

gens medlemmer, blev forhøjet således, at ikke de ubemidlede medlemmer kom til at betale en del af udgifterne for de bemidlede.

I tabel 2 (kol. 1) er anført, om der i afdelingen for ubemidlede medlemmer anvendes takst I eller takst II. Herefter har 9 kasser takst I og 66 kasser takst II. Af tabel 2 ses endvidere, hvorledes de omhandlede afdelingers udgifter har været til de vigtigste ydelser, og disse udgifters størrelse pr. medlem (jfr. kol. 2-9). Den gennemsnitlige udgift pr. medlem har for samtlige kasser udgjort knap 77 kr. (kol. 12-13). Posten „andre udgifter“ (kol. 10-11) omfatter bl. a. udgiften til dagpenge, bade og massage samt bandager.

Hvad særligt angår lægehjælpen til bemidlede medlemmer, bemærkes, at den er begrænset af bestemmelsen i lovens § 35, stk. 1, om, at en sygekasses ydelse for et bemidlet medlem ingen sinde kan blive større end for et ubemidlet medlem, medens der i øvrigt ikke i loven findes angivelse af ydelsernes omfang.

De 66 takst II kasser beregner også erstatningerne for lægehjælp til de bemidlede efter takst II.

Af de 9 takst I kasser beregnes erstatningerne for lægehjælp til de bemidlede medlemmer på forskellig måde. I 3 à 4 kasser betales efter takst II i det pågældende område.

En kasse beregner den gennemsnitlige årlige udgift til læge- og tandlægehjælp pr. ubemidlet nydende medlem og multiplicerer denne med antallet af bemidlede medlemmer for derved at udfinde, hvilket højeste beløb der kan ydes de bemidlede i erstatning for udgifter til læge-, tandlæge- og speciallægehjælp.

En anden kasse tager årshonoraret for almindelig lægehjælp efter takst I pr. ubemidlet nydende medlem og multiplicerer dette med antallet af medlemmer i afdelingen for bemidlede. Det herved fremkomne beløb betragtes som maksimum for, hvad der kan ydes de bemidlede i erstatning for udgifter til almindelig lægehjælp. Ifølge oplysninger fra direktoratet for sygekassevæsenet har den sygekasse, der benytter denne beregningsmåde, haft så stort et beløb til rådighed til betaling for lægehjælp til bemidlede medlemmer, at disse i

hvert fald i et enkelt år har fået refunderet samtlige lægeudgifter.

To sygekasser går frem på tilsvarende måde, men det beregnede beløb overføres til en hjælpefond, der er uafhængig af sygekassen, og som har til formål at støtte bemidlede medlemmer under forhold, hvor sygekassen ifølge sine love er forhindret i at yde tilstrækkelig hjælp. Til denne fond betaler de bemidlede medlemmer et særskilt bidrag, og her foregår refusionen således, at hjælpefonden foretager udbetalingen til medlemmerne. Som helhed opnår medlemmerne herigennem en betydelig refusion (75 pct. eller mere) af deres udgifter til lægehjælp.

Udvalgets spørgsmål 11:

Vil det være muligt at lade bestemmelsen om „øvrige omstændigheder“ i § 9, stk. 2, udgå, således at alene indtægten er afgørende for en persons medlemskab af gruppe A?

Svar:

De „øvrige omstændigheder“, der er tale om, er sygdom, alderdom, gæld, større forsørgerbyrder og andre forhold, der i væsentlig grad forringer en persons økonomiske stilling. Når disse omstændigheder er til stede, har der, siden bestemmelsen blev indført første gang i sygekasseloven af 1915, kunnet lempes således, at en person kunne blive stående som ubemidlet nydende medlem, selv om indtægtsgrænsen var noget overskredet.

Ved sygdom har der været tænkt på f. eks. hustruens sygdom og deraf følgende merudgifter til sygepleje og lignende, ved gæld på f. eks. studiegæld, som ægtemanden har pådraget sig i ungdommen og har store og langvarige afdragsbyrder af, og ved store forsørgerbyrder f. eks. på tilfælde, hvor forsørgeren har store udgifter på børns studier med ophold i en anden egn af landet, og på tilfælde, hvor voksne børn på grund af sygdom varigt var ude af stand til at forsørge sig selv, og endelig også i et vist omfang på tilfælde, hvor forsørgeren har en stor børneflokk, dels under og dels over 15 år. Derimod har der ikke været tale om lempelser fra indtægtsgrænsen i anledning af udgifter ved forsorg alene af børn under