

Sygesikringsloven af 1971 er senere ændret ved lov nr. 260 af 7. juni 1972 (fødselshjælp m.m.), lov nr. 614 af 20. december 1972 (ændrede administrative regler, herunder klageadgang), lov nr. 152 af 31. marts 1973 (tilskud til lægemidler), lov nr. 314 af 19. juni 1974 (befordringsgodtgørelse og bortfald af statsrefusion), lov nr. 334 af 19. juni 1974 (kiropraktisk behandling), lov nr. 176 af 7. maj 1975 (begravelseshjælp), lov nr. 200 af 4. juni 1975 (ændret klageadgang m.v.), lov nr. 240 af 12. juni 1975 (bortfald af sygesikringsgrænsen samt indførelse af nettoafregning m.v.), lov nr. 211 af 18. maj 1977 (forhandlingsudvalget), lov nr. 539 af 1. november 1978 (revision af kiropraktortilskudsreglerne udsat), lov nr. 255 af 16. juni 1980 (begravelseshjælp), lov nr. 272 af 10. juni 1981 (kiropraktorhjelpe, klinikker for fysioterapi, tolkebistand og begravelseshjælp), lov nr. 574 af 27. oktober 1982 (begravelseshjælp), lov nr. 156 af 11. april 1984 (ressortændring, amtsrådets udvalgsmæssige bindinger og forsøg med den kommunale udvalgsstruktur), lov nr. 266 af 30. maj 1984 (tilskud til lægemidler), lov nr. 114 af 27. marts 1985 (medicintilskudsnaevn, regulering af begravelseshjælp), lov nr. 254 af 6. juni 1985 (ændret finansiering), lov nr. 948 af 23. december 1986 (ændrede reguleringsbestemmelser), lov nr. 196 af 29. marts 1989 (omstrukturering af Sikringsstyrelsen og Socialstyrelsen), lov nr. 343 af 24. maj 1989 (tilskud til lægemidler), lov nr. 389 af 7. juni 1989 (ophævelse af de sociale udvalg), lov nr. 390 af 7. juni 1989 (tilskud til insulinpræparater) samt lov nr. 857 af 20. december 1989 (gebyr ved udskiftning af sygesikringsbevis).

Sygesikringsloven er senest bekendtgjort ved lov bekendtgørelse nr. 490 af 21. juli 1986.

En del af reglerne i den gældende sygesikringslov er i det foreliggende lovforslag indarbejdet i de kapitler, der indeholder generelle regler for alle de omfattede sundhedsordninger. Det gælder sygesikringslovens kapitel 1. Personkreds og kapitel 4. Overenskomster med andre stater (lovforslagets kapitel 2), kapitel 3. Befordringsgodtgørelse (lovforslagets kapitel 10), kapitel 5. Finansiering (lovforslagets kapitel 13) samt kapitel 6. Administration (lovforslagets kapitel 12).

Udgangspunktet for de foreslåede bestemmelser om ydelser i privat praksis m.v. har således i det væsentlige været reglerne i sygesikringslovens kapitel 2 (§§ 6-16) om sygesikringens ydelser.

Lovforslaget indeholder i forhold til den hidtil kendte sygesikringsordning især nogle ændringer, der sigter imod at give borgerne større valgfrihed i forbindelse med ydelser i privat praksis, jf. pkt. 1 og 2 nedenfor.

1. Efter den gældende sygesikringslov skal alle selvstændigt sygesikrede efter nærmere fastlagte reg-

ler vælge sikringsform (sikringsgruppe 1 og 2). Valget har virkning for ét år ad gangen. Personer, der vælger sikringsform 1 (gruppe 1-sikrede) har ret til gratis lægehjælp hos den valgte, alment praktiserende læge og hos praktiserende speciallæge efter henvisning fra alment praktiserende læge samt ret til tilskud til tandbehandling, fysiurgisk behandling, fodbehandling m.v. Personer, der vælger sikringsform 2, har ret til tilskud til delvis dækning af udgiften ved de samme ydelser. Tilskudsbeløbene udgør samme beløb, som skulle have været afholdt for tilsvarende ydelser til gruppe 1-sikrede.

Det beløb, der betales af den offentlige sygesikring for en konkret ydelse, er således det samme for gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede. Forskellen mellem de 2 grupper består på dette punkt i, at de i sygesikringsoverenskomsterne fastsatte honorarer – med enkelte undtagelser – alene er bindende for yderne (lægen, tandlægen, fysioterapeuten m.fl.) ved undersøgelse og behandling af gruppe 1-sikrede. Den enkelte yder kan med andre ord frit fastsætte sit honorar for undersøgelse og behandling af gruppe 2-sikrede, hvilket normalt indebærer, at den gruppe 2-sikrede må yde en egenbetaling svarende til den del af honoraret, der overstiger sygesikringens tilskud.

Den gruppe 2-sikrede har ret til fra gang til gang frit at vælge, hvilken alment praktiserende læge vedkommende vil konsultere. Hvis gruppe 1-sikrede ønsker gratis lægehjælp, kan de derimod kun benytte den – for ét år ad gangen – valgte, alment praktiserende læge. Endvidere har gruppe 2-sikrede fri adgang til at søge praktiserende speciallæge, dvs. uden henvisning fra alment praktiserende læge.

I praksis vælger mindre end 5 pct. af befolkningen sikringsform 2, og andelen har været faldende i de senere år. Det betyder, at det store flertal (de gruppe 1-sikrede) ikke har nogen mulighed for gratis at konsultere en anden, alment praktiserende læge end den på forhånd valgte, eller søge praktiserende speciallæge uden henvisning, hvis de mener at have behov herfor i en konkret situation.

Med det sigte at skabe større valgfrihed for de borgere, der har valgt en alment praktiserende læge, er det foreslået, at enhver efter eget ønske i den konkrete situation har mulighed for at konsultere den valgte, alment praktiserende læge eller en anden alment praktiserende læge og frit kan vælge at søge praktiserende speciallæge med eller uden henvisning. Forslaget betyder, at reglerne om opdeling af befolkningen efter valgte sygesikringsgrupper helt bortfalder.

Efter forslaget vil undersøgelse og behandling hos den valgte, alment praktiserende læge (familielægen) være gratis for patienten. Det samme gælder for konsultation hos praktiserende speciallæge, der finder