

F. t. folketingsbeslutn. om ændr. af den offentlige sygeforsikring m. v.

er fortsat af denne opfattelse, både når det gælder de sociale ydelser og de bestræbelser for administrativ rationalisering og effektivisering, der ofte kan være et praktisk bidrag til at føre nye sociale fremskridt ud i livet, bl. a. ved at frigøre fornøden kvalificeret arbejdskraft dertil.

I betragtning af, at ca. 90 pct. af alle personer over 16 år er nydende medlemmer af de stedlige sygekasser, ca. 7 pct. medlemmer af fortsættelses-sygekasser og ca. 3 pct. alene ydende medlemmer af en sygekasse, må det anses for mest praktisk, at lovgivning og administration ændres derhen, at alle personer over 16 år forlods anses for nydende medlemmer (A- eller B-medlemmer) af den stedlige sygekasse, *medmindre* de udtrykker ønske om anden status. Der sker herved ingen begrænsning i den enkeltes hidtidige adgang til at vælge mellem medlemskab af en stedlig sygekasse, af en landsomfattende sygekasse (i praksis Statsbanepersonalets Sygekasse) og af en sygeforsikring (fortsættelses-sygekasse), ligesom den hidtidige adgang til kontingentfrigagelse, hvilende medlemskab m. v. i særlige tilfælde (aftjening af værnepligt, ophold på institutioner m. v.) opretholdes.

Derimod kan opretholdelse af adgangen til bi-dragydende medlemskab af en sygekasse ikke anses for hverken socialt eller praktisk hensigtsmæssigt. Kredsen af bidragydende medlemmer består i vidt omfang af personer, som på grund af kontingentrestance henvises til ydende medlemskab og da i sygdomstilfælde må have støtte i henhold til andre dele af den sociale lovgivning, eller af personer, som i en periode af deres tilværelse anser sygdomsrisikoen for meget lille, men som ofte senere i ventetiden ved overgang til nydende medlemskab kommer ud for alvorlige og uforudsete vanskeligheder. Endvidere nødvendiggør adgangen til ydende medlemskab en række kontrolforanstaltninger til gene for de 97 pct., som er nydende medlemmer, og til administrativt besvær for læger, behandelende institutioner osv.

Disse ændringer i medlemsregistreringen vil, dels direkte og dels i forbindelse med den under punkt 2 foreslåede udbygning af sygekassernes ydelser og de under punkterne 4-7 foreslåede ændringer i fastsættelse og opkrævningsmåde af bidrag til sygekasser m. v., kunne danne grundlag for betydelige administrative forenklinger og besparelser, ikke mindst med henblik på mulighederne for anvendelse af datamaskiner og andre moderne kontortekniske hjælpemidler.

Praktisk taget samtlige sygekasser har i deres vedtægter optaget bestemmelser om, at de — ud over de obligatoriske ydelser i henhold til lovens

kapitel III — yder hel eller delvis betaling for behandling på rekonvalescenthjem m. v. (§ 12, stk. 4), briller, bandager og fysiurgisk behandling (§ 16), og ca. $\frac{3}{4}$ af kasserne yder betaling af 75 pct. af udgiften til såkaldt „afsnit III-medicin“ (§ 13, stk. 2) i det omfang, loven giver dem mulighed derfor. Da den enkelte borger ikke i praksis kan vælge frit mellem forskellige sygekasser, er det i princippet uheldigt, at omfanget af den bistand, staten er med til at sikre borgeren i sygdomstilfælde, herigennem gøres afhængig af dennes bopælskommune.

Med en udbygning af sygekassernes ydelser som foreslået i punkt 2, hvorved den enkelte borger får ret til den bistand i sygdomstilfælde, som lovens kapitel III giver sygekassen mulighed for at yde, vil de beløbsmæssigt relativt beskudne forskelle i kontingent, som skyldes de nuværende forskelle i ydelser, kunne fjernes, overgangen til opkrævning af sygekassekontingent sammen med indkomstskatten lettes, og en mere ligelig udbygning af „service-dækningen“ i landets forskellige egne fremmes.

Under folketingets behandling i 1966-67 af det tilsvarende forslag oplystes det, at andre forhold bevirkede, at det årlige kontingent i sygekasser med samme ydelser varierede fra knap 100 kr. til knap 300 kr. En væsentlig del af denne forskel motiveredes med forskelle i medlemskredsens sammensætning, aldersfordelingen m. v. Det kan dog ikke være rimeligt, at et sygekassemedlem ét sted skal betale tre gange så meget for samme ydelse som et andet sted, blot fordi aldersfordelingen i den sygekasse, den pågældende er henvist til, er en anden end den typiske.

Efter forslaget bliver fastsættelsen af kontingent et fællesanliggende for alle sygekasser, ligesom de afgørelser, der i det væsentlige bestemmer størrelsen af sygekassernes udgifter, takster og overenskomster m. v., allerede er fællesanliggender. Sygekasserne vil formentlig også i fællesskab kunne fastlægge eventuelle nærmere regler for, under hvilke former de enkelte sygekasser i fornødent omfang vil kunne trække på det fælles kontingentprovenu til bestridelse af alle hjemlede udgifter.

Det foreslås endvidere, at selve kontingentopkrævningen overtages af kommunerne. Dette betyder en praktisk lettelse for den overvejende del af sygekassernes medlemmer, idet de herefter vil kunne betale sygekassekontingentet i rater sammen med indkomstskattens rater og uden at skulle henvende sig ved forskellige indbetalingssteder. Det vil desuden være muligt i det væsentlige at afskaffe de særlige retsvirkninger af kontingentrestance (f. eks. overførsel til ydende medlemskab, jfr. ovenfor)