

Bilag til bet. o. lovf. om offentlig sygesikring.

briller og bandager. Der bør så vidt muligt søges tilvejebragt en ordning, hvorefter leverandøren af briller sender regningen på sygesikringens tilskud til amtskommunen, medens kunden alene betaler det resterende beløb til leverandøren. For så vidt angår bandager og andre hjælpemidler, må kunden formentlig — som i dag — selv betale regningen og derefter søge refusion. Dette skyldes, at bandager og andre hjælpemidler ikke altid (som briller) leveres fra specialforretninger.

Spørgsmål 25:

Ad § 11 spørges, om de foreslåede refusionsregler for jordemoderhjælp til § 2, stk. 2, sikrede indebærer en forringelse i forhold til den for B-medlemmer nu gældende ordning.

Svar:

Ifølge den gældende sygeforsikringslovs § 17 skal sygekassen yde A-medlemmer vederlagsfri fødselshjælp, medens kassen skal yde B-medlemmer refusion af afholdte udgifter efter nærmere regler i vedtægten.

Ifølge den gældende overenskomst mellem De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser og jordemoderforeningen har imidlertid alle nydende medlemmer adgang til overenskomstens ydelser. Jordemoderoverenskomsten stiller således A- og B-medlemmer ens, og der bliver for tiden ikke spørgsmål om at yde refusion til B-medlemmer.

Lovforslagets § 11, stk. 1, fastsætter, at der skal ydes kvinder, som omfattes af § 2, stk. 1, vederlagsfri jordemoderhjælp. Ifølge samme bestemmelses stk. 2 skal der ydes kvinder, som omfattes af § 2, stk. 2, refusion af afholdte udgifter, såfremt der ikke måtte være afsluttet overenskomst om vederlagsfri jordemoderhjælp også til de pågældende kvinder.

Lovforslaget indebærer ingen forringelse i B-gruppens stilling i forhold til den for tiden gældende ordning; men der er — som efter den gældende ordning — mulighed for ved overenskomst at tillægge B-gruppen adgang til vederlagsfri jordemoderhjælp. Skulle adgangen til vederlagsfri jordemoderhjælp ved en senere overenskomst blive indskrænket til A-gruppen, vil B-gruppen såvel efter den gældende lovgivning som efter lovforslaget have adgang til refusion af afholdte udgifter.

Spørgsmål 26:

Hvem skal endeligt afholde udgifterne til ydelser i henhold til § 13?

Svar:

Ifølge lovforslaget skal udgifterne til supplerende ydelser i henhold til § 13 endeligt afholdes af vedkommende kommune. Det må herved erindres, at den foreslåede bestemmelse afløser en bestemmelse i sygekassernes hovedvedtægt, hvorefter en sygekasse, såfremt dens økonomiske tilstand tillader det, undtagelsesvis og uden statsrefusion kan yde hjælp til supplerende af de lovbestemte sygekasseydelse, dog ikke medicinhjælp.

Såfremt betingelserne for ydelsen af hjælp efter forsorsloven eller for ydelse af personligt tillæg til folke-, invalide- eller enkepension foreligger, vil hjælp til supplerende af sygesikringens ydelser kunne afholdes efter forsorsloven eller pensionsloven.

Spørgsmål 27:

Ad § 13 spørges, om der vil fremkomme nærmere retningslinier om brugen af adgang til undtagelsesvis at yde hjælp til supplerende af de i §§ 6, 8, 9, 10 og 11 omhandlede ydelser, eller om brugen vil være underkastet det enkelte sociale udvalgs frie skøn.

Svar:

Bestemmelsen i § 13 afløser den nuværende bestemmelse i § 37, stk. 4, i hovedvedtægt for de statsanerkendte sygekasser. Ifølge sidstnævnte bestemmelse kan en sygekasses bestyrelse undtagelsesvis supplere ydelserne ifølge sygeforsikringslovens §§ 11-19 undtagen medicinhjælpen, såfremt kassens økonomiske tilstand tillader det. Afgørelser i henhold til denne bestemmelse træffes alene af sygekassens bestyrelse, og der er ikke adgang til at indbringe afgørelsen for højere administrativ myndighed.

§ 13 forudsættes kun at skulle anvendes undtagelsesvis i tilfælde, hvor det sociale udvalg skønner, der er behov for at yde supplerende hjælp i sygdomstilfælde ud over, hvad der kan dækkes efter lovens almindelige regler, og ud over, hvad der eventuelt måtte kunne ydes efter anden lovgivning, navnlig forsorsloven, revalideringsloven og pensionslovene.

Det er den enkelte kommunes sociale udvalg, der alene træffer afgørelsen.