

Bemærkninger til lovforslaget

Efter sygesikringslovens § 7, stk. 1 og 2, yder den offentlige sygesikring tilskud med enten 75 pct. eller 50 pct. til lægeordnede lægemidler, der er optaget på den af sundhedsministeren udsendte fortegnelse. Tilskud til tilskudsberettigede lægemidler ydes uafhængigt af patientens økonomiske eller andre forhold. Fortegnelsen over tilskudsberettigede lægemidler er inddelt i to afsnit, I og II, svarende til lovens bestemmelser om ydelse af henholdsvis 75 pct. og 50 pct. tilskud. Fortegnelsen blev gennemgående revideret i 1981, og i denne forbindelse blev retningslinierne for optagelse af lægemidlerne på fortegnelsen over tilskudsberettigede lægemidler fastlagt således, at der under afsnit II (50 pct. tilskud) kan optages lægemidler, der har en sikker terapeutisk effekt, og hvor der ikke foreligger risiko for et uønsket overforbrug. Under afsnit I (75 pct. tilskud) kan optages lægemidler, der derudover anvendes til behandling af veldefinerede, ofte livstruende sygdomme. Fortegnelsen revideres løbende.

Efter sygesikringslovens § 7, stk. 3, yder den offentlige sygesikring endvidere 50 pct. eller 75 pct. tilskud til visse håndkøbslægemidler, der lægeordineres til pensionister eller kronisk syge. Denne bestemmelse blev indsat i loven i maj 1984, hvorved ydelse af sygesikringstilskud til håndkøbslægemidler blev begrænset til pensionister og kronisk syge.

I ganske særlige tilfælde kan Sundhedsstyrelsen på grundlag af en konkret ansøgning bestemme, at enten 75 pct. eller 50 pct. af udgiften til ikke-tilskudsberettigede lægemidler, der ordineres af lægen til en *bestemt patient*, skal afholdes af den offentlige sygesikring.

Til § 1, nr. 1:

Forslaget betyder, at der indføres en egenbetalingsgrænse for medicinudgifter. Egenbetalingsgrænsen indebærer, at udgifter til tilskudsberettigede lægemidler afholdes fuldt ud af patienten selv op til en årlig grænse på 800 kr. Sygesikringslovens tilskud ydes således alene til patienter, for hvem de afholdte udgifter til tilskudsberettigede lægemidler overstiger 800 kr. inden for det pågældende kalenderår.

Når patientens udgifter til medicin overstiger 800 kr. indenfor et år, ydes der tilskud efter sygesikrings-

lovens regler. Tilskuddet udgør 75 pct. eller 50 pct. af lægemidlets pris. Tilskud ydes til tilskudsberettigede lægemidler, som patienten køber i den resterende del af året.

Ved opgørelsen af de afholdte udgifter til medicin indgår kun udgifter til lægemidler, der er optaget på fortegnelsen over lægemidler, der har generelt tilskud efter sygesikringsloven, samt lægemidler, hvortil patienten har fået en individuel tilskudsbevilling fra Sundhedsstyrelsen. Udgifterne medregnes uden hensyn til, om patienten selv har afholdt dem eller har modtaget tilskud efter for eksempel bestemmelser i lov om social bistand.

Børn under 16 år er i henhold til sygesikringslovens nuværende regler som hovedregel ikke selvstændigt sygesikrede. Lægemidler til børn ordineres derfor i en af forældrenes navn og personnummer. Børns medicinforbrug vil i relation til administrationen af egenbetalingsgrænsen blive indregnet i en af forældrenes forbrug. Børnefamilier vil derfor ikke skulle afholde 800 kr. for hvert familiemedlem, før tilskud efter sygesikringsloven opnås.

Sygesikringslovens tilskud ydes efter de nuværende regler til alle patienter, der får ordineret tilskudsberettiget medicin, uanset størrelsen af patientens samlede medicinforbrug og medicinudgifter.

Indførelse af en egenbetalingsgrænse for medicin betyder, at de ressourcer, der anvendes til medicintilskud, gives som tilskud til patienter med medicinudgifter af en vis størrelse. Medicintilskudssystemet målrettes herved til at støtte patienter, der har store medicinudgifter og derfor er belastet økonomisk heraf. Det anses for hensigtsmæssigt, at tilskud først og fremmest ydes til patienter, der lider af kroniske sygdomme eller af flere sygdomme, der medfører et dyrt og vedvarende medicinforbrug.

Forslaget medfører, at patienter med små årlige medicinudgifter selv skal betale udgiften op til 800 kr.

Imidlertid vil særlige patientgrupper blive friholdt for effekten af egenbetalingsgrænsen og dermed for en stigning i egenbetalingen.

Efter bistandslovens § 46 a kan kommunerne yde hjælp til dækning af udgifter til medicin, såfremt den pågældende ikke har midler til at afholde udgifterne selv.