

Hyll 2

Håndbogsreal 2

BETÆNKNING
om
indtægtsgrænsen ved offentlig sygesikring

Afgivet af
et af socialministeren nedsat udvalg



Juridisk Laboratorium
Bispetorvet 3
1167 København K
Tlf. 01-15 7316

BETÆNKNING NR. 676
KØBENHAVN 1973

ISBN 87503 14238

Statens trykningskontor
So 00-222 bet

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

Afsnit 1

Indledning	5
----------------------	---

Afsnit 2

Tidligere overvejelser af spørgsmålet om en indtægtsgrænse inden for offentlig sygesikring. Baggrunden for nedsættelsen af udvalget	8
---	---

Afsnit 3

Hovedtræk af de fra 1. april 1973 gældende regler om formidling af læge- og tandlægebehandling samt fysioterapi efter sygesikringsloven	14
---	----

Afsnit 4

Hovedtræk i nogle udenlandske ordninger	18
---	----

Afsnit 5

Forskellige muligheder for ordning af lægebetjeningen ved alment praktiserende læge	20
---	----

A. Lægebetjening ved alment praktiserende læge under en gruppe 1-ordning, gældende for hele befolkningen	22
B. Formidling af lægebetjening med valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning	31
C. En sygesikringsordning, der bygger på lægeoverenskomster, men rummer en selvrisko for patienten	35
D. Sygesikring i form af refusion af afholdte udgifter til lægebetjening	38
E. Lægebehandling ved offentligt ansatte, tidlønnede læger	41

Afsnit 6

Indpasning af speciallægebehandling i ordningerne i afsnit 5 A-E	45
--	----

Afsnit 7

Bemærkninger om tandbehandling og fysioterapi	50
---	----

Afsnit 8

Udvalgets vurdering af ordningerne under afsnit 5 A-E	52
---	----

	Side
Bilag 1	
Den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp i Sverige.	59
Bilag 2	
Den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp i Norge.	61
Bilag 3	
Den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp i Storbritannien. .	63
Bilag 4	
Lægebetjeningen inden for den offentlige sygesikring i forbunds- republikken Tyskland.	65
Bilag 5	
Skrivelse fra De danske Sygekasser om lægeskifte.	67
Bilag 6 med 2 underbilag	
Redegørelse fra Amdsrådsforeningen om visse administrative og registreringstekniske spørgsmål.	69
Bilag 7	
Redegørelse fra socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent..	79
Bilag 8	
Redegørelse fra De danske Sygekasser.	81
Bilag 9	
Redegørelse fra De sjællandske Sygekasser.	83
Bilag 10 med 1 underbilag	
Redegørelse fra socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent..	85
Bilag 11	
Udtalelse fra foreningen Danske Fysioterapeuter.	89

Afsnit 1

INDLEDNING

Udvalget blev nedsat ved socialministeriets skrivelse af 15. juni 1971.

Som det nærmere omtales i afsnit 2, punkt 12, henstillede folketingets socialudvalg i betænkning af 14. maj 1971 om sygesikringsforslaget til socialministeren, at hele spørgsmålet om opretholdelsen af en opdeling af de sikrede i to grupper på grundlag af en indtægtsgrænse og om konsekvenserne af eventuelle ændringer i denne henseende blev gjort til genstand for udvalgsbehandling.

Udvalget fik i overensstemmelse hermed til opgave at undersøge og afgive en redegørelse om, hvilke muligheder der foreligger for at afløse den på indtægtsforhold baserede opdeling af de sikrede personer i to grupper inden for lovgivningen om offentlig sygesikring af andre ordninger, og hvilke konsekvenser ændringer på dette område vil medføre.

Udvalget blev anmodet om i sit arbejde at inddrage en undersøgelse af den måde, på hvilken den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp m.v. til de forsikrede er tilrettelagt i andre lande, hvis ordninger må antages at frembyde særlig interesse i denne forbindelse.

Udvalget har haft følgende sammensætning:

Vicedirektør Henning Blume, udpeget af Københavns og Frederiksberg kommuner.

Læge Jens Daugaard, udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Viceamtsborgmester Jens P. Fisker, udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark.

Formand for Den almindelige danske Lægeforening, læge Jørgen Fog, udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Økonomisk-statistisk konsulent Niels Halek, udpeget af socialministeriet.

Planlægningschef Ole Høeg, udpeget af socialstyrelsen.

Socialudvalgsformand Albert Jensen, udpeget af Kommunernes Landsforening.

Kontorchef Jørgen H. Koch, udpeget af indenrigsministeriet.

Kontorchef Harry Korzen, udpeget af direktoratet for sygekassevæsenet.

Landsformand Niels Mørk, udpeget af De danske Sygekasser.

Speciallæge E.O. Pedersen, udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Kontorchef Arne Vejlbj, socialministeriet, udvalgets formand.

Overlæge, dr. med. Jørgen Worm-Petersen, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Sekretær Inge Christoffersen, socialministeriet, har været udvalgets sekretær.

Ved udvalgets drøftelser af spørgsmål, der berørte tandlægenes stilling, har repræsentanter for Dansk Tandlægeforening været til stede. Udvalgets formand og sekretær har med repræsentanter for foreningen Danske Fysioterapeuter drøftet spørgsmål, der berørte denne forenings medlemmer.

Udvalget har holdt ialt 12 møder.

Ud over indledningen omfatter betænkningen følgende afsnit: Afsnit 2 indeholder en redegørelse for tidligere overvejelser om en indtægtsgrænse og om den nærmere baggrund for udvalgets nedsættelse. Afsnit 3 indeholder en gennemgang af den gældende sygesikringsordning. Afsnit 4 indeholder omtale af hovedtrækkene i nogle udenlandske ordninger. Afsnit 5 indeholder en gennemgang af 5 mulige sygesikringsordninger, der har det til fælles, at de ikke bygger på en indtægtsgrænse. Afsnit 6 vedrører indpasning af speciallægebetjening i de ordninger, der omtales under afsnit 5. Afsnit 7 vedrører behandling ved tandlæge og fysioterapeut. Afsnit 8 indeholder udvalgets vurdering af de forskellige ordninger, der er indgået i overvejelserne.

Som bilag 1-4 er optaget redegørelser for nogle udenlandske sygesikringsordninger. Som bilag 5 er optaget en skrivelse af 27. december 1971 fra Sygekassernes Samvirksomhed med oplysning om omfanget af lægeskifte blandt sygekassernes A-medlemmer. Som bilag 6 er optaget en redegørelse af 28. november 1972 fra den under Amtsrådsforeningen nedsatte styregruppe for planlægning af den offentlige sygesikrings administration om nogle administrative og registreringstekniske spørgsmål i forbindelse med indtægtsgrænsen og adgangen til lægeskifte. Som bilag 7 er optaget en redegørelse fra socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent om de forventede merudgifter for sygesikringen ved ophævelse af indtægtsgrænsen. Bilagene 8-10 indeholder oplysninger, der indgår som baggrundsmateriale for beregningerne i bilag 7. Som bilag 11 er optaget en udtalelse af 15. marts 1973, som udvalget har modtaget fra foreningen Danske Fysioterapeuter.

I afsnit 8 indgår nogle særudtalelser fra enkelte medlemmer af udvalget. I øvrigt er betænkningen enstemmig.

København, april 1973.

Henning Blume

Jens Daugaard

Jens P. Fisker

Jørgen Fog

Niels Halek

Ole Høeg

Albert Jensen

Jørgen H. Koch

Harry Korzen

Niels Mørk

E.O. Pedersen

Arne Vejlbj
formand

J. Worm-Petersen

Inge Christoffersen

Afsnit 2

TIDLIGERE OVERVEJELSER AF SPØRGSMÅLET OM EN INDTÆGTSGRÆNSE INDEN FOR OFFENTLIG SYGESIKRING BAGGRUNDEN FOR NEDSÆTTELSEN AF UDVALGET

1. Ifølge de bestemmelser, der var gældende her i landet fra den første sygekasselov (1892) indtil loven af 1960 om den offentlige sygeforsikring, var adgangen til ydelser gennem den offentligt støttede sygeforsikring betinget af, at det pågældende medlem var ubemidlet. På et tidligt tidspunkt blev der fastsat bestemte indtægts- og formuegrænser, der var afgørende - eller dog vejledende - for, om en person kunne anses for ubemidlet i lovens forstand.

Personer med indtægt eller formue over grænsen fik første gang ved sygekasseloven af 1915 adgang til en statskontrolleret sygeforsikring - dog uden statstilskud - gennem fortsættelsessygekasser, der ydede refusion af medlemmernes udgifter til lægehjælp. Medlemmer af Statsbanepersonalets Sygekasse havde dog adgang til en offentligt støttet sygeforsikringsordning uden hensyn til, om de var ubemidlede i den almindelige sygekasselovgivnings forstand.

Om den historiske udvikling med hensyn til fastsættelsen af "sygekassegrænsen" og om denne grænses betydning i tiden indtil 1959 henvises til sygeforsikringskommissionens betænkning (betænkning nr. 226, afgivet 1959 af sygeforsikringskommissionen af 1954) side 80-92.

2. Sygeforsikringskommissionens Betænkning indeholdt på side 92-97 en gennemgang af argumenter for afskaffelse eller opretholdelse af en sygekassegrænse. Det blev her nævnt, at der var anført følgende argumenter for at ophæve grænsen:

Det var gjort gældende, at det var urimeligt, at de bemedledes forsikring dækkede væsentligt mindre af udgifterne til sygebehandling end sygekasserne, og at denne forsikring ikke ligesom sygekasserne fik offentlig støtte. Der blev herunder peget på, at den faktiske situation for mange mennesker var, at de på et eller andet tidspunkt blev overført fra det ene system til det andet, og at forskellen på forsikringsformerne derfor blev iøjnefaldende for dem. Urimeligheden blev forstærket af, at det kun var ret få, hvis indtægt oversteg grænsen, medens der var mange under grænsen, der var så godt stillede, at de vanskeligt kunne accepteres som ubemidlede i almindelig forstand. Endvidere indgik der i argumenterne for ophævelsen af grænsen en kritik af, at en sådan grænse gjorde det nødvendigt at iværksætte kontrolforanstaltninger, som medførte en betydelig administration. Endelig henviste kritikerne af grænsen til, at ordningerne i f. eks. England, Norge og Sverige ikke byggede på en "sygekassegrænse".

3. Heroverfor blev der i betænkningen anført en række argumenter for at bevare en sygekassegrænse:

Sygekassernes repræsentanter i kommissionen ønskede grænsen bevaret ud fra følgende betragtninger: Gennem statstilskud og overenskomster mellem sygekasserne og lægerne var der sikret kassernes medlemmer adgang til vederlagsfri lægehjælp mod betaling af et mindre kontingent, og sygekasserne ønskede at bevare den økonomiske fordel, **der** herved var sikret deres medlemmer (d.v. s. personer med indtægt og formue under "sygekassegrænsen"). Sygekasserne ønskede ikke en forbedring af de bemidledes forsikring gennemført på bekostning af de ubemidlede.

Repræsentanten for fortsættelsessygekasserne ønskede også grænsen bevaret og gjorde gældende, at medlemmerne af fortsættelsessygekasserne ønskede at bevare den ordning, der var gældende for dem, nemlig frit lægevalg og adgang til efterfølgende refusion af udgifter til lægebehandling.

Lægeforeningens repræsentanter gjorde gældende, at ophævelse af grænsen og udvidelse af den hidtidige sygekasseordning til alle måtte medføre, at lægernes honorarer fra sygekasserne måtte hæves for at kompensere for indtægtstab i forbindelse med bemidlede patienter. Såfremt væsentlige dele af de bemidlede persongrupper skulle søge optagelse i sygekasserne, måtte det forventes, at man måtte gå over til et refusionssystem for alle sygeforsikrede. Hvis der blev tale om en udvidelse af den medlemskreds, der fik adgang til vederlagsfri lægehjælp, ville lægestanden blive endnu mere afhængig af sygekasserne end hidtil. Dette gjaldt i særlig grad, hvis den frie lægehjælp blev udvidet til automatisk at omfatte hele befolkningen, idet den praktiserende læge i så fald ville komme til at stå i en art tjenesteforhold til sygekasserne eller det offentlige organ, der evt. skulle varetage sygeforsikringen.

4. Konklusionen af sygeforsikringskommissionens overvejelser var, at et flertal anbefalede at opretholde sygekassegrænsen (i hvert fald indtægt s grænse). Derimod var der overvejende ønske om at ophæve formuegrænsen). Efter dette flertals opfattelse ville en ophævelse af grænsen under de foreliggende forhold medføre dybtgående og på forhånd usikre ændringer i den offentlige sygeforsikring og i lægernes stilling, uden at nødvendigheden af eller fordelene ved sådanne ændringer sammenlignet med den gældende ordnings fordele var påvist.

Et mindretal på tre medlemmer udtalte bl. a. , at en på indkomst fikseret sygekassegrænse aldrig ville kunne fastlægge en tilfredsstillende delingslinie mellem bemidlede og ubemidlede i lovgivningsmæssig henseende. **Der** ville, uanset hvordan en sådan grænse blev fastsat, altid forekomme et ikke ubetydeligt antal tilfælde, hvor vedkommende med større ret burde være placeret på den anden side af grænsen end den, hvor han i kraft af systemet var blevet anbragt. Dette mindretal ønskede en automatisk sygeforsikring for hele befolkningen uanset økonomiske forhold.

Et andet mindretal (1 medlem) ønskede at gå over til en frivillig offentlig sygeforsikring uden indtægts- eller formuegrænse.

5. I november 1959 fremsatte socialminister Bomholt forslag til lov om den offentlige sygeforsikring (Folketingstidende 1959-60, tillæg A, sp. 1091-

1188). Forslaget byggede på, at de anerkendte sygekasser skulle stå åbne for alle, men at medlemmerne skulle opdeles i 2 grupper på grundlag af en indtægtsgrænse. Gruppe A (medlemmer med indtægt under grænsen) skulle registreres som patienter hos en bestemt alment praktiserende læge og fik adgang til vederlagsfri lægebetjening efter overenskomst. Gruppe B (medlemmer med indtægt over grænsen) fik frit valg af læge i hvert enkelt tilfælde og adgang til en vis efterfølgende refusion af afholdte udgifter til lasgebehandling.

Ved fremsættelsen af forslaget udtalte socialministeren (Folketingstidende 1959-60, sp. 1022-23), at offentlige tilskud hidtil alene var blevet givet til forsikringen for medlemmer under sygekassegrænsen, og at det skønnedes naturligt til en vis grad at opretholde denne forskel på baggrund af, at det var hensigten at bevare forskellen på lægeordningerne. Som følge af, at visse forskelligheder i karakteren af den offentlige sygeforsikring således ønskedes opretholdt for de 2 grupper af medlemmer, indeholdt lovforslaget stadig en økonomisk grænse. Ydelserne til de 2 grupper skulle dog så vidt muligt være de samme, og der skulle i sygekasserne være en fælles økonomi og fælles forsikringsmæssig risiko for alle nydende medlemmer. Forslaget ville i det væsentlige fjerne den forskel på dækningen i ydelser, som den offentlige sygeforsikring hidtil havde givet personer under og over sygekassegrænsen. Lovforslaget ville nærmest reducere sygekassegrænsen til at være en kontingentgrænse.

6. Under 1. behandling af lovforslaget (sp. 1375-76) udtalte den socialdemokratiske ordfører bl. a., at det ofte var blevet anført, at grænsen virkede udemokratisk og socialt deklasserende og delte befolkningen i to klasser. En del af utilfredsheden med sygekassegrænsen skyldtes utvivlsomt, at grænsen gennem årene var blevet brugt som kriterium for adgang til en række kontante ydelser på andre lovgivningsområder. Han begrundede ønsket om at bevare sygekassegrænsen med, at den var den grundpille, som var bærende for den danske lægeordning med aftaler mellem læger og sygekasser, og sikrede, at flertallet af befolkningen fik adgang til vederlagsfri lægehjælp. Han mente, at en afskaffelse af grænsen ville betyde enten det svenske refusionssystem eller den engelske ordning, der ville blive meget bekostelig - både for medlemmerne og staten.

Den konservative ordfører fremhævede (sp. 1390-92), at han i kommissionen havde fremført ønsket om en frivillig ordning uden sygekassegrænse. Ordføreren henviste til, at mellem 80 og 85 procent af befolkningen befandt sig under grænsen, og mente, at man med denne procentvise fordeling ikke længere kunne tale om en ubemidlet i modsætning til en bemidlet del af befolkningen.

Flere ordførere behandlede spørgsmålet om adgangen til at forblive B-medlem også efter en indtægtsnedgang, hvorved den pågældende kom under sygekassegrænsen. Et ønske om i en sådan situation at forblive B-medlem stod i forbindelse med ønsket om at bevare det frie lægevalg.

7. Socialreformkommissionens 1. betænkning (Betænkning nr. 543 - 1969: Det sociale trykkesystem - struktur og dagpenge) kom også (s. 211-212) ind på spørgsmålet om opretholdelse af en indtægt s grænse inden for offentlig sygesikring.

Kommissionen gav udtryk for, at eventuelle ændringer ved den gældende ordning burde gennemføres på en sådan måde, at man opretholdt den vederlagsfri lægehjælp til størstedelen af befolkningen. I denne forbindelse nævnte kommissionen, at man måtte tage i betragtning, at den mest udgiftskrævende del af sygebehandlingen, nemlig hospitalsbehandling, i realiteten blev stillet gratis til rådighed for befolkningen, således at den enkeltes indtægtsforhold på dette område ikke havde betydning.

Kommissionen var inde på den tanke, at det kunne overvejes at opretholde to forskellige former for lægebetjening inden for den offentlige sygesikring - dels en adgang til vederlagsfri lægehjælp ifølge overenskomst, dels en ordning med efterfølgende refusion af betalte lægeregninger - men således, at hele befolkningen uanset indtægt fik adgang til at vælge mellem de to ordninger. Kommissionen bemærkede imidlertid, at en sådan valgfrihed for alle - og altså en adgang for de mere velstillede **til** at vælge den vederlagsfri lægehjælp - ville være i uoverensstemmelse med det principielle synspunkt, som lægeforeningen havde gjort gældende over for kommissionen, nemlig at lægeoverenskomsterne kun burde omfatte dem, for hvem der forelå et socialt behov. En sådan valgfrihed ville også medføre betydelig usikkerhed om, hvor store dele af befolkningen der ville vælge den ene eller den anden ordning, og dette ville bringe et hidtil ukendt usikkerhedsmoment ind i forhandlingerne mellem den offentlige sygesikring og lægerne. Dette usikkerhedsmoment kunne føles som en belastning for begge forhandlingsparterne og ville kunne vanskeliggøre overenskomstforhandlingerne.

Kommissionen konkluderede, at den ikke for tiden fandt tilstrækkelig anledning til at foreslå afskaffelse af den gældende ordning med en indtægtsgrænse og indførelse af fri adgang for alle til at vælge mellem vederlagsfri lægehjælp efter overenskomst og en refusionsordning.

8. Et flertal inden for kommissionen fandt det imidlertid rimeligt at give personer med indtægt under den gældende indtægtsgrænse adgang til at vælge den status, der i øvrigt tilkom personer med indtægt over grænsen, d. v. s. ordningen med frit lægevalg og adgang til en vis efterfølgende refusion af udgifter til lægebehandling.

Kommissionen nævnte, at der ganske vist også ville være knyttet visse usikkerhedsmomenter for sygesikringen og lægerne til en sådan valgfrihed, men usikkerheden ville dog blive mindre end ved valgfrihed for hele befolkningen.

Flertallet udtalte, at når en ordning med adgang for personer under indtægtsgrænsen til at vælge refusionsordningen havde virket en årrække, og der var indhøstet erfaringer om udnyttelsen af valgfriheden, kunne der eventuelt være anledning til at overveje, om en almindelig adgang for hele befolkningen til at vælge mellem de to ordninger burde indføres.

9. Et mindretal (de af sygekasserne udpegede medlemmer) gik imod forslaget om valgfrihed. Mindretallet udtalte (s. 320), at valgfrihed ville betyde et socialt tilbageskridt, da det ville blive et økonomisk spørgsmål for den enkelte borger, om den pågældende skulle vælge tilmelding til den ene eller den anden ordning. En opdeling af befolkningen på de to ordninger burde som hidtil kun foretages ud fra den enkeltes økonomiske forhold.

10. I januar 1971 fremsatte socialminister Nathalie Lind i folketinget forslag til lov om offentlig sygesikring (Folketingstidende 1970/71, tillæg A, sp. 2433-2474), der med hensyn til opdeling af de sikrede var i overensstemmelse med flertalsindstillingen i socialreformkommissionens 1. betænkning.

Ved fremsættelsen henviste socialministeren (Folketingstidende 1970/71, sp. 2786-87) til, at forslaget i overensstemmelse med socialreformkommissionens betænkning opretholdt inddelingen af befolkningen i to grupper - under og over en vis indtægtsgrænse - svarende til den hidtidige opdeling mellem sygekassernes A- og B-medlemmer. For personer med indtægt under grænsen ville der fortsat være adgang til vederlagsfri lægehjælp, og for personer over grænsen blev der helt frit lægevalg med adgang til efterfølgende delvis refusion. Det var ligeledes i overensstemmelse med kommissionens indstilling foreslået at give personer med indtægt under grænsen adgang til at vælge refusionsordningen.

11. Under 1. behandling af lovforslaget i folketinget (Folketingstidende 1970/71, sp. 3412-52) udtalte den socialdemokratiske ordfører, at sygekassegrænsen, der ved forslaget blev bibeholdt, i mange år havde været udsat for kritik både fra politikeres og fra befolkningens side. Lovforslaget indeholdt den ændring, at personer under indtægtsgrænsen skulle kunne vælge en refusionsordning, således at opdelingen af befolkningen ikke længere udelukkende ville bero på indtægtsforhold. Ordføreren gav udtryk for, at den foreslåede ændring af indtægtsgrænsens betydning kunne give anledning til vanskeligheder, idet en del personer med indtægt under grænsen ved ordningens start ville tilmelde sig refusionsordningen uden rigtigt at kunne overskue udgifterens størrelse. I øvrigt forekom det vanskeligt at se, hvorfor man stadig opretholdt indtægtsgrænsen, efter at der var foreslået adgang for personer under grænsen til at vælge mellem de to ordninger.

Den konservative ordfører udtrykte tilfredshed med den foreslåede mulighed for at vælge sygesikringsstatus. Dette ville efter ordførerens opfattelse betyde en lempelse af den stivhed, der fulgte af den gældende gruppeinddeling.

Venstres ordfører gik ligeledes ind for forslaget om den lempede gruppeinddeling og fandt det værdifuldt, at personer med indtægt under grænsen fik mulighed for at vælge den ordning, der måske var dyrere, men som efter den enkeltes opfattelse kunne indebære fordele, som det var naturligt, at den pågældende selv betalte for.

Den radikale ordfører stillede sig tvivlende over for, hvor længe man kunne opretholde konstruktionen med opdelingen af de sikrede i to grupper.

Socialistisk folkepartis ordfører gik ud fra, at forslaget om at bibeholde indtægtsgrænsen måtte ses i forbindelse med lægestandens uvilje mod offentlig ansættelse.

12. Som resultat af udvalgsarbejdet mellem 1. og 2. behandling af lovforslaget henstillede folketingets socialudvalg i sin betænkning (Folketingstidende 1970/71, tillæg B, sp. 2217-19) til socialministeren at nedsætte et udvalg med den opgave at undersøge, under hvilke former den på indtægtsforhold baserede opdeling af de sikrede personer i to grupper inden for lovgivning om offentlig sygesikring ville kunne ophæves, og hvilke konsekvenser en sådan ophævelse ville medføre.

Under hensyn til, at hele spørgsmålet om opretholdelse af opdelingen af de sikrede personer i to grupper således kunne ventes at blive gjort til genstand for udvalgsbehandling, fandt et flertal i socialudvalget ikke anledning til at gennemføre den foreslåede valgfrihed mellem de to sygesikringsformer for personer under indtægtsgrænsen. Socialministeren gav over for folketingsudvalget tilslutning til, at den påtænkte valgfrihed for personer med indtægt under grænsen udgik af forslaget.

13. Under 2. behandling af forslaget (sp. 7066-94) udtalte den socialdemokratiske ordfører, at han helst havde set en generel ordning gennemført uden indtægtsgrænse, men han anså det for et skridt på vejen, at der blev nedsat et udvalg til at undersøge mulighederne for at afskaffe grænsen. Han var tilfreds med, at der ikke blev givet personer med indtægt under grænsen adgang til at vælge refusionsordningen, og han gav udtryk for, at han på ingen måde kunne gå ind for en refusionsordning for hele befolkningen.

Den konservative ordfører gav udtryk for, at hans gruppe gerne havde set, at der allerede ved lovens gennemførelse var blevet valgfrihed mellem de to former for sygesikring som oprindelig foreslået. Imidlertid var han indstillet på at afvente resultatet af det kommende udvalgsarbejde, hvorunder hele spørgsmålet ville blive taget op i en større sammenhæng.

Et konservativt folketingsmedlem gav ved 2. behandling udtryk for, at enkelte medlemmer af den konservative folketingsgruppe ønskede den oprindelig foreslåede valgfrihed for personer med indtægt under grænsen opretholdt.

Socialministeren udtalte, at ministeren gerne havde set, at man havde fået erfaring for, hvordan en adgang til valgfrihed ville være blevet udnyttet af befolkningen. På den anden side troede ministeren, at man gennem det foreslåede udvalgsarbejde ville få et bidrag til en saglig vurdering af, hvordan man i fremtiden skulle bygge sygesikringen op.

Ved afstemningen efter 2. behandling vedtoges forslaget med de ændringer, der var tiltrådt af socialministeren og et flertal i socialudvalget, d.v. s. med opretholdelse af to former for sygesikring, henholdsvis for personer under og over indtægtsgrænsen, men uden den af ministeren oprindelig foreslåede adgang for personer under indtægtsgrænsen til at vælge frit mellem de to ordninger.

Afsnit 3

HOVEDTRÆK AF DE FRA 1. APRIL 1973 GÆLDENDE REGLER OM FORMIDLING AF LÆGE- OG TANDLÆGEBEHANDLING SAMT FYSIOTERAPI EFTER SYGESIKRINGSLOVEN

1. Den gældende sygesikringsordning bygger på en opdeling af de sikrede i grupperne 1 og 2 på grundlag af en indtægtsgrænse.

Udgangspunktet er, at personer, hvis indtægt ikke ligger over grænsen, henføres til gruppe 1, og at personer med indtægt over grænsen henføres til gruppe 2. Indtægtsgrænsen er forskellig for forsørgere og ikke-forsørgere. Samlevende ægtefællers indtægt sammenlægges, og hvis det sammenlagte beløb ligger over indtægtsgrænsen for forsørgere (eventuelt forhøjet med det fastsatte beløb pr. barn under 16 år), henføres begge til gruppe 2.

Et barn under 16 år henføres til samme gruppe som forældrene. Fra det 16. år indplaceres et barn under hensyn til barnets egen indtægt; dog kan forældrene begære et 16-årigt barn optaget i gruppe 2 uden hensyn til barnets egen indtægt, hvis de selv hører til gruppe 2.

Hvis en gruppe 2-sikret persons indtægt går ned under indtægtsgrænsen, har den pågældende valget mellem at blive overført til gruppe 1 eller at forblive i gruppe 2.

Pr. 1. januar 1973 udgør grænsen for forsørgere 68. 700 kr. årlig i hovedstadsområdet og 60. 100 kr. i det øvrige land. For ikke-forsørgere udgør grænsen 51. 500 kr. i hovedstadsområdet og 45. 100 kr. i det øvrige land. Beløbet for forsørgere forhøjes med 8. 900 kr. pr. barn under 16 år (ens for hele landet). Det anslås, at — af befolkningen er sikret i gruppe 1 og $\frac{1}{5}$ er sikret i gruppe 2.

2. Med hensyn til betjening ved alment praktiserende læge gælder det, at gruppe 1-sikrede har adgang til vederlagsfri betjening ved den læge, hos hvem vedkommende er tilmeldt, eller denne læges stedfortræder. Lægeskifte kan finde sted en gang årligt. Ved pludselig sygdom uden for hjemstedet har gruppe 1-sikrede også adgang til vederlagsfri behandling ved en læge, der praktiserer på stedet, og som er omfattet af overenskomst.

I forbindelse med patientens besøg hos lægen eller lægens besøg hos patienten ydes der i en vis udstrækning dækning af nødvendige befordringsudgifter.

Lægens honorar og andre vilkår for lægebetjeningen fastsættes ved overenskomst mellem sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation. Efter "landsoverenskomsten", der gælder uden for København, Frederiksberg og Amager, honoreres lægen dels med et fast årligt basishono-

rar pr. patient (over 16 år), der er tilmeldt lægen, dels med honorar for hver enkelt ydelse. Efter den københavnske overenskomst, der gælder for København, Frederiksberg og Amager, honoreres lægen hovedsagelig med basishonorar pr. tilmeldt patient.

Vedrørende lægernes adgang til at varetage lægebetjening bygger "lands-overenskomsten" på det princip, at enhver læge, der er medlem af Praktiserende Lægers Organisation, kan anmelde, at han driver praksis inden for overenskomstens ramme. Patienten kan ved tilmelding vælge mellem de læger, der har konsultation inden for en vis afstand fra patientens bopæl. Overstiger det patienttal, der er tilmeldt en læge, en vis størrelse, nedsættes det basishonorar, der tilkommer lægen pr. tilmeldt patient, og i så fald har lægen efter nærmere regler mulighed for at få lukket for tilgangen af yderligere patienter.

Den københavnske overenskomst bygger på det princip, at et antal læger ansættes af den offentlige sygesikring. Dette antal er afpasset efter antallet af gruppe 1-sikrede. Ansøgning om ledige stillinger forelægges et bedømmelsesudvalg med repræsentanter for den offentlige sygesikring og lægeforeningen. Lægerne varetager praksis inden for et vist geografisk område (en "storkreds"). Den enkelte storkreds er atter opdelt i distrikter. Patienterne kan ved tilmelding til læge vælge mellem lægerne i en storkreds, men patienter, der ikke tilkendegiver noget særligt ønske, henføres til den læge, i hvis distrikt patienten bor (med mindre denne læge er "overtegnet", jfr. nedenfor). Er der til en læge tilmeldt mere end 1325 patienter (over 16 år), standses den automatiske tilskrivning af yderligere patienter, og hvis antallet af patienter (over 16 år), der er tilmeldt en læge, overstiger 2.200, kan yderligere tilmelding af patienter til denne læge som hovedregel ikke finde sted.

3. Gruppe 2-sikrede har adgang til frit valg af alment praktiserende læge i hvert enkelt tilfælde og afholder selv det af lægen beregnede honorar, der ikke er reguleret ved overenskomst. Patienten har adgang til efterfølgende refusion fra den offentlige sygesikring af et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for en tilsvarende ydelse til en gruppe 1-sikret patient.

4. Vedrørende speciallægehjælp gælder det, at gruppe 1-sikrede har adgang til vederlagsfri speciallægehjælp inden for de specialer, der er dækket af overenskomst (hvilket er langt de fleste). Denne vederlagsfri speciallægehjælp er normalt betinget af henvisning fra den alment praktiserende læge, som patienten er tilmeldt. I de fleste tilfælde kan der henvises til enhver speciallæge, der er tilsluttet overenskomst. For så vidt der er tale om speciallæger i øjensygdomme, øre-, næse- og halssygdomme og fysiurgi, skal behandling dog undertiden - navnlig i hovedstadsområdet - foretages af bestemte ansatte speciallæger. Efter nærmere regler for de enkelte specialer gælder der ofte en begrænsning i antallet af de undersøgelser eller behandlinger, hvortil en henvisning giver adgang. Ved speciallægehjælp, der ikke er omfattet af overenskomst, yder sygesikringen tilskud til delvis dækning af udgiften efter regler fastsat af socialministeren. I disse (ret få) tilfælde kræves der også henvisning fra patientens sædvanlige læge.

Også i forbindelse med speciallægebehandling af gruppe 1-sikrede ydes der i en vis udstrækning befordringsgodtgørelse til patient og læge.

Speciallægen honoreres oftest med honorar pr. ydelse. Hvor der er tale om speciallæger, der er ansat af den offentlige sygesikring, anvendes dog andre honoreringsformer.

5. Gruppe 2-sikrede har frit valg af speciallæge i hvert enkelt tilfælde, og der kræves ikke henvisning fra alment praktiserende læge. Patienten afholder selv det af speciallægen beregnede honorar, der ikke er reguleret ved overenskomst. Patienten har adgang til efterfølgende refusion fra den offentlige sygesikring af et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for en tilsvarende ydelse til en gruppe 1-sikret patient. Er der tale om et speciale, inden for hvilket en gruppe 1-patient kun har adgang til et begrænset antal behandlinger på grundlag af en henvisning, ydes der kun en gruppe 2-patient refusion af et tilsvarende begrænset antal behandlinger efter satsen for speciallægeydelser. Et eventuelt overskydende antal behandlinger refunderes efter satsen for konsultation hos alment praktiserende læge.

6. De gældende regler om støtte til tandlægehjælp bygger på, at der ydes støtte gennem den offentlige sygesikring til tandeftersyn og visse nærmere afgrænsede former for bevarende tandpleje. Andre former for tandbehandling - og også levering og tilpasning af tandproteser - er efter de nu gældende regler den offentlige sygesikring uvedkommende. (Sygesikringslovens § 13 giver dog kommunerne mulighed for skønsmæssigt at yde hjælp til supplerende af de lovbestemte ydelser, herunder til andre former for tandbehandling end dem, hvortil der normalt ydes støtte).

Der ydes dog ikke tilskud gennem den offentlige sygesikring til tandbehandling af børn i den udstrækning, hvori børnene har adgang til eller er berettigede til vederlagsfri børnetandpleje.

7. Gruppe 1-sikrede har ret til gennem den offentlige sygesikring at få udført de således afgrænsede former for tandeftersyn og tandbehandling efter nærmere regler i den godkendte overenskomst. Yder den offentlige sygesikring hjælp til andre former for tandbehandling, ydes denne hjælp i form af refusion til den sikrede, når den sikrede til den offentlige sygesikring indsender en af tandlægen specificeret, kvitteret regning for sådan tandlægehjælp. Patienten har frit valg mellem de tandlæger, der har tilsluttet sig overenskomsten. Patienten skal normalt selv betale en vis brøkdel af det overenskomstmæssige honorar. (Patientens andel udgør en trediedel af honoraret. Hvis patienten er tilmeldt den regelmæssige tandplejeordning, som står åben for yngre årgange, udgør patientens andel dog kun 1/4; de undersøgelser, der er forbundet med den regelmæssige tandplejeordning, er dog helt gratis for patienten). Den resterende del af det overenskomstmæssige honorar afregnes af tandlægen med den offentlige sygesikring.

8. Gruppe 2-sikrede er ikke omfattet af overenskomst og betaler selv det af tandlægen beregnede honorar. For så vidt der er tale om en form for tandlægehjælp, hvortil den offentlige sygesikring yder tilskud, har disse patienter adgang til efterfølgende gennem den offentlige sygesikring at få refunderet et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have ydet

som tilskud for en tilsvarende form for eftersyn eller behandling af en gruppe 1-sikret person.

9. Vedrørende fysioterapi gælder det for gruppe 1-sikrede, at der enten skal gives dem adgang til behandling hos praktiserende fysioterapeut eller til vederlagsfri behandling på fysiurgisk klinik. Der kræves henvisning fra alment praktiserende læge, og en henvisning til praktiserende fysioterapeut giver kun adgang til et begrænset antal behandlinger. Ved behandling hos praktiserende fysioterapeut er de nærmere vilkår for behandling af gruppe 1-patienter reguleret ved overenskomst. Patienten har som hovedregel frit valg mellem de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomst. Patienten betaler normalt selv 1/5 af det overenskomstmæssige honorar direkte til fysioterapeuten. Den resterende del af det overenskomstmæssige honorar afregnes af fysioterapeuten med den offentlige sygesikring.

10. Gruppe 2-sikrede har frit valg mellem praktiserende fysioterapeuter. Der skal foreligge lægehenvi-
sning. Patienten betaler selv til fysioterapeuten det fulde, af fysioterapeuten beregnede honorar, der ikke er reguleret ved overenskomst. Patienten har adgang til efterfølgende refusion fra den offentlige sygesikring af et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for en tilsvarende ydelse til en gruppe 1-patient.

Afsnit 4

HOVEDTRÆK I NOGLE UDENLANDSKE ORDNINGER

1. Da udvalget blev nedsat, blev det anmodet om at undersøge sådanne udenlandske ordninger, som måtte skønnes at være af interesse i forbindelse med udvalgets overvejelser.

Udvalget har tilvejebragt oplysninger om hovedtræk af de gældende regler om lægebetjening i Sverige, Norge, Storbritannien og forbundsrepublikken Tyskland. Nærmere redegørelser for disse ordninger er optaget som bilag 1-4 til betænkningen. I det følgende omtales nogle karakteristiske træk ved ordningerne i disse lande.

2. Den svenske ordning er karakteriseret ved, at den overvejende del af den lægebetjening, der her i landet varetages af praktiserende læger (den primære lægetjeneste), finder sted på åbne ambulatorier knyttet til sygehuse. Patienterne kan henvende sig til disse ambulatorier uden forudgående henvisning.

Herudover er der adgang til lægebetjening uden for ambulatorium dels ved offentligt ansatte læger (provinsialläkare, stadsdistriktsläkare), dels ved privat praktiserende læger.

De offentligt ansatte læger er fastlønnede, og deres lokaler og apparatur stilles til rådighed af det offentlige. Patienten betaler selv et mindre beløb ved hver anmodning om lægeydelse fra offentligt ansatte læger.

Ved henvendelse til en privat praktiserende læge betaler patienten selv lægehonoraret, der ikke er reguleret af det offentlige. Patienten har adgang til efterfølgende refusion af et vist beløb pr. lægeydelse. Refusionsbeløbets størrelse er fastsat af det offentlige.

Når lægebetjening ved sygehusambulatorier og ved offentligt ansatte læger spiller en så forholdsvis stor rolle i Sverige, hænger det formentlig sammen med vanskeligheder ved at dække landet - navnlig de tyndt befolkede egne - med praktiserende læger.

3. Den norske ordning bygger på, at patienten har frit valg mellem de praktiserende læger.

Lægen honoreres pr. ydelse efter lægeforeningens vejledende tarif.

Den offentlige sygesikring yder en vis refusion pr. ydelse efter en af det offentlige fastsat tarif. Der er uofficiel kontakt mellem lægeforeningen og det offentlige om fastsættelsen af de to tariffer.

Lægen får den del af honoraret, som dækkes af sygesikringens refusion, betalt direkte fra sygesikringen. Patienten betaler den øvrige del af honoraret. Undertiden er refusionsbeløbet for en lægeydelse af samme størrelse

som lægens honorarer for denne ydelse ifølge lægeforeningens tarif; i sådanne tilfælde er lægebetjening altså vederlagsfri for patienten.

En del af den her beskrevne lægebetjening - særlig i de tyndt befolkede områder i Norge - varetages af læger, der foruden at virke som alment praktiserende læger også virker som offentlige embedslæger (distriktslæger).

4. Den britiske offentlige sygesikringsordning, der indgår som en del af National Health Service, bygger på, at lægebetjening uden for sygehus varetages af offentligt ansatte læger.

Storbritannien er opdelt i et antal geografiske områder. Til hvert område er der knyttet et vist antal læger, blandt hvilke beboerne i området kan vælge at lade sig registrere.

Lægerne virker enten i offentlige klinikker (health centres) eller privatejede klinikker. For de sidstnævnte gælder det, at det offentlige refunderer lejeudgifter og en væsentlig del af lønudgifter til medhjælp.

Lægebetjening er gratis for patienten. Lægen honoreres dels med et fast årligt vederlag (uafhængigt af antallet af tilmeldte patienter), dels med et årligt beløb pr. tilmeldt patient. Hertil kommer visse honorarer pr. ydelse. Honorarer er genstand for forhandling mellem det offentlige og lægernes organisation.

Inden for ordningens rammer drives der gruppepraksis, og der foretages praksisplanlægning. Ved honoreringen søger man at tilskynde læger til at påtage sig praksis i mindre attraktive stedlige områder.

Ordningen har nogen lighed med den ordning, der gælder for gruppe 1-sikrede efter den københavnske lægeoverenskomst. Den afviger dog navnlig fra den københavnske ordning ved, at det offentlige i vidt omfang stiller lokaler til rådighed og garanterer lægerne en minimumsindtægt.

5. Den vesttyske ordning bygger på, at den offentlige sygesikring omfatter arbejdstagere (både når disse har tilknytning til arbejdsmarkedet, og når de er overgået til social pension) og disse personers familiemedlemmer. Tilslutning til den offentlige sygesikring er obligatorisk for alle arbejdstagere, der betragtes som arbejdere, og for de funktionærer, hvis indkomst ligger under en vis grænse. For andre funktionærer er tilslutningen frivillig.

Ordningen giver adgang til gratis lægebetjening hos en af de læger, der praktiserer for den offentlige sygesikring ("kasselæge"). Patienten skal på forhånd være registreret hos en bestemt "kasselæge". Lægen honoreres efter overenskomst mellem den offentlige sygesikring og lægernes organisation.

Ordningen har nogen lighed med den danske gruppe 1-ordning, men afviger navnlig fra denne ved, at adgangen til den tyske sygesikring står i forbindelse med en persons erhvervsmæssige forhold. Dette må ses i sammenhæng med, at sygesikringen er et led i den tyske socialforsikring, der omfatter arbejdstagere med familiemedlemmer og hovedsagelig finansieres ved bidrag fra arbejdsgivere og arbejdstagere.

Afsnit 5

FORSKELLIGE MULIGHEDER FOR ORDNING AF LÆGEBETJENINGEN

VED ALMENT PRAKTISERENDE LÆGE

1. I dette afsnit har udvalget gennemgået 5 forskellige muligheder for ordning af lægebetjeningen ved alment praktiserende læge. Disse 5 ordninger har det til fælles, at de ikke bygger på opdeling af de sikrede personer i grupper på grundlag af en indtægtsgrænse.

De særlige spørgsmål om behandling ved speciallæge, tandlæge og fysioterapeut drøftes i afsnit 6-7.

De forventede økonomiske virkninger af de her omtalte ordninger er behandlet i bilag 7.

2. For alle ordningerne under A-E gælder det, at man ved den deraf følgende afskaffelse af indtægtsgrænsen vil opnå en vis forenkling af administrationen, jfr. herved bilag 6 til betænkningen. Kommunernes kontrol med indtægtsgrænsen og overflytning af de sikrede personer, der passerer grænsen, vil bortfalde. Centraladministrationens arbejde med at beregne indtægtsgrænsen og udsende den årlige bekendtgørelse herom vil ligeledes bortfalde. Det må herved erindres, at indtægtsgrænsen alene har betydning med hensyn til bedømmelsen af en persons adgang til ydelser efter sygesikringsloven, men f. eks. ikke har betydning ved beregningen af den pågældendes adgang til dagpenge eller ved beregning af husstandsindtægt efter boliglovgivningen eller uddannelsesstøtte.

Med hensyn til de fordele eller ulemper, der er forbundet med de enkelte ordninger, henvises i øvrigt til omtalen af hver enkelt af disse i det følgende.

3. Ved fremstillingen nedenfor under A-D er det drøftet, hvorvidt de nærmere vilkår for de forskellige ordninger kan reguleres ved overenskomst. Ved ordet "overenskomst" sigtes i denne forbindelse til aftaler, der navnlig fastlægger de økonomiske vilkår for udøvelsen af lægegerning. Disse aftaler har hidtil alene omfattet gruppe 1-sikrede. Overenskomsterne indeholder imidlertid også aftaler om andre forhold, f. eks. om samarbejdsudvalg og klageadgang. Sådanne aftaler kan også tænkes udvidet til at omfatte personer, der er stillet som de nuværende gruppe 2-sikrede, selv om lægernes honorering for betjening af disse personer som hidtil ikke vil være reguleret ved overenskomst.

4. Ved gennemgangen er den ordning, der behandles under A (en gruppe

1-ordning gældende for hele befolkningen), behandlet mere udførligt end de derefter beskrevne ordninger under B og C.

Dette skyldes, at ordningerne under B og C kan betragtes som varianter af ordningen under A. Fremstillingen under B og C begrænser sig derfor i hovedsagen til en omtale af de særlige spørgsmål, som skyldes de specielle træk ved disse ordninger (valgfriheden ved ordningen under B - selvriskoen ved ordningen under C). I øvrigt vil en væsentlig del af fremstillingen under A også være dækkende ved gennemførelsen af ordningerne under B og C (f. eks. omtalen af lægernes adgang til overenskomstmæssig praksis og situationen i perioder uden overenskomst).

A. LÆGEBETJENING VED ALMENT PRAKTISERENDE LÆGE UNDER EN GRUPPE 1-ORDNING, GÆLDENDE FOR HELE BEFOLKNINGEN

1. Det er i det følgende forudsat, at der gennem den offentlige sygesikring stilles vederlagsfri lægebetjening ved alment praktiserende læge til rådighed for alle herboende personer, der ønsker at udnytte ordningen, og at der i sådanne tilfælde normalt ikke opstår noget pengemellemværende mellem læge og patient og heller ikke i øvrigt er nogen selvrisk for patienten.

Det forudsættes endvidere, at det nærmere omfang af denne lægebetjening og honoreringen af lægerne inden for ordningens rammer - ligesom det hidtil har været tilfældet efter gruppe 1-ordningen - fastlægges ved overenskomst, der skal godkendes af socialministeren for at få gyldighed.

Endelig forudsættes det, at en patient har adgang til uden for ordningens rammer at henvende sig til enhver praktiserende læge for egen regning. Nogle mulige problemer herved er nævnt nedenfor under pkt. 26.

2. Ved en udvidelse af gruppe 1-ordningen til hele befolkningen rejser det spørgsmål sig, hvilken betydning en sådan udvidelse vil få for befolkningens adgang til lægehjælp uden for sygehus.

Spørgsmålet om en eller anden form for praksisplanlægning har været genstand for indgående overvejelser inden for lægeforeningen, og udvalget vedrørende den stedlige social- og sundhedstjeneste er i sin betænkning nr. 669/1973 også inde på tanken om en praksisplanlægning, der skulle gennemføres i samarbejde mellem lægekredsforeningerne, amtskommunerne og kommunerne. Disse overvejelser står i forbindelse med udviklingen i retning fra enkeltmandspraksis henimod gruppepraksis og med ønsket om et udvidet samarbejde mellem praktiserende læger og de offentlige myndigheder, der har ansvar for social- og sundhedsvæsenet.

Det må forudses, at de praktiserende lægers etablering i den kommende tid i stigende grad under en eller anden form vil blive reguleret. Denne regulering kan gennemføres på forskellig vis. I denne forbindelse skal alene peges på følgende: De hidtil gældende lægeoverenskomster - navnlig den københavnske - indeholder bestemmelser, der regulerer lægernes adgang til at praktisere for den offentlige sygesikring. Da overenskomsterne hidtil kun har vedrørt gruppe 1-sikrede, har reguleringsbestemmelser i overenskomsterne kun haft betydning med hensyn til lægernes adgang til at praktisere blandt denne gruppe. En udvidelse af gruppe 1-ordningen - og dermed af overenskomsterne - til hele befolkningen vil betyde, at eventuelle praksisregulerende bestemmelser i overenskomsterne vil blive af mere indgribende betydning for lægernes adgang til at praktisere end tilsvarende bestemmelser i de nuværende overenskomster.

3. Den gældende sygesikringsordning bygger på, at personer i gruppe 1 skal være registreret som patienter hos én bestemt alment praktiserende læge (eventuelt et kompagniskab), og at lægebetjening af en gruppe 1-sikret person inden for ordningens rammer som hovedregel skal ydes af den læge, hos hvem patienten er tilmeldt, eller af denne læges stedfortræder.

Ordningen med registrering af de gruppe 1-sikrede hos en bestemt læge for en vis tid ad gangen har haft betydning ved beregning af lægernes honora-

rer og har gjort det muligt at opgøre størrelsen af hver læges patientkreds af gruppe 1-sikrede. Den faste tilknytning mellem patient og læge, der følger af registrering, har imidlertid også den betydning, at lægen herved får bedre mulighed for at få kendskab til den enkelte patients forhold, således at der sikres kontinuitet i behandlingen. Det forhold, at samlevende ægtefæller normalt tilmeldes samme læge, og at børn under 16 år dækkes af forældrenes registrering, bidrager til, at en bestemt læge (familielægen) kan få kendskab til familiens samlede sundhedsmæssige - og dermed sammenhængende sociale - forhold.

4. I de senere år er det gjort til genstand for overvejelse i forskellige udvalg, hvorledes der kan tilvejebringes et nærmere samarbejde mellem praktiserende læger på den ene side og det øvrige social- og sundhedsvæsen - der i hovedsagen varetages af offentligt ansatte personer - på den anden side. Sådanne overvejelser har navnlig været fremme i udvalgsbetænkninger om sundhedspleje og hjemmesygepleje, i internt udvalgsarbejde i lægeforeningen og i udvalget om den stedlige social- og sundhedstjeneste. Det har herved været forudsat, at de enkelte læger (eller kompagniskaber af læger) har en nogenlunde afgrænset patientkreds.

Under drøftelser i de nævnte udvalg har det været betragtet som ønskeligt, at social- og sundhedsmyndigheder og offentligt medicinalpersonale, når de kommer i forbindelse med en person, har en let adgang til at komme i forbindelse med en bestemt praktiserende læge, som er den pågældende persons (og som regel også familiens) sædvanlige læge. Endvidere har det været betragtet som et egnet middel til et forøget samarbejde mellem de praktiserende læger og det offentlige social- og sundhedsvæsen, at der tilvejebringes så stor overensstemmelse som muligt mellem den klientkreds (patientkreds), der betjenes af en praktiserende læge og af bestemte offentligt ansatte social- og sundhedsmedarbejdere.

5. Udvalget har da også forudsat, at en gruppe 1-ordning, der stilles til rådighed for hele befolkningen, fortsat bygger på det princip, at lægebetjening inden for ordningens rammer ydes af den alment praktiserende læge (eventuelt det kompagniskab), som patienten er tilmeldt, eller af denne læges stedfortræder. Herudover må ordningen rumme mulighed for lægehjælp til personer, som pludselig får behov for lægehjælp under midlertidigt ophold uden for hjemstedet, ligesom der formentlig inden for ordningens rammer bør åbnes mulighed for lægehjælp til personer, som ifølge overenskomst med udlandet har ret til lægehjælp ved pludselig sygdom under midlertidigt ophold i Danmark. Spørgsmålet, om en person, der er tilmeldt én bestemt læge, alligevel i enkeltstående tilfælde - uden at der foreligger midlertidigt fravær fra hjemstedet - skal kunne henvende sig til en anden læge inden for ordningens rammer, drøftes nedenfor under pkt. 20.

Der er ikke med disse bemærkninger taget stilling til det teknisk-praktiske spørgsmål, om børn bør registreres særskilt eller være omfattet registrering af en af forældrene.

6. En udvidelse af gruppe 1-ordningen til hele befolkningen medfører konsekvenser med hensyn til kørselsgodtgørelse til patienter i forbindelse med

patientens besøg hos praktiserende læge. Efter de gældende regler tilkommer denne befordringsgodtgørelse ("kommunal fribefordring") kun patienter i gruppe 1. Udgifterne ved denne kørselsgodtgørelse begrænses dels ved, at kørselsudgifter under et vist beløb som hovedregel må bæres af patienten selv, dels ved, at patienten inden for gruppe 1-ordningen skal vælge en alment praktiserende læge med konsultationssted inden for en kortere afstand fra patientens bopæl. Udvidelse af gruppe 1-ordningen må formentlig medføre, at reglerne om kørselsgodtgørelse til patienter kommer til anvendelse ved besøg hos praktiserende læge inden for ordningens rammer, hvad enten patienten hidtil har hørt til gruppe 1 eller 2.

En udvidelse af gruppe 1-ordningen til hele befolkningen vil også få indflydelse på lægernes kørselsgodtgørelse. Ifølge sygesikringslovens § 19 ydes der kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til patienter i gruppe 1. Nærmere regler om denne godtgørelse skal fastsættes ved lægeoverenskomst. Hvis der også efter en udvidelse af gruppe 1-ordningen skal ydes lægerne kørselsgodtgørelse i forbindelse med sygebesøg, må denne kørselsgodtgørelse ydes uden hensyn til, om der er tale om sygebesøg hos personer, der hidtil har været henført til gruppe 1 eller 2.

I denne forbindelse kan nævnes, at der med hensyn til behandling på sygehus (og befordring i forbindelse hermed) ikke skelnes mellem gruppe 1- og gruppe 2-sikrede.

7. En udvidelse af gruppe 1-ordningen til at omfatte hele befolkningen kan give anledning til at overveje, om forskellige former for lægebetjening, som ikke forudsætter akut sygdom (forebyggende helbredsundersøgelser, vaccinationer eller lignende), og som efter de hidtil gældende regler ikke dækkes gennem den offentlige sygesikring, bør inddrages under ordningen.

Der sigtes her kun til sådanne undersøgelser, vaccinationer eller lignende, som efter deres karakter egner sig til at udføre ved praktiserende læger, og som det findes rimeligt at finansiere af det offentlige uden udgift for den undersøgte eller behandlede person.

8. De her omhandlede ydelser har hidtil ikke været omfattet af de almindelige overenskomster mellem Praktiserende Lægers Organisation og den offentlige sygesikring, men når ydelserne er blevet udført af praktiserende læger, er de blevet honoreret særskilt efter satser, der forinden er blevet forhandlet mellem det offentlige og lægeforeningen, og ydelserne er blevet stillet vederlagsfrit til rådighed for de pågældende personer, uanset om disse har hørt til den ene eller den anden gruppe af sikrede. Det har været en konsekvens heraf, at de berettigede står frit med hensyn til, hos hvilken læge de ønsker at henvende sig i disse tilfælde.

9. Hvis disse ydelser indpasses i de almindelige lægeoverenskomster, der forudsættes at dække hele befolkningen, må dette formentlig indebære, at ydelserne normalt udføres af den pågældendes sædvanlige læge, og at lægen får vederlag herfor gennem de (basis- eller ydelses-) honorarer, der er fastsat i overenskomsten.

10. Om en indpasning af disse ydelser i den lægebetjening ved "familielæge", der stilles til rådighed inden for rammerne af gruppe 1-ordningen, er hensigtsmæssig, kan næppe afgøres generelt for alle de ydelser, der her kan komme på tale, men må bedømmes særskilt for de enkelte ydelsers vedkommende.

11. Familielægesystemet bygger på, at familielægen får et generelt kendskab til personens (familiens) sundhedsmæssige - og eventuelt sociale - forhold, og dette taler principielt for, at disse ydelser indgår som led i den vederlagsfri lægebetjening ved alment praktiserende læge, der tilbydes inden for den offentlige sygesikring.

Hvor det drejer sig om sådanne ydelser som difteri- og poliovaccinationer og om forebyggende helbredsundersøgelser af børn fra fødslen indtil skolealderen, synes det da også nærliggende at søge ydelserne indpasset i de almindelige lægeoverenskomster inden for rammerne af den offentlige sygesikring, og hvor det drejer sig om de her nævnte ydelser, synes der ikke at gøre sig sådanne særlige hensyn gældende, som kan tale imod en ordning, hvorefter de pågældende personer henvises til deres sædvanlige læge. Det forudsættes, at der kan opnås enighed mellem overenskomstparterne om de nærmere vilkår for indpasningen af disse ydelser i overenskomsterne.

12. Med hensyn til visse andre undersøgelser m.v. gælder det imidlertid, at den pågældende person ud fra ønsket om ikke at skulle afsløre visse personlige forhold kan tænkes at være utilbøjelig til at henvende sig til sin sædvanlige læge. Noget sådant kan tænkes at gøre sig gældende, hvor der er tale om henvendelse til en praktiserende læge i forbindelse med et ønske om svangerskabsafbrydelse eller om at få ordineret et antikonceptionelt middel. Hvis ydelse af lægelig vejledning og bistand i disse tilfælde indpasses i de almindelige lægeoverenskomster på en sådan måde, at de pågældende i disse tilfælde skal søge deres sædvanlige læge, er det tænkeligt, at nogle ville undlade at benytte sig af et tilbud om lægelig vejledning og bistand. Imidlertid må der antages at være en offentlig interesse i, at eventuelle tilbud om vederlagsfri lægelig bistand i sådanne tilfælde udnyttes i størst muligt omfang. Hensynet til, at sådanne tilbud udnyttes mest muligt, kunne derfor tale for, at man i tilfælde som de her nævnte fastsatte en lignende ordning, som i dag er gældende ved forebyggende undersøgelser, nemlig at den pågældende kan henvende sig til en anden praktiserende læge end den, som vedkommende er tilmeldt, og at der derfor i overenskomsterne aftales særskilt honorering af lægerne for disse ydelser.

13. Der fremsættes jævnlig ønske om indførelse af nye former for offentligt finansierede generelle helbredsundersøgelser, vejledninger eller lignende ved praktiserende læge. Foruden forslag om en generel adgang til vejledning i antikonception har der f. eks. været forslag om generelle undersøgelser af afgrænsede persongrupper for visse kræftformer og for kredsløbslidelser. For så vidt sådanne undersøgelser m.v. indføres, må det bero på en nærmere overvejelse af de hensyn, der i det enkelte tilfælde gør sig gældende, om de bør udføres af patientens sædvanlige læge, eller om de ud fra lignende hensyn som dem, der er nævnt foran under pkt. 12, bør kunne finde sted hos en anden læge, hvis patienten måtte ønske det.

14. Der er foran i pkt. 5 forudsat, at lægebetjening inden for ordningens rammer som hovedregel skal ydes af den læge, som den pågældende patient er tilmeldt.

Enhver patient, der vil gøre brug af ordningen, må altså være tilmeldt én bestemt læge (eventuelt et kompagniskab). Der ses i denne forbindelse bort fra det forhold, at personer på midlertidigt ophold her i landet eventuelt ved pludselig sygdom kan have adgang til lægehjælp inden for ordningens rammer.

15. Udgangspunktet for den gældende gruppe 1-ordning er, at den enkelte sikrede person ved tilmeldingen har en vis mulighed for at vælge mellem flere læger. Denne valgfrihed er dog begrænset på forskellig måde.

For det første følger det af overenskomstsystemet, at der kun kan vælges læger, som praktiserer inden for overenskomstordningen. Herudover er der ved overenskomsterne - som det nærmere fremgår af afsnit 3, punkt 2 - fastsat forskellige begrænsninger med hensyn til, hvilke læger der kan vælges.

16. Ved bedømmelsen af spørgsmålet, om der bør være frihed for patienten i valget af praktiserende læge under en udvidet gruppe 1-ordning, må udgangspunktet være, at der består et tillidsforhold mellem patient og praktiserende læge, hvorfor det principielt er ønskeligt at opretholde en vis frihed i patientens valg af læge.

I denne forbindelse bemærkes, at udvidelsen af gruppe 1-ordningen til hele befolkningen betyder, at ordningen også skal kunne udnyttes af personer, der hidtil har haft helt frit valg af læge. Ved udvidelsen bør ordningen søges udformet på en sådan måde, at denne nye personkreds føler sig tilskyndet til at gøre brug af den. Udgangspunktet må derfor nok være, at der under en udvidet gruppe 1-ordning i hvert fald bør være lige så stor frihed i valget af læge som under den nuværende gruppe 1-ordning.

På den anden side bør de begrænsninger i lægevalget, der gælder efter den nuværende gruppe 1-ordning, næppe uden videre opgives. Afstandsbe-grænsningerne i landsoverenskomsten bidrager til at tilvejebringe en vis overensstemmelse mellem på den ene side en praktiserende læges patientkreds og på den anden side de klientkredse, der betjenes af de offentligt ansatte social- og sundhedsmedarbejdere. Afstandsbe-grænsningerne har også den betydning, at lægerne undgår at bruge for megen tid på kørsel, og at man begrænser det offentliges udgifter til befordringsgodtgørelse både for læger og patienter. Begrænsningerne i lægevalget ifølge den københavnske overenskomst medvirker til en vis ligelig fordeling af antallet af patienter, der er tilmeldt de enkelte læger, og har således en vis praksisregulerende betydning.

Disse synspunkter taler for, at der opretholdes en vis frihed i valget af læge, men med mulighed for begrænsning ud fra afstandshensyn og hensynet til praksisregulering. Det forudsættes, at de, der har adgang til ordningen, normalt tager initiativ til at blive tilmeldt hos en af de læger, mellem hvilke de kan vælge.

17. Spørgsmålet er nu, om denne tilmelding på eget initiativ bør suppleres med en automatisk tilmelding af personer, som ikke selv har valgt en af de til ordningen knyttede læger.

En bestemmelse om en sådan automatisk tilmelding findes i den gældende københavnske lægeoverenskomst. Ifølge denne overenskomst kan de sikrede personer vælge mellem de i vedkommende storkreds ansatte læger, men som nævnt i afsnit 3, punkt 2, tilmeldes gruppe 1-sikrede personer automatisk en bestemt læge, hvis de ikke udtrykkeligt anmoder om at blive tilmeldt en af de andre læger i storkredsen. Landsoverenskomsten indeholder bestemmelser om, at de lokale samarbejdsudvalg mellem lægerne og den offentlige sygesikring fastsætter regler for, hvorledes der skal forholdes med hensyn til tilmelding af gruppe 1-sikrede, der trods opfordring ikke har valgt læge.

Hvis en udvidet gruppe 1-ordning skal kunne fungere tilfredsstillende, bør der i almindelighed ikke opstå tilfælde, hvor en person, der har behov for lægehjælp, må have stillet lægehjælp til rådighed af det offentlige, fordi den pågældende har undladt at lade sig registrere hos en læge og er ude af stand til at afholde udgiften til lægebehandling af egne midler. En ordning, der byggede på frivillig tilmelding måtte derfor formentlig suppleres med bestemmelser om, at i hvert fald økonomisk trængende personer, der ikke selv havde valgt læge, automatisk kunne tilmeldes som patienter hos en til ordningen knyttet læge. En sådan regel ville imidlertid kunne bevirke, at ordningen fik præg af at være en ordning for økonomisk dårligt stillede personer. Dette synes ikke at stemme med, hvad der har været tilsigtet, da udvalget blev nedsat, nemlig at afskaffe en opdeling af befolkningen på grundlag af en indtægtsgrænse.

18. Under hensyn hertil forekommer det ønskeligt, at alle sikrede personer er tilmeldt en til ordningen knyttet læge, og at de, der ikke trods opfordring hertil selv vælger læge, automatisk tilmeldes som patienter hos en sådan læge.

Personer, der for længere tid har ophold på institutioner og lignende, hvor der stilles lægebetjening til rådighed, bør dog - som hidtil - kunne holdes uden for denne ordning.

19. Reglerne om valg af læge må ses i sammenhæng med reglerne om adgang til at skifte læge.

Efter de gældende overenskomstbestemmelser kan der skiftes læge én gang om året. Foreliggende statistiske oplysninger viser, at kun et ringe antal af de sikrede benytter sig af adgangen til at skifte læge, jfr. bilag 5 til betænkningen.

Foran under pkt. 5, er det forudsat, at adgangen til lægebetjening under en udvidet gruppe 1-ordning som hovedregel bør være betinget af, at patienten på forhånd er tilmeldt vedkommende læge. Som nævnt under pkt. 3, taler hensynet til, at den praktiserende læge som familielæge kan følge en families sundhedstilstand og herved bidrage til at løse sundhedsmæssige - og eventuelt sociale - problemer, for en vis stabilitet i forhold mellem læge og patient, og dette hensyn taler for at begrænse hyppigheden af lægeskifte. Også udviklingen i retning af et udbygget samarbejde mellem lægen og det offentlige social- og sundhedsvæsen gør en stabilitet i forholdet mellem læge og patient ønskelig. Da lægeskifte må registreres, taler også administrative hensyn for, at lægeskifte kun finder sted i begrænset omfang. Hvis der i honoreringen af lægen indgår et basishonorar pr. registreret patient, vil hensynet til at gøre afreg-

ningen med lægen så enkel som mulig også gøre det ønskeligt, at lægeskifte begrænses.

På den anden side må selve princippet om en vis frihed for patienten i valg af læge naturligvis medføre, at der bliver en vis adgang til lægeskifte. Hertil kommer, at det tilsigtes at udvide ordningen med en personkreds, der hidtil har haft helt frit valg af læge i hvert enkelt tilfælde. Hensynet til at tilskynde denne personkreds til i størst mulig udstrækning at udnytte ordningen taler for at indføre en forholdsvis liberal adgang til lægeskifte.

Ud fra disse - i og for sig indbyrdes modstridende - hensyn kunne det overvejes under en udvidet gruppe 1-ordning forsøgsvis at åbne adgang til lægeskifte med noget kortere mellemrum end efter de gældende regler, f. eks. hvert kvartal.

20. Et særligt spørgsmål, der hænger sammen med spørgsmålene om lægevalg og lægeskifte, er spørgsmålet, om en person i et enkelt tilfælde af sygdom bør have adgang til inden for ordningens rammer at henvende sig til en anden læge end den, hos hvem vedkommende er tilmeldt. En sådan adgang til undtagelsesvis at henvende sig til en anden læge kunne tænkes indpasset i den offentlige ordning på den måde, at lægebetjening i disse tilfælde ikke var helt gratis for patienten, men at patienten selv måtte betale lægehonoraret mod delvis refusion.

En vidtgående adgang til lægebetjening med offentlig støtte ved henvendelse til andre læger end den, hos hvem patienten er tilmeldt, vil kunne modvirke stabiliteten i forholdet mellem familielæge og patient, og en sådan ordning vil også vanskeliggøre et samarbejde mellem offentlige social- og sundhedsmyndigheder og praktiserende læger. Ordningen kan endvidere indebære en risiko for, at medicinmisbrugere søger at få dækket et særligt stort medicinforbrug ved efterhånden at henvende sig til et større antal læger for at få ordineret medicin. Hertil kommer, at det vil volde praktiske vanskeligheder at afgrænse de undtagelsestilfælde, i hvilke man kunne tænke sig at give adgang til henvendelse til en anden læge end den sædvanlige inden for rammerne af den offentlige ordning. (Der forudsættes at være adgang til lægebetjening inden for ordningens rammer, når der er behov for henvendelse til en anden læge end patientens sædvanlige som følge af et pludseligt sygdomstilfælde eller forværring af en kronisk lidelse under midlertidigt ophold uden for hjemstedet).

Et eventuelt ønske om at kunne henvende sig til en anden læge end den sædvanlige vil i øvrigt få mindre vægt, hvis adgangen til at skifte læge liberaliseres i overensstemmelse med synspunkterne foran under pkt. 19.

En persons ønske om at henvende sig til en anden læge end den sædvanlige kan være begrundet med, at den pågældende ikke ønsker at gøre sin (og familiens) sædvanlige læge bekendt med særlige forhold, som ønskes hemmeligholdt. Det er et spørgsmål, om hensynet til sådanne mulige ønsker hos patienten har tilstrækkelig vægt til at kunne berettige til en ordning, hvorefter der gives patienten adgang til i visse tilfælde inden for den offentlige sygesikrings rammer at henvende sig til en anden praktiserende læge end den sædvanlige. Det må herved erindres, at lægen har professionel tavshedspligt efter lægeloven. Hvis en henlæggelse af vejledning eller lignende i forbindelse med abort eller antikonception til den læge, hos hvem patienten er tilmeldt,

skønnes at medføre risiko for, at nogle vil være tilbageholdende med at henvende sig til lægen i sådanne anliggender, bør en sådan risiko snarere imødegås ved, at sådanne tilfælde holdes helt uden for den offentlige sygesikrings almindelige lægebetjening, jfr. foran pkt. 12. Lignende hensyn taler for, at der - på samme måde som det er tilfældet i dag - fortsat gives adgang til vederlagsfri undersøgelse og behandling for kønssygdomme uden for den offentlige sygesikrings rammer.

Konklusionen af foranstående synspunkter er, at der ikke synes at være tilstrækkelig anledning til, at en patient i enkelte tilfælde af sygdom - bortset fra pludselig sygdom eller forværring af en kronisk lidelse under et midlertidigt fravær fra hjemstedet - inden for ordningens rammer skal kunne henvende sig om lægebetjening til en anden læge end den sædvanlige.

21. For patienter i gruppe 1 har den regel hidtil været gældende, at de i perioder uden gyldig overenskomst selv måtte afholde udgiften til læge og derefter havde adgang til at få refunderet et vist beløb, som blev fastsat af socialministeren. I sådanne situationer er disse patienter altså stillet ligesom patienter i gruppe 2.

Ved en udvidelse af gruppe 1-ordningen til hele befolkningen må denne bestemmelse formentlig opretholdes, d. v. s. at der i en situation uden gyldig overenskomst kommer til at gælde den (midlertidige) ordning for samtlige patienter, at de selv må afholde lægeudgiften, men får adgang til en vis efterfølgende refusion.

22. Som fordele ved indførelsen af en gruppe 1-ordning gældende for hele befolkningen må nævnes:

En afskaffelse af indtægtsgrænsen og en udvidelse af gruppe 1-ordningen til hele befolkningen vil betyde en afskaffelse af et skel i befolkningen på grundlag af økonomiske forhold. Afskaffelsen af et sådant skel må formentlig betragtes som en fordel. I denne forbindelse kan der henvises til, at der med hensyn til behandling på sygehus (og befordring i forbindelse hermed) ikke skelnes mellem gruppe 1- og gruppe 2-sikrede.

23. Endvidere må det fremhæves, at man bevarer de fordele, der er knyttet til den nuværende gruppe 1-ordning. Som fordele ved denne ordning kan nævnes:

Adgangen til vederlagsfri lægebetjening betyder, at der ikke opstår noget pengemellemværende mellem læge og patient, og at økonomisk vanskeligt stillede personer ikke af økonomiske grunde afskæres fra nødvendig lægebetjening.

Det må også betragtes som en fordel, at der på den ene side er en vis valgfrihed i patientens valg af læge, men at ordningen på den anden side forudsætter en sådan varigere tilknytning til én bestemt læge, som kan danne grundlag for et udbygget samarbejde mellem lægen, socialmyndighederne og det øvrige sundhedsvæsen. I det hele synes de lægeoverenskomster, der danner grundlag for gruppe 1-ordningen, at være velegnede som baggrund for en praksisregulering.

24. Administrativt indebærer en udvidelse af gruppe 1-ordningen den forenk-

ling, at man helt undgår arbejdet med beregning og anvisning af refusionsløb - bortset fra de i punkt 21 omtalte perioder uden overenskomst.

25. Ved overvejelserne om mulige ulemper må det bemærkes, at den gældende gruppe 1-ordning undertiden har været kritiseret, fordi der i modsætning til, hvad der f. eks. er tilfældet i Norge og Sverige, ikke er nogen selvrisiko for patienten. Dette kan eventuelt bevirke, at en del personer søger læge (eller tilkalder læge til deres hjem) i større omfang end strengt påkrævet, og dette kan forøge udgifterne, beslaglægge tid for lægen og medføre forsinkelser for de øvrige patienter. Hvis man betragter det som en mangel ved gruppe 1-ordningen, at der ikke er selvrisiko ved henvendelse til lægen, bliver denne mangel naturligvis forstærket ved en udvidelse af gruppe 1-ordningen.

Hvis man vil opretholde den vederlagsfri lægebetjening (uden kontrolafgift ell. lign.), men alligevel vil søge at begrænse denne ulempe, må det formentlig ske ved oplysningsvirksomhed, udbygning af familielægeprincippet og "pædagogisk" påvirkning fra lægen (og eventuelt fra andet medicinpersonale).

26. I forbindelse med omtalen af ulemperne er der grund til at gøre opmærksom på et problem, som må ventes at gøre sig gældende, hvis den offentlige sygesikring udelukkende tilbyder lægeformidling i form af en gruppe 1-ordning.

Det må ventes, at en - måske talmæssigt beskeden - del af befolkningen vil lægge afgørende vægt på det helt frie valg af læge. Hvis disse patienter ikke får mulighed herfor inden for rammerne af den offentlige sygesikring, må det ventes, at de vil henvende sig til læge uden om den offentlige sygesikring som lægens "privatpatienter". Dette kan atter bevirke, at et antal læger - måske navnlig speciallæger - vil vælge udelukkende at praktisere uden for den offentlige sygesikrings område.

Det må formentlig principielt være ønskeligt, at den form for lægebetjening, der stilles til rådighed gennem den offentlige sygesikring, udnyttes af den langt overvejende del af befolkningen, og at denne form for lægebetjening får tilslutning hos langt den overvejende del af de praktiserende læger.

Hvis den tendens, der er nævnt foran, skulle få et betydeligt omfang, må dette derfor betragtes som en ulempe ved indførelse af en generel gruppe 1-ordning som den eneste form for formidling af lægebetjening inden for rammerne af den offentlige sygesikring.

B. FORMIDLING AF LÆGEBETJENING MED VALGFRIHED MELLEM EN GRUPPE 1-ORDNING OG EN REFUSIONSORDNING

1. I det følgende drøftes en formidling af lægebetjening, som bygger på, at en gruppe 1-ordning er til rådighed for hele befolkningen - uden hensyn til indtægt - men at personer, som udtrykkeligt begærer det, skal kunne overføres til en refusionsordning.

2. Det forudsættes, at der er tale om automatiske ordninger i den forstand, at alle herboende personer automatisk er omfattet enten af en gruppe 1-ordning eller en refusionsordning (men en person kan ikke inden for samme periode både udnytte gruppe 1-ordningen og refusionsordningen). Det forudsættes endvidere, at udgifterne - nemlig dels ydelse af overenskomstsmæssig betaling til lægerne for behandling af gruppe 1-patienter, dels ydelse af refusion til de patienter, som har valgt en refusionsordning - afholdes over de offentlige budgetter.

3. Den gruppe 1-ordning, der indgår i det her beskrevne system som den normalt gældende ordning, forudsættes at bygge på følgende hovedtræk:

Lægebetjening ved alment praktiserende læger udføres efter overenskomst. Lægebetjeningen ydes vederlagsfrit til patienter, som - gældende for et vist tidsrum - er tilmeldt som patienter hos én bestemt læge - eventuelt hos et kompagniskab - og som benytter denne læge eller vedkommendes stedfortræder. I forbindelse med lægebetjeningen ydes der i en vis udstrækning kørselsgodtgørelse til patient eller læge.

4. Den refusionsordning, der indgår som den anden mulighed, forudsættes at bygge på følgende hovedtræk:

Patienten har helt frit valg af læge i hvert enkelt tilfælde. Lægens honorar er ikke reguleret ved overenskomst. Patienten betaler selv honoraret til lægen og har adgang til efterfølgende ved henvendelse til den offentlige sygesikring at få refunderet et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for en tilsvarende ydelse til en patient i gruppe 1.

Adgangen til denne refusion forudsætter, at patienten er registreret i kommunen som en person, der har anmeldt ønske om at komme under refusionsordningen. Denne anmeldelse må være bindende for en vis periode ad gangen, f. eks. mindst for en periode af samme længde som den, for hvilken en gruppe 1-patient's valg af læge er bindende.

(Af praktiske grunde bør en persons valg af refusionsordningen nok betragtes som gældende indtil videre. Den pågældende behøver altså ikke hvert år at meddele den kommunale registreringsmyndighed, at vedkommende ønsker at forblive under refusionsordningen, men personen vedbliver at stå opført i registret som "refusionspatient", indtil den pågældende måtte begære overflytning til gruppe 1-ordningen, og denne overflytning må da ske til en fastsat termin og med et fastsat varsel).

Hvis en person, der har valgt refusionsordningen, begærer refusion af et så stort antal lægeregninger, at der må antages at foreligge misbrug af adgangen til frit lægevalg med efterfølgende refusion, kan en offentlig myndighed pålægge patienten at vælge læge for en vis periode ad gangen med den

virkning, at kun lægehjælp ydet af denne læge (eller vedkommendes stedfortræder) refunderes.

Hvis en patient, som har valgt refusionsordningen, bliver ude af stand til af egne midler at afholde udgiften til lægehjælp og derfor henvender sig til det sociale udvalg i kommunen herom, kan udvalget pålægge patienten at lade sig registrere som gruppe 1-patient.

5. Vedrørende spørgsmålet om befordringsgodtgørelse til patienter og læger i forbindelse med valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning bemærkes:

I tilfælde, hvor en patient er omfattet af gruppe 1-ordningen, forudsættes det, at der ydes befordringsgodtgørelse til patient og læge i samme omfang, som efter sygesikringslovens regler herom (der gælder ved lægebetjening af gruppe 1-sikrede).

For så vidt angår personer, der har valgt refusionsordningen, bemærkes:

Der vil næppe kunne ydes lægen befordringsgodtgørelse gennem den offentlige sygesikring i forbindelse med besøg hos disse patienter, hvis man vil opretholde det ved sygesikringsloven indførte princip, hvorefter befordringsgodtgørelse til læger er en ydelse, der skal fastlægges ved overenskomst mellem den offentlige sygesikring og vedkommende lægeorganisation. Heraf følger jo, at befordringsgodtgørelse indgår som et af de overenskomstmæssigt fastsatte vilkår for lægebetjening af de gruppe 1-sikrede, mens derimod de nærmere vilkår for lægebetjeningen af patienter, der har valgt en refusionsordning, ikke reguleres ved overenskomst.

For så vidt angår patientens befordringsudgifter, vil der være den betænkelighed ved at yde befordringsgodtgørelse til "refusionspatienter", at disse patienter har helt frit valg af læge og derfor ikke nødvendigvis henvender sig til en læge med konsultationssted i kort afstand fra patientens hjem.

Dette kunne tale for, at man enten slet ikke yder befordringsgodtgørelse til "refusionspatienter" i forbindelse med lægebesøg, eller at der til "refusionspatienter" kun ydes godtgørelse med et beløb, der dækker nødvendige befordringsudgifter til den nærmeste læge, der ikke er forhindret. (Som en vis analogi til den sidstnævnte mulighed kan henvises til bestemmelsen i § 23, stk. 2, i sygeforsikringsloven af 1960 om befordring af A-medlemmer til jordemødre. Efter de dagældende regler havde A-medlemmer frit valg mellem de jordemødre, der var omfattet af overenskomst. Imidlertid blev der kun ydet befordring over en afstand af 10 km frem og lige så langt tilbage, dog den fulde afstand til og fra den nærmest boende jordemoder, der ikke var forhindret i at yde bistand).

6. Vedrørende adgangen til lægeskifte ved valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning bemærkes:

Personer, der har valgt refusionsordningen, har frit valg af læge i hvert enkelt tilfælde. For denne gruppe giver adgangen til lægeskifte derfor ikke anledning til særlige problemer.

Personer, der hører under gruppe 1-ordningen, forudsættes derimod at være tilmeldt som patienter hos én bestemt læge. Vedrørende spørgsmålet om denne gruppes adgang til at skifte læge kan henvises til bemærkningerne

om dette spørgsmål i fremstillingen af en generel gruppe 1-ordning (afsnit 5 A, punkt 19). Det bemærkes dog, at selve det forhold, at den offentlige sygesikring rummer muligheden for at vælge en refusionsordning, synes at gøre behovet for adgangen til hyppigt lægeskifte inden for gruppe 1-ordningen mindre, end hvis den offentlige sygesikring udelukkende rummer en gruppe 1-ordning.

7. Vedrørende spørgsmålet om indpasning af generelle helbredsundersøgelser, vaccinationer m.v. i den offentlige sygesikring i tilfælde af valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning bemærkes:

Som nævnt i afsnit 5 A, punkt 11, synes en del af disse ydelser (således difteri- og poliovaccination og småbørnsundersøgelser) at være egnet til at indpasse i den lægebetjening, der reguleres ved de almindelige lægeoverenskomster, såfremt der gennemføres en gruppe 1-ordning for hele befolkningen.

Hvis der indføres valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning, forekommer det også ønskeligt at søge disse ydelser indpasset i de almindelige lægeoverenskomster.

En indpasning af disse undersøgelser m. v. i overenskomsterne vil imidlertid kun give de personer, der hører under gruppe 1-ordningen, vederlagsfri adgang til disse ydelser.

Der er en offentlig interesse i at tilskynde også den øvrige del af befolkningen - altså dem, der har valgt refusionsordningen - til at deltage i sådanne undersøgelser m.v. Dette taler for, at disse ydelser også stilles vederlagsfrit til rådighed for "refusionspatienter". For denne gruppes vedkommende bør det derfor overvejes at gennemføre den ordning, at den praktiserende læge, til hvem en "refusionspatient" henvender sig, udfører undersøgelsen m.v. vederlagsfrit for den pågældende, og at de her omhandlede ydelser til denne persongruppe honoreres efter satser, der forud er forhandlet mellem det offentlige og lægeforeningen. Der er intet teknisk til hinder for, at disse satser er ens for hele befolkningen og medtages i de almindelige lægeoverenskomster.

8. Som det nærmere er omtalt i afsnit 5 A, pkt. 12, er der visse former for undersøgelser m.v., som næppe vil være særlig egnede til at indpasse i de almindelige overenskomster om lægebetjening ved den læge, hos hvem patienten er tilmeldt. Dette vil kunne gøre sig gældende med hensyn til visse lægeydelser i forbindelse med abort eller antikonception. Dette kunne tale for, at der blev givet befolkningen adgang til vederlagsfri lægebetjening i disse tilfælde, også hvis ydelsen blev udført af en anden praktiserende læge end vedkommendes sædvanlige læge. Disse synspunkter gælder også, hvis der indføres valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning, d. v. s. at en eventuel vederlagsfri adgang til lægebetjening i de heromhandlede tilfælde bør stå til rådighed for begge grupper af sikrede personer, uanset hvilken læge de pågældende henvender sig til.

9. I det følgende er det forsøgt at angive nogle fordele og ulemper, der specielt står i forbindelse med valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning. Vedrørende fordelene ved, at alle får adgang til en gruppe 1-ordning, henvises til afsnit 5 A, pkt. 22-23.

10. Som en fordel kan nævnes, at opdelingen mellem gruppe 1-sikrede og "refusionspatienter" ikke vil bygge på et skel i befolkningen efter økonomiske forhold, men vil bero på den enkeltes valg af formen for sygesikring.

11. Blandt fordelene må også nævnes, at muligheden for inden for den offentlige sygesikrings rammer at vælge en refusionsordning vil kunne medvirke til at løse nogle problemer, der ville kunne opstå, hvis den offentlige sygesikring byggede på en gruppe 1-ordning som den eneste mulighed.

Som det nærmere er omtalt i afsnit 5 A, punkt 26, må det ventes, at en vis - måske talmæssigt beskeden - del af befolkningen vil lægge afgørende vægt på det helt frie valg af læge i hvert enkelt tilfælde. Hvis lægebetjening inden for den offentlige sygesikring udelukkende formidles i form af en gruppe 1-ordning, vil de her omtalte patienter derfor formentlig henvende sig til læge uden om den offentlige sygesikring som lægens "privatpatienter". Dette kan atter bevirke, at et antal læger - måske navnlig speciallæger - vil ønske udelukkende at praktisere uden for overenskomstområdet.

Hvis der inden for rammerne af den offentlige sygesikring åbnes en valgmulighed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning, vil et ønske hos de patienter, der lægger vægt på helt frit lægevalg, imidlertid kunne dækkes inden for disse rammer. Den foran beskrevne udvikling, som måske kan ventes, hvis den offentlige sygesikring udelukkende rummer en gruppe 1-ordning, vil således kunne få et andet forløb.

12. Over for disse fordele kan anføres, at det indebærer visse ulemper, at personer, der vælger refusionsordningen, ikke behøver at være knyttet til en bestemt familielæge. Familielægeprincippet med de muligheder, dette rummer (se herom afsnit 5A), bliver altså undergivet en vis begrænsning sammenlignet med, hvad der ville være tilfældet ved indførelse af en generel gruppe 1-ordning for hele befolkningen.

13. Endvidere må som en ulempe, der står i forbindelse med selve valgfriheden mellem de to ordninger, nævnes følgende:

Det er vanskeligt at skønne over, hvorledes de sikrede vil fordele sig på de to ordninger. Ikke blot ved man ikke, hvordan de vil fordele sig talmæssigt, men man ved heller ikke, hvordan de vil fordele sig med hensyn til alder, helbredstilstand og lægeforbrug. Der vil herved opstå et usikkerhedsmoment, som vil kunne gøre det vanskeligt for overenskomstparterne under forhandlinger at bedømme virkningerne af et overenskomstudkast.

Denne usikkerhed vil særlig gøre sig gældende i den første tid efter indførelsen af valgfrihed mellem de to ordninger. Efterhånden som der indhentes erfaringer på dette punkt, vil denne ulempe formentlig aftage i betydning.

C. EN SYGESIKRINGSORDNING, DER BYGGER PÅ LÆGEOVERENS- KOMSTER, MEN RUMMER EN SELVRISIKO FOR PATIENTEN

1. I det følgende drøftes en sygesikringsordning, der bygger på visse af gruppe 1-ordningens grundtræk, men som samtidig rummer en selvrisiko, altså en vis udgift for patienten ved henvendelse til læge eller tilkaldelse af læge.

2. Det forudsættes, at der er tale om en automatisk ordning, d.v.s. at ordningen principielt er den eneste form for formidling af lægebetjening gennem den offentlige sygesikring, og at ordningen omfatter hele befolkningen uden nogen indtægtsgrænse. (At der vil være brug for supplerende regler om vederlagsfri lægehjælp til økonomisk trængende personer, omtales nedenfor i punkt 9).

Det forudsættes endvidere, at udgifterne ved ordningen - d.v. s. de lægehonorarer m.v., som ikke dækkes ved patientens egen betaling - finansieres over de offentlige budgetter.

3. De grundtræk i gruppe 1-ordningen, der kan indgå i den her beskrevne form for formidling af lægebetjening, er følgende:

Honoreringen af de alment praktiserende læger og øvrige vilkår for lægebetjeningen ved alment praktiserende læger fastlægges ved overenskomst, der afsluttes mellem lægernes organisation og den offentlige sygesikring. Hver patient er tilmeldt en bestemt læge - eventuelt et kompagniskab - og lægebetjening inden for ordningens rammer skal ydes af vedkommende læge eller dennes stedfortræder.

4. Patientens selvrisiko viser sig ved, at patienten skal betale et vist beløb ved hver henvendelse til lægen eller tilkaldelse af lægen. Det beløb, patienten skal betale, kan enten udgøre en brøkdel af lægens honorar for den pågældende ydelse eller et (af det offentlige) fastsat beløb i kr. pr. ydelse. En ordning, hvorefter patienten selv betaler en vis brøkdel af udgiften, mens "leverandøren" af ydelsen afregner restbeløbet med den offentlige sygesikring, kendes i dag med hensyn til tandbehandling (for gruppe 1-patienter) og medicin (både for gruppe 1- og 2-patienter).

Der er intet i vejen for, at selvriskobeløbet kan gøres variabelt. Det kan f. eks. gøres højere ved tilkaldelse af lægen end ved henvendelse på lægens konsultationssted, og det kan forhøjes, hvis lægebetjeningen begæres på et ubelejligt tidspunkt, f. eks. om natten eller om søndagen. Det kunne også indgå i ordningen, at risikobeløbet blev nedsat eller helt bortfaldt ved visse former for lægebetjening, som man af samfundsmæssige grunde særlig ønskede at tilskynde befolkningen til, eller hvor der var tale om et "socialt" klientel, f. eks. visse pensionister.

5. I forbindelse med lægebetjening vil der under en sådan ordning kunne ydes kørselsgodtgørelse til patienter og læger på samme måde som efter den gældende gruppe 1-ordning. (Vedrørende ydelse af kørselsgodtgørelse til patienter kunne man anlægge det synspunkt, at selvriskobetragtninger kunne tale for, at patienten selv burde afholde kørselsudgiften. Imidlertid ville en

afskaffelse af patientens ret til kørselsgodtgørelse medføre en særlig økonomisk belastning af visse patienter, nemlig dem, der bor i stor afstand fra lægens konsultationssted).

6. Den her skitserede ordning udelukker ikke, at forebyggende helbredsundersøgelser, vaccinationer m. v., der egner sig til at udføre ved praktiserende læge, inddrages i området for de almindelige lægeoverenskomster. Om de problemer, som en indpasning af de her omhandlede ydelser i den overenskomstmæssige lægebetjening kan give anledning til, henvises i øvrigt til afsnit 5 A, punkt 9-13. Der vil her ofte være tale om undersøgelser m.v., som man af samfundshygieniske grunde ønsker at tilskynde befolkningen - eller eventuelt visse grupper - til at deltage i, og dette kunne tale for, at selvriskobeløbet i disse tilfælde helt bortfaldt.

7. Nedenfor drøftes nogle fordele og ulemper, som specielt er knyttet til den her skitserede ordning sammenlignet med en gruppe 1-ordning for hele befolkningen uden selvrisiko.

8. Som en fordel ved selvriskomomentet kan nævnes:

Ordningen vil for den offentlige sygesikring medføre besparelser i forhold til en gruppe 1-ordning uden selvrisiko. Disse besparelser opnås ikke blot ved, at en del af udgifterne dækkes af patientens egen betaling, men også ved, at patienterne som følge af selvriskoen må formodes at undlade mindre nødvendige henvendelser til læge eller tilkaldelser af læge. Begrænsningen i antallet af henvendelser til lægen vil medvirke til, at lægen vil få bedre tid til de tilbageværende patienter, der således må forventes at kunne få en bedre betjening.

9. På den anden side medfører den til ordningen knyttede selvrisiko en række ulemper både af social og af praktisk-administrativ art.

Kravet om, at patienten skal udrede et kontant beløb ved enhver henvendelse til eller tilkaldelse af lægen, vil kunne gøre lægebehandling til en økonomisk belastning for en del patienter. Økonomiske vanskeligheder vil kunne afholde en patient fra at søge nødvendig lægehjælp eller bevirke, at en patient udskyder henvendelse til lægen til skade for behandlingen. Ordningen må formentlig suppleres med bestemmelser, hvorved et "socialt klientel" fritages for selvrisiko. Dette kan f. eks. gennemføres ved, at de pågældende gennem socialkontoret forsynes med "frikort", der giver adgang til lægebetjening uden kontant betaling. Selv om en del ulemper ved selvriskoen kan afhjælpes ad denne vej, må det alligevel forudses, at der vil kunne opstå et socialt skel mellem patienter, der skal betale, og patienter, der behandles gratis.

10. De administrative ulemper står navnlig i forbindelse med opkrævningen af patientbetaling og inddrivelsen af restancer.

Hvad enten opkrævningen skal varetages af lægen eller af det offentlige, vil den medføre en arbejdsmæssig belastning. Hvis det overlades til lægen at inddrive restancer og at bære risikoen herved, vil de tab, der herved påføres lægen, formentlig give sig udslag i lægernes almindelige honorarkrav. Hvis opkrævningen skal varetages af det offentlige, vil det volde betydelige prakti-

ske vanskeligheder at iværksætte opkrævningen kort tid efter patientens modtagelse af lægehjælpen. Hvis opkrævningen af patientbetaling skal kunne have en vis præventiv virkning, bør beløbet imidlertid afkræves i forbindelse med lægebetjeningen eller snarest muligt derefter, men det vil næppe være ønskeligt eller hensigtsmæssigt med en opkrævning, der følger lang tid efter lægeydelsen.

Det forhold, at der formentlig må etableres en særlig adgang for et "socialt klientel" til lægebetjening uden egen betaling, vil også administrativt betyde en belastning for de kommunale myndigheder.

Det vil også kunne give anledning til problemer at indpasse en ordning med selvrisiko i overenskomstsyste~~m~~et. Da selvriskobeløbet forudsættes beregnet pr. lægeydelse, må lægeoverenskomsterne formentlig arbejde **med** ydelseshonorarer til lægerne. Dette vil kræve en principiel ændring i den københavnske lægeoverenskomst, som bygger på basishonorarer til lægen pr. tilmeldt patient.

11. Det vil også kunne medføre ulemper, at der indføres patientbetaling ved henvendelse til praktiserende læge, mens sygehusbehandling vedblivende forudsættes at være gratis for patienten. Som følge heraf vil patienterne af økonomiske grunde kunne være interesserede i i vidt omfang at blive henvist til den samfundsmæssigt kostbare sygehusbehandling.

12. Endelig må som en vis ulempe ved ordningen nævnes, at den jo bygger på registrering af patienten hos én bestemt læge og **derfor** næppe vil tilfredsstille den gruppe patienter, som lægger afgørende vægt på et helt frit valg af læge.

Denne gruppe vil formentlig foretrække at henvende sig til en læge uden om den offentlige ordning. Det forhold, at den offentlige ordning uden at give frit lægevalg alligevel er forbundet med en selvrisiko, vil måske bevirke, at et forholdsvis stort antal patienter vil foretrække at søge læge uden om ordningen.

D. SYGESIKRING I FORM AF REFUSION AF AFHOLDTE UDGIFTER TIL LÆGEBETJENING

1. I det følgende drøftes en sygesikringsordning, der bygger på, at de sikrede gennem den offentlige sygesikring har adgang til en vis refusion af afholdte udgifter til lægebehandling.

Det forudsættes, at der ikke findes nogen indtægtsgrænse, men at adgangen til refusion principielt er den eneste form for formidling af lægebetjening, der tilbydes befolkningen gennem den offentlige sygesikring. Ordningen må dog formentlig suppleres med regler om adgang for økonomisk trængende personer til gratis lægehjælp, jfr. nedenfor punkt 11.

2. Ordningen forudsættes at være automatisk i den forstand, at den uden videre står til rådighed for alle herboende personer, uden at der kræves indmeldelse i en forsikring eller betaling af et "medlemsbidrag".

Udgiften til den refusion, der ydes inden for ordningen, afholdes over de offentlige budgetter. Størrelsen af denne godtgørelse fastsættes ensidigt af det offentlige. Da det forudsættes, at der ikke samtidig findes nogen gruppe 1-ordning, kan udgangspunktet for godtgørelsens størrelse ikke være det beløb, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for en tilsvarende ydelse til en gruppe 1-patient.

3. Ordningen indebærer en selvrisiko, men afviger fra de selvrisiko-ordninger, der er drøftet i afsnit 5 C:

Efter ordningerne under afsnit 5 C skal patienten af egne midler udrede en (af det offentlige) fastsat brøkdel af lægehonoraret eller et (af det offentlige) fastsat beløb i kr. ved hver lægeydelse. Den her beskrevne ordning er derimod kendetegnet ved, at den del af det samlede lægehonorar, som patienten endeligt kommer til at bære, ikke er genstand for nærmere regulering fra det offentliges side.

4. Ordningen kan tilrettelægges på den måde, at patienten selv betaler lægens honorar og derefter henvender sig med den kvitterede regning til den offentlige sygesikring og får refunderet det beløb, der af det offentlige ydes som godtgørelse for en lægeydelse af den pågældende art.

Den anden mulighed er den såkaldte netto-afregningsmetode, der består i, at lægen sender regning til den offentlige sygesikring på et beløb af den størrelse, der udgør den offentlige sygesikrings godtgørelse og - forudsat at lægens samlede honorar overstiger dette beløb - en anden regning til patienten på det overskydende beløb.

5. Ved en sådan form for formidling af lægebetjening synes der ikke at være grundlag for lægeoverenskomster af den her i landet hidtil kendte type, der fastlægger de væsentlige vilkår for lægebetjeningen. Det forudsættes jo, at lægehonoraret fastsættes uden det offentliges medvirken, og at det beløb, den offentlige sygesikring refunderer, ensidigt fastsættes af det offentlige. Størrelsen af vederlaget til lægerne for ydelsen af lægebetjening vil således ikke være genstand for regulering ved overenskomst mellem den offentlige sygesikring og lægeforeningen, og bestemmelser om sådanne spørgsmål som læ-

gens arbejdstid eller befordringsgodtgørelse til lægen vil herefter vanskeligt kunne tages op i overenskomster mellem den offentlige sygesikring og lægeforeningen, da disse spørgsmål formentlig må reguleres i sammenhæng med betalingen for lægebetjeningen. Dette udelukker ikke, at der ved overenskomst mellem den offentlige sygesikring og lægeforeningen ville kunne træffes aftale om spørgsmål af praktisk-teknisk karakter, f. eks. om anvendelse af netto-afregningsmetoden.

I Norge, hvor sygesikringsordningen bygger på en refusionsordning (med anvendelse af netto-afregningsmetoden), udarbejder lægeforeningen en såkaldt normaltarif for lægehonorarer. Denne tarif er vejledende for lægeforeningens medlemmer. De satser, hvorefter der ydes refusion af udgifter til lægehjælp, fastsættes af det offentlige. Det er dog oplyst for udvalget, at der undertiden forhandles uformelt mellem Rikstrygdeverket og den norske lægeforening om justering mellem de to sæt takster, og at spørgsmålet om størrelsen af det beløb, det findes rimeligt at pålægge patienten selv at bære, kan indgå i en sådan uformel forhandling. Om den norske ordning henvises i øvrigt til bilag 2 til betænkningen.

6. Adgangen til refusion efter den her beskrevne ordning kan næppe gøres betinget af, at patienten er registreret hos en bestemt læge for et vist tidsrum ad gangen. Når den offentlige sygesikring er uden indflydelse på lægens honorar og andre væsentlige vilkår for lægebetjeningen, kan det offentlige formentlig ikke med rimelighed gøre refusionsadgangen betinget af, at patienten er registreret hos en bestemt læge, men patienten må have helt frit valg af læge i hvert enkelt tilfælde.

7. Vedrørende spørgsmålet om befordringsgodtgørelse henvises til bemærkningerne i afsnit 5 B, punkt 5, om "refusionspatienter". Det er her nævnt, at der eventuelt vil kunne ydes disse patienter befordringsgodtgørelse med et beløb, der udgør den nødvendige befordringsudgift til den nærmeste læge. En tilsvarende regel kunne tænkes gennemført med hensyn til befordringsgodtgørelse til patienter under den her omtalte ordning.

8. Vedrørende spørgsmålet om samordning mellem lægebetjening ved akut sygdom på den ene side og forebyggende helbredsundersøgelser, vaccinationer m. m. på den anden side bemærkes:

Den her beskrevne ordning bygger på, at lægebetjeningen deles op i en række særskilt honorerede enkeltydelser, og der lægges ikke vægt på at tilskynde til en varigere tilknytning mellem læge og patient. Under en sådan ordning synes det vanskeligt gennem udformningen af den offentlige sygesikring at bidrage til en samordning af disse forskellige former for lægeydelser.

Hvor der er tale om sådanne undersøgelser, vaccinationer m. m., som man af samfundsmæssige hensyn særlig ønsker at tilskynde befolkningen til, og som tilbydes vederlagsfrit, må lægerne honoreres særskilt af det offentlige for de pågældende ydelser efter satser, der formentlig forud forhandles mellem det offentlige og lægeforeningen, og det må følge af hele den her beskrevne ordning, at den enkelte har frit valg af læge også i disse tilfælde.

9. Blandt den her beskrevne ordnings fordele må nævnes, at man opnar de fordele, der er knyttet til selvrisiko-momentet. Herom henvises til afsnit 5 C, punkt 8.

10. Endvidere kan nævnes, at det af en del patienter vil blive betragtet som en fordel, at der inden for ordningens rammer er helt frit valg af læge i hvert enkelt tilfælde.

11. Herudover står imidlertid en række ulemper:

Enhver selvrisiko-ordning, der principielt skal dække hele befolkningen, indebærer en række ulemper af social og administrativ art som det nærmere er omtalt i afsnit 5 C, punkt 9 og 10. (Ordningen må f. eks. suppleres med en mulighed for gratis lægehjælp til økonomisk trængende personer). Disse ulemper gør sig også gældende under den her omtalte ordning.

Også den ulempe, at patienterne vil blive interesseret i at blive henvist fra lægebehandling (som påfører patienten udgift) til sygehusbehandling (som forudsættes at være vederlagsfri for patienten), jfr. nærmere afsnit 5 C, punkt 11, vil gøre sig gældende under den her omtalte ordning.

12. Specielt til den her beskrevne ordning knytter der sig imidlertid ulemper, som står i forbindelse med, at ordningen ikke tilskynder til nogen fast tilknytning mellem patient og læge eller til afslutning af lægeoverenskomster af den her i landet hidtil kendte type.

Som det nærmere er omtalt i afsnit 5 A, kan en sygesikringsordning med fast tilknytning mellem læge og patient bidrage til, at en bestemt "familielæge" får et omfattende kendskab til en persons eller en families sundhedsmæssige forhold, hvad der har behandlingsmæssig værdi. Denne tilknytning åbner også mulighed for et samarbejde mellem familielægen og det offentlige social- og sundhedsvæsen. Både familielægeordningen og lægeoverenskomsterne kan bidrage til at tilvejebringe overensstemmelse mellem den patientkreds (klientkreds), der betjenes af en bestemt læge og af bestemte offentlige social- og sundhedsmedarbejdere. Endelig må nævnes, at lægeoverenskomsterne kan være et egnet middel til at fremme en praksisregulering for lægernes vedkommende.

De muligheder, der således ligger i familielægeordningen og lægeoverenskomsterne, vil derimod ikke være til stede under den her beskrevne ordning.

E. LÆGEBEHANDLING VED OFFENTLIGT ANSATTE, TIDLØNNEDE LÆGER

1. I det følgende drøftes en ordning, hvorefter den offentlige sygesikrings formidling af lægebetjening (uden for sygehus) varetages ved offentligt ansatte, tidlønnede læger.

2. En sådan ordning vil medføre indgribende ændringer i lægeerhvervets struktur. Det er ikke forsøgt i denne fremstilling at foretage en tilbundsgående undersøgelse af disse ændringer, som vil kræve omfattende forstudier. Vurderingen af en sådan ordning vil i høj grad bero på, hvordan ordningen nærmere vil blive organiseret, og i hvilken udstrækning lægerne vil tilslutte sig ordningen.

3. Indførelse af en ordning med ansatte, tidlønnede læger kræver, at der tages stilling til, under hvilken myndighed de ambulant behandlende læger bør være ansat.

Forudsat, at man ikke i forbindelse med indførelsen af denne ordning samtidig vil gennemføre indgribende ændringer i social- og sundhedsvæsenets struktur, vil det næppe være hensigtsmæssigt at ansætte lægerne under staten.

Derimod taler det forhold, at lokale sociale og sundhedsmæssige opgaver her i landet i øvrigt gennemgående varetages af kommuner og amtskommuner, for, at lægerne enten ansættes under amtskommunen eller kommunen. Hvilken af disse to ansættelsesformer der i givet fald bør foretrækkes, er ikke nærmere drøftet i det følgende, men enten der måtte blive tale om kommunal eller amtskommunal ansættelse, må antallet af lægestillinger og den stedlige fordeling af lægerne formentlig indgå i de udbygningsplaner, som ifølge den sociale styrelseslov skal udarbejdes for hver amtskommune i samarbejde mellem amtsrådet og kommunalbestyrelserne i området.

4. Oprettelsen af et offentligt organiseret lægevæsen med tidlønnede læger vil ikke blot betyde, at lægerne vil få status som offentligt ansatte tjenestemænd eller funktionærer, men må også betyde, at det offentlige må tilvejebringe behandlingslokaler og apparatur og påtage sig at stille fornøden medhjælp (sygepleje- og kontoruddannet) til rådighed for lægerne. Noget sådant vil formentlig mest hensigtsmæssigt kunne organiseres, hvis der oprettes lokale institutioner i egnede lokaler, hvortil der både knyttes læger, andet offentligt ansat sundhedspersonale (sundhedsplejersker, jordemødre) og socialt personale (hjemmehjælpere, eventuelt socialrådgivere eller "behandlergrupper" under den kommunale social- og sundhedsforvaltning).

5. Indførelsen af ordningen må formentlig forudsætte, at de på overgangstidspunktet praktiserende læger - eller i hvert fald en væsentlig del af disse - overgår til ansættelse under den nye ordning. I forbindelse hermed må der formentlig ydes lægerne vederlag for apparatur og lokaler, som det offentlige måtte ønske at overtage, ligesom der kan blive tale om at yde lægerne erstatning for good-will. Det offentlige må formentlig påtage sig pligt til til sin tid at pensionere de læger, som går over til den nye ordning, eventuelt i forbindelse med, at det offentlige viderefører løbende pensionsforsikringer.

6. I øvrigt er det vanskeligt at forudse, hvordan lægernes løn- og arbejdsmæssige forhold nærmere vil blive. Det kan tænkes, at der ved den enkelte institution eller en gruppe af institutioner udvikler sig et lægehierarki med underordnede lægestillinger og avancementsstillinger som ledende læge ved én eller flere institutioner. Der foreligger den mulighed, at lægestillinger ved sådanne institutioner vil udvikle sig til gennemgangsstillinger for yngre læger, der senere søger anden ansættelse - særligt ved sygehusene.

7. Det forekommer vanskeligt at forene en sådan ordning med frit lægevalg for patienten. Når den ambulante lægebehandling formidles gennem offentligt drevne institutioner i stedet for praktiserende læger, må dette formentlig indebære, at det offentlige må tilrettelægge lægernes arbejde ud fra de rationalitetshensyn, der i øvrigt følges i den offentlige virksomhed, og under hensyn til ønsket om en nogenlunde ligelig fordeling af arbejdsbyrden mellem lægerne. Disse hensyn synes vanskeligt forenelige med et frit lægevalg for patienten.

På forhånd forekommer det nærliggende, at lægebetjeningen må organiseres således, at beboere i et givet geografisk område henvises til én bestemt institution. Hvis der til en institution er knyttet flere læger, kan arbejdet mellem disse tænkes fordelt efter forskellige principper, f. eks. således, at institutionens distrikt opdeles i flere mindre områder, der kan betjenes af hver sin læge, eller således, at lægerne til en vis grad specialiserer sig, og én læge f. eks. behandler børn, en anden behandler ældre patienter o. s.v. Man kan dog næppe udelukke, at ordningen vil medføre, at en patient ved hver henvendelse eller tilkaldelse bliver behandlet af den til enhver tid vagthavende - og i forhold til patienten måske tilfældige - læge ved institutionen.

8. Det er nærliggende at forestille sig, at lægebetjeningen på institutionen bliver gratis for patienten.

Principielt vil der ganske vist ikke være noget i vejen for, at patienten måtte betale en kontrolafgift ved hver henvendelse til den ambulante behandlere læge eller ved tilkaldelse af en læge til patientens hjem. En sådan ordning - hvor patientbetalingen altså ikke tilfalder lægen, men det offentlige - kendes ved den offentligt organiserede lægebetjening i Sverige, der nærmere er omtalt i bilag 1 til betænkningen.

På den anden side forekommer det nærliggende at betragte institutionen som en mellemform mellem en social og sundhedsmæssig rådgivningscentral og en sygehusafdeling, og det forekommer ikke hensigtsmæssigt at opkræve kontrolafgifter som "adgangsbillet" til en social og sundhedsmæssig rådgivningsinstitution, der indgår som led i det offentliges i øvrigt ikke afgiftsbelagte bistandstilbud til befolkningen.

Selv om en personlig henvendelse til institutionen blev gjort vederlagsfri, kunne det måske overvejes at pålægge kontrolafgift ved tilkaldelse af en læge til patientens bopæl.

9. Ordningen vil være forenelig med ydelse af kørselsgodtgørelse til patienten i forbindelse med besøg i institutionen, idet man har sikkerhed for, at patienten henvender sig til en institution, der ligger i nærheden af patientens bopæl. Eventuelt kan ydelse af denne godtgørelse gøres betinget af, at lægen

attesterer, at henvendelsen (og det valgte befordringsmiddel) har været nødvendig af lægelige grunde. Dækning af lægerne kørselsudgifter bliver næppe noget særligt problem, idet lægerne formentlig som andre fastlønnede offentligt ansatte må have tjenstlige kørselsudgifter betalt af det offentlige.

10. Som fordele ved ordningen kan anføres:

Ordningen må forventes at forenkle det offentliges administrative muligheder for at gennemføre planer for det samlede sundhedsvæsen. Ved en ansættelse af de praktiserende læger i de beskrevne institutioner vil der blive ændrede muligheder for amtskommunerne for at koordinere den ambulante undersøgelse og behandling mellem disse institutioner og sygehusvæsenet. (Sådanne koordineringsbestræbelser vil dog allerede under den nugældende sygesikringslov kunne tilvejebringes, jfr. sygesikringslovens § 23, stk. 3 og 5). Det vil endvidere, under forudsætning af generelle vejledende retningslinier, være muligt at tilvejebringe et ensartet behandlings- og undersøgelsesudstyr i de ambulante institutioner ud fra en samlet plan for fordelingen af de til rådighed stående ressourcer.

Ved den her beskrevne ordning vil det også være muligt at sikre, at patienter, der i en konkret situation behandles af en bestemt læge, også betjenes af en bestemt hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske, ligesom ordningen synes at være egnet til at sikre administrativ koordinering i forhold til de offentlige socialmyndigheder. Disse muligheder på planlægnings- og prioriteringsområdet vil formentlig - som nævnt under pkt. 3 - bl. a. give sig udslag i, at udbygningen og opnormeringen af det offentlige ambulante lægevæsen må indgå i kommunernes og amtskommunernes udbygningsplaner for social og sundhedsmæssig virksomhed.

11. Som en ulempe ved ordningen må nævnes, at der næppe bliver nogen adgang for en patient til selv at vælge læge, og der vil nok i det hele være en tendens til et mere upersonligt forhold mellem læge og patient end under den her i landet hidtil gældende familielægeordning, og risiko for, at en patient ved henvendelse til institutionen vil blive betjent af hyppigt skiftende læger, der ikke opnår nærmere kendskab til patientens eller familiens helbredsmæssige forhold.

Det må antages, at et vist større antal yngre læger under videreuddannelse, som under de nugældende praksisvilkår ville søge amanuensisstilling hos en principallæge - eventuelt en gruppepraksis - for kortere perioder vil søge ansættelse ved de her beskrevne institutioner. Herved vil risikoen yderligere øges for, at den almene lægegerning i fremtiden i stigende grad vil blive varetaget af mindre erfarne læger i gennemgangsstillinger. Den almene lægegerning vil hermed skifte karakter, og den ønskede langvarige kontakt mellem den veluddannede almenlæge og patient/familie vil være vanskeligt at opretholde. Den tilsigtede familieorienterede forebyggende og behandelende indsats ved et samarbejdende primært socialt og sundhedsmæssigt team vil derfor med hensyn til den lægelige indsats risikere talrige kontinuitetsbrud. Det er på denne baggrund tvivlsomt, om de i pkt. 10 beskrevne overvejende administrative fordele kan opveje ulemperne. Der henvises i øvrigt til punkt 6 og 7 ovenfor.

12. Hertil kommer, at det på forhånd er vanskeligt at skønne over, hvordan ordningen på en række punkter vil virke, men at der synes at være risiko for andre ulemper ved ordningen: Hvis kun et mindre antal læger slutter sig til ordningen, men der er et forholdsvis stort antal privat praktiserende læger, risikerer man, at ordningen får præg af at være en ordning for den del af befolkningen, der ikke har råd til at henvende sig til en privat praktiserende læge. Under den herskende mangel på praktiserende læger i store dele af landet, vil ordningen endvidere være vanskelig at gennemføre, hvis tidlønne-
de læger skal tilsikres normal arbejdstid.

Afsnit 6

INDPASNING AF SPECIALLÆGEBEHANDLING

I ORDNINGERNE I AFSNIT 5 A-E

1. I dette afsnit drøftes det, hvorledes speciallægebehandling kan indpasses i de forskellige former for lægebetjening, der er gennemgået i afsnit 5 A-E. Der sigtes i det følgende til behandling ved praktiserende speciallæge (altså uden for sygehus). Hvis den almindelige lægebetjening varetages af offentligt ansatte læger som beskrevet i afsnit 5 E, vil det dog muligvis være nærliggende at lade speciallægebehandling inden for den offentlige ordnings rammer varetage under det offentlige sygehusvæsen, jfr. nærmere punkt 16 nedenfor.

2. Udvalget er i det følgende gået ud fra, at speciallægeordningen skal bygge på lignende principper som dem, der ligger til grund for lægebetjeningen ved alment praktiserende læge.

Hvis der f. eks. indføres en generel gruppe 1-ordning med hensyn til betjening ved alment praktiserende læge, er man gået ud fra, at der på speciallægeområdet bør indføres en generel adgang til vederlagsfri speciallægebehandling på grundlag af overenskomst.

Der er dog naturligvis intet begrebsmæssigt i vejen for at gennemføre en lægebetjeningsordning ved alment praktiserende læge, der bygger på ét princip, og samtidig gennemføre en speciallægeordning, der bygger på et andet princip, f. eks. en lægebetjeningsordning ved alment praktiserende læge i form af en gruppe 1-ordning og lægeoverenskomst, kombineret med speciallægebetjening ved offentligt ansatte speciallæger. Udvalget er dog ikke gået nærmere ind på sådanne mulige kombinationer.

3. Hvis der indføres en generel gruppe 1-ordning for hele befolkningen som beskrevet i afsnit 5 A, må adgangen til speciallægebehandling eller speciallægeundersøgelse inden for den offentlige sygesikrings rammer formentlig bygge på følgende principper:

Udgangspunktet for lægebetjening af de sikrede (uden for sygehus) er, at undersøgelser og behandling formidles gennem den alment praktiserende læge, som patienten er tilmeldt, og at nødvendige undersøgelser og behandlinger udføres uden udgift for patienten.

Som følge heraf må adgangen til speciallæge inden for ordningens rammer som overvejende hovedregel være betinget af, at patienten henvises til speciallæge af sin sædvanlige læge.

4. Princippet om den alment praktiserende læges almindelige varetagelse af lægebetjeningen vil ofte kunne gøre det rimeligt at begrænse det antal undersøgelser eller behandlinger hos speciallæge, hvortil en patient har adgang på grundlag af en henvisning, så at behandlingen videreføres af patientens sædvanlige læge, når speciallægen har stillet diagnose og over for patientens sædvanlige læge har tilrådet, hvilken behandling der bpr iværksættes. Hvorledes en sådan begrænsning nærmere skal gennemføres, vil i øvrigt bero på, om patienten henvises til speciallægen med henblik på diagnose, behandling eller kontrol, og det antal undersøgelser eller behandlinger hos speciallæge, der vil være behov for i anledning af et enkelt sygdomstilfælde, vil naturligvis variere for de forskellige specialer.

Skulle det i et tilfælde vise sig nødvendigt at fortsætte en iværksat speciallægebehandling ud over det antal behandlinger, der måtte være fastsat som maksimum inden for vedkommende speciale, bør sygesikringens fortsatte dækning af speciallægebehandlingen være betinget af, at der - efter samråd mellem speciallægen og den henvisende læge - tilvejebringes en fornyet henvisning.

5. Under den her beskrevne ordning forudsættes det, at de nærmere vilkår for speciallægebetjening - herunder honoreringen af speciallægen - fastlægges ved overenskomst mellem den offentlige sygesikring og vedkommende speciallægeorganisation.

Speciallægebetjening inden for ordningens rammer må derfor varetages af speciallæger, der omfattes af overenskomst.

Med hensyn til formen for honorering af speciallægeydelserne bemærkes, at denne nærmere må fastlægges ved overenskomst. Det vil formentlig oftest vise sig hensigtsmæssigt med en honorering pr. ydelse, idet en honorering, hvori der indgår et basishonorar, må forudsætte, at de sikrede personer er registreret som patienter hos vedkommende speciallæge, gældende for et vist tidsrum. Med hensyn til den nærmere regulering af disse spørgsmål kan det eventuelt vise sig hensigtsmæssigt at fastsætte forskellige ordninger for forskellige specialer og måske også at fastsætte forskellige ordninger for hovedstadsområdet og for det øvrige land.

6. Hvis den offentlige sygesikring alene bygger på en gruppe 1-ordning, og en patient henvender sig til speciallæge uden forudgående henvisning, er det et spørgsmål, om udgiften til undersøgelser eller behandlinger hos den pågældende speciallæge (delvis) bør dækkes gennem den offentlige sygesikring.

7. Udgangspunktet for den her beskrevne ordning er, at principperne for den gældende gruppe 1-ordning overføres til at gælde for samtlige sikrede personer, hvad enten de hidtil har hørt til gruppe 1 eller gruppe 2.

Ud fra dette udgangspunkt måtte man komme til det resultat, at en patients henvendelse til speciallæge uden henvisning måtte være den offentlige sygesikring uvedkommende og derfor helt måtte afholdes for den pågældende patients egen regning.

De foran under punkt 2 fremsatte synspunkter og ønsket om at begrænse upåkrævede henvendelser til speciallæge taler da også for, at henvendelse til speciallæge inden for den her beskrevne ordnings rammer som hovedregel bør forudsætte forudgående henvisning fra alment praktiserende læge.

8. Imidlertid kan der anføres visse hensyn, som kunne tale for at give adgang til, at de sikrede i et vist omfang kan få dækket udgifter til speciallægebehandling, som har fundet sted uden forudgående henvisning.

Det motiv, en patient kan have til at henvende sig til speciallæge uden henvisning, kan vel navnlig være, at patienten er klar over sygdommens art og anser en henvisning for overflødig.

Dette motiv kan i visse tilfælde efter omstændighederne forekomme rimeligt, selv om det er vanskeligt at forudse, i hvilket omfang patienten selv er i stand til at vurdere berettigelsen af nødvendig speciallægebehandling.

Vælger man at kræve et stramt henvisningssystem uden mulighed for dispensationer, vil den daglige arbejdsform og forholdet speciallæge/patient belastes af problemer, der ofte vil være uforståelige for det mindretal af patienter, der uvægerligt altid vil indfinde sig i god tro uden henvisning.

Den modsatte yderlighed, fri henvendelse til speciallæge uden henvisning, må anses for helt at ødelægge den opbygning af sundhedsvæsenet hvilende på familielægeprincippet, der er bærende her i landet.

9. Disse forhold kunne tale for i begrænset omfang at give adgang til refusion af afholdte udgifter til speciallæge uden lægehenvvisning. En sådan begrænset refusionsadgang kunne afgrænses således:

Hvis patienten uden henvisning henvender sig til en speciallæge, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, er udgiften ved de pågældende undersøgelser eller behandlinger den offentlige sygesikring uvedkommende.

Hvis patienten henvender sig uden henvisning til en speciallæge, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, får patienten adgang til efterfølgende refusion gennem den offentlige sygesikring af et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring ifølge overenskomst skulle have afholdt for den pågældende undersøgelse eller behandling, såfremt henvisning fra alment praktiserende læge havde foreligget. Det er en forudsætning for refusion i disse tilfælde, at speciallægen giver den læge, hos hvem patienten er registreret, fornøden meddelelse om sygdom og behandling. Den offentlige sygesikring bør have adgang til at undersøge, om sådan meddelelse er givet patientens sædvanlige læge i tilfælde, hvor der begæres refusion. Man kan i sådanne tilfælde eventuelt forudsætte, at speciallægens honorar ikke er reguleret ved overenskomst, og at den del af honoraret, som måtte overstige den af sygesikringen ydede refusion, må endeligt bæres af patienten.

Hvordan man end tilrettelægger henvisningssystemet under en generel gruppe 1-ordning, der dækker hele befolkningen, vil dette imidlertid være belastet med store problemer for patient og læge.

10. I forbindelse med den speciallægebetjening, der finder sted inden for rammerne af den offentlige sygesikring, må der formentlig ydes befordringsgodtgørelse til patient og speciallæge efter lignende regler, som i dag er gældende ved speciallægebehandling af gruppe 1-patienter. Dette må gælde, hvad enten patienten efter de hidtil gældende regler har hørt til gruppe 1 eller gruppe 2.

11. Hvis den offentlige sygesikring bygger på valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning som beskrevet i afsnit 5 B, vil de patienter, der hører under gruppe 1-ordningen have adgang til speciallægebetjening efter de regler, der er fremstillet foran under punkterne 3 - 7 og 10.

Da sygesikringen i disse tilfælde rummer en mulighed for at vælge refusionsordningen, bliver der formentlig ikke behov for at give de patienter, der hører under gruppe 1-ordningen, adgang til refusion af speciallægeudgifter, hvis de har henvendt sig til speciallæge uden henvisning som skitseret under punkterne 8-9.

12. De patienter, der har valgt refusionsordningen, må have adgang til speciallægebetjening mod delvis refusion, uden at der skal foreligge nogen henvisning fra en alment praktiserende læge. I tilfælde hvor der foreligger henvisning fra en alment praktiserende læge, der har overenskomst med den offentlige sygesikring, kunne man enken tænke sig en ordning, hvor speciallægebehandlingen sker vederlagsfrit (ifølge overenskomst) efter de foran under punkt 3-6 nævnte retningslinier eller en ordning, hvorefter der også i disse tilfælde kun ydes refusion.

Det beløb, der af den offentlige sygesikring refunderes en sådant patient i anledning af speciallægebetjening, bør formentlig - ligesom det er tilfældet for de nuværende gruppe 2-patienter - udgøre et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring ifølge overenskomst skulle have afholdt for en tilsvarende undersøgelse eller behandling af en gruppe 1-patient hos speciallæge.

13. Der bør ud fra disse principper kun ydes refusion efter denne sats for det antal undersøgelser eller behandlinger, en gruppe 1-patient ville have adgang til hos speciallæge for den offentlige sygesikrings regning.

I tilfælde, hvor gruppe 1-patienter kun har adgang til et vist maksimalt antal undersøgelser eller behandlinger på grundlag af en henvisning, men en "refusionspatient" har fået et større antal undersøgelser eller behandlinger hos speciallæge end dette maksimum, bør de resterende speciallægeundersøgelser eller -behandlinger formentlig refusionsmæssigt betragtes som henvendelser til en alment praktiserende læge, d. v.s. at der ydes patienten refusion af udgiften til disse ydelser efter den sats, hvorefter der ydes en sådan patient refusion af udgifter til ydelser ved alment praktiserende læge.

14. Hvis der indføres en sygesikringsordning, der bygger på lægeoverenskomster, men rummer en selvrisiko for patienten som beskrevet i afsnit 5 C, vil speciallægebetjening kunne indpasses i en sådan ordning i overensstemmelse med de principper, der er fremstillet foran under punkterne 3-10, alene med den afvigelse, at der skal udredes et vist "selvriskobeløb" ved hver henvendelse til (eller tilkaldelse af) speciallæge. Det forudsættes, at det offentlige har indflydelse på "selvriskobeløbets" størrelse, idet dette beløb enten udgør en vis brøkdel af speciallægens overenskomstmæssige honorar for den pågældende ydelse eller et af det offentlige fastsat beløb i kr. pr. ydelse. Som det nærmere er omtalt i afsnit 5 C, punkt 4, er der intet i vejen for, at "selvriskobeløbet" kan gøres variabelt efter lægeydelsens art, ligesom der heller intet er i vejen for fastsættelse af regler om, at "selvriskobeløbet" helt bortfalder for et "socialt" klientel.

Ved gennemførelse af den her beskrevne ordning vil speciallægebetjening inden for den offentlige sygesikrings rammer altså normalt være betinget af henvisning fra patientens sædvanlige læge, og speciallægens honorar for ydelser inden for ordningens rammer vil være reguleret ved overenskomst.

15. Hvis der gennemføres en sygesikringsordning, der (for hele befolkningen) bygger på refusion af afholdte udgifter til lægebetjening som fremstillet i afsnit 5 D, må det offentlige nærmere fastsætte, i hvilken udstrækning og med hvilke beløb der ydes refusion af afholdte udgifter til speciallæge.

Under en sådan ordning skal de sikrede personer ikke være tilmeldt nogen bestemt alment praktiserende læge. Heraf må formentlig følge, at der ikke kræves henvisning fra en alment praktiserende læge som betingelse for en patients adgang til refusion af udgifter til undersøgelse eller behandling hos speciallæge.

Som følge af den her beskrevne ordnings karakter synes der ikke at være grundlag for at afslutte overenskomster af den hidtil kendte type mellem den offentlige sygesikring og vedkommende lægeorganisation om vilkårene for speciallægebehandling, men der vil eventuelt kunne afsluttes overenskomst om anvendelse af netto-afregningsmetoden (som nærmere omtalt i afsnit 5 D, punkt 4).

Da det offentlige under den her beskrevne ordning ensidigt fastsætter omfanget af den refusion, der ydes de sikrede, er der intet i vejen for at fastsætte regler om, at der inden for en given tidsperiode kun kan ydes en patient refusion af et begrænset antal speciallægeydelser. Herom henvises til bemærkningerne foran under punkt 13 om "refusionspatienter".

16. Hvis den offentlige sygesikring baseres på lægebetjening ved offentligt ansatte, tidlønnede læger som fremstillet i afsnit 5 E, må speciallægebetjening inden for den offentlige sygesikrings rammer formentlig søges varetaget ved offentligt ansatte speciallæger. Det er ikke forsøgt i denne redegørelse at gå nærmere ind på de problemer - herunder overgangsproblemer - en sådan offentligt organiseret speciallægebetjening vil rejse. I afsnit 5 E er nævnt den mulighed, at lægebetjening ved alment praktiserende læger organiseres gennem offentlige institutioner for ambulant lægebehandling. Det er vanskeligt at bedømme, i hvilken udstrækning det vil være muligt eller hensigtsmæssigt at indpasse speciallægebetjening ved offentligt ansatte speciallæger i sådanne institutioner. Speciallægebetjening må formentlig enten tilbydes ved offentlig ansættelse af speciallæger knyttet til institutionerne (efter samme principper som praktiserende læger) eller gennem sygehusvæsenet.

Afsnit 7

BEMÆRKNINGER OM TANDBEHANDLING OG FYSIOTERAPI

1. Hvis principperne for den offentlige sygesikring ændres således, at opdelingen af de sikrede i to grupper på grundlag af en indtægtsgrænse bortfalder, vil det også blive nødvendigt at ændre de hidtil gældende regler om støtte gennem den offentlige sygesikring til tandlægehjælp og fysioterapi, idet disse regler bygger på en indtægtsgrænse.

2. Som det fremgår af afsnit 3, punkt 6-8, bygger de gældende regler om støtte gennem den offentlige sygesikring til tandpleje på andre principper end dem, der ligger til grund for de gældende regler om lægebehandling (ved alment praktiserende læge og speciallæge) inden for rammerne af den offentlige sygesikring.

Udvalget har efter sin sammensætning ikke ment at burde tage stilling til, om de hidtil gældende principper for den overenskomstmæssige tandbehandling bør opretholdes eller revideres.

Udvalget har derfor arbejdet ud fra den forudsætning, at støtte gennem den offentlige sygesikring til tandlægehjælp ifølge overenskomst ydes efter lignende principper som dem, hvorefter sådan støtte i dag ydes til gruppe 1-patienter.

3. I det følgende overvejes det, hvorledes støtte til tandlægehjælp kan indpasses i offentlige sygesikringsordninger, der bygger på formidling af lægebetjening efter de forskellige muligheder, der er nævnt i afsnit 5 A-E.

Udvalget er herved gået ud fra, at tandlægeordningen så vidt muligt bør bygge på lignende principper som dem, der finder anvendelse med hensyn til lægebetjening ved alment praktiserende læge. På lignende måde som det er nævnt i afsnit 6, punkt 2, med hensyn til speciallægebehandling, gælder det også med hensyn til tandbehandling, at man ville kunne kombinere en lægebetjeningsordning, der bygger på ét princip, med en tandlægeordning, der bygger på et andet princip. Udvalget er dog ikke gået nærmere ind på sådanne mulige kombinationer.

4. Hvis den offentlige sygesikring i overensstemmelse med afsnit 5 A bygger på, at gruppe 1-ordningen stilles til rådighed for hele befolkningen som den eneste form for offentlig sygesikring, vil dette altså sige, at også den gældende form for overenskomstmæssigt reguleret støtte til tandlægehjælp stilles til rådighed for hele befolkningen, hvad enten de pågældende hidtil har hørt til gruppe 1 eller gruppe 2. Dette betyder, at patienter, der ikke udnytter den overenskomstmæssige ordning (idet de henvender sig til en tandlæge,

der ikke har tilsluttet sig overenskomsten) må afholde udgifterne ved tandbehandling for egen regning.

5. Hvis den offentlige sygesikring i overensstemmelse med afsnit 5 B bygger på valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning, må reglerne om støtte til tandpleje formentlig udformes således, at de patienter, der har adgang til overenskomstmæssig lægebetjening, også har adgang til overenskomstmæssigt reguleret støtte til tandpleje. Personer, der med hensyn til lægebetjening har valgt refusionsordningen, bør formentlig også med hensyn til tandpleje betragtes som "refusionspatienter", d.v.s. at de ikke er omfattet af tandlægeoverenskomst og ved tandbehandling selv betaler det af tandlægen beregnede honorar til tandlægen mod adgang til efterfølgende refusion fra den offentlige sygesikring af et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have ydet som tilskud til en tilsvarende behandling af en gruppe 1-patient.

6. Hvis der indføres en sygesikringsordning, der (for hele befolkningen) bygger på lægeoverenskomster, men rummer en selvrisiko for patienten som beskrevet i afsnit 5 C, vil tandpleje efter principperne i den gældende tandlægeoverenskomst kunne indpasses i en sådan ordning. Der vil i så fald blive tale om en tilnærmelse af principperne for lægebetjening til principperne for tandpleje, idet der så både bliver tale om selvrisiko ved henvendelse til læger og tandlæger.

7. Hvis der gennemføres en sygesikringsordning, der (for hele befolkningen) bygger på refusion af afholdte udgifter til lægebetjening som fremstillet i afsnit 5 D, må dette formentlig inden for tandpleje give sig udslag i, at patienten selv betaler et af tandlægen beregnet (ikke overenskomstreguleret) honorar direkte til tandlægen og efterfølgende har adgang til en vis refusion fra den offentlige sygesikring.

8. Hvis den offentlige sygesikring baseres på lægebetjening ved offentligt ansatte, tidlønnede læger som fremstillet i afsnit 5 E, kunne man stille det spørgsmål, om også den offentlige sygesikrings tilbud om tandpleje burde stilles til rådighed gennem offentlige klinikker. Sådanne klinikker kan tænkes organiseret i tilknytning til offentlige institutioner for ambulant lægebetjening eller f.eks. i tilknytning til den offentlige børnetandpleje. Det offentliges overtagelse af tandpleje vil i overgangstiden give anledning til betydelige udgifter til lokaler og anskaffelse af apparatur.

9. Som nævnt foran under punkt 1 vil afskaffelsen af opdelingen af de sikrede i to grupper på grundlag af en indtægtsgrænse også gøre det nødvendigt at ændre de hidtil gældende regler om støtte gennem den offentlige sygesikring til fysioterapi (uden for sygehus eller anden offentligt drevet klinik).

Udvalget har inden afslutningen af sit arbejde gjort foreningen Danske Fysioterapeuter bekendt med et udkast til den del af udvalgets betænkning, der - med mindre væsentlige ændringer - er indgået som afsnit 5 A-E. På grundlag heraf har foreningen tilsendt udvalget en skrivelse af 15. marts 1973 (optaget som bilag 11 til betænkningen), der indeholder foreningens kommentarer til denne del af betænkningen.

Afsnit 8

UDVALGETS VURDERING AF ORDNINGERNE

UNDER AFSNIT 5 A-E

1. I afsnit 5 A-E har udvalget beskrevet forskellige former for ambulant lægebetjening (uden for sygehus), som alle har det til fælles, at de ikke forudsætter nogen opdeling af de sikrede i grupper ud fra en indtægtsgrænse. I forbindelse med fremstillingen af hver enkelt af disse ordninger har udvalget fremdraget nogle fordele og ulemper.

I dette afsnit har udvalget forsøgt at vurdere ordningerne over for hinanden med henblik på at søge klarlagt, hvilke af ordningerne udvalget mener at kunne anbefale, og hvilke ordninger udvalget må fraråde.

2. Der er ikke i udvalgets vurderinger indgået overvejelser om størrelsen af de udgifter, de enkelte ordninger må antages at medføre. Spørgsmålet, der har været genstand for behandling i udvalget, er gennemgået af socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent i bilag 7 til betænkningen.

3. Efter udvalgets opfattelse må der særlig lægges vægt på følgende forhold ved bedømmelsen af de forskellige ordninger, der kan komme i betragtning:

- a) Ordningen bør udformes således, at den må ventes at blive udnyttet af så godt som alle de sikrede, ligesom det må være en forudsætning, at det fornødne antal læger - det vil i praksis sige det helt overvejende flertal af de praktiserende læger - er villige til at virke inden for dens rammer.
- b) Ordningen bør udformes således, at den fremmer tillidsforholdet mellem patient og læge.
- c) Ordningen bør udformes således, at økonomisk svage grupper i befolkningen ikke afholdes fra at søge nødvendig lægebetjening, og den bør ikke virke på en måde, der kan fremme udviklingen af et socialt skel ved lægebetjening.
- d) Ordningen bør virke til fremme af en fast tilknytning mellem læge og patient, så at lægen kan opnå et så indgående kendskab som muligt til patientens - og eventuelt familiens - sundhedsmæssige forhold.
- e) Ordningen bør virke fremmende på et samarbejde mellem den behandlende læge, det offentligt ansatte sundhedspersonale, sygehusvæsenet og den offentlige socialforvaltning. (Et sådant samarbejde må - som

det fremhæves i betænkning nr. 669/1973 om den stedlige social- og sundhedstjeneste - formodes at blive bedre, jo mere en bestemt læges patientkreds er sammenfaldende med den personkreds, der betjenes af bestemte offentligt ansatte sundheds- og socialmedarbejdere).

- f) Ordningen bør bidrage til en så hensigtsmæssig udnyttelse som muligt af lægens - og andet sundhedspersonales - arbejdskraft.
- g) Ordningen bør være administrativt enkel og hensigtsmæssig.

4. Når ordningerne i afsnit 5 A-E sammenholdes med foranstående principper, må udvalget komme til det resultat, at nogle af ordningerne særlig tilgodeser visse af principperne, medens andre ordninger i højere grad tilgodeser andre af principperne. Udvalget kan altså ikke pege på én bestemt ordning som den, der kommer nærmest i retning af at opfylde alle principperne.

Om en del af ordningerne gælder det imidlertid, at de på så væsentlige punkter afviger fra principperne, at udvalget finder det betænkeligt at anbefale dem.

5. Vedrørende ordningen under afsnit 5 C, der bygger på lægeoverenskomster, men (for hele befolkningen) rummer en selvrisiko ved enhver henviselse til lægen, anser udvalget det således for en mangel, at den næppe tilstrækkeligt tilgodeser de sociale hensyn, der er nævnt foran under punkt 3 c). En yderligere mangel ved denne ordning er det efter udvalgets opfattelse, at indkrævningen af "selvrisikobeløbet" er forholdsvis administrationskrævende og altså ikke tilgodeser hensynet under punkt 3 g).

6. Vedrørende ordningen under afsnit 5 D, der (for hele befolkningen) bygger på refusion af afholdte udgifter til lægebetjening, bemærkes, at ordningen principielt bygger på selvrisiko, hvorfor der kan rettes de samme indvendinger imod den som imod ordningen under afsnit 5 C. Yderligere anser udvalget det for uheldigt, at en ordning, der principielt skal dække hele befolkningen, ikke bygger på fast tilknytning mellem patient og læge eller på andet nærmere fastlagt samarbejde mellem den offentlige sygesikring og lægerne. Ordningen tilgodeser således heller ikke hensynene under punkt 3 d) eller 3 e).

7. Vedrørende ordningen under afsnit 5 E, der bygger på lægebetjening ved offentligt ansatte, tidlønnede læger, bemærkes: En sådan ordning synes at indebære risiko for, at de læger, der knyttes til institutionerne for ambulant lægebetjening, ofte kun vil gøre tjeneste på en institution i en kortere periode. Selv om en sådan ordning måske kan skabe en fast tilknytning mellem patienten og en bestemt gruppe af læger, føler udvalget sig ikke overbevist om, at ordningen vil medvirke til at fremme en fast tilknytning mellem patienten og en bestemt læge. Det stiller sig således noget tvivlsomt, om ordningen vil tilgodese hensynet under punkt 3 d). Hertil kommer, at udvalget finder det vanskeligt at vurdere, i hvilken udstrækning de sikrede vil gøre brug af en sådan ordning på grund af dens sandsynlige institutionspræg, og i hvilken udstrækning lægerne vil tilslutte sig den. Ordningen vil altså ikke med sikkerhed tilgodese hensynet under punkt 3 a).

Specielt om denne ordning bemærkes, at udvalgets bedømmelse nødvendigvis må være præget af usikkerhed. Man har ikke i Danmark nogen praktisk erfaring med denne form for lægebetjening uden for sygehusene, og udvalget har ikke haft mulighed for dyberegående overvejelser af konsekvenserne af en så radikal ændring i forhold til den her i landet hidtil anvendte form for formidling af lægebetjening.

8. Udvalget finder det således betænkeligt - i hvert fald på grundlag af det materiale, udvalget har haft lejlighed til at gennemgå - at anbefale nogen af ordningerne i afsnit 5 C, 5 D eller 5 E, men finder, at interessen bør samle sig om ordningerne under afsnit 5 A (d. v. s. en gruppe 1-ordning for hele befolkningen) eller afsnit 5 B (d. v. s. valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning).

9. Udvalget - bortset fra de medlemmer, der har fremsat særudtalelserne nedenfor under punkt 10-11 - har ikke fundet grundlag for at fremhæve nogen bestemt af disse to ordninger som den ønskelige.

10. De medlemmer af udvalget, der er udpeget af Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen i Danmark, Københavns Kommune samt De danske Sygekasser (Albert Jensen, Fisker, Blume og Mørk) har fremsat følgende særudtalelser:

Da hele befolkningen er omfattet af den offentlige sygesikring, hvis udgifter finansieres af det offentlige, må en opretholdelse af en opdeling af befolkningen i en gruppeinddeling efter indtægter anses for uønskelig og for socialt uretfærdig.

De samme synspunkter må anlægges ved indførelsen af en ordning, hvorefter hele befolkningen vel omfattes af en gruppe 1-ordning uden hensyn til den enkeltes økonomiske forhold, men med en valgfri adgang for alle til at vælge en refusionsordning.

Begrundelsen for en opdeling af befolkningen i 2 grupper - også selv om opdelingen hviler på den enkeltes valg - og med en højere honorering til lægerne m. fl. for arbejde udført for personer, der har valgt refusionsordningen, harmonerer dårligt med en offentligt administreret og skattefinansieret sygesikring.

På sygehusområdet er der med de seneste ændringer af lov om sygehusvæsenet gennemført en fuldstændig ligestilling af befolkningen, hvilket ikke har givet anledning til problemer.

Derimod kan en valgfri refusionsordning inden for sygesikringen medvirke til en forskelsbehandling af de 2 sikringsgrupper, idet refusionspatienterne har frit lægevalg også med hensyn til valg af speciallæge. En refusionspatient behøver således ikke som en gruppe 1-patient henvisning fra en praktiserende læge for at søge speciallæge. Rent bortset fra om denne forskel er rimelig, vil det være uheldigt, dersom det spørgsmål kan rejses, om der f. eks. er en lettere adgang til at blive indlagt på et sygehus for refusionspatienter, fordi de uden henvisning fra en praktiserende læge kan søge en speciallæge, der er ansat på det sygehus, hvor de ønsker at blive indlagt.

Det må påregnes, at gruppe 1-ordningen vil blive betragtet som en nød-

løsning for samfundets økonomisk dårligst stillede, medens refusionsordningen vil blive opfattet som en ordning for de bedre og bedst stillede, og således den mest attraktive ordning.

Udover at en adgang til en valgfri ordning - som alligevel ikke vil kunne opretholdes i et antal tilfælde - kan føre til en "fattigmandsordning" og en svækkelse af familielægeprincippet, må det belyses, at færre alment praktiserende læger end tilfældet ellers ville være, vil ønske at påtage sig praksis for personer tilknyttet gruppe 1-ordningen, og at ordningen kunne tilskynde alment praktiserende læger til i endnu højere grad end ellers at nedsætte sig i områder med størst mulig befolkningstæthed.

En ren gruppe 1-ordning ville medføre væsentlig mindre personaleforbrug såvel i amts- som i primærkommunerne.

Dersom det frie lægevalg opretholdes for en del af befolkningen, vil en samlet social- og sundhedsmæssig planlægning, der også omfatter de praktiserende læger, og dermed et af socialreformens hovedformål - tanken om en samlet social- og sundhedsmæssig indsats over for den enkelte - blive vanskeliggjort. Det kan således frygtes, at der alt i alt vil blive en ringere offentlig service for dem, der vælger refusionsordningen.

Vi kan derfor gå ind for, at de nuværende indtægts grænser afskaffes, og at der gennemføres en almindelig gruppe 1-ordning for hele befolkningen uden hensyn til økonomiske forhold med registrering, i størst mulig udstrækning efter ønske, hos en bestemt læge med adgang til lægeskift efter en vis periodes forløb.

11. De medlemmer af udvalget, der er udpeget af Den almindelige danske Lægeforening, har fremsat følgende særudtalelser:

De lægelige repræsentanter (Daugaard, Fog, E.O. Pedersen) kan tilslutte sig, at det må anses for urimeligt at opretholde en indtægt s grænse som kriterium for en opdeling af befolkningen i to grupper, men mener til gengæld, at der må tilvejebringes en frihed for den enkelte person til at vælge mellem en gruppe I og II ordning uafhængigt af indtægtsforhold.

Med indførelse af en offentlig og alle omfattende sygesikring er det for lægestanden væsentligt, at man skaber en for patienter og læger så rummelig og tilfredsstillende ordning som muligt, således at der ikke ved automatisk, tvungent lægevalg skabes tilskyndelse til at søge uden for sygesikringens rammer.

En valgfrihed bør bygge på, at samtlige personer i landet automatisk falder ind under en gruppe I ordning, med mindre de på eget initiativ tilkendegiver over for sygesikringen, at de ønsker at være sikrede under en gruppe II ordning. En sådan direkte tilkendegivelse kunne der f. eks. gives mulighed for at fremkomme med på de tidspunkter, hvor der er adgang til lægeskifte under gruppe I ordningen.

Ved en gruppe I ordning omfattende hele befolkningen - som beskrevet i afsnit 5 A - må man nødvendigvis vælge mellem følgende principper vedrørende lægevalg og henvisning til speciallæge:

- 1) at den hidtidige gruppe II får bundet lægevalg med krav om henvisning fra egen læge for eventuel speciallægebehandling,
- 2) at den hidtidige gruppe I får frit lægevalg og fri adgang - uden henvisning fra egen læge - til speciallægebehandling,

3) at man ved kombinationer mellem 1) og 2) skaber en mellemløsning for alle, jfr. eksempelvis afsnit 6, pkt. 3-9.

Enhver af disse tre muligheder vil medføre, at en væsentlig del af - eller hele - befolkningen under en sådan generel ordning skal tilpasse sig et lægebetjeningssystem, der er væsentligt forskelligt fra, hvad man er vant til. Det er ikke muligt at overskue, hvilke konsekvenser en så dybtgående ændring kan få for den primære sundhedstjeneste og familielægeordningens kommende udvikling, jfr. betænkning nr. 669/1973.

Med en gruppe I ordning, hvortil der knyttes en valgmulighed som beskrevet i afsnit 5 B, opnår man, hvad der ikke tidligere har været tilfældet, at alle personer her i landet kan få adgang til de fordele, der ligger i en gruppe I ordning. Samtidig åbnes der mulighed for, at den del af befolkningen, der ønsker den frihed, der ligger i selv fra gang til gang at kunne søge læge eller speciallæge efter eget valg, ved bevarelse af refusionsadgangen fra sygesikringen, kan opnå denne fordel inden for systemet. Man modvirker hermed en risiko for, at en del af befolkningen, der ikke vil acceptere en ren gruppe I ordning, finder sammen om læger, der helt eller delvis praktiserer uden for den offentlige sygesikrings rammer. En sådan opdeling mellem læger, der praktiserer for sygesikringen, og læger, der kun tager privatpatienter, må anses for at virke socialt uheldigt, og dette har hidtil i alt væsentligt været undgået.

Nogle medlemmer af udvalget anfører, at en valgfri ordning kan føre til en "fattigmandsordning", de lægelige repræsentanter (Daugaard, Fog og E.O. Pedersen) mener, at denne risiko er betydeligt større i en fastlåst gruppe I ordning, hvor de mennesker, der ikke ønsker at være med i systemet, kun kan tillade sig at bryde ud, hvis de har en god økonomisk baggrund, medens den valgfri ordning kun medfører en beskeden økonomisk selvrisiko.

Man kan ikke acceptere, at det skulle være en social uretfærdighed at give befolkningen en valgmulighed inden for systemet. Man finder tværtimod, at det er et rimeligt frihedsgode for den del af befolkningen, som har svært ved - eller ikke ønsker - at knytte et fastere tilhørsforhold til en enkelt læge.

De administrative problemer og omkostninger er ikke større ved den valgfri ordning end under en tvungen gruppe I ordning under forudsætning af indførelsen af et nettoafregningssystem. Man vil derfor opnå alle de fordele, der er knyttet til gruppe I ordningen uden samtidig at blive belastet med dens ordnings ulemper, se i øvrigt afsnit 5A, pkt. 25, 26.

Endelig må det formodes, at en ordning med indbygget valgmulighed vil kunne medføre en vis besparelse for den offentlige sygesikring, jfr. bilag 7.

De lægelige repræsentanter må derfor konkludere, at en ordning som beskrevet i afsnit 5 B er den af de 5 beskrevne ordninger, som bedst tilgodeser befolkningens interesser med hensyn til frihed i lægevalget. Ordningen er derfor den, der er bedst egnet til at bevare og styrke det tillidsforhold mellem befolkning og lægestand, som er forudsætningen for den nødvendige udvikling af familielægeordningen.

Ved en afskaffelse af indtægtsgrænsen må lægeforeningens repræsentanter således anse den i afsnit 5 B nævnte ordning for den eneste realistiske løsning.

12. Ifølge oplysning fra det af Københavns og Frederiksberg kommuner udpegede medlem har Frederiksberg kommune ligeledes udtrykt interesse for ordningen under afsnit 5 B.

Den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp i Sverige

Den svenske ordning bygger på følgende principper:

Hele befolkningen er omfattet af samme sygesikringsordning, inden for hvilken man ikke arbejder med nogen opdeling i grupper efter indtægtsforhold. Sygesikringen omfatter lægehjælp under enhver form, dog ikke profylaktiske lægeundersøgelser.

Den ambulante lægebehandling ydes dels af offentligt ansatte læger, dels af privat praktiserende læger. Den ambulante lægehjælp, der ydes af offentligt ansatte læger, udgør ca. 75 pct. af al ambulant lægetjeneste og finder i overvejende grad sted på sygehusene i åbne ambulatorier, hvor patienterne kan henvende sig direkte uden forudgående visitering. En mindre del af lægebetjeningen ved offentligt ansatte læger (provinsialläkare og stadsdistriktsläkare) foregår uden for sygehusene.

De offentligt ansatte læger benytter lokaler og apparatur, der stilles til rådighed af det offentlige.

For ambulant lægehjælp ydet af en offentligt ansat læge skal patienten selv betale 12 kr. Disse 12 kr. betaler patienten dog ikke til lægen, men til den offentlige myndighed, der varetager den offentlige ambulante lægetjeneste. Lægen modtager ikke betaling fra sin patient, men er lønnet af den offentlige myndighed; dog er der ikke noget i vejen for, at en læge kan aflønnes af det offentlige i forhold til arbejdets omfang.

Hvis en offentligt ansat læge må aflægge besøg i patientens hjem, udgør betalingen 68 kr., og patienten må i dette tilfælde selv betale 20 kr. til den offentlige myndighed.

For telefonkonsultation ydet af en offentligt ansat læge betaler patienten selv 5 kr.

Har patienten derimod søgt en privatpraktiserende læge, betaler patienten hele honoraret til lægen og får efterfølgende delvis refusion af sygesikringen på grundlag af en officielt fastsat takst.

Patienten har adgang til befordringsgodtgørelse i forbindelse med lægebesøg. Patienten skal anvende det billigst forsvarlige transportmiddel, og rejseudgiften skal overstige 6 kr., før der ydes refusion. Refusion af befordringsudgifter ydes af sygesikringen.

En omtale af den primære lægetjeneste i Sverige findes i en artikel i Ugeskrift for læger 134/37 af 11. september 1972 side 1978 og 1981 (Samarbejdet mellem primære lægetjeneste og henholdsvis sygehusvæsenet og den sociale forvaltning i Göteborg).

Den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp i Norge

Bestemmelserne om lægehjælp inden for rammerne af den norske sygesikringsordning (Syketrygd) omfatter alle med bopæl i Norge.

Ambulant lægebehandling inden for ordningens rammer ydes dels af offentlige distriktslæger, dels af privat praktiserende læger. Distriktslægerne driver ikke den her omtalte ambulante virksomhed i medfør af deres stilling, men virker som praktiserende læger ved siden af deres distriktslægevirksomhed.

Socialdepartementet kan udelukke en læge fra at praktisere for en sygekasse (trygdekasse), hvis han ikke har opfyldt pligter efter sygesikringslovgivningen eller ikke har varetaget sin lægegerning forsvarligt. Udelukkelsen betyder, at kassen ikke yder godtgørelse for lægehjælp udført af denne læge.

De sikrede personer har frit valg af læge, og trygdekassen godtgør det af det offentlige fastsatte beløb for hver enkelt lægeydelse. Hvor der er tale om lægehjælp i anledning af fødsel eller ulykkestilfælde under arbejdet, yder sygesikringen en godtgørelse, der dækker den fulde udgift til lægehjælpen.

Den norske lægeforening har udarbejdet en såkaldt normaltarif for lægehonorarer. Denne tarif er vejledende for lægeforeningens medlemmer.

De satser, hvorefter sygesikringen yder refusion af udgifter til lægehjælp, er fastsat af det offentlige.

Det er oplyst, at der finder uformelle drøftelser sted mellem rikstrygdeverket og den norske lægeforening om justering mellem de to sæt takster, og at spørgsmålet om størrelsen af det beløb, det findes rimeligt at pålægge patienten selv at bære, kan indgå i denne uformelle drøftelse.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at lægens honorar for en given ydelse i visse tilfælde udgør samme beløb som sygesikringens refusion for den pågældende ydelse. I sådanne tilfælde skal patienten altså ikke selv bære nogen del af udgiften. Det kan således nævnes, at lægehonoraret for 3. konsultation og derefter følgende yderligere konsultationer i samme sygdomstilfælde ifølge lægeforeningens tarif er af samme størrelse som sygesikringens refusionssats for disse konsultationer. Endvidere kan det nævnes, at satserne ifølge de to sæt tariffer for visse mindre ydelser (receptfornyelse, skiftning af bandage, penslinger, injektioner og urinundersøgelser uden samtidig konsultation) udgør samme beløb; disse ydelser medfører således heller ingen udgift for patienten.

Med rikstrygdeverkets samtykke kan vedkommende trygdekontor indgå aftale med læger om såkaldt "direkte opgør", d.v.s. en ordning, hvorefter sygesikringens refusion udbetales til lægen, medens patienten til lægen kun betaler den del af honoraret, som ikke dækkes af sygesikringens refusion. Denne metode (netto-af regningsmetoden) er den sædvanligt benyttede afregningsmetode i Norge.

Lovgivningen abner **mulighed** for, at **et** trygdekonto med rikstrygdeverkets **samtykke** kan indgå aftale med en læge om faste honorarer og vederlagsfri lægehjælp for de sikrede personer, gældende for et bestemt distrikt. En sådan aftale om fri lægehjælp kan slutes **mellem** den enkelte kasse og den enkelte læge eller som en kollektiv aftale mellem sammenslutninger af kasser og læger. Bestemmelsen har så vidt **vides** ikke været anvendt i praksis.

Ifølge loven kan der ydes kørselsgodtgørelse til en patient ved dennes henvendelse til lægen, ligesom der kan ydes kørselsgodtgørelse til læger i forbindelse med besøg hos patienter, hvis tilstand ikke tillader dem at henvende sig på lægens konsultationssted. Hvis den tilkaldte læge ikke er distriktets offentlige læge, ydes der i princippet kun fuld kørselsgodtgørelse til den nærmest boende læge, men i praksis dækker trygdekassen dog også merudgifter ved tilkaldelse af en fjernere boende læge.

Den offentlige sygesikrings formidling af lægehjælp i Storbritannien

Lægehjælp inden for rammerne af den offentlige sygesikring i England som led i National Health Service varetages af offentligt ansatte læger.

Enhver læge, der har modtaget autorisation som praktiserende læge, kan søge optagelse på det lokale sundhedsvæsens lægefortegnelse, hvis den pågældende ønsker at drive almen lægepraksis. Afgørelsen af, hvorvidt han kan optages på den nævnte fortegnelse, skal træffes af det lokale sundhedsvæsen med godkendelse af det centrale organ, der bl. a. varetager den opgave at sikre en passende fordeling af læger over hele landet. Optagelsen kan afhænge af, hvor mange læger der allerede praktiserer i det område, hvori ansøgeren ønsker at praktisere.

Man regner med, at ca. 98% af de alment praktiserende læger arbejder for den offentlige sundhedstjeneste. De pågældende læger har adgang til herudover at udøve lægevirksomhed uden for den offentlige ordnings rammer.

Lægerne praktiserer enten i privatejede klinikker og får ved aflønningen refunderet lejeudgift og en væsentlig del af lønudgiften til medhjælp, eller i offentlige klinikker (health centers), hvor lægen til gengæld må betale en afgift for adgangen til benyttelsen af klinikken.

Enhver person med bopæl i Storbritannien har adgang til gratis lægehjælp uden hensyn til indtægtsforhold. Enhver har ret til at blive optaget i en praktiserende læges patientkreds, men der finder ingen automatisk registrering sted under den offentlige ordning. Det overvejende flertal af befolkningen er dog registreret i sundhedstjenesten, uden at den endelige procent kendes. Det er patienten selv, der tager initiativ til optagelse i en læges patientkreds, men lægen er ikke forpligtet til at modtage enhver patient, der ønsker optagelse.

Gruppepraksis og "partnerships" er meget udbredt. Patienten er altid tilmeldt en bestemt læge, men kan behandles af andre læger i gruppen.

Der gælder regler om fast konsultationstid. Ordninger med tidbestilling er ret udbredt og medfører, at patienter uden tidaftale kun kan komme under behandling, hvis tilstanden kræver øjeblikkelig lægehjælp.

En patient kan nårsomhelst anmode om lægebesøg i hjemmet, men det er lægen selv, der skønner, om et besøg er nødvendigt.

Der ydes ikke befordringsgodtgørelse til patienter.

Aflønningen af de offentligt ansatte læger sker efter retningslinier, der er resultatet af forhandlinger mellem sundhedsministeren og lægeorganisationerne.

Det samlede vederlag til lægerne for lægebetjening inden for den offentlige ordning omfatter mange forskellige poster, hvoraf til eksempel kan nævnes følgende:

- a) fast vederlag uafhængigt af patientantal,
- b) særligt vederlag for anciennitet, gruppepraksis, praksis i områder med lægemangel og faglig uddannelse,
- c) honorar pr. tilmeldt patient,
- d) ydelser for arbejde udført uden for normale arbejdstider,
- e) honorering af lægeydelser, der ønskes tilskyndet af samfundsmæssige årsager,
- f) betaling for ydelser til passanter og
- g) ydelser i forbindelse med praksisudgifter.

Lægebetjeningen inden for den offentlige sygesikring i forbundsrepublikken

Tyskland

Med henblik på en vurdering af den tyske ordning af lægebetjeningen må det tages i betragtning, at sygesikringen indgår som et led i den tyske socialforsikring, der omfatter lønmodtagere og socialpensionister og disse personers familiemedlemmer.

Medlemskab af den sociale sygeforsikring er lovpligtig for arbejdere, lærlinge, socialpensionister og understøttelsesberettigede arbejdsløse. Funktionærer er kun omfattet af lovpligtig sygeforsikring, når deres lønindtægt ikke overstiger en indtægtsgrænse, (der pr. 1. januar 1973 er fastsat til 20.700 DM). Funktionærer, hvis årsindtægt overstiger denne grænse, har adgang til frivilligt medlemskab af den sociale sygeforsikring. Offentlige tjenestemænd er ikke omfattet af denne sygeforsikring.

Den sociale sygeforsikrings ydelser finansieres hovedsagelig ved bidrag, der udgør en given procentdel - i 1970 gennemsnitligt 8 pct. - af den forsikredes lønindtægt, dog således, at kun et indtægtsbeløb op til ovennævnte indtægtsgrænse tages i betragtning. Bidraget betales som hovedregel af den forsikrede og arbejdsgiveren med lige store andele, idet der dog gælder særlige regler for finansieringen af bidrag vedrørende pensionister og arbejdsløse.

Ifølge statistiske oplysninger fra 1970 var ca. 88 pct. af befolkningen omfattet af den sociale sygeforsikring enten som selvstændigt forsikrede eller som familiemedlemmer.

En person, der er omfattet af den sociale sygeforsikring, har i sygdomstilfælde adgang til gratis lægebehandling ved praktiserende læge. Lægehjælp for sygesikringens regning skal - bortset fra nødstilfælde - ydes ved en såkaldt kasselæge. Enhver læge har adgang til at virke som kasselæge, når han opfylder bestemte personlige betingelser. Den forsikrede kan i almindelighed frit vælge blandt kasselægerne, men kan dog som regel højst skifte læge én gang hvert kvartal. Som bevis for medlemskab af sygeforsikringen anvendes en sygeseddel (Krankenschein), der skal afleveres til kasselægen. Hvor speciallægebehandling er nødvendig, skal kasselægen henvise patienten til behandling hos speciallæge.

Honoreringen af kasselæger sker ved overenskomst mellem kasselægernes organisationer og de inden for socialforsikringen bestående sygekasseorganisationer. Kan der ikke opnås enighed om lægeoverenskomster, fastsættes overenskomsternes indhold ved voldgift. Ved overenskomsterne kan der både træffes bestemmelse om honorering ved et rundt beløb, om betaling pr. enkeltydelse og om honorering ved en kombination af disse ordninger. Kasselægernes organisationer medvirker ved fordelinger af honorarbeløbene til de pågældende kasselæger.

DE SAMVIRKENDE
CENTRALFORENINGER
AF SYGEKASSER I DANMARK

Bilag 5

27. december 1971

I henhold til telefonsamtale skal vi herved meddele, at vi har foretaget en undersøgelse vedrørende spørgsmålet om valg af læge. I henhold til gældende overenskomster, bortset fra enkelte speciallægeoverenskomster, skal sygekassernes A-medlemmer vælge læge for et år ad gangen, hvilket vil sige, at de pr. 1. oktober har adgang til at vælge en anden læge uden at skulle gøre rede for ønsket om lægeskifte. Desuden har medlemmerne i løbet af året ret til at vælge anden læge, når særlige forhold gør sig gældende, ligesom lægerne har ret til at anmode om fritagelse for at være læge for et medlem.

Undersøgelsen har vist, at medlemmerne i sygekasser med større bysamfund skifter læge lidt oftere end medlemmer i landdistrikternes sygekasser. I bysygekasserne skiftede 2,26 pct. af medlemmerne læge inden for et år og i landdistriktsygekasserne skiftede 1,26 pct. af medlemmerne læge.

Betydningen af det frie lægevalg er overordentlig stort. Langt større end ovenfor anførte tal måske giver udtryk for. Det er betydningsfuldt, at medlemmet ved, at der kan vælges anden læge, hvis behandlingen ikke er tilfredsstillende. Det er endvidere af betydning for lægen at vide, at hans tilmeldte medlemmer ikke er fast bundet til ham. Der er større utilfredshed med lægebehandlingen, hvor der efter overenskomsten ikke er frit lægevalg. Dette gælder f. eks. visse speciallægeoverenskomster i København.

DE SAMVIRKENDE CENTRALFORENINGER
AF SYGEKASSER I DANMARK

(sign.) H. C. Hansen

28. november 1972

1. 0. Indledning

I skrivelse af 18. september d. å. har udvalget anmodet den under Amtsrådsforeningen nedsatte styregruppe for planlægningen af den offentlige sygesikrings administration om en besvarelse af følgende to spørgsmål:

1.1. Hvilke administrative besparelser vil kunne opnås ved en afskaffelse af indtægt s grænsen i det fremtidige system?

1.2. Taler registreringstekniske hensyn imod adgang til hyppigere lægeskifte end det nuværende årlige?

Da De har anmodet om, at de overvejelser i udvalget, som er baggrund for spørgsmålene, må blive betragtet som fortrolige, besvares spørgsmålene efter aftale af undertegnede i samråd med en snævrere kreds i planlægningen.

2.0. Administration af indtægtsgrænsen

Den administration indtægtsgrænsens tilstedeværelse giver anledning til efter 1. april 1973 udgør følgende:

2.1. Årlige indtægtskontrol

2.1.1. Overflytning fra gruppen under indtægtsgrænsen til gruppen over indtægtsgrænsen (§ 4, stk. 1).

Pågældende personer udledes maskinelt ved årligt gennemløb af sygesikringsregisteret (SSR) med "indtægtskontrolregisteret" (slutligningen kombineret med oplysninger om børn under 16 år). Nyt sygesikringsbevis med ny status udskrives sammen med årlige udskrivning pr. 1. oktober og tilsendes fra primærkommunen (PK) med oplysning om stedfundne registrering.

2.1.2. PK's behandling af dispensationssager (§ 4, stk. 2) og fejloverførsler i forbindelse med ovennævnte.

Udskrivning af nyt sikringsbevis og rapportering til amtskommunen (AK), når dispensation kan gives. I særlige tilfælde fremsendelse af sagen til sikringsstyrelsens afgørelse. I AK opdateres til SSR.

2.1.3. Maskinel udskrivning af tilskrivninger til sikrede i gruppen over indtægtsgrænsen om muligheden for overflytning til gruppen under indtægtsgrænsen (§ 4, stk. 1). Ved borgerens reaktion er den administrative procedure som nævnt under 2. 1.2.

2.2. Løbende registreringer

2.2. 1. Vurdering af sikringsstatus ved alle registreringer af tilgang til sikringsgrupperne over og under indtægtsgrænsen, d.v. s. i forbindelse med den maskinelle tilgang af 16-årige, tilflyttere fra udlandet samt overførsel fra værnepligtige, institutionsanbragte og søfarende.

2.2.2. Vurdering af sikringsstatus og eventuel sikringsgruppeskift ved ægteskabs indgåelse.

2.2. 3. Individuelle sikringsgruppeskift ved overførsel fra "frivillig stk. 2-status" til stk. **1-status**.

2.2.4. Individuelle gruppeskift ved dokumenteret indtægtsændring for forrige år, der giver ret til ny status, eller i forbindelse med øjeblikkelige ændringer i personlige og økonomiske forhold (§ 4, stk. 2).

2. 3. Daglige administration iøvrigt

2. 3. 1. Kontrol af sikringsstatus i forbindelse med udbetaling af tilskud i PK.

2. 3. 2. Ved tilflytning fra anden PK skal ske en konstatering af sikringsgruppe som grundlag for eventuelt lægevalg.

2. 3. 3. Kontrol af sikringsstatus i forbindelse med validering af regninger i AK.

3. 0. Registreringernes omfang

I anledning af udvalgets forespørgsel er indhentet oplysninger fra et udsnit af sygekasser om omfanget af overførsler pr. 1. oktober 1972 i forbindelse med indtægtskontrollen på grundlag af indtægten i 1971. Oplysningerne vedlægges som bilag nr. 1.

3. 1. Herefter kan beregnes, at det årlige antal overførsler fra gruppen under indtægtsgrænsen til gruppen over indtægtsgrænsen under pkt. 2.1.1. udgør ca. 148. 000, hvortil kommer et mindre antal under 2.2.2. og 2.2.4. Det samlede antal kan skønsmæssigt ansættes til ialt ca. 150. 000 registreringer med anvendelse af EDB-teknik og automatiske, maskinelle udskrivninger.

3. 2. Da fordelingen af sikrede over og under indtægtsgrænsen er forholdsvis konstant kan regnes med et samlet antal individuelle overførsler fra gruppen over til gruppen under indtægtsgrænsen under pkt. 2.1.2., 2.1.3., 2.2.2., 2.2.3. og 2.2.4. på et tilsvarende antal, d.v. s. ca. 150. 000 registreringer med krav til ekspedition og manuel administration.

3. 3. Der er således tale om et samlet antal overførsler på ca. 300. 000 årligt.

Dette antal må påregnes også at være gældende for registreringernes omfang efter 1. april **1973**, og danner grundlag for efterfølgende beregninger.

Ændringen af personkredsen i den offentlige sygesikring vil ikke øve nævneværdig indflydelse, idet fortsættelsessygekassernes medlemmer (4, 7% af befolkningen over 16 år) allerede indgår i disse registreringer ved overførsler. Det samme gælder i nogen grad ikke-sikrede (bidragydende medlemmer = 3,2%).

For hele gruppen af personer over indtægtsgrænsen (derunder også B-medlemmer = 13,2%) må naturligvis regnes med, at den enkeltes vurdering af spørgsmålet om forbliven i gruppen trods ret til status under indtægtsgrænsen, fra 1. april 1973 sker på et nyt grundlag. Virkningen heraf unddrager sig vurdering, men vil næppe have større betydning for den samlede bedømmelse.

4.0. Administrationsudgifterne i forbindelse med indtægtsgrænseadministrationen

Disse omfatter dels den del af administrationsudgifterne i PK og AK, som er affødt af indtægtsgrænsens tilstedeværelse, dels den del af udgiften til drift af EDB-systemet, som på samme måde kan henføres til den indbyggede indtægtsgrænsefunktion.

I det følgende er for førstnævnte foretaget en beregning på grundlag af den tilsvarende administrationsudgift i sygekasserne. For sidstnævnte har projektlederen af programmeringen og opbygningen af den offentlige sygesikrings EDB-system i forbindelse med økonomiske beregninger over EDB-systemets samlede driftsudgifter foretaget en beregning af besparelsen i driftsudgifterne ved indtægtsgrænsens bortfald.

4.1. PK's og AK's besparelse i egen administration ved indtægtsgrænsens bortfald

4.1.1. Af tidligere foretagne beregninger over registreringernes og administrationsudgifternes omfang foreligger følgende 2:

Betænkning nr. 226/1959 afgivet af sygeforsikringskommissionen af 1954,

Betænkning nr. 292/1961 afgivet af det af socialministeriet den 7. december 1960 nedsatte udvalg om sygekassernes administration.

Fra de to betænkninger kan foretages følgende sammenstillinger af de samlede registreringers omfang:

	<u>Årlige antal registreringer</u>			
	1956		1960	
	(Betænkning 226/1959 side 128)		(Betænkning 292/1961 side 9-10)	
	<u>Tilgang</u>	<u>Afgang</u>	<u>Tilgang</u>	<u>Afgang</u>
Optagelse/slettede døde	73.756	38.673	90.000	40.000
Tilflyttede fra/til sygekasser	347.915	348.627	365.000	365.000
Overf. fra/til bidragydende	42.895	45.509	40.000	50.000
Overf. fra/til fortsættelsessygekasse	20.827	28.001	20.000	25.000
Ialt	485.393	460.810	515.000	480.000
	946.203		995.000	

Det samlede antal overførsler på grundlag af indtægtskontrollen (overførsler til og fra fortsættelseskasser og bidragydende) anslås i 1956 til ca. 57. 300 (betænkningens side 128).

Efter reglerne under folkeforsikringsloven skete kontrollen indtil lovrevisionen 1. april 1961 som en stikprøvekontrol af 10% af medlemmerne for større sygekasser (over 1000 medlemmer) og af 33 1/3% af medlemmerne for mindre sygekasser, idet dog en række kasser allerede havde gennemført 100% kontrol svarende til nugældende regler.

De 57. 000 skal således erstattes med de under pkt. 3. 3. beregnede 300.000, men samtidig er efter 1961 sket en reduktion af til- og fraflytningsregistreringer på grund af kommunesammenlægningerne og reglen om een sygekasse i hver kommune. Endvidere vil registreringerne hidrørende fra bidragydende medlemmer fremover bortfalde.

Det synes herefter rimeligt at antage, at det samlede antal registreringer efter 1. april 1973 tilnærmelsesvis vil være af ovenstående omfang.

4. 1.2. I 1961-betænkningen er foretaget en summarisk beregning af den arbejdstid, der medgår til de enkelte arbejdsopgaver i en sygekasse (betænkningens side 10).

I Hvidovre sygekasse er i 1970 gennemført en mere detaljeret analyse af samme, der vedlægges som bilag nr. 2.

En sammenstilling af de to undersøgelser over arbejdstidens (og dermed administrationsudgifternes) fordeling på de enkelte arbejdsopgaver i sygekasserne giver følgende resultat:

Arbejdstidsfordeling i %			
	1960		1970
	Betænkning 292/1961, side 10		Hvidovre sygekasse bilag nr. 2
Medlemsregistrering	(17-25)	21	25½
Kontingentindbetaling	(10-40)	29	13
Adm. af ydelser	(15-35)	24	47
Andre opgaver	(20-35)	26	14½
	100		100

Trods den store usikkerhed i sammenligningen på grund af de to undersøgelsers uensartede grundlag og fremgangsmåde, viser tallene tydeligt virkningen af sygekassernes omlægning af kontingentindbetalingen til EDB/giro og den øgede ydelsesadministration som følge af lægeoverenskomstens omlægning fra takst I til kombinationstakst, tilkomsten af B-medlemmer med tilskudsadministration og den øgede dagpengeadministration.

Tages i betragtning, at Hvidovre ligger over gennemsnittet med hensyn til samlede antal registreringer (typisk "gennemgangskommune"), synes tallene at give grundlag for den antagelse, at registreringsarbejdets omfang er nogenlunde uforandret (svarende til konklusionen under 4. 1. 1.) og omfattende maksimalt mellem 20 og 25% af administrationen.

I ovennævnte indgår ikke kommunernes administration og udgifter i forbindelse med indtægtskontrollen (afgivelse af bestilling på og betaling af liste fra EDB-centralerne på borgere over indtægtsgrænsen).

4. 1. 3. Kun de under pkt. 3.2. nævnte individuelle registreringer stiller krav til administrationen i et omfang svarende til øvrige registreringer som gennemsnit, hvorfor det kan antages, at denne i PK og AK tilsammen har et omfang svarende til den forholdsmæssige andel,

$$\text{d. v. s. } \frac{150.000 \times 20-25\%}{200.000} = \text{ca. } \overset{0}{\underset{3-4\%}{3-4\%}}$$

I 1971 udgjorde sygekassernes samlede forvaltningsudgifter 124. 4 mill. kr. 3-4% heraf fremført med 10% årlig stigning vil i

$$\underline{1973/74 \text{ udgøre 4} \underline{6-6} \text{ mill. kr.}}$$

Beløbet må anses for den absolut maksimale besparelse. Dels vil registreringsarbejdet efter 1. april være tilrettelagt efter ensartede, rationelle retningslinier, dels omfatter det benyttede udgiftsgrundlag alle øvrige forvaltningsudgifter i sygekasserne ud over lønninger.

Administrationsudgifterne i forbindelse med de under pkt. 3. 1. nævnte overførsler kan ikke vurderes, men er uden praktisk betydning, idet udledningen af den enkelte borger over grænsen, omregistrering

og tilskrivning fremover vil ske 100% maskinelt i modsætning til nu værende fremgangsmåde, hvor sygekasserne skal udføre arbejdet manuelt på grundlag af kommunernes fortegnelser over borgere over indtægtsgrænsen.

Også de under pkt. 2. 3. nævnte funktioner unddrager sig vurdering med hensyn til besparelse i administrationen. En forenkling vil naturligvis mindske administrationen, men især på disse områder skal besparelsen ses i sammenhæng med de administrative konsekvenser af de alternative ordninger og systemer, der i sig selv vil indebære sævel forøgelse som formindskelse af administrationen.

4. 2. Besparelser i drift af EDB-system ved indtægtsgrænsens bortfald

I forbindelse med de økonomiske beregninger over EDB-systemets driftsomkostninger, har lederen af systemets opbygning og programmering på den givne foranledning vurderet besparelsen heri ved indtægtsgrænsens bortfald.

Svaret er, at udgiftsbesparelsen er minimal, og stort set indskrænker sig til sparede udgifter ved udskrivning af brevkort (pkt. 2.1.3., maksimalt 150.000 å 20 øre) og dermed forbundne porto.

Det fremhæves dog også her, at spørgsmålet om besparelser skal ses i sammenhæng med de konsekvenser for EDB-systemet, som de alternative ordninger og systemer vil medføre.

5. 0. "Liberalisering" af det årlige lægeskifte for § 2, stk. 1-sikrede

5. 1. Den fremtidige tilrettelægning af det årlige lægeskiftes administration bygger på:

At ønske om ny læge fremsættes i august måned med virkning fra 1. oktober. Lægeskifte indrapporteres fra PK til AK, der opdaterer til SSR.

At nyt sikringsbevis med angivelse af nye læge udskrives pr. 1. oktober ved den årlige udskrivning af sikringsbeviser.

Uanset den gældende landsoverenskomsts bestemmelse om at lægeskifte pr. 1. oktober kan begæres indtil 30. september, er indført et varsel, idet anmodningen i alle "fællessystemkasser" skal fremsættes inden 10. september. Dette ændres nu til 1. september.

Ved individuelle lægeskifter i "utide" (ægteskab, en læges ønske om fritagelse for en patient, en patients tilladelse til skifte, og andre særlige tilfælde) udskrives sikringsbeviset manuelt i forbindelse med ekspeditionen. Den øvrige administrative procedure følger ovenstående, og der er ifølge sagens natur tale om øjeblikkeligt skifte uden varsel.

Spørgsmålet har været drøftet med lægerne ved forhandlinger i og uden for § 26-udvalget. Lægerne har accepteret den skitserede fremtidige praksis, og er angiveligt indstillet på en "liberalisering", ligesom spørgsmålet om skæringsdato for beregning af basishonorar ikke har givet anledning til problemer.

Registreringstekniske hensyn taler således ikke imod hyppigere lægeskifte

En mindre forøgelse af administrationen må påregnes, idet der formentlig administrativt vil blive tale om nævnte manuelle udskrivning af sikringsbeviser.

Det må imidlertid understreges, at det nuværende system i sig selv indeholder en "fortrydelsesmulighed" for den enkelte, der begrænser antallet af "affekt-skifter". Adgang til hyppigere lægeskifte vil således også medføre flere lægeskift ud fra et øjeblikkeligt ønske, der senere afsvækkes, men er blevet registreret.

Den praktiserende læges rolle som det centrale, koordinerede led i den enkeltes behandling underbygges ved rigtige lægeskifte, men modarbejdes ved forkerte lægeskifte.

Spørgsmålet om hyppigere lægeskifte må således vurderes ud fra sidstnævnte hensyn og ikke ud fra det tekniske hensyn. Ændring til skifte f. eks. hvert kvartal synes imidlertid ikke betænkeligt.

Med venlig hilsen

(sign.) E. Harboe Mikkelsen

Underbilag 1.

Antal overførsler og dispensationer ved indlægtsskontrollen 1972 i et udsnit af sygekasser.

Sygekasser	Antal nydende medlemmer (A+B) 31/12-1971	Antal overførsler fra A til B pr. 1/10-1972	Overførsler i % af antal nydende medlemmer.	Antal dispensationer for overførsel	Dispensationer i % af antal overførsler
Byområder:					
Ålborg	104.000	4.500	4,4	1.300	28,9
Odense	114.700	4.200	3,7	1.100	26,2
Købstæder:					
Viborg	24.000	700	2,9	125	17,8
Roskilde	33.000	1.800	5,5	325	18,1
Landområder:					
Asminderød-Grønholt	6.700	475	4,1	50	10,5
Sakskøbing	6.700	200	3,0	5	2,5
Hinnerup	4.200	175	4,2	25	14,3
Københavns omegn:					
Hvidovre	29.500	1.200	4,1	100	8,3
Gentofte	45.000	1.400	3,1	275	19,6
For alle 9 sygekasser	367.800	14.650	4,0	3.305	22,6

Underbilag 2

Arbejdstidsfordeling på hovedfunktioner og hjælpefunktioner i Hvidovre
sygekasse 1970

Nedenstående vurdering for sygekassens samlede administration er udarbejdet på grundlag af den enkelte medarbejders vurdering af egne arbejdsområder efter fastlagte opdelinger og kriterier.

Hjælpefunktionerne 10-16 er fordelt på hovedfunktionerne 1-9 efter disses forholdsmæssige timetal.

<u>Arbejdsområde:</u>	<u>Arbejdstidsfordeling i %</u>	
1. Kontingentindbetaling	9	13
2. Ekspedition og behandling af medlemsforhold	17	25½
3. Hjælp og vejledning til medlemmer om ikke-sygeforsikringsmæssige forhold	5½	8
4. Administration af kontrolafgifter for lægehjælp	1½	2½
5. Regningskontrol og afregning af kreditorer	14	21
6. Ekspedition af dagpengeudbet. og beh. af dagpengesager incl. barselsdagpenge	10½	15
7. Ekspedition af øvrige ydelser	6	8½
8. Revalidering (oplæringssager)	2½	3½
9. Hjemmesygepleje	2	3
Hovedfunktioner ialt	68	100
10. Kasseekspedition af kontingentindbet.	2½	
11. Kassearbejde iøvrigt	5½	
12. Bogføring og regnskab m.m.	9	
13. Diverse erstatnings- og refusionskrav	2	
14. Telefonomstilling	4	
15. Personalets information, orientering og instruktion	4	
16. Tilrettelægning, planlægning af ledelse samt administrativ ledelse af diverse særlige funktioner (fysiurg. klinik, hjemmesygepl., ejendom, hjælpefond m.m.)	5	
Hjælpefunktioner ialt	32	
Hovedfunktioner + hjælpefunktioner ialt	100	

Februar 1973

Merudgifter for sygesikringen ved ophævelse af indtægtsgrænsen for medlemskab

(Redegørelse fra socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent)

A. Hele befolkningen inddrages under en gruppe 1-ordning

På grundlag af de foreliggende oplysninger om udgifter m.v. inden for sygeforsikringens område i 1971 er det beregnet, at merudgifterne - i 1971-priser - ved at inddrage hele befolkningen under en gruppe 1-ordning på års-basis vil blive af størrelsesordenen 50-60 mill. kr.

Dette udgiftsskøn, der for omkring de 40 mill. kr. vedrører betaling til alment praktiserende læger, er behæftet med en ret betydelig usikkerhed, hvortil kommer, at det bygger på den væsentlige forudsætning, at lægeoverenskomster m. v. efter ophævelse af indkomstgrænsen kun ændres rent teknisk for at tilpasses hele befolkningens inddragelse under dækningen.

Merudgifterne består først og fremmest i sygesikringens betaling til læger, tandlæger m. fl. af beløb, som patienterne hidtil selv har skullet betale som følge af, at deres refusionsret som B-medlemmer eller medlemmer af fortsættelsessygekasser har været begrænset.

Den særlige usikkerhed, der ligger i udgiftsskønnet, er især knyttet til bedømmelsen af, hvorvidt indførelsen af en generel gruppe 1-ordning vil betyde, at de personer, der ikke hidtil har haft ret til gratis lægehjælp, vil forøge deres lægesøgningsfrekvens (antal ydelser pr. år). I dag søger personer i denne gruppe læge i væsentligt mindre omfang, end tilfældet er for medlemmer af gruppe 1. Ved beregningerne har man forudsat en mindre stigning i frekvensen, selv om man dog fortsat forventer størstedelen af den nuværende forskel opretholdt. Dette gælder også ud over den forskel, der skal være mellem de to persongrupperes sygelighed som følge af forskel i alders- og kønsfordeling. Om forskellen i aldersfordeling og udgifter til lægehjælp i sygekassernes medlemsgrupper A og B (under den indtil 31. marts 1973 gældende sygekasseordning) henvises til bilagene 8-10.

B. Der indføres valgfrihed mellem en gruppe 1-ordning og en refusionsordning

Under det her nævnte system er de personer, der vælger gruppe 1-ordningen, stillet ganske på samme måde, som tilfældet er ovenfor under A. En eventuel udgiftsforskel mellem A og B vil derfor alene afhænge af, hvor mange der vælger refusionsordningen, og hvad disse som gennemsnit skal have refunderet af sygesikringen.

I gennemgangen af den nærværende ordning er det anført, at "refusions-

patienterne" af sygesikringen skal have "refunderet et beløb af samme størrelse, som den offentlige sygesikring skulle have betalt efter overenskomst for en tilsvarende ydelse til en gruppe 1-sikret patient". Dette må antagelig betyde, at sygesikringens udgift pr. "refusionspatient" alene er bestemt af lægesøgningsfrekvensen for denne gruppe sammenlignet med gruppe 1. Hvis man for eksempel går ud fra, at det især vil være personer, der ikke i dag kan være gruppe 1-medlemmer, der vælger refusionsordningen, vil gruppens lægesøgning være forholdsvis beskeden, og sygesikringens udgifter bliver derfor mindre end efter ordningen, der er omtalt under A. Såfremt man i det hele kan forudsætte, at ordningen kun vil medføre en beskeden forskydning imellem de to patientgrupper i forhold til i dag, vil sygesikringens omlægning efter det her omtalte system kun bevirke meget små merudgifter for sygesikringen.

C. Indførelse af selvrisiko

Indførelse af selvrisiko i sygesikringssystemet afskaffer naturligvis ikke i sig selv den eksisterende indkomstgrænse. Derimod vil den eventuelt kunne få betydning i forbindelse med en sådan afskaffelse, idet den alt andet lige vil medføre en udgiftsbegrænsning for den offentlige sygesikring.

Udgiftsbegrænsningen vil dels fremkomme derved, at patienterne gennem betalingen selv direkte vil skulle dække en del af sygesikringens udgifter, dels ved at antallet af konsultationer må antages at blive reduceret, når disse ikke er helt gratis for patienterne.

Medens de sidstnævnte eventuelle besparelser ikke nærmere kan beregnes, kan det opgøres, at en betaling f.eks. på ca. 10 pct. af lægehonoraret - eller godt 3 kr. pr. ydelse - nogenlunde vil dække de ovenfor under A beregnede merudgifter for sygesikringen.

Besparelsen for det offentlige skal dog reduceres noget, idet der dels må forventes merudgifter til administrationen af en sådan ordning, dels må forventes at skulle gives kompensation til visse persongrupper - f. eks. pensionister - for deres merudgifter ved selvrisikoen.

D. En ren refusionsordning

Det er ikke muligt at foretage nogen egentlig beregning af, hvad en sådan ordning vil koste den offentlige sygesikring. Dette vil i realiteten helt afhænge af, til hvilken størrelse refusionssatsen fastsættes sammenholdt med størrelsen af lægetaksterne. Generelt må det dog antagelig siges, at ordningen - under de samme beregningsmæssige forudsætninger, der er anvendt under A - vil være billigere end A og eventuelt vil indebære en besparelse i forhold til den nuværende ordning.

Der kan næppe være tvivl om, at ordningen vil medføre en forskydning mellem patientudgifterne for de nu eksisterende gruppe 1- og 2-medlemmer, således at belastningen for gruppe 1 vil blive relativt noget større end i dag.

E. Der indføres lægebehandling ved offentligt ansatte, tidlønnede læger

Det er ikke muligt på det foreliggende grundlag at skønne over, hvorledes driftsudgifterne vil ændre sig ved indførelse af dette system. Det kan derimod påpeges, at den meget gennemgribende omlægning af lægebetjeningen, der vil være tale om, vil medføre betydelige engangsudgifter.

DE SAMVIRKENDE
CENTRALFORENINGER
AF SYGEKASSER I DANMARK

Bilag 8

2. februar 1972

Under henvisning til tidligere aftale kan samvirksomheden oplyse følgende om sygekassernes udgifter til lægehjælp for A- og B-medlemmer.

De forenede sygekasser på Lolland-Falster har for 1968 foretaget en undersøgelse af sygekassernes udgifter til lægehjælp. Undersøgelsen omfattede 61 læger, 78.453 A-medlemmer og 8.413 B-medlemmer.

Sygekasserne har i 1968 betalt

For A-medlemmers lægehjælp	6.886.471 kr.
refusion til B-medlemmer	<u>394. 853 kr.</u>
ialt	7.281. 324 kr.

Lægernes regninger til B-medlemmerne havde et pålydende på ialt 651. 317 kr. Gennemsnitligt havde lægerne nu indtægt på 87, 78 kr. pr. A-medlem og 77,47 kr. pr. B-medlem. Sygekassernes udgift pr. B-medlem var 46,93 kr.

I 1970 har sygekasserne for hele landet betalt

for A-medlemmers lægehjælp	408. 231. 425 kr. - 142,44 kr. pr. md.
refusion til B-medlemmer	<u>28. 712.720 kr.</u> - 66,40 kr. pr. md.
Ialt	436. 944. 145 kr.

Beregner man lægernes ekstrahonorarer for B-medlemmer som sva-
rende til Lolland-Falster-undersøgelsen, bliver lægernes indtægter ialt
455. 593. 057 kr. Hertil kommer lægernes attesthonorarer, honorar for
profylaktiske undersøgelser m.v. samt honorar for lægehjælp for de 10,6%
af befolkningen, som ikke var nydende medlemmer af en sygekasse.

I 1970 havde sygekasserne 2.823,530 A-medlemmer, 512.422 B-med-
lemmer, 393.648 personer over 16 år var ikke nydende medlemmer af en
sygekasse.

Sygekassernes udgift pr. B-medlem er væsentligt mindre end udgiften
pr. A-medlem til lægehjælp.

Et lignende forhold gør sig gældende ved sygehusbehandling. I 1970 var
sygekassernes udgifter til sygehusbehandling for

A-medlemmer	100.936.465 kr. , pr. medlem 35,75 kr.
B-medlemmer	10.808.630 kr., pr. medlem 21, 09 kr.

Dette tyder på en mindre sygelighed blandt B-medlemmer end blandt
A-medlemmer, hvilket forekommer meget sandsynligt.

Med venlig hilsen
(sign.) H. C. Hansen

De forenede
sjællandske
Sygekasser

Bilag 9

Roskilde, den 18. februar 1972

I fortsættelse af behagelig telefonsamtale angående en undersøgelse af lægernes privathonorarer sammenholdt med de ydede refusionstakster kan jeg meddele, at den foretagne undersøgelse har vist, at den gennemsnitlige forskel på refusionstaksterne og de faktisk betalte honorarer udgør 41,4%.

Undersøgelsen har omfattet 7 områder med et befolkningsunderlag på 209.821, hvoraf 29.466 er medlemmer i de respektive sygekassers medlemsgruppe B. I de nævnte områder findes 64 lægepraksis, der passes af 81 praktiserende læger. Inden for de enkelte områder er taget et tilfældigt udsnit af de af sygekasserne til refusion modtagne regninger.

På grundlag af den foretagne undersøgelse har jeg beregnet, at B medlemmer af de sjællandske sygekasser for lægehjælp til alment praktiserende læger har betalt kr. 15.345.453, og deraf fået refunderet kr. 10.852.513.

Det undersøgte materiale omfatter i alt 475 ydelser, (225 konsultationer, 40 telefonkonsultationer, 67 receptfornyelser og 143 sygebesøg), fordelt på forskellige tidspunkter på døgnet og med de mest almindelige forekomne ekstraydelser.

Med venlig hilsen

(sign.) K. Stribolt Nielsen

Bilag 10

24. maj 1972

Aldersfordelingen og udgifter til lægehjælp for A- og B-medlemmer af sygekasserne

(Redegørelse fra socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent)

Under overvejelserne i udvalget vedrørende offentlig sygesikring er der fremkommet forskellige oplysninger, hvoraf det fremgår, at udgifterne til lægehjælp i 1970 for A-medlemmer androg i gennemsnit ca. 145 kr. pr. år, medens de for B-medlemmer (refusion + medlemmernes egen andel) androg i gennemsnit ca. 80 kr. pr. år.

Det blev i udvalget anført, at det ikke var muligt ud fra det foreliggende materiale at bedømme, hvorvidt - eller i hvilket omfang - denne forskel i lægehjælpsudgifter kunne skyldes en forskel i de to medlemsgruppers aldersfordeling.

For at søge dette spørgsmål noget nærmere belyst er der herefter, med bistand fra Sammenslutningen af sygekasser i København og Frederiksberg, tilvejebragt en særøpgørelse pr. 30. april 1972 over aldersfordelingen (fødselsår) af henholdsvis A- og B-medlemmer inden for sammenslutningens område.

Resultatet af opgørelsen fremgår af vedlagte bilagstabel, hvoraf ses, at kun en meget lille del af de yngste og de ældste aldersgrupper er B-medlemmer, hvorimod denne medlemsgruppe spiller en ganske væsentlig rolle i aldersgrupperne omkring 50 år.

I sammentrængt form viser den følgende procentvise fordeling af henholdsvis A- og B-medlemmer, at en betydelig del af A-medlemmerne udgøres af personer på 66 år og derover eller under 31 år. Disse aldersgrupper udgør en langt mindre del af B-medlemmerne.

Aldersfordeling for A- og B-medlemmer af sygekasserne i København og Frederiksberg pr. 30. april 1972

	A-medlemmer pct.	B-medlemmer pct.
16-30 år	31	11
31-50 år	21	34
51-65 år	24	40
66 år og derover	24	15
Ialt	100	100

De ældre medlemmers sygelighed er højere end de yngres. Endvidere findes de mindre børn, til hvilke der ydes megen lægehjælp, i ganske særlig grad hos de yngre medlemmer, d. v. s. især hos medlemmer under 31 år. Man kan derfor formentlig uden videre gå ud fra, at lægeudgifterne pr. medlem er større i aldersgrupperne 16-30 år og 66 år og derover end i de mellem-liggende grupper. Når hensyn tages til aldersfordelingen af A- og B-medlemmer, betyder dette, at den gennemsnitlige årsudgift pr. A-medlem skal blive større end den gennemsnitlige udgift pr. B-medlem.

Det er herefter naturligt at spørge, om hele forskellen kan forklares gennem den forskellige aldersfordeling. Dette er søgt belyst under visse givne forudsætninger, herunder især, at sygeligheden - udgiften pr. medlem - er lige stor i samme aldersgruppe hos A- og B-medlemmer. Ved beregningerne har man endvidere - for at forenkle opgaven - forudsat, at der er **samme** (høje) sygelighed (udgift pr. medlem) hos de 16-30 årige og dem på 66 år og derover, medens der er samme lave sygelighed (udgift pr. medlem) hos de **øvrige**. Endelig må det påpeges, at man har forudsat, at gennemsnitsudgiften for A-medlemmer - ligesom tilfældet er for B-medlemmer - kan siges at være et rimeligt udtryk for de (teoretiske) gennemsnitsudgifter i de enkelte aldersgrupper. Dette er næppe helt rigtigt, da A-udgifterne fremkommer på grundlag af nogle takster, der er fastsat ved forhandling mellem sygekasser og lægeorganisationer og derfor ikke behøver at være direkte afspejlinger af sygeligheden.

Med de nævnte reservationer kan man herefter beregne, at sygeligheden - eller sygeudgifterne - skal være godt 10 gange så store i gruppen med stor sygelighed som i gruppen med lille sygelighed for - med de givne aldersfordelinger - at opnå de oplyste udgifter pr. medlem. Dette synes at være så lidt sandsynligt, at det må være rimeligt at regne med, at hele forskellen i lægeudgifter hos A- og B-medlemmer ikke kan forklares gennem forskel i aldersfordelingen.

Antager man f. eks., at sygeligheden (eller sygeudgiften) kan være dobbelt så stor i aldersgrupperne med stor sygelighed som i grupperne med mindre sygelighed, så vil forskellen i aldersfordelingen kunne forklare en udgift pr. B-medlem på ca. 17 pct. under udgiften pr. A-medlem. Faktisk ligger udgiften pr. B-medlem ca. 40 pct. lavere end udgiften pr. A-medlem.

Fordeling på alder og medlemsgruppe af medlemmerne af sygekasserne
i København og Frederiksberg pr. 30. 4. 1972.

Alder	Antal A-medl.	Antal B-medl.	Antal øvrige medl.	Antal medl. ialt	A-medl. pct.	B-medl. pct.	Øvrige medl. pct.	Ialt pct.
16-20 år	30.587	440	3.032	34.059	90	1	9	100
21-25 år	54.596	2.429	8.377	65.402	83	4	13	100
26-30 år	46.548	6.756	7.300	60.604	77	11	12	100
31-35 år	24.691	5.513	4.653	34.857	71	16	13	100
36-40 år	20.682	5.456	3.751	29.889	69	18	13	100
41-45 år	20.829	7.614	3.453	31.896	65	24	11	100
46-50 år	24.627	10.650	3.260	38.537	64	28	8	100
51-55 år	29.552	12.764	2.965	45.281	65	28	7	100
56-60 år	33.676	11.959	2.299	47.934	70	25	5	100
61-65 år	37.777	9.714	1.637	49.128	77	20	3	100
66-70 år	34.866	5.807	835	41.508	84	14	2	100
71-75 år	29.310	3.513	732	33.555	87	11	2	100
76-80 år	20.425	2.184	828	23.437	87	9	4	100
81-85 år	11.532	1.047	812	13.391	86	8	6	100
86-90 år	4.558	399	690	5.647	81	7	12	100
91-95 år	1.129	88	309	1.526	74	6	20	100
96 år og derover	121	9	76	206	59	4	37	100
Ialt	425.506	86.342	45.009	556.857	76	16	8	100

underbilag 1

15. marts 1973

Til: Udvalget vedrørende offentlig sygesikring

Under henvisning til møde afholdt i socialministeriet den 7. februar 1973 fremsendes hermed Danske Fysioterapeuter's kommentarer til det af udvalget vedrørende offentlig sygesikring udarbejdede materiale med henblik på ændring af sikringsgruppesystemet.

Ad: Udkast til afsnit 5 A i udvalgets betænkning

De af udvalget påpegede ulemper ved en gruppe I-ordning gældende for hele befolkningen kan Danske Fysioterapeuter helt tilslutte sig.

Det forekommer yderst betænkeligt at etablere en sådan ordning, idet man principielt bør tilstræbe en mulighed for frit lægevalg. Yderligere vil den foreslåede ordning sandsynligt medføre en forøget belastning af de praktiserende fysioterapeuter, idet det må forudses, at en vederlagsfri lægebehandling for hele befolkningen vil medføre, at lægerne må aflaste sig selv ved at lade patienter i vidt omfang behandle hos fysioterapeut.

En anden sandsynlig udvikling kan blive, at et antal fysioterapeuter vil vælge at praktisere uden for den offentlige sygesikring, i lighed med udvalgets betragtninger i relation til især speciallægerne.

Ad: Udkast til afsnit 5 B i udvalgets betænkning

Det i dette afsnit skitserede forslag, Formidling af lægebetjening med valgfrihed mellem to ordninger, kan anbefales af Danske Fysioterapeuter, idet man herved bibeholder borgernes demokratiske rettigheder samtidig med, at begge ordninger henhører under den offentlige sygesikring. Familielægeprincippet skønnes at ville kunne opretholdes gennem denne ordning.

Den eventuelle usikkerhed i overenskomst-henseende, dette forslags gennemførelse kan medføre, bør ikke tillægges væsentlig betydning under vurderingen af forslaget.

Ad: Udkast til afsnit 5 C i udvalgets betænkning

Danske Fysioterapeuter finder det ikke hensigtsmæssigt, at der pålægges befolkningen selvrisko som skitseret i forslaget.

Ad: Udkast til afsnit 5 D i udvalgets betænkning

De sociale, administrative og ikke mindst økonomiske ulemper ved en sygesikring i form af refusion af afholdte udgifter til lægebetjening anses for at være så vægtige, at en sådan ordning ikke kan anbefales.

Ordningen skønnes at ville forringe situationen uhensigtsmæssigt for en væsentlig del af befolkningen.

Ad: Udkast til afsnit 5 E i udvalgets betænkning

De af udvalget anførte fordele ved lægebehandling ved offentligt ansatte, tidlønnede læger skønnes at være tvivlsomme, idet samme fordele vil kunne opnås ved almindelig positiv samarbejdsvilje f. eks. i henhold til forslaget indeholdt i afsnit 5 B.

Danske Fysioterapeuter finder den i afsnit 5 E skitserede ordning absolut uacceptabel, såvel set ud fra borgernes synspunkt som fra de medicinske gruppers synspunkt.

Som supplement til ovennævnte bemærkninger skal anføres, at fysioterapeuters arbejdsvilkår naturligt vil blive påvirket ved eventuelle ændringer i lægers arbejdsvilkår, hvorfor Danske Fysioterapeuter udtrykker tilfredshed med at have fået lejlighed til at fremkomme med vore synspunkter på nærværende stadium i udvalgsarbejdet.

Skulle udvalget eller socialministeriet iøvrigt finde anledning til at inddrage Danske Fysioterapeuter i den højere planlægning med relation til fysioterapeuters virke, skal det meddeles, at Danske Fysioterapeuter er villig til at medvirke i sådant arbejde - og at Danske Fysioterapeuter vil finde noget sådant særdeles hensigtsmæssigt.

Med venlig hilsen
DANSKE FYSIOTERAPEUTER

(sign.) Vivian da Costa Ferreira
formand

