

Flertallet lægger vægt på ministerens oplysning om, at der i tilfælde, hvor patienten overskrider egenbetalingsgrænsen ved køb af flere lægemidler med forskellig tilskudssats, vil blive anlagt den for patienten mest gunstige beregning af tilskud.

Flertallet finder det nødvendigt, at sundhedsministeren lader foretage en vurdering af de sundhedsmæssige og økonomiske konsekvenser af nyordningen.

Et *mindretal* (Socialdemokratiets medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling. Mindretallets indstilling er begrundet i de sundhedsfaglige, sociale og administrative virkninger af det foreliggende lovforslag.

Sundhedsmæssigt skal selvriskoen på 800 kr. ved køb af receptpligtig medicin ses i sammenhæng med den netop gennemførte overførsel af en lang række præparater fra receptpligt til håndkøb med samtidig tab af tilskud. Der vil være en åbenlys risiko for, at manges nødvendige medicinforbrug påvirkes i negativ retning af en sådan forhøjelse af medicinudgifterne.

Regeringen og dens støttepartier har gjort meget ud af at opregne de sociale kompensationer, som er indeholdt i lovforslaget. Selv om opregningen fylder meget, er det reelle indhold yderst beskedent.

Følgende patientgrupper er friholdt:

1. Patienter, der modtager hjælp til dækning af medicinudgifter efter bistandslovens § 46 a. Denne gruppe er lille, og en selvrisiko på 800 kr. for denne gruppe vil naturligvis være

meningsløs, idet de 800 kr. i givet fald blot måtte afholdes over bistandsloven.

2. Handicappede børn eller voksne, der er berettigede til hjælp efter bistandslovens § 48.
3. En lille gruppe af svært kronisk syge, der på grund af en varig lidelse har et forbrug af lægeordineret medicin med en egenudgift på mere end 3.600 kr. om året.
4. Pensionister med medicinkort.

De friholdte patientgrupper er, som det kan ses, meget afgrænsede.

Alle kronisk syge – på nær den ovenfor nævnte lille persongruppe – vil fuldt ud blive ramt af selvriskoen. Det samme gælder 1/4 af landets pensionister. Mindretallet har også bemærket de store grupper af borgere, som helt er holdt uden for fritagelsesbestemmelser. Det gælder sygedagpengemodtagere, arbejdsløse, efterlønsmodtagere og lavtlønnede. End ikke medicin til syge børn er fritaget for selvrisiko.

Der er tale om en ren merskat på sygdom på 630 mio. kr.

Om de administrative besværligheder for borgere og apoteker henvises i sin helhed til den i bilaget til betænkningen optrykte udtalelse fra Danmarks Apotekerforening samt bemærkningerne til ændringsforslaget fra sundhedsministeren.

Lovforslaget er sundhedsmæssigt uforsvarligt, acocialt og administrativt helt uhåndterligt.

Et *andet mindretal* (Socialistisk Folkepartis medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling.

Lovforslaget indebærer, at regeringen og dens støttepartier lægger endnu en skat på sygdom ved denne øgede brugerbetaling på lægeordineret medicin. Under udvalgsbehandlingen har det ikke været muligt at få anden begrundelse for indførelsen af den øgede egenbetaling end den rent skatteprovenumæssige. Vi må således konstatere, at regeringen m.fl. ønsker at lade patienternes betalingsevne være afgørende for adgangen til medicin, hvor man i stedet kunne skaffe samme provenu dels ved at indskærpe lægerne kun at ordinere strengt nødvendig medicin, dels ved at begrænse medicin-

fabrikanters og distributørers fortjeneste.

I bemærkningerne til lovforslaget forudsættes, at administrationen af 800 kr.'s-grænsen for ret til medicintilskud tilrettelægges efter forhandling mellem Sygesikringen og Sundhedsministeriet. Til dette har ministeren stillet et ændringsforslag, der vil give ministeren enevældig myndighed over såvel administration og udbetaling af tilskud som udstedelsen af regler for apotekernes medvirken ved administrationen. Det betyder, at fremtidige tilskuds-satser kan ændres rent administrativt efter offentliggørelse i Statstidende. En sådan bemyndigelse vil kunne skjule eventuelle yderligere indgreb i medicintilskuddet. Det kan Socialistisk Folkeparti ikke medvirke til.

Under udvalgsbehandlingen har en række brancheforeninger redegjort for de vanskeligheder, der vil opstå på apotekerne ved administrationen af 800 kr.'s-grænsen. Således som regeringen har beskrevet administrationsformen i bemærkningerne til ændringsforslaget til lovforslaget, er der ikke på nogen måde taget hensyn til disse problemer. Socialistisk Folkeparti kan ikke medvirke til det øgede bureaukrati, som disse ordninger vil medføre.

Endelig har overførslen af receptpligtig medicin til håndkøb indgået i udvalgsbehandlingen, selv om selve forslaget kun omtales i den skriftlige fremsættelse af lovforslaget og allerede pr. 27. marts 1989 er blevet gennemført efter offentliggørelse i Statstidende. Den afgørende konsekvens af dette er, at regeringen m.fl. hermed fratager syge mennesker med behov for gigtmedicin, astmamedicin, mavesårsmedicin m.m. alle former for tilskud, også de tilskud, der ellers kan gives til folke- og førtidspensionister samt til personer med varige lidelser. Dette er både menneskeligt og sundhedspolitisk uacceptabelt.

Ændringsforslag

Ahlmann-Ohlsen (KF) Grove (KF) Karen Højte Jensen (KF) Mejdahl (V)

Jørgen Winther (V) Pia Kjærsgaard (FP) fmd. Kirsten Lee (RV) Lis Noer Holmberg (CD)

Af sundhedsministeren, tiltrådt af et flertal (KF, V, FP, RV, CD og KRF):

Til § 1

1) Efter det under nr. 1 foreslåede nye stk. 6 til § 7 indsættes:

»Stk. 7. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om administration og udbetaling af tilskud efter stk. 1-5 og kan herunder fastsætte regler om apotekernes medvirken ved administrationen.«

Stk. 5-7 bliver herefter stk. 8-10.

Bemærkninger

Til nr. 1

Den praktiske administration af den nuværende medicintilskudsordning varetages af apotekerne efter overenskomst mellem Danmarks Apotekerforening og den offentlige sygesikring.

Regeringen finder det hensigtsmæssigt bl.a. af hensyn til forbrugerne, at medicintilskudsordningen fortsat administreres af apotekerne. Regeringen finder det endvidere påkrævet, at administrationen varetages efter samme principper overalt i landet, og at der tilvejebringes sikkerhed for, at samtlige apotekere deltager i administrationen.

Det er regeringens opfattelse, at de ekspederede recepter bør udgøre den grundlæggende dokumentation for de afholdte udgifter. Med henblik på dels at sikre patienterne bekvem dokumentation for afholdte udgifter, dels at lette administrationen af ordningen, bør patienterne forsynes med et kvitteringskort, hvorpå apoteket indfører den afholdte udgift til tilskudsberettigede lægemidler.

Det foreslås, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler i overensstemmelse hermed.

Inger Stilling Pedersen (KRF) Dorte Bennedsen (S) Anna-Marie Hansen (S)

Tove Lindbo Larsen (S) Torben Lund (S) nfm. Qvist Jørgensen (S) Ingrid Rasmussen (S)

Hanne Thanning Jacobsen (SF) Birgitte Husmark (SF)

Bilag**Nogle af udvalgets spørgsmål til sundhedsministeren og dennes svar herpå***Spørgsmål:*

Ministeren bedes anmode Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Sammenslutningen af Sociale Udvalg og Apotekerforeningen om en udtalelse om lovforslaget.

Svar:

Der vedlægges udtalelser fra Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen. Det bemærkes, at udtalelserne er afgivet på grundlag af et udkast til lovforslag om ændring af sy-

gesikringsloven. Lovforslaget er siden ændret, blandt andet således at pensionister med medicinkort foreslås undtaget fra egenbetalingsgrænsen, ligesom administrationen foreslås tilrettelagt således, at patienterne tilvejebringer bevis for afholdte udgifter ved forevisning af kvitteringer eller attesterede recepter.

Sundhedsministeriet har anmodet om udtalelser fra Apotekerforeningen og Sammenslutningen af Sociale Udvalg. Når disse foreligger, vil de blive tilsendt Sundhedsudvalget.

Amtsrådsforeningen i Danmark

Sundhedsministeriet

Den 6. januar 1989

Sundhedsministeriet har i skrivelse af 2. januar 1989 (4. kt. j. nr. 520-26/1988) fremsendt forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring, idet Sundhedsministeriet anmoder Amtsrådsforeningen om en udtalelse over forslaget.

Lovforslaget indebærer indførelse af en egenbetalingsgrænse for medicin. Patienten betaler herefter den fulde pris for lægemidler, indtil forbruget inden for ét år overstiger 800 kr., hvorefter der ydes tilskud efter sygesikringslovens regler til tilskudsberettigede lægemidler, der ordineres til patienten i den resterende del af året.

Lovforslagets § 1, nr. 2, indeholder en ændring af sygesikringslovens § 7, stk. 6, som indebærer, at medicintilskudsrådet udvides med et medlem beskikket af sundhedsministeren efter indstilling fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Af lovbemærkningerne fremgår det, at indførelse af en egenbetalingsgrænse på 800 kr. om året skønnes at medføre en besparelse for den offentlige sygesikring på omkring 765 mio. kr. på årsbasis i 1989-prisniveau. Det fremgår endvidere, at en del af bruttobesparelsen afsættes til sociale kompensationer med henblik på at friholde særlige patientgrupper for effekten af egenbetalingsgrænsen og dermed for en stigning i egenbetalingen.

I bemærkningerne til lovforslaget er angivet tre forslag til, hvordan egenbetalingsgrænsen kan administreres.

Det fremgår af lovforslaget, at loven træder i kraft den 1. juli 1989.

Sundhedsministeriet anmoder om at modtage eventuelle bemærkninger til lovforslaget snarest belejligt og efter omstændighederne senest den 9. januar 1989.

På grund af den korte svarfrist har det ikke været muligt at fremlægge sagen for Amtsråds-

foreningens politiske udvalg, hvorfor der må tages forbehold for efterfølgende bemærkninger fra Amtsrådsforeningen.

Forslaget om egenbetalingsgrænse på 800 kr. indebærer efter Amtsrådsforeningens opfattelse en overordentlig stor usikkerhed, om besparelsesmålet opnås, og kræver etablering af muligheder for at kontrollere, at der ikke ydes uberegtigede tilskud.

Indførelse af egenbetalingsgrænse på 800 kr. kræver således etablering af en edb-baseret administration, der også vil kunne belyse egenbetalingsgrænsens virkninger.

De hermed forbundne udgifter vil beløbe sig til et to-cifret millionbeløb.

Det er således efter en teknisk bedømmelse af lovforslaget Amtsrådsforeningens opfattelse, at en besparelse i den anslåede størrelsesorden på udgifterne til lægemidler mere sikkert og mindre administrativt belastende kunne opnås på andre måder end gennem indførelse af en egenbetalingsgrænse.

Der kan her peges på elementer i lovforslag nr. L 80 om ændring af lov om offentlig sygesikring, der blev fremsat af sundhedsministeren den 2. november 1988.

Amtsrådsforeningen vil være indstillet på at indgå i drøftelser herom.

Det er efter Amtsrådsforeningens opfattelse tvingende nødvendigt med en hurtig afklaring af, hvorledes ordningen skal tilrettelægges og administreres, og udgifterne til administrationen må efter Amtsrådsforeningens opfattelse indgå i de forhandlinger om forslaget økonomiske konsekvenser, som Sundhedsministeriet i skrivelse af 2. januar 1989 har oplyst at man snarest vil indkalde til.

Afslutningsvis skal man udtrykke tilfredshed med, at lovforslaget åbner mulighed for, at den offentlige sygesikring gennem repræsentation i medicintilskudsrådet kan deltage i beslut-

ningsprocessen i forbindelse med administrationen af medicintilskudsreglerne.

Med venlig hilsen

Poul Christensen

Ole Rasmussen

Kommunernes Landsforening

Sundhedsministeriet

Den 2. februar 1989

Ved skrivelse af 6. januar 1989 (4. kontor 520-26/88) har Sundhedsministeriet fremsendt forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring, der efter forslaget skal træde i kraft den 1. juli 1989.

Det fremgår af lovforslaget, at der indføres en egenbetalingsgrænse på medicin, hvorefter patienter betaler den fulde pris for lægemidler, indtil forbruget inden for et år overstiger 800 kr., hvorefter der ydes tilskud efter sygesikringslovens regler.

Det bemærkes dog, at for perioden 1. juli 1989 til 31. december 1989 udgør egenbetalingsgrænsen 400 kr.

Det fremgår af bemærkninger til lovforslaget, at der vil blive afsat et beløb til sociale kompensationer med henblik på at friholde særlige patientgrupper for effekt af egenbetalingsgrænsen og dermed for en stigning i egenbetalingen.

Dette vil gælde:

- Pensionister med medicinkort.
- Medicinhjælp til personer efter bistandslovens § 46.
- Medicinhjælp til personer efter bistandslovens § 58.

I Sundhedsministeriets skrivelse er det i øvrigt oplyst, at der i det endelige lovforslag vil blive foretaget ændringer i bemærkningerne om reglerne i den sociale pensionslov og bistandsloven, idet oplysningerne om bistandslovens § 58 korrigeres, ligeom der indføjes bemærkninger om bistandslovens § 48.

Sundhedsministeriet forventer, at Socialministeriet snarest vil kontakte Kommunernes Landsforening med henblik på drøftelse af forslagets økonomiske konsekvenser.

Landsforeningens bestyrelse har behandlet lovforslaget på sit møde den 20. januar 1989.

Landsforeningen skal udtale, at der med lovforslaget introduceres en ganske betydelig administrativ aktivitet.

For den kommunale del af administrationen vil pensionister kunne fortsætte med de nuværende medicinkort, men på dette område skal der ske en afregning mellem kommunerne og amtskommunerne.

For betaling af medicin, der ydes af kommunerne i henhold til bistandslovens § 46, 48 og 58, vil forslaget medføre en betydelig manuel administration, der vil blive særligt kompliceret for hjælp efter bistandslovens § 58.

Kommunerne administrerer i dag medicin efter § 58 månedsvis bagud på grundlag af betalte recepter.

Kommunen beregner egenandelen på 500 kr. pr. måned alene på den medicin, der vedrører behandling af den varige lidelse, samt hvis pågældende er medlem af sygeforsikringen Danmark også fratrækker tilskud defra.

Endvidere skal man pege på, at den kommunale administration af medicintilskud efter bistandslovens § 48 tilsvarende kompliceres, idet det af lovforslaget fremgår, at for børn og unge, der ikke har selvstændigt sygesikringsbevis, henføres egenbetalingen til en af forældrene.

Endelig skal landsforeningen gøre opmærksom på, at det ikke af lovforslaget eller bemærkningerne fremgår, at kommunernes merudgifter til beboere på plejehjem er medtaget.

Landsforeningen skal derfor kraftigt henstille, at ministeriet overvejer, hvordan man kan finde løsninger, der ikke indebærer en så betydelig forøgelse af den offentlige administration.

Evan Jensen

/ Peter Gorm Hansen

Spørgsmål:

Ministeren bedes anmode Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Sammenslutningen af Sociale Udvalg og Apotekerforeningen om en udtalelse om lovforslaget.

Svar:

I forlængelse af min tidligere besvarelse fremsendes udtalelse af 13. marts 1989 fra Sammenslutningen af Sociale Udvalg.

SAMMENSLUTNINGEN AF SOCIALE UDVALG

Sundhedsministeriet

Den 13. marts 1989

*Vedrørende lovforslag L 196 om ændring af lov om offentlig sygesikring.
(Indføring af egenbetaling for medicin)*

Med skrivelse af 21. februar 1989 har Sundhedsministeriet – i anledning af et spørgsmål fra Folketingets Sundhedsudvalg – fremsendt lovforslag L 196, fremsat af sundhedsministeren den 1. februar d.å., til sammenslutningen med anmodning om en udtalelse.

Forslaget indebærer indførelse af en egenbetalingsgrænse for medicintilskud, hvorefter patienten selv betaler udgifterne til tilskudsberettigede lægemidler op til 800 kr. inden for et år, hvorefter der ydes tilskud med 50 pct. eller 75 pct. af prisen.

Pensionister med medicinkort er undtaget fra egenbetalingsgrænsen, ligesom patienter, der modtager hjælp til medicinudgifter efter bi-

standslovens bestemmelser (§§ 46 a, 48 og 58) friholdes for stigningen i egenbetalingen.

Der vil blive afsat et beløb til sociale kompensationer til kommunerne, således at der fortsat kan ydes dækning af patienternes egenudgifter efter disse bestemmelser.

Lovforslaget indeholder ikke bestemmelser om administrationen af egenbetalingsgrænsen. Regeringen finder imidlertid, at det er nødvendigt, at administrationen fastlægges således, at patienterne præsterer det nødvendige bevis for, at egenbetalingsgrænsen er nået.

Lovforslaget blev behandlet på bestyrelsens møde den 3. marts d.å. Bestyrelsen tog lovforslaget til efterretning.

Med venlig hilsen

Jens Arbjerg Petersen

/ Eske Groes

Spørgsmål:

Ministeren bedes anmode Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Sammenlutningen af Sociale Udvalg og Apotekerforeningen om en udtalelse om lovforslaget.

Svar:

I forlængelse af min tidligere besvarelse af spørgsmål nr. 1 fremsendes udtalelse af 31. marts 1989 fra Danmarks Apotekerforening.

DANMARKS APOTEKERFORENING

Den 31. marts 1989

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet har med skrivelse af 23. februar 1989 anmodet Danmarks Apotekerforening om en udtalelse til lovforslag nr. 196 om ændring af lov om offentlig sygesikring – indførelse af en egenbetalingsgrænse m.v.

Foreningen har ved lovforslagets fremsættelse fundet anledning til at drøfte dette med Amtsrådsforeningen. Danmarks Apotekerforening og Amtsrådsforeningen har i en lang årække haft en aftale om afregning efter et nettoafregningsprincip. Aftalen går ud på, at apoteket afregner det beløb, som sygesikringen skal betale, direkte med sygesikringen, uden at patienten har nogle udlæg.

Denne aftale er bygget op på en måde, så receptekspeditionen på apoteket ikke belastes væsentligt ved, at apotekerne udfører administrativt afregningsarbejde for patienterne over for sygesikringen. Således er alle takstoplysninger – både på tryk og i edb – etableret med patientandel og offentlig andel. Afregningsproceduren er integreret i receptekspeditionen, hvilket kan lade sig gøre, når refusionsforudsætningerne er kendte fra begyndelsen ved en receptekspedition.

Prisberegning og udarbejdelse af bilagsmateriale over for sygesikringen følger i dag med »flowet« i receptekspeditionen, og bilagene er samtidig forberedt til at indgå i bogholderiet, når udlevering af medicinen finder sted.

Ved indførelsen af en brugerbetaling ændres denne procedure væsentligt. Forudsætningerne for ydelse af tilskud er ikke kendte ved påbegyndelsen af receptekspeditionen. Dette indebærer, at selve afregningsfunktionen over for sygesikringen kun kan udføres delvis integreret i receptekspeditionen.

Udarbejdelse af bilagsmateriale m.v. vil i de

fleste tilfælde blive foretaget i forbindelse med receptudleveringen, og det bilagsmateriale, der bliver udarbejdet her, vil senere igen skulle integreres i »recepturens« arbejde for at få en samlet opgørelse over apotekets tilgodehavende over for sygesikringen.

Som illustration af de administrative ændringer, der vil blive resultatet af indførelsen af brugerbetaling, er vedlagt 4 diagrammer, der viser receptflowet med det tilknyttede administrative arbejde for at kunne leve op til brugerbetaling.

Som sammenligning viser diagram nr. 5 receptekspeditionen, som den foretages i dag.

Ved en gennemførelse af lovforslaget bliver der tale om væsentlig forøgelse af det administrative arbejde, apoteket må foretage for at kunne afregne direkte med sygesikringen på patientens vegne.

En nedsættelse af tilskudsprocenterne havde været en løsning, der kunne give et tilsvarende provenu, og som ikke ændrede på apotekets afregningsrutiner over for sygesikringen. Samtidig ville en sådan ordning være uden besvær for forbrugerne.

Foreningen deltager selvsagt positivt i et samarbejde med ministeriet på at løse det administrative ekstraarbejde, der er forbundet med indførelsen af brugerbetaling. Foreningen skønner, at den løbende administration vil medføre betydelige omkostninger for apotekerne.

Foreningen vil søge den løsning, der vil være mindst omkostningskrævende, idet det samtidig forudsættes, at omkostningerne ved ordningens indførelse og løbende administration vil blive dækket af det offentlige.

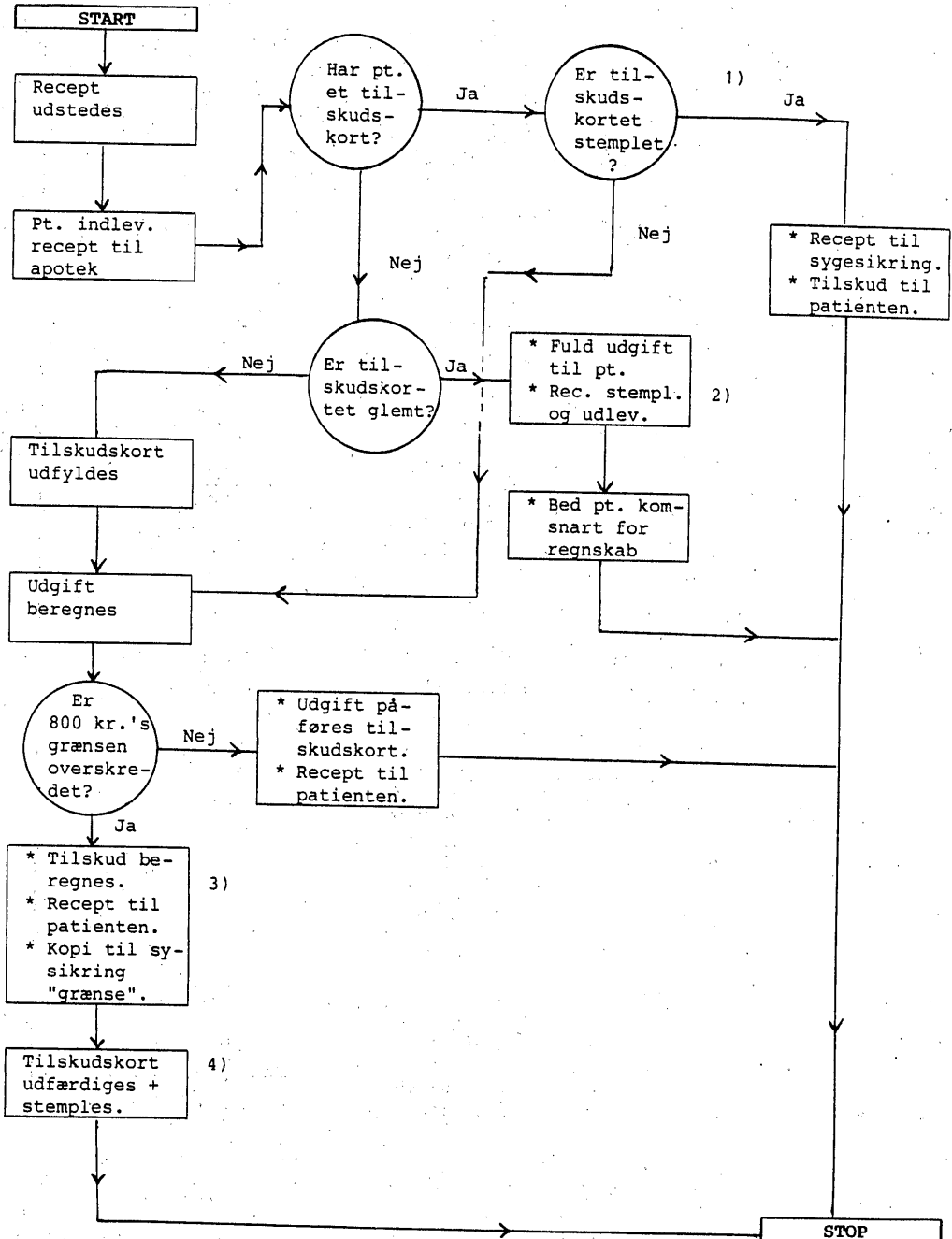
Med venlig hilsen
p. f. v.

Helge Tovborg-Jensen

/ Peter Øelund

ALMINDELIG RECEPT

Diagram 1

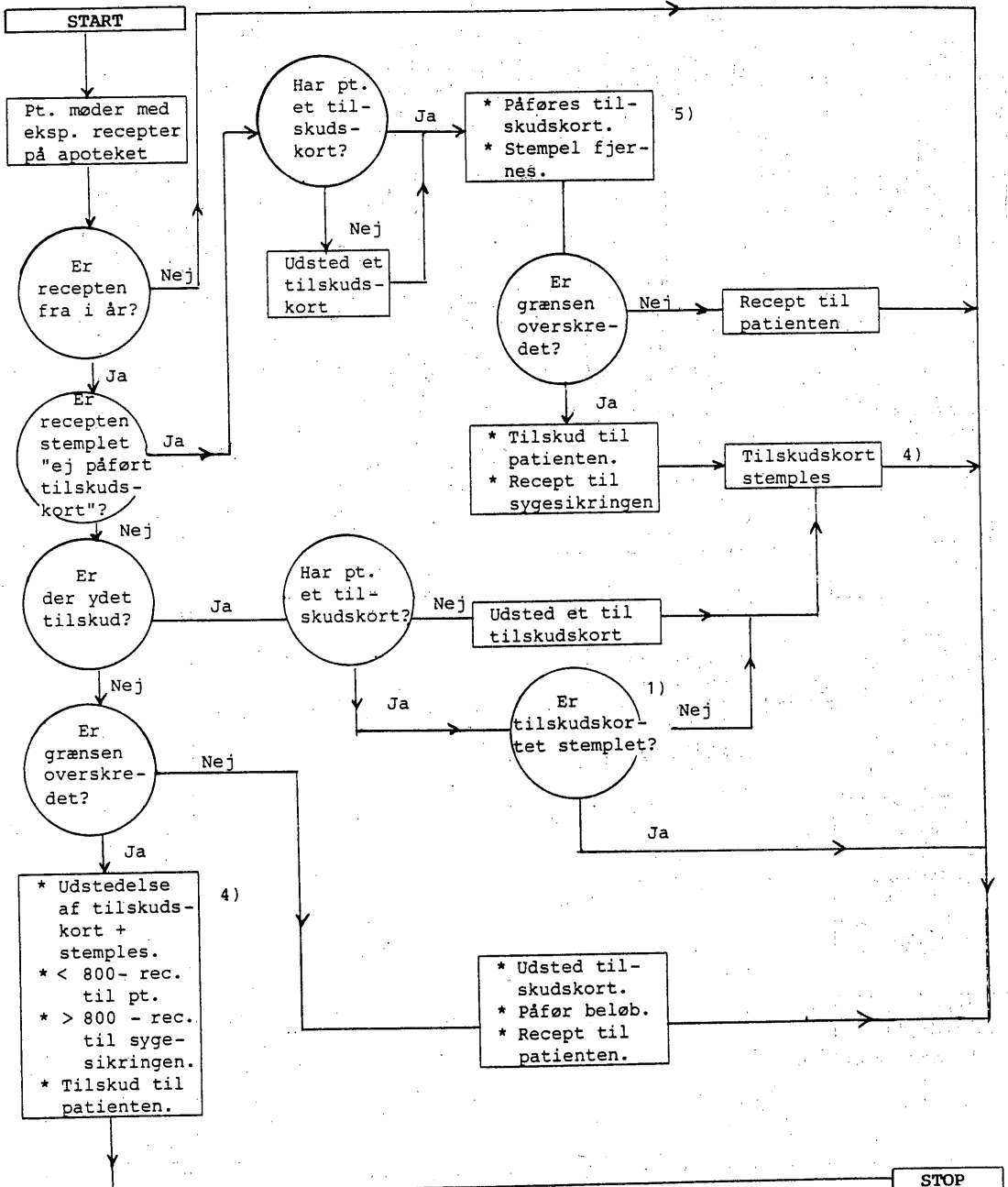


1), 2), 3), 4). Se vedlagte signaturforklaring til flowdiagram

Diagram 2

INDLEVERING AF EKSPEDEREDE ("ROD I REGNSKABET")

(Udarbejdet med udgangspunkt i forslag 1)



1), 4), 5). Se vedlagte signaturforklaring til flowdiagram

Diagram 3

TELEFONRECEPTER

(Udarbejdet med udgangspunkt i forslag 1)

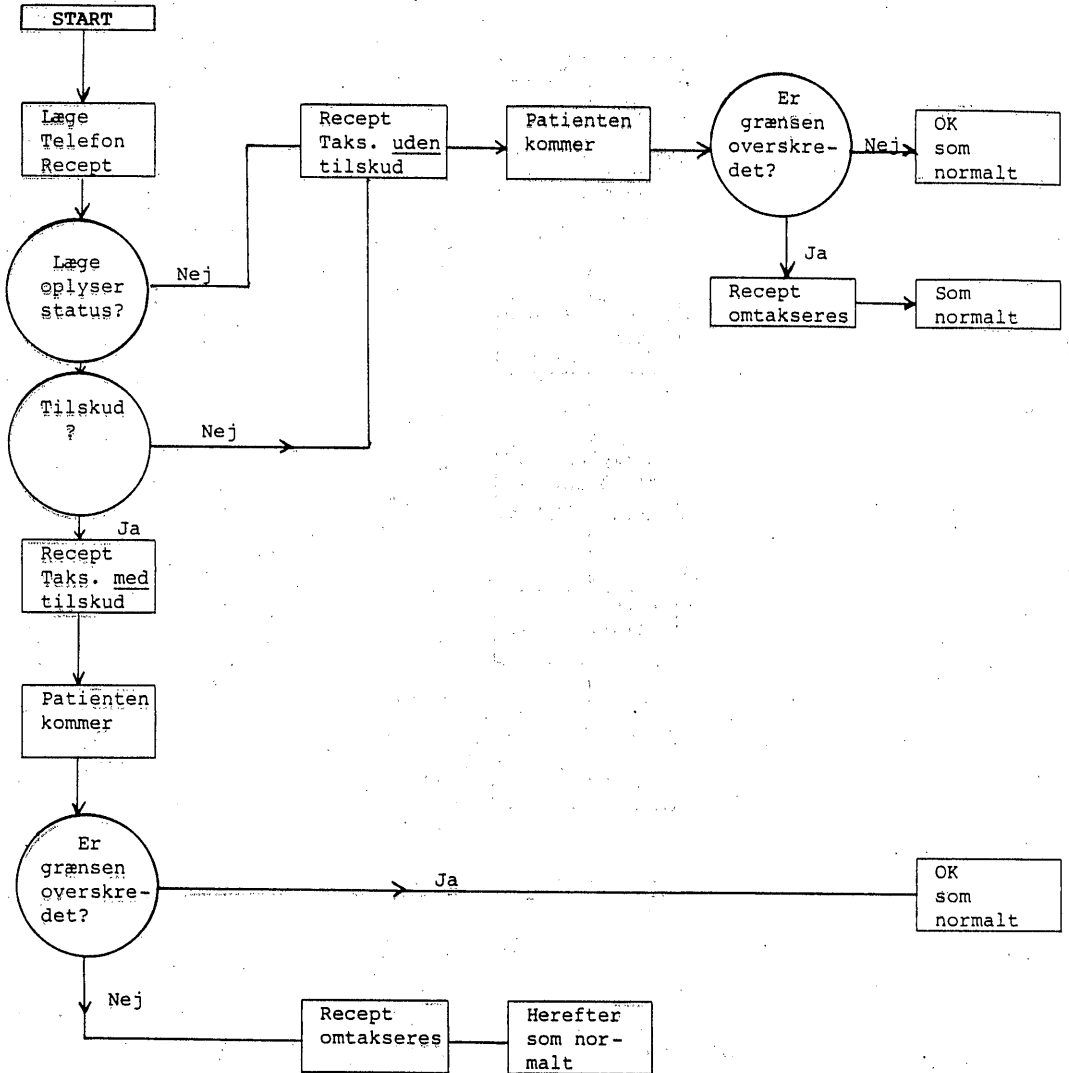
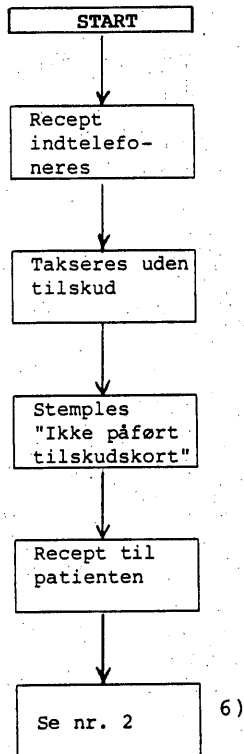


Diagram 4

UDBRINGNING AF MEDICIN

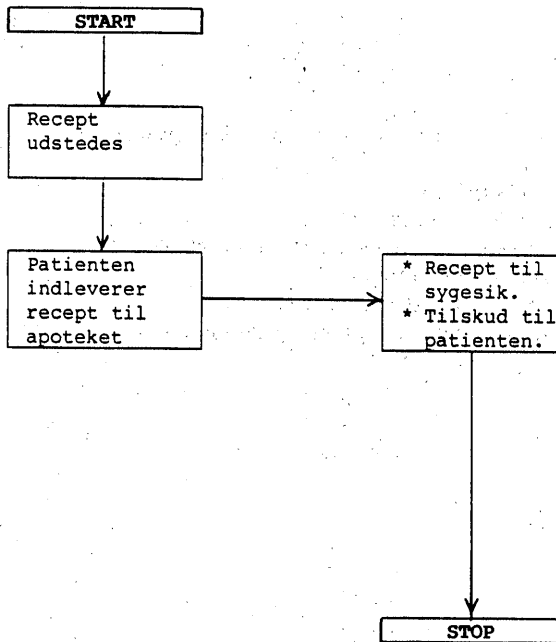
(Udarbejdet med udgangspunkt i forslag 1)



6). Se vedlagte signaturforklaring til flowdiagram.

Bilag til bet. o. lovf. vedr. offentlig sygesikring

Diagram 5

NUGÆLDENDE MED FASTE TILSKUD

Signaturforklaring til vedlagte flowdiagram 1-5

Pt. - patienten
Rec. - recepten
Eksp. - ekspederede
Taks. - takseres
Omtaks. - omtakseres

- 1) Tilskudskortet er påført specielt stempel, hvis 800 kr.'s egenbetalingsgrænsen er overskredet og patienten herved er berettiget til tilskud.
- 2) Recepten påstemles »Ikke påført tilskudskort«.
- 3) Kopi af recepten til sygesikringen påstemles »Grænsetilfælde«.
- 4) Her påstemles det udfyldte tilskudskort med specielt stempel, at »800 kr.'s egenbetalingsgrænsen er overskredet«. Patienten er berettiget til tilskud.
- 5) Påstemplingen »ikke påført tilskudskort« overstreges på recepten.
- 6) Patienten skal på et senere tidspunkt henvende sig på apoteket med henblik på ajourføring af tilskudskort efter diagram 2.

Spørgsmål:

Der ønskes en oversigt over de muligheder, der er for at yde sociale kompensationer i forbindelse med køb af medicin.

Det ønskes herunder oplyst, hvilke lovbestemmelser der giver sådanne muligheder, og antallet af personer, som skønnes at kunne få ydelser efter hver enkelt af de pågældende bestemmelser.

Svar:

Tilskud til medicin ydes foruden i henhold til sygesikringsloven også efter den sociale pensionslov og bistandsloven.

Efter den sociale pensionslov § 17, stk. 1 ydes hjælp til dækning af medicinudgifter til pensionister i form af et personligt tillæg. Pensionister med medicinkort er imidlertid undtaget fra egenbetalingsgrænsen.

Bistandsloven indeholder flere bestemmelser, der giver kommunerne mulighed for at yde hjælp til medicinudgifter.

Efter *bistandslovens § 46 a* kan der ydes hjælp til dækning af udgifter til blandt andet medicin, der ikke kan dækkes efter anden lovgivning, såfremt pågældende ikke selv har midler til at afholde udgifterne.

I henhold til Socialministeriets vejledning om kontanthjælp efter bistandsloven er betingelserne for ydelse af hjælp til medicinudgifter efter § 46 a:

- at udgiften ikke kan dækkes efter anden lovgivning (sygesikringsloven). Der kan ydes hjælp til betaling af såvel tilskudsberettiget som ikke-tilskudsberettiget medicin,
- at pågældende ikke selv har midler til at afholde udgiften,
- at udgiften efter vurdering fra læge eller tandlæge må anses for velbegrundet.

Socialministeriet vurderer, at i alt ca. 38.000 personer modtager hjælp til medicinudgifter efter § 46 a.

Efter *bistandslovens § 48* ydes hjælp til dækning af blandt andet udgifter til tilskudsberettiget medicin til visse handicappede børn og voksne.

Efter § 48, stk. 1, dækker kommunen nødvendige merudgifter ved forsørgelsen for personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med et fysisk eller psykisk handicap, såfremt disse udgifter overstiger 2.400 kr. om året.

De udgifter, der dækkes, er nødvendige merudgifter udover de udgifter, familien ville have haft, såfremt barnet ikke var handicappet. Det er endvidere en betingelse, at barnet forsørges i eget hjem, dvs. at det skal bo hos forældrene eller andre pårørende i modsætning til, at barnet har ophold uden for hjemmet. Hjælpen efter § 48 er indkomstuafhængig og ikke skattepligtig, men omfatter efter stk. 1 kun udgifter, hvis disse overstiger 2.400 kr. i løbet af et år.

Denne beløbsbegrænsning gælder efter bestemmelsens stk. 2 ikke, når der er tale om

- 1) børn med vidtgående handicap
- 2) børn med kroniske lidelser
- 3) personer, der i hjemmet forsørger et handicappet barn, og som ikke har midler til at afholde udgiften.

Socialministeriet vurderer, at ca. 10.400 personer modtager hjælp efter § 48, stk. 1.

Hjælp til voksne handicappede efter § 48, stk. 3, er betinget af, at personen har et vidtgående fysisk eller psykisk handicap og bor i eget hjem, dvs. ikke på institution. Udtrykket vidtgående handicap betyder, at der skal være tale om en vedvarende lidelse, hvis konsekvenser er af meget indgribende karakter i den daglige tilværelse, og som kræver betydelige hjælpeforanstaltninger for at opnå en tilnærmelsesvis normal tilværelse. Afgrænsningen af den personkreds, der har ret til bistand efter denne bestemmelse, er fastsat i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 863 af 11. december 1986, som ændret ved bekendtgørelse nr. 449 af 24. juni 1987. Der er tale om en meget begrænset personkreds.

Socialministeriet vurderer, at ca. 700 personer modtager hjælp efter § 48, stk. 3.

Med hjemmel i *bistandslovens § 58* er det i Socialministeriets bekendtgørelse om ydelse af hjælpemidler efter *bistandslovens § 58, stk. 8*, fastsat, at personer, der får ordineret tilskudsberettiget medicin på grund af en varig lidelse, kan få hjælp til dækning af den del af egenudgiften, der overstiger 500 kr. pr. måned.

Hjælpen ydes uafhængigt af indkomst- og formueforhold til kronisk syge, der har et vedvarende forbrug af tilskudsberettiget medicin til behandling af den varige lidelse, der i egenudgifter overstiger 500 kr. om måneden. Vurderingen foretages af det sociale udvalg, og hjælp udbetales månedsvist bagud.

Socialministeriet skønner, at 1.000 personer i 1989 får hjælp efter denne bestemmelse.

I forbindelse med indførelsen af egenbetalingsgrænsen for medicintilskud er det besluttet at nedsætte den månedlige grænse for kronisk syges egenbetaling i henhold til denne bestemmelse fra 500 kr. til 300 kr. Bestemmelsen vil herefter omfatte et større antal kronisk syge, men det er ikke muligt præcist at beregne dette antal.

Spørgsmål:

Vil pensionister med en tillægsprocent helt ned til 1 blive friholdt af lovforslagets virkninger?

Svar:

I henhold til lovforslagets § 1, stk. 1, er personer, der modtager hjælp til dækning af medicinudgifter efter lov om social pension § 17, stk. 1, undtaget fra egenbetalingsgrænsen.

Hjælp til medicinudgifter (medicinkort) ydes som personligt tillæg til pensionisten. Personligt tillæg kan tildeles pensionister, hvis økonomiske forhold er særlig vanskelige. Personligt tillæg til medicin beregnes efter pensionistens personlige tillægsprocent. Der ydes fra 1 pct. til 100 pct. dækning af egenbetalingen.

Afgrænsning af den personkreds, der er undtaget fra 800 kr.s grænsen, er sket ved henvisning til den sociale pensionslov og omfatter således alle pensionister, der modtager personligt tillæg efter § 17, stk. 1, til dækning af medicinudgifter. Undtagelsen gælder uanset størrelsen af den personlige tillægsprocent.

Det betyder, at pensionister med medicinkort opnår sædvanligt tilskud efter sygesikringsloven til alle tilskudsberettigede lægemidler, de får ordineret.

Spørgsmål:

Der ønskes en definition af, hvem der i relation til dette lovforslag kan betragtes som kronisk syge, og oplysninger om, hvor mange personer der vil være tale om.

Svar:

Den foreslåede egenbetalingsgrænse for medicintilskud omfatter alle sygesikrede bortset fra pensionister med medicinkort. 800 kr.s grænsen omfatter således også patienter med lidelser, der ud fra en lægelig vurdering af sygdommens karakter og varighed må betragtes som kroniske.

I lovforslaget er der ikke taget stilling til, hvilke patienter der kan betragtes som kronisk syge.

Der vil imidlertid blive afsat et beløb til kommunerne til sociale kompensationer med henblik på at imødegå stigninger i egenbetalingen for visse patientgrupper, heriblandt visse kronisk syge.

Efter regler fastsat i medfør af bistandslovens § 58 kan personer, der får ordineret tilskudsberettiget medicin på grund af en varig lidelse, få hjælp til dækning af den del af egenudgiften, der overstiger 500 kr. pr. måned, uanset indkomst- og formueforhold.

Denne regel sikrer, at kronisk syge med meget store egenudgifter til medicin, ikke berøres økonomisk af indførelsen af egenbetalingsgrænsen. Som følge af nedsættelsen af den månedlige grænse fra 500 kr. til 300 kr. i forbindelse med indførelse af egenbetalingsgrænsen, stilles de kronisk syge, der herefter falder ind under bestemmelsen, desuden bedre.

Afgrænsningen af, hvilke patienter der som kronisk syge vil blive friholdt for økonomisk påvirkning af egenbetalingsgrænsen, bygger på et økonomisk kriterium, der er fastlagt i den nævnte bestemmelse i bistandsloven. Bestemmelsen omfatter kronisk syge med et vedvarende behov for medicin til behandling af den varige lidelse, der medfører egenudgifter, der overstiger den fastsatte månedlige grænse, der fastsættes til 300 kr.

Spørgsmål:

Hvor mange personer skønnes at have et medicinforbrug på under 800 kr.? Spørgsmålet bedes eventuelt besvaret ved at omsætte tal fra en undersøgelse i Fyns Amt til landsplan.

Svar:

Spørgsmålet er forstået således, at det ønskes oplyst, hvor mange personer der har et forbrug af tilskudsberettiget medicin, der i apotekerudsalgspris udgør under 800 kr. om året. Et sådant forbrug vil ikke bringe patienten op over egenbetalingsgrænsen på 800 kr. årligt, hvorefter der ville blive ydet tilskud til tilskudsberettiget medicin, som patienten køber i den resterende del af året.

Der findes ikke statistisk materiale, der viser

fordelingen af medicinudgifter i den danske befolkning opgjort ud fra registrering af det faktiske medicinforbrug.

Det er imidlertid muligt at få et indtryk af udgiftsfordelingen på baggrund af data fra Den danske Helbredsundersøgelse, der er foretaget af Odense Universitet i 1982.

Det skønnes ud fra dette materiale, at omkring 80 pct. af den sygesikrede del af befolkningen i 1987 havde et forbrug af tilskudsberettiget medicin, der udgjorde mindre end 800 kr. årligt i apoteksudsalgspriser. På grund af pris- og mængdestigninger vil denne andel allerede i 1989 være mindre end 80 pct. Det skønnes endvidere, at en stor del af befolkningen slet ikke har udgifter til medicin, muligvis omkring 40 pct.

Oplysningerne er behæftet med betydelig usikkerhed, idet undersøgelsen er foretaget på et meget begrænset antal personer og idet spørgsmålet om udgifter til medicin har været af sekundær karakter i relation til den mere omfattende helbreds-karakteristik. Samtidig er oplysningerne baseret på patienternes skøn og ikke på konkret registrering.

Spørgsmål:

Hvordan skal apotekerne forholde sig ved beregning af den pris, forbrugeren skal betale, når grænsen for medicinkøb på i alt 800 kr. nås ved køb efter en recept, der indeholder lægemidler med forskelligt tilskud?

Svar:

Der er tale om tilfælde, hvor patientens udgifter til tilskudsberettiget medicin overskrider egenbetalingsgrænsen ved samtidigt køb af et lægemiddel med 50 pct. tilskud og et lægemiddel med 75 pct. tilskud.

I sådanne »grænsetilfælde« finder jeg det hensigtsmæssigt, at prisen på lægemidlet med 50 pct. tilskud eller en del heraf alt efter, hvor langt patienten er fra 800 kr.s grænsen, betragtes som afholdt inden overskridelse af egenbetalingsgrænsen, således at patienten betaler den fulde pris. Prisen på lægemidlet med 75 pct. tilskud eller en del heraf betragtes derimod som afholdt efter overskridelse af egenbetalingsgrænsen, således at patienten opnår tilskud med 75 pct. af denne pris.

Det er hensigten at tilrettelægge tilskudsbe-
regningen på den for patienten mest fordelagtige

måde, således at patienten opnår det størst mulige tilskud og dermed kommer til at betale mindst muligt selv.

Spørgsmål:

Ministeren bedes oplyse, hvor meget det koster at begrænse egenudgiften for kronisk syge fra 500 til 300 kr. pr. måned.

Svar:

I medfør af bistandslovens § 58 kan personer, der får ordineret tilskudsberettiget medicin på grund af en varig lidelse, få hjælp til dækning af den del af egenbetalingen, der overstiger 500 kr. pr. måned uanset indkomst- og formueforhold.

Der findes ingen opgørelse over, hvor mange personer der i dag modtager hjælp til medicinkøb i henhold til bestemmelsen i bistandslovens § 58 eller over størrelsen af kommunernes udgifter hertil.

Det er på denne baggrund ikke muligt præcist at beregne merudgifterne ved at sænke den omhandlede grænse på 500 kr. til 300 kr. Til grund for forhandlingerne med Amdradsfor-
eningen og Kommunernes Landsforening om ydelse af kompensation over bloktilskuddene i forbindelse med en nedsættelse af grænsen på 500 kr. til 300 kr. har Sundhedsministeriet anlagt det skøn, at nedsættelsen vil medføre en merudgift på 25 mio. kr.

Spørgsmål:

Ministeren bedes oplyse størrelsen af danske medicintilskud sammenholdt med medicintilskuddene i EF-landene og Norge og Sverige.

Svar:

Sundhedsministeriet er ikke i besiddelse af oplysninger om medicintilskuddenes størrelse i EF-landene og Norge og Sverige.

Der er dog muligt, at danne sig et indtryk af medicintilskuddenes størrelse ved at betragte det offentliges finansieringsgrad af de totale medicinudgifter. Det er søgt opgjort i MEFA's publikation »Tal og Data for 1988«. Det er Sundhedsministeriets opfattelse, at der nødvendigvis må være betydelige usikkerheder forbundet med anvendelsen af sådanne internationale sammenligninger.

MEFA har opgjort de offentlige medicinudgifter udtrykt som procent af de samlede medi-

cinudgifter således:

Offentlige medicinudgifter i pct. af samtlige medicinudgifter

Danmark	61 pct.
Frankrig	63 pct.
Holland	62 pct.
Irland	70 pct.
Italien	64 pct.
Norge	60 pct.
Sverige	57 pct.
V-Tyskland	63 pct.
England	92 pct.
Portugal	62 pct.
Belgien	-
Grækenland	-

Kilde: MEFA, Tal og Data, 1988, tabel 70.

Det skal understreges, at de anførte oplysninger repræsenterer et skøn over det offentlige medicintilskud, og at sammenligninger mellem de forskellige lande kun bør foretages under hensyntagen til den konkrete struktur i de enkelte landes medicintilskudssystemer, herunder bl.a., i hvor høj grad borgernes selvforsikring spiller en rolle i finansieringen af medicinudgifterne. I tallene er det offentliges udgifter til medicin på sygehusene endvidere medregnet.

Da oplysningerne om medicinudgifterne er udtrykt i en relativ størrelse (procent), påvirkes en sammenligning mellem landene ikke af forskelle i lægemiddelforbrug pr. indbygger eller af momsforskelle og forskelle i prisniveau og købekraft. Den relative opgørelse er derfor ikke anvendelig til at opnå oplysninger om, hvordan medicinudgifterne belaster borgernes økonomi i de forskellige lande.

Spørgsmål:

I forlængelse af svaret på spørgsmål 14, jf. L 196 – bilag 16 bedes ministeren oplyse nærmere om forudsætningerne for den skønnede merudgift på 25 mio. kr.

Svar:

Som oplyst i svaret på spørgsmål nr. 14 har Sundhedsministeriet anlagt det skøn, at en nedsættelse af den omhandlede grænse fra 500 kr. til 300 kr. vil medføre en merudgift på ca. 25 mio. kr. Dette skøn er lagt til grund for forhandlingerne med Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening samt Københavns og Frederiksberg Kommuner om kompensation for merudgifterne over bloktilskuddene. I disse forhandlinger har endvidere deltaget Socialministeriet og Budgetdepartementet.

Sundhedsministeriets skøn om merudgifter på ca. 25 mio. kr. bygger på den antagelse, at antallet af modtagere af hjælp til dækning af egenudgifterne stiger fra ca. 1.000 til ca. 15.000, når den omhandlede grænse nedsættes til 300 kr.

Sundhedsministeriet har endvidere antaget, at de nævnte 1.000 personers samlede forbrug af tilskudsberettigede lægemidler er ca. 35 mio. kr., og at de nævnte 15.000 personers tilsvarende forbrug er ca. 230 mio. kr.

Efter fradrag af sygesikringens tilskud og patienternes egenbetaling resterer beløb til dækning over bistandslovens § 58 på henholdsvis ca. 6 mio. kr. og ca. 31 mio. kr.

Merudgiften ved nedsættelse af grænsen skønnes derfor på baggrund af de anførte antagelser at være ca. 25 mio. kr.

De beskrevne forudsætninger er forelagt for de nævnte deltagere i forhandlingerne om bloktilskudskompensation. Der blev ikke fremsat indvendinger imod, at disse antagelser lægges til grund for beregning af kompensation.

*Sundhedsministerens kommentar til brev af 14. april 1989
fra De Samvirkende Invalideorganisationer
til Folketingets Sundhedsudvalg (L 196-bilag 23)*

Jeg forstår af brevet af 14. april 1989 fra De Samvirkende Invalideorganisationer og det medsendte brev fra Dansk Blindesamfund, at en stor del af medlemmerne af de tilknyttede organisationer er pensionister eller modtager supplerende medicinbistand efter bistandslovens regler.

Jeg skal derfor henvise til lovforslag L 196, hvoraf det fremgår, at pensionister med medicinkort vil være undtaget fra den foreslåede egenbetalingsgrænse, således at der vil blive ydet tilskud efter sygesikringslovens nuværende regler om medicintilskud.

For så vidt angår bortfald af tilskud til visse lægemidler, der er overført til håndkøbsudlevering m.v., kan jeg henvise til sygesikringslovens enkelttilskudsordning, hvorefter Sundhedsstyrelsen efter ansøgning fra lægen kan bevilge et individuelt tilskud til lægemidler, der ikke har generelt tilskud, når præparatet af lægen er ordineret en bestemt patient.

Sundhedsstyrelsen har efter indstilling fra Medicintilskudsnævnet opstillet retningslinier for tildeling af individuelt tilskud efter sygesikringsloven. For så vidt angår mavesårspræpa-

rater er det hensigten med de opstillede retningslinier at sikre, at patienter med mavesårs sygdommen opnår enkelttilskud. Retningslinierne indebærer, at enkelttilskud ikke vil blive ydet til behandling af sygdomme og sygdomssymptomer, der ikke er omfattet af det registrerede indikationsområde for de pågældende præparater. Medicintilskudsnævnet anslår, at der vil blive ydet tilskud til mindst 35-50 pct. af det tidligere tilskudsberettigede forbrug.

For pensionister, der har medicinkort, vil der, såfremt der opnås enkelttilskud til for eksempel mavesårsmedicin, blive ydet tilskud efter sygesikringsloven til denne medicin, uanset om pensionistens udgifter til dette præparat eller andre tilskudsberettigede lægemidler overstiger 800 kr. inden for et år eller ej.

Det fremgår endvidere af Sikringsstyrelsens vejledning af 25. januar 1988 om social pension, pkt. 194, at kommunerne kan yde hjælp over medicinkortet til al medicin, der er tilskudsberettiget og ordineret af en læge. Herunder hører også medicin, hvortil pensionisten har en enkelttilskudsbevilling fra Sundhedsstyrelsen.