

Lovforslag nr. L 212. Fremsat den 30. maj 1991 af sundhedsministeren (Ester Larsen)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om offentlig sygesikring

(Fastsættelse af tilskud ved bortfald af overenskomst)

§ 1

I lov om offentlig sygesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 490 af 21. juli 1986, som ændret senest ved lov nr. 386 af 13. juni 1990, foretages følgende ændringer:

1. § 12, stk. 3, ophæves.

2. Efter § 12 indsættes:

»§ 12 a. Kan ydelser efter §§ 6, 8 og 9 ikke gives til de i § 2, stk. 1, nævnte personer på vilkår fastsat i en godkendt overenskomst, fastsætter sundhedsministeren regler om størrelsen af sygesikringens tilskud.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan bestemme, at praktiserende læger ikke må tage et større honorar for de enkelte ydelser efter § 6 end de efter stk. 1 fastsatte tilskud. Sundhedsministeren kan endvidere bestemme, at tandlæger, fysioterapeuter m.fl. ikke må tage større honorar for de enkelte ydelser efter §§ 8 og 9 end de efter stk. 1 fastsatte tilskud med tillæg af den efter lovgivningen fastsatte egenbetaling.

Stk. 3. For ydelser, der gives af praktiserende læger, tandlæger m.fl., og hvor der ikke tidligere har været aftalt overenskomstmæssige vilkår, kan sundhedsministeren fastsætte tilskud og honorarer efter reglerne i stk. 1 og 2.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan endvidere fastsætte nærmere regler om udbetaling af tilskud, bestemmelser om antal læger m.fl., der kan levere ydelser, hvortil der ydes tilskud og regler om henvisning til behandling i henhold til denne lov.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan i forskrifter, der udstedes i medfør af stk. 2 og 3, fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelse af bestemmelserne i forskrifterne. Er en overtrædelse begået af et aktieselskab, andelsselskab eller lignende, kan der pålægges selskabet som sådant bødeansvar.«

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 1991.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Efter den gældende lovgivning vil bortfald af en overenskomst om vilkårene for ydelser efter sygesikringslovens §§ 6, 8 og 9 til gruppe 1-sikrede indebære, at sundhedsministeren alene kan fastsætte vilkår for modtagelsen af tilskud til delvis dækning af udgifterne ved de enkelte ydelser, jf. sygesikringslovens § 12, stk. 3. Særligt for så vidt angår almen lægehjælp og speciallægehjælp indebærer dette, at gruppe 1-sikrede ikke vil have ret til gratis lægehjælp, når ydelserne ikke kan gives på vilkår, der er fastsat i en godkendt overenskomst.

Formålet med dette lovforslag er at sikre, at sundhedsministeren får hjemmel til at fastsætte regler, der kan sikre, at gruppe 1-sikrede i en situation, hvor der ikke er overenskomst om vilkårene for bl.a. lægehjælp, fortsat vil have ret til gratis lægehjælp.

Derfor foreslås det, at ministeren får en bemyndigelse til at fastsætte regler om størrelsen af honorarerne for de enkelte ydelser. Det vil bl.a. indebære, at ministeren kan bestemme, at lægernes honorarer ikke må overstige de til enhver tid gældende tilskudsbeløb. For tandlægehjælp, fysioterapi m.v. foreslås, at vilkårene for ydelserne kan fastlægges således, at det kan sikres, at borgerne i tilfælde, hvor der ikke foreligger en overenskomst, ikke bliver udsat for en større egenbetaling for tandlægehjælp m.v., end tilfældet vil være efter overenskomst.

De overenskomster, der fastsætter vilkårene for sygesikringslovens ydelser, omhandler flere spørgsmål af væsentlig betydning for det samlede sundhedsvæsen. Det er væsentligt at sikre, at amtskommunerne også uden overenskomst har mulighed for, at tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet sker i overensstemmelse med lokale politiske ønsker og krav. Det foreslås derfor, at sundhedsministeren i forbindelse med fastsættelsen af regler om patienternes tilskud kan fastlægge regler for lægehenvisninger, bestemmelser om regulering af antallet af læger m.fl., der kan levere tilskudsberettigede ydelser etc. Disse bestemmelser vil i givet fald erstatte regler, der allerede i dag er indeholdt i gældende overenskomster.

Bemærkninger til de enkelte bestemmelser

Til nr. 1 og 2

§ 12, stk. 3, foreslås ophævet og erstattet af § 12 a.

§ 12 a, stk. 1, indeholder den grundlæggende hjemmel til fastsættelse af sygesikringstilskud til patienterne i tilfælde, hvor ydelser ikke kan gives på overenskomstmæssige vilkår. Det er tydeliggjort, at bestemmelsen også finder anvendelse, selv om der foreligger en godkendt overenskomst eller tilsvarende, men hvor en del af de berørte læger m.fl. vælger at udtræde af sygesikringsordningen. Bestemmelsen vil i så fald kun få virkning for de ydere, der har valgt at opsiges samarbejdet med den offentlige sygesikring.

Bestemmelsen i stk. 2 bemyndiger sundhedsministeren til at fastsætte maksimale honorarer for de tilskudsberettigede ydelser. Bestemmelsen gør det muligt at sikre, at patienter, der er gruppe 1-sikrede, vil være sikret gratis lægehjælp, selv om der ikke gælder overenskomstmæssige vilkår. For ydelser, hvor der efter lovgivningen gælder en egenbetaling, bemyndiges ministeren til at fastsætte, at tandlæger, fysioterapeuter m.fl. for de enkelte ydelser kun må tage et honorar, der svarer til de efter stk. 1 fastsatte tilskud med tillæg af de efter lovgivningen i øvrigt gældende satser for egenbetaling.

Endelig bemyndiges ministeren i stk. 3 til at fastsætte vilkår for ydelser, der ikke i dag er omfattet af overenskomsten. Hvis der i en periode, hvor der ikke foreligger en overenskomst om vilkårene for ydelser efter lovens §§ 6, 8 og 9, indføres nye ydelser, kan sundhedsministeren på tilsvarende måde, som for ydelser, der har været omfattet af overenskomst, fastsætte tilskud og honorarer efter reglerne i stk. 1 og 2.

Ved fastsættelsen af de maksimale honorarer kan der bl.a. tages hensyn til stedfundne overskridelser af de forventede udgifter på de enkelte udgiftsområder. Ved fastsættelsen af de honorarer, der skal gælde, når der ikke foreligger overenskomstmæssige vilkår, vil sundhedsministeren således ikke være forpligtet til at tage udgangspunkt i de honorarer, der er gældende ved overenskomstens bortfald.

For ydelser til gruppe 2-sikrede vil det også, når der ikke foreligger en overenskomst, være sådan, at

lægerne selv kan fastsætte deres honorarer. Tilskud til disse patienter vil udgøre de beløb, der fastsættes i henhold til stk. 1.

Sundhedsministeren kan efter bestemmelsen i stk. 4 fastsætte krav om, at udbetaling af tilskud skal ske på grundlag af en specificeret og kvitteret regning. Yderne kan pålægges at udforme regningerne i overensstemmelse med de i en tilskudsbekendtgørelse anførte ydelser, herunder ydelsesnummer. Det samlede honorar for den enkelte ydelse skal fremgå af regningen.

Sundhedsministeren kan for ydelser efter § 6 til gruppe 1-sikrede endvidere bestemme, at disse alene kan gives af læger, der har et sygesikringsydernum-

mer på det tidspunkt, hvor en overenskomst bortfalder, eller som efterfølgende har fået amtskommunens tilladelse til at yde tilskudsberettigede ydelser. Disse bestemmelser skal træde i stedet for de overenskomstaftalte regler vedrørende praksisplanlægning. I det omfang, der for fysioterapeuter m.fl. foreligger tilsvarende aftaler om praksisplanlægning, kan sundhedsministeren ligeledes bestemme, at amtskommunerne, når der ikke foreligger en overenskomst, kan regulere antallet af ydere, der kan give tilskudsberettigede ydelser til gruppe 1-sikrede.

Gruppe 2-sikrede vil også, når der ikke foreligger en overenskomst, kunne søge enhver læge m.fl. med ret til tilskud.