

Forslag

til

Lov om den offentlige sygeforsikring.

Fremsat den 27. november 1959 af *socialministeren*.

Afsnit I.

Sygeforsikring.

§ 1. Enhver, der opfylder de i denne lovs § 5 fastsatte betingelser, er berettiget til optagelse som nydende medlem af en anerkendt sygekasse.

Stk. 2. Den, der ikke benytter sig af denne ret, er forpligtet til efter de i § 6 angivne regler at være bidragydende medlem af en anerkendt sygekasse.

Kap. I. Sygekasser.

§ 2. Ved en sygekasse forstås en forening, hvis medlemmer har sluttet sig sammen for ved bestemte bidrag at sikre hverandre gensidig hjælp i sygdomstilfælde. Socialministeren meddeler efter indstilling af direktøren for sygekassevæsenet en sygekasse anerkendelse, når kassen findes at fyldestgøre de i denne lov indeholdte forskrifter.

Stk. 2. De i stk. 1, 2. pkt., omhandlede foreninger har pligt til at benævne sig sygekasse og til at bruge dette ord i betegnelsen af deres virksomhed.

Stk. 3. Der kan kun anerkendes én sygekasse inden for hver kommunes område, idet dog bortses fra de ved lovens ikrafttræden bestående landsomfattende sygekasser. Socialministeren er bemyndiget til at fastsætte særregler for disse landskasser og for København og Frederiksberg.

§ 3. Stemmeret på sygekassens generalforsamling har kassens nydende medlemmer, for så vidt de har opnået den i kassens vedtægt fastsatte alder og ikke har mistet deres rettigheder som nydende medlemmer på grund af restance med medlemsbidraget.

Generalforsamlingen vælger efter nærmere i sygekassens vedtægt fastsatte regler kassens formand og de øvrige medlemmer af bestyrelsen, bortset fra de i stk. 2 omhandlede bestyrelsesmedlemmer. Formandskifte skal inden 1 måned, efter at nyvalg har fundet sted, indberettes til direktøren for sygekassevæsenet.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen i den kommune, i hvilken sygekassen virker, vælger en fjerdedel — dog mindst 2 medlemmer — af sygekassens bestyrelse. De nærmere regler herom fastsættes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren. Der fastsættes herunder regler for tilfælde, hvor en sygekasses område omfatter flere kommuner.

Stk. 3. I sygekassens vedtægt skal der optages bestemmelser, som sikrer hver af de i § 9, stk. 1, omhandlede grupper af nydende medlemmer ret til at vælge en passende repræsentation i sygekassens bestyrelse, dog at der i alle tilfælde skal sikres hver gruppe ret til mindst 1 medlem.

Stk. 4. I sygekasser, hvis samlede medlemstal udgør 5 000 eller derover, træder i stedet for generalforsamlingen et repræsentantskab valgt af de i stk. 1 nævnte medlemmer for 4 år ad gangen. Dette repræsentantskab vælges i stedlige eller på anden måde afgrænsede kredse, der nærmere fastsættes i kassens vedtægt. Sygekasser, hvis samlede medlemstal er under 5 000, kan med samtykke af direktøren for sygekassevæsenet erstatte generalforsamlingen med et i overensstemmelse med foranstående valgt repræsentantskab. Når forholdene taler derfor, kan direktøren efter forhandling med forretningsudvalget for De samvirkende centralforeninger af sygekasser i

Danmark pålægge en sygekasse at erstatte generalforsamlingen med et repræsentantskab. De nærmere regler for valg af repræsentantskab, herunder om repræsentation for begge de i § 9, stk. 1, nævnte grupper af nydende medlemmer, fastsættes af socialministeren efter indstilling af direktøren for sygekassevæsenet og efter forudgående forhandling mellem denne og ovenfor nævnte forretningsudvalg. Det skal i disse regler bestemmes, at repræsentantskabet skal bestå af 25-100 personer efter kassens medlemstal foruden de til enhver tid siddende bestyrelsesmedlemmer, der er selvskrevne medlemmer af repræsentantskabet. Den i stk. 1, 2. pkt., nævnte bestemmelse finder tilsvarende anvendelse i kasser med repræsentantskab.

Stk. 5. Personer, der er ansat i sygekassens tjeneste eller som hører til fag, hvis udøvere har overenskomst med sygekassen, samt andre personer, der står i økonomisk forbindelse med kassen, er ikke valgbare til bestyrelsen eller repræsentantskabet, selv om de er medlemmer af sygekassen.

§ 4. For enhver anerkendt sygekasse skal findes en vedtægt, affattet på grundlag af en af direktøren for sygekassevæsenet efter indhentet udtalelse fra forretningsudvalget for De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark udarbejdet mønstervedtægt. Den af sygekassens generalforsamling (repræsentantskab) affattede vedtægt samt ændringer heri skal for at være gyldige godkendes af direktøren. Ethvert medlem skal vederlagsfrit forsynes med et eksemplar af vedtægten samt et medlemsbevis.

Kap. II. Nydende og bidragydende medlemsskab.

§ 5. Som nydende medlem af en sygekasse kan optages enhver person, der er bosat her i landet eller forhyret med dansk skib. Optagelsen skal ske i den kasse, i hvis område pågældende har bopæl. En forhyret, der ikke har fast bopæl, skal optages i den kasse, inden for hvis område skibet har hjemsted. Et medlems børn under 16 år, herunder plejebørn, der er anbragt hos ham i familiepleje, omfattes af medlemmets forsikring.

Stk. 2. Den, der begærer sig indmeldt

som nydende medlem af en sygekasse senest 3 måneder efter det fyldte 16. år, har ret til hjælp fra sygekassen fra begæringens dato. Personer, der bosætter sig her i landet efter det fyldte 16. år, har ret til hjælp fra sygekassen efter forløbet af 6 uger fra begæringens dato, når de søger optagelse direkte som nydende medlemmer inden 1 år efter bosættelsen. Denne ventetid gælder dog ikke for personer, der vender tilbage for at bosætte sig her i landet efter at have opholdt sig i udlandet som udsendt repræsentant for en dansk offentlig myndighed, som ansat i et dansk firmas filial eller underselskab eller i øvrigt som beskæftiget i dansk interesse. Uanset bestemmelsen i § 70, stk. 1, gælder ventetiden ej heller ved tilflytning fra Færøerne eller Grønland.

Stk. 3. Den, der overgår fra det i § 6 omhandlede bidragydende medlemsskab til nydende medlemsskab, har ikke ret til hjælp fra sygekassen, førend der er forløbet et tidsrum af $\frac{1}{2}$ år, efter at overgang som nydende medlem har fundet sted. Retten til den i § 17 omhandlede fødselshjælp indtræder først 10 måneder, efter at overgang har fundet sted.

§ 6. Enhver person over 16 år, der er bosat her i landet, og som ikke er nydende medlem af en i henhold til denne lov anerkendt sygekasse eller af Statsbanepersonalens sygekasse, skal være bidragydende medlem af den sygekasse, inden for hvis område han bor. Socialministeren kan fastsætte særregler, hvorefter pligten til bidragydende medlemsskab bortfalder for udsendt personale ved herværende diplomatiske og konsulære repræsentationer.

Stk. 2. Optagelse skal søges inden 3 måneder, efter at pågældende er fyldt 16 år.

Stk. 3. Den, der bosætter sig her i landet efter det fyldte 16. år, skal søge optagelse som bidragydende medlem inden 1 år efter bosættelsen.

Stk. 4. Socialministeren kan fastsætte regler om udskydelse af det tidspunkt, da optagelse skal søges for personer, der ved det fyldte 16. år er indlagt i særforsorgsanstalter o. lign.

Stk. 5. Bidragydende medlemmer har ikke ret til hjælp af sygekassen eller krav på de i §§ 21-24 og 38 omhandlede fordele eller dagpenge efter nærværende lovs afsnit

II, ligesom de ikke kommer i betragtning, når der i medfør af denne lov tages hensyn til medlemstal.

§ 7. Socialministeren træffer de fornødne foranstaltninger til, at den i § 6 omhandlede forpligtelse bliver almindelig kendt, i hvilken henseende bistand kan kræves af Danmarks Radio samt af skoler, læremestre og andre institutioner og personer, der i særlig grad kommer i berøring med ungdommen.

Stk. 2. Efter samråd med socialministeren fastsætter indenrigsministeren sådanne regler vedrørende førelse af folkeregistre og anmeldelser til disse samt for samarbejde mellem registrene og sygekasserne, som skønnes at ville fremme indmeldelsen i kasserne og medvirke til forsikringens opretholdelse gennem disse. I forbindelse hermed pålægges det folkeregistre og sygekasser at foranledige, at personer, der ikke ses at have opfyldt deres forpligtelse til at stå som medlem af en sygekasse, registreres som bidragydende medlemmer af vedkommende sygekasse fra det tidspunkt, da optagelse skulle søges.

§ 8. Forinden en person kan optages som eller overgå til at være nydende medlem af en anerkendt sygekasse må pågældende afgive erklæring på tro og love om størrelsen af sin årlige indtægt samt om, hvorvidt han er medlem af anden sygeforsikring, eller der på anden måde er sikret ham hjælp i sygdomstilfælde. Den nævnte erklæring skal afgives på en af socialministeren godkendt blanket. Bestyrelsens afgørelse om optagelse skal foreligge inden 1 måned efter erklæringens modtagelse.

Stk. 2. Ingen må samtidig være nydende medlem af mere end én anerkendt sygekasse. Hvis et medlem af en sådan sygekasse erhverver medlemsret i en anden sygeforsikring, skal han straks anmelde dette for sygekassens bestyrelse.

§ 9. De nydende medlemmer af en anerkendt sygekasse henføres til følgende medlemsgrupper:

Gruppe A: Nydende medlemmer, hvis indtægt ikke er over den i stk. 2 omhandlede grænse.

Gruppe B: Nydende medlemmer, hvis indtægt er over den i stk. 2 omhandlede grænse.

Stk. 2. Hvert 3. år — første gang med gyldighed fra 1. april 1961 til 31. december 1963 — udsender socialministeren en bekendtgørelse til sygekasserne og kommunalbestyrelserne, indeholdende vejledning med hensyn til de indtægtsforhold samt øvrige omstændigheder (sygdom, alderdom, gæld, store forsørgerbyrder og andre forhold, der i væsentlig grad forringer en persons økonomiske stilling), der er bestemmende for, om et medlem kan optages i eller forblive i medlemsgruppe A. Der fastsættes indtægtsgrænser særskilt for hver af de i forsøgslovens § 194 nævnte grupper af kommuner. Bekendtgørelsens indtægtsgrænser for familieforsørgere fastsættes svarende til faglærte arbejderes årsindtægt ved fuld beskæftigelse og reguleres én gang årligt på grundlag af Det statistiske departements senest meddelte oplysninger om faglærte arbejderes gennemsnitlige timefortjeneste. Grænserne for enlig stillede fastsættes til et afrundet beløb, der svarer til 75 pct. af grænserne for familieforsørgere. For forsørgere af et barn eller flere børn under 16 år forhøjes grænserne med 1 600 kr. for hvert barn. Dette beløb reguleres efter samme regler som indtægtsgrænserne.

Stk. 3. Bekendtgørelsen udarbejdes af socialministeren efter en af direktøren for sygekassevæsenet i samråd med forretningsudvalget for De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark afgiven indstilling og efter forhandling med et udvalg på 16 medlemmer, der vælges af folketinget efter reglerne for forholdstalsvalg.

§ 10. Hvert år, efter at socialministeren har fastsat de i § 9, stk. 2, nævnte indtægtsgrænser, foretager enhver sygekasses bestyrelse en sammenligning mellem kassens fortegnelse over medlemmer i gruppe A og en fra ligningsmyndigheden modtaget liste over de skatteydere, hvis skattepligtige indkomst ligger over de i § 9, stk. 2, fastsatte grænser. Ligningsmyndigheden er forpligtet til at stille den nævnte liste til bestyrelsens rådighed. På grundlag af dette materiale, der ikke må offentliggøres, afgør bestyrelsen, om medlemmerne i gruppe A vil kunne forblive i denne gruppe. Et med-

lem, der efter sin økonomiske stilling ikke længere kan forblive som nydende medlem i gruppe A, overføres til gruppe B, medmindre han begærer sig overført til bidragydende medlemsskab.

Stk. 2. I tilfælde, hvor bestyrelsen beslutter, at en person på grund af særlige omstændigheder, jfr. § 9, stk. 2, kan opnå medlemsret i gruppe A, uagtet hans skattepligtige indtægt ligger over indtægtsgrænsen, forelægges bestyrelsens beslutning for direktøren for sygekassevæsenet, der træffer bestemmelse om, hvorvidt beslutningen kan tiltrædes.

Stk. 3. Henvendelse til kassens bestyrelse vedrørende spørgsmålet om, i hvilken af kassens grupper en person kan være nydende medlem, kan i øvrigt til enhver tid ske fra den, hvis medlemsret det angår, samt fra de af kassen benyttede læger og vedkommende kommunalbestyrelse. Den af bestyrelsen truffne afgørelse kan indankes for direktøren for sygekassevæsenet.

Kap. III. Sygekassernes ydelser.

§ 11. Til nydende medlemmer, hvis indtægt ikke er over den i § 9, stk. 2, omhandlede grænse (medlemmer i gruppe A), skal sygekassen i sygdomstilfælde yde fri lægehjælp ved alment praktiserende læge, for så vidt pågældende opholder sig inden for sygekassens stedlige område, jfr. dog § 18, stk. 2.

Stk. 2. Til de i stk. 1 omhandlede medlemmer skal sygekassen yde lægehjælp ved anerkendt speciallæge efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

Stk. 3. Det kan i sygekassens vedtægt bestemmes, at medlemmerne, når fri lægehjælp er tilsikret dem, skal vælge læge for ét år ad gangen, og at sygekassen kun betaler lægehjælp af pågældende art, når den er ydet af denne læge eller af hans stedfortræder. Det kan endvidere bestemmes, at der ved medlemmernes benyttelse af fri lægehjælp afkræves dem en kontrolafgift.

Stk. 4. Til nydende medlemmer, hvis indtægt er over den i § 9, stk. 2, omhandlede grænse (medlemmer i gruppe B), skal sygekassen yde refusion af de af medlemmerne afholdte udgifter til lægehjælp efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

§ 12. Til alle nydende medlemmer skal sygekassen i sygdomstilfælde yde fri behandling på de offentlige sygehuse, hvorpå sygekassen har ret til behandling mod nedsat betaling, jfr. § 38.

Stk. 2. Sygekassens betalingspligt omfatter tillige specialsygehuse og andre særlige behandlingsinstitutioner, til hvilke der er givet offentlig anerkendelse o. lign. Bortset fra tilfælde, hvor der af en offentlig myndighed eller ifølge aftale mellem sygekassen og vedkommende sygehus er fastsat en særlig takst, skal sygekassen dog i disse tilfælde højst betale det beløb, der for vedkommende medlem svarer til den højeste takst på de almindelige sygehuse, hvorpå indlæggelse for sygekassens regning normalt finder sted, dog mindst den for Rigshospitalet gældende takst for medlemmet.

Stk. 3. Socialministeren kan fastsætte tidsmæssige begrænsninger i sygekassens forpligtelse til at betale for ophold på særforsoresanstalter og helbredelsesanstalter for tuberkuloselidende.

Stk. 4. Det kan i sygekassens vedtægt bestemmes, at kassen på nærmere vilkår helt eller delvis betaler for behandling på andre sygehuse end de i stk. 1 og 2 omhandlede, på private klinikker, kuranstalter samt for ophold på de af socialministeren godkendte rekonvalescenthjem.

§ 13. Til alle nydende medlemmer skal sygekassen yde $\frac{3}{4}$ af betalingen for lægemidler, der ordineres af lægen, og som er omfattet af stk. 3, pkt. 1) og 2).

Stk. 2. Herudover kan sygekassen i sin vedtægt i overensstemmelse med stk. 3, pkt. 3), optage bestemmelse om betaling af $\frac{3}{4}$ af udgiften til visse lægemidler, som lægen ordinerer.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter og offentliggør:

1) hvilke lægemidler, der skal omfattes af stk. 1, således at statskassen yder tilskud, jfr. § 37, stk. 2, sidste punktum,

2) hvilke lægemidler, der i øvrigt skal omfattes af stk. 1, og

3) hvilke lægemidler, der skal omfattes af stk. 2. Socialministeren fastsætter de nærmere regler, herunder hvorvidt de i stk. 1 og 2 omhandlede tilskud fra sygekassen skal være betinget af, at lægemidlerne ordineres til bestemte sygdomme.

Stk. 4. Socialministeren forelægger alle spørgsmål vedrørende de i nærværende paragraf omhandlede tilskud til lægemidler for sundhedsstyrelsen, der afgiver indstilling efter forhandling med det i henhold til § 10, stk. 5, i lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse anerkendte medicinudvalg.

§ 14. I kommuner, inden for hvilke der findes en skoletandplejeordning, skal sygekassen til alle nydende medlemmer yde samme hjælp til bevarende tandbehandling, dog mindst halvdelen af de hertil afholdte udgifter, jfr. dog § 18, stk. 5.

Stk. 2. I andre kommuner kan sygekassen yde tilskud til tandbehandling efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter retningslinier for ydelsen af den i stk. 1 og 2 omhandlede hjælp og kan herunder tillade sygekasserne at yde et forhøjet tilskud til medlemmer, der underkaster sig regelmæssigt tandeftersyn.

§ 15. Til alle nydende medlemmer skal sygekassen yde fri hjemmesygepleje gennem kassens deltagelse i den kommunale hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, jfr. lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje, såfremt der ikke ved kommunens foranstaltning eller på anden måde er sikret kassens nydende medlemmer vederlagsfri hjemmesygepleje.

§ 16. Det kan i sygekassens vedtægt bestemmes, at kassen til nydende medlemmer yder tilskud til betaling af briller, mindre bandager og andre hjælpemidler samt til fysiurgisk behandling og lign.

§ 17. I barseltilfælde skal sygekassen yde nydende medlemmer i gruppe A:

1) fri fødselshjælp ved jordemoder og den i umiddelbar forbindelse med fødselshjælpen stående hjælp til moder og barn, jfr. lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning, samt de ved fødslen nødvendige forbindsstoffer, vat og lign. af den art og i den udstrækning, som sundhedsstyrelsen forordner,

2) fri lægehjælp, herunder narkose, samt

3) frit ophold på de offentlige sygehuse, hvorpå sygekassen har ret til behandling

mod nedsat betaling, jfr. § 38, eller de herunder hørende fødselsanstalter og klinikker.

Stk. 2. Til medlemmer i gruppe B ydes refusion for de i stk. 1 omhandlede udgifter i henhold til nærmere i sygekassens vedtægt fastsatte regler.

§ 18. Overenskomster mellem anerkendte sygekasser eller sammenslutninger af sådanne kasser og læger, tandlæger, jordemødre eller andre om vilkårene for ydelsen af den hjælp, sygekassen efter §§ 11, 14, 16 og 17 stiller til rådighed for dens nydende medlemmer, samt ændringer i sådanne overenskomster skal for at være gyldige være godkendt af socialministeren, som navnlig vil have at påse, at de ved overenskomsten fastsatte takster står i et passende forhold til ydelserne.

Stk. 2. Såfremt godkendelse af overenskomst mellem sygekasser og læger om ydelse af den i § 11, stk. 1, omhandlede lægehjælp til nydende medlemmer i gruppe A ikke meddeles, er vedkommende sygekasse ikke berettiget til at yde fri lægehjælp efter nævnte bestemmelse, men skal efter socialministerens nærmere bestemmelse imod forevisning af specificerede og kvitterede regninger fra lægen refundere medlemmerne en nærmere fastsat andel, dog ikke over $\frac{3}{4}$ af medlemmernes udgifter. Det samme gælder, såfremt overenskomst om ydelse af den omhandlede lægehjælp ikke foreligger, dog at socialministeren — efter indhentet erklæring fra det i § 43 omhandlede voldgiftsråd — kan pålægge vedkommende sygekasse at yde fri lægehjælp.

Stk. 3. Den i stk. 2 angivne regel finder tilsvarende anvendelse i tilfælde, hvor der ikke foreligger overenskomst eller godkendelse af overenskomst mellem sygekasser og tandlæger eller jordemødre, for så vidt angår de i §§ 14 og 17 omhandlede arter af hjælp, som sygekassen er pligtig at yde dens nydende medlemmer.

Stk. 4. Bortfalder en overenskomst mellem sygekasser og en gruppe af speciallæger, kan der — efter regler fastsat af direktøren for sygekassevæsenet — ske en forhøjelse af det beløb, som ifølge en sygekasses vedtægt årligt kan ydes til speciallæger, med hvilke kassen ikke har overenskomst.

Stk. 5. Overenskomster mellem sygekasser

og læger, tandlæger, jordemødre og andre kan afsluttes således, at de kun omfatter nydende medlemmer i gruppe A. I så fald skal der — for så vidt der i henhold til loven tilsikres samtlige nydende medlemmer lige ret til de pågældende ydelser — fastsættes regler, hvorefter sygekassen skal yde nydende medlemmer i gruppe B refusion af udgiften til disse ydelser. Socialministeren fastsætter nærmere retningslinier for reglerne herom. Når overenskomsten hjemler betaling pr. ydelse fra sygekassen, skal refusionen til medlemmer i gruppe B mindst udgøre samme beløb pr. ydelse.

§ 19. Når den gennemsnitlige udgift pr. nydende medlem i gruppe A til fri lægehjælp i et regnskabsår har overskredet den gennemsnitlige tilsvarende udgift pr. medlem i den tilsvarende gruppe sygekasser (henholdsvis københavnske, provinsby- eller landsygekasser) med 25 pct. eller derover, henleder direktøren for sygekassevæsenet kassens opmærksomhed på dette forhold, for så vidt omstændighederne taler derfor.

Stk. 2. Hvis sygekassens gennemsnitlige udgift til den i stk. 1 omhandlede hjælp herefter ikke i det følgende år nedbringes så meget, at udgiften højst udgør 20 pct. mere end gennemsnitsudgiften pr. medlem i den tilsvarende gruppe sygekasser, kan direktøren, når forholdene i øvrigt taler derfor, kræve, at kassen skal ophøre med at yde den omhandlede hjælp uden vederlag fra medlemmerne og indtil videre overgå til at yde medlemmerne delvis betaling for den modtagne lægehjælp. I så fald skal sygekassen mod forevisning af specificerede og kvitterede regninger fra lægen refundere medlemmerne en af direktøren fastsat brøkdel, der ikke må være mindre end $\frac{3}{4}$ af det beløb, som sygekassen efter den gældende overenskomst skal betale lægen for den pågældende lægehjælp beregnet efter betaling pr. ydelse. Direktørens afgørelse skal foreligge inden 1. oktober og skal have virkning fra førstkommende 1. januar. Efter 1 års forløb er sygekassen berettiget til, såfremt den mener, at forholdene nu har ændret sig, over for direktøren at rejse spørgsmål om påny at yde hjælpen uden vederlag fra medlemmerne.

Stk. 3. De i stk. 1 og 2 fastsatte regler finder med de fornødne ændringer tilsva-

rende anvendelse med hensyn til kassernes ydelse af medicin.

Stk. 4. Der kan i sygekassens vedtægt fastsættes regler om, at kassens bestyrelse i særlige tilfælde, hvor omfattende ydelse af lægehjælp har fundet sted til et nydende medlem i gruppe B, kan bestemme, at vedkommende medlem ved hvert regnskabsårs begyndelse skal vælge, hvilken læge han i dette år vil benytte, og at sygekassen kun yder erstatning for udgifter til lægehjælp, som er ydet af denne læge eller hans stedfortræder eller efter henvisning fra en af disse.

§ 20. Ved dødsfald skal sygekassen yde begravelseshjælp til nydende medlemmer, herunder medlemmer, der i medfør af § 33, stk. 4 eller 5, er fritaget for kontingentbetaling. Begravelseshjælpen udgør 550 kr., pristalsreguleret således, at beløbet forhøjes eller nedsættes med 1 pct., såfremt det af Det statistiske departement for januar og juli måned offentliggjorte pristal (basis 1914) stiger eller falder 1 pct. i forhold til det for januar 1959 offentliggjorte pristal. Det herefter fremkomne beløb afrundes til nærmeste med 50 delelige beløb i kroner.

Stk. 2. For samtlige nydende medlemmers børn under 16 år, som ikke er selvstændige, nydende medlemmer, ydes der ved deres død en hjælp, der fastsættes i sygekassens vedtægt og mindst skal udgøre 50 kr. Hjælpen kan afpasses efter alderen ved dødsfaldet. Er forældrene vel nydende medlemmer, men ikke af samme kasse, er børnene kun forsikrede for halv hjælp i hver kasse.

Kap. IV. Fribefordring.

§ 21. Til nydende medlemmer i gruppe A, samt disse medlemmers børn, jfr. § 5, stk. 1, sidste pkt., og til læger og jordemødre, som yder dem hjælp, ydes i sygdoms- og barseltilfælde på begæring efter reglerne i dette kapitel befordring, henholdsvis befordringsgodtgørelse, af den kommune, i hvilken medlemmet (barnet) opholder sig.

Stk. 2. Befordringen skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel, hvorom det sociale udvalg om fornødent kan rådføre sig med lægen.

Stk. 3. Fri befording af sygekassemedlemmer ydes kun, når den enkelte befordringsudgift overstiger 3 kr. Såfremt det sociale udvalg i særlige tilfælde skønner, at vedkommende vanskeligt vil kunne udrede befordringsudgiften, kan der dog ydes fri befording, uanset at den enkelte befordringsudgift andrager et mindre beløb. Det nævnte beløb på 3 kr. kan reguleres af socialministeren, når det findes fornødent under hensyn til stigning eller fald i det tal for udgiften til transport, som ligger til grund for detailpristallets beregning.

Stk. 4. Socialministeren kan fastsætte nærmere regler om den fremgangsmåde, der skal følges med hensyn til rekvisition af befording, herunder regler til forhindring af misbrug af befordringsretten.

Stk. 5. Når befording begæres afgivet af en anden kommune end den, i hvilken medlemmet (barnet) bor, kan hjemtransport fra læge, sygehus m. v. kun forlanges til det midlertidige opholdssted.

Stk. 6. Godtgørelse for befording af læger og jordemødre, der har konsultationssted inden for en grænse, der fastsættes henholdsvis for hovedstadsområdet, for købstæder, handelspladser, flækker og bymæssige bebyggelser med mindst 2 000 indbyggere, ydes kun for så vidt angår befording til og fra medlemmer, der opholder sig uden for denne grænse. Grænsen fastsættes for 5 år ad gangen af vedkommende amtmand (amtmand) efter forhandling med de interesserede kommunalbestyrelser og sygekasser samt med Den almindelige danske lægeforening og Den almindelige danske Jordemoderforening. Fastsættelsen af grænsen sker såvel for hovedstadsområdet som for hver købstad m. v. under hensyntagen til de lokale forhold og således, at det tilstræbes, at bestemmelsen i 1. punktum kommer til anvendelse i et område, der strækker sig indtil 1 km uden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse uden hensyn til kommunegrænser. For så vidt angår købstæder eller bymæssige bebyggelser med under 4 000 indbyggere, skal grænsen dog under hensyntagen til de lokale forhold drages således, at bestemmelsen i 1. punktum alene kommer til anvendelse inden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse.

Stk. 7. Der ydes ikke godtgørelse til læger eller jordemødre for befording til og fra patienter, der opholder sig inden for 1 km's vejlængde fra lægens (jordemoderens) bopæl.

Stk. 8. Der kan i sygekassens vedtægt fastsættes bestemmelser om ydelse af ambulancekørsel til og fra sygehus for nydende medlemmer i gruppe B, således at det i § 33 omhandlede medlemsbidrag for disse medlemmer forøges tilsvarende.

§ 22. I sygdomstilfælde ydes nødvendig befording til og fra en af vedkommende sygekasse i opholdskommunen benyttet alment praktiserende læge. Der ydes tillige godtgørelse til lægen for nødvendig befording til og fra medlemmet.

Stk. 2. Befording til og af lægen ydes ikke ud over den afstand, der i pågældende overenskomst vedrørende lægehjælp er fastsat som begrænsning for medlemmernes ret til at tilkalde læge for sygekassens regning. I tilfælde, hvor lægehjælp ikke kan udsættes, ydes der dog befording til og af den nærmest boende læge, som ikke er forhindret i at yde lægehjælp.

Stk. 3. Den i stk. 1 omhandlede befording i sygdomstilfælde ydes endvidere til og fra speciallæge, og der ydes godtgørelse til speciallægen for hans nødvendige befording til og fra medlemmet. Befording kan kun ydes, når patienten er henvist til speciallægen af en af sygekassen benyttet alment praktiserende læge, og kun, såfremt sygekassen helt eller delvis udreder betaling for speciallægehjælpen.

Stk. 4. Befording til og af speciallæger ydes til og af den nærmest boende speciallæge, men dog højst for en afstand af 40 km frem og lige så langt tilbage.

§ 23. I barseltilfælde ydes nødvendig befording til og fra en af sygekassen benyttet jordemoder. Der ydes tillige godtgørelse til jordemoderen for hendes nødvendige befording til og fra medlemmet.

Stk. 2. Befordringen ydes inden for en afstand af 10 km frem og lige så langt tilbage, dog den fulde afstand til og fra den nærmest boende jordemoder, der ikke er forhindret i at yde bistand, eller til og fra

F. t. l. om den offentlige sygeforsikring.

den distriktsjordemoder, i hvis distrikt medlemmet opholder sig.

Stk. 3. Sygekassemedlemmets opholdskommune er uden hensyn til de i stk. 2 nævnte afstandsbegrænsninger forpligtet til at yde godtgørelse for jordemoderens befordring, når hun tilkaldes til fødsel på sygehus, til hvilket den fødende har ret til fri befordring, jfr. § 24. Kommunen er endvidere forpligtet til at yde godtgørelse for nødvendige udgifter ved jordemoderens ledsagelse af den fødende til sygehuset og tilbagereisen herfra.

§ 24. I sygdomstilfælde ydes nødvendig befordring til indlæggelse eller ambulante behandling eller undersøgelse på og hjemtransport fra et kommunalt sygehus, på hvilket vedkommende sygekasse i opholdskommunen har ret til indlæggelse eller ambulante behandling mod nedsat betaling. I barseltilfælde ydes nødvendig befordring ved indlæggelse på de sygehuse, der omfattes af reglen i § 17.

Stk. 2. Den i stk. 1 omhandlede hjælp ydes endvidere til nødvendig befordring til indlæggelse på og hjemtransport fra helbredelsesanstalter, specialafdelinger m. v., som ikke henhører under det almindelige kommunale sygehusvæsen, såfremt anstalten (afdelingen m. v.) af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren er henført under nærværende bestemmelse, for så vidt angår den lidelse, patienten behandles for. Befordring ydes kun i tilfælde, hvor sygekassen helt eller delvis udreder betaling i anledning af indlæggelsen.

Stk. 3. Den i stk. 1 omhandlede hjælp ydes endvidere til nødvendig befordring til og fra ambulante behandling eller undersøgelse på en under stk. 2 henført anstalt m. v., som ligger i det amt, i hvilket medlemmet opholder sig, eller hvortil afstanden ikke overstiger 40 km. Befordring ydes dog ud over disse afstande, for så vidt behandlingen eller undersøgelsen normalt ikke foretages på vedkommende i stk. 1 nævnte sygehus, hvorom opholdskommunen er berettiget til at kræve forelagt den fornødne dokumentation.

Stk. 4. Befordringsudgifter, der afholdes af vedkommende sygehus eller anstalt m. v., herunder udgifter til transport mellem sygehuse og anstalter, kan ikke afholdes i medfør af nærværende paragraf.

Kap. V. Dagpenge.

§ 25. Nydende medlemmer, der ikke er omfattet af de i nærværende lovs afsnit II indeholdte regler om dagpenge til lønarbejdere eller af reglerne i § 49, stk. 3, nr. 1-3, kan under de nedenfor angivne betingelser sikre sig ret til dagpenge fra sygekassen i tilfælde af sygdom eller fødsel.

Stk. 2. Retten til at sikre sig dagpenge eller til at få en sikret dagpengehjælp forhøjet ophører ved det fyldte 45. år. Sygekassens vedtægter skal indeholde bestemmelser om, at nævnte aldersgrænse kan fraviges i særlige tilfælde.

Stk. 3. Ingen kan sikre sig dagpenge eller få et sikret dagpengebeløb forhøjet under arbejdsudygtighed, der skyldes sygdom, svækkelse eller tilskadekomst, eller under forløbet af en midlertidig sygdom, selv om denne ikke medfører arbejdsudygtighed. Socialministeren fastsætter de nærmere regler herom.

Stk. 4. Medlemmer, der er omfattet af de i nærværende lovs afsnit II indeholdte regler om dagpenge til lønarbejdere kan i umiddelbar tilslutning til ophør af deres beskæftigelse som lønarbejdere sikre sig ret til dagpenge fra sygekassen i tilfælde af sygdom eller fødsel uden hensyn til alder og helbredstilstand, såfremt deres beskæftigelse har haft mere end midlertidig karakter, jfr. § 10, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 135 af 19. maj 1958 af lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v. Foranstående finder tilsvarende anvendelse på personer, der er omfattet af reglerne i § 49, stk. 3, nr. 1-3.

Stk. 5. Ved indgivelse af begæring om sikring af dagpengehjælp eller om forhøjelse af en sikret dagpengehjælp må pågældende medlem efter reglerne i § 8, stk. 1, afgive erklæring på tro og love om sine indtægtsforhold og om eventuel anden adgang til hjælp i sygdomstilfælde m. v. Bestyrelsens afgørelse om adgangen til og størrelsen af dagpengehjælp skal foreligge inden 1 måned efter begæringens modtagelse. Medlemmet har pligt til at underrette sygekassen om mere varig nedgang i indtægten.

§ 26. Retten til at få dagpenge udbetalt indtræder 3 måneder efter indgivelsen af begæring om optagelse i dagpengeforsik-

ringen. Samme frist gælder ved forhøjelse af tidligere sikret dagpengehjælp.

Stk. 2. De i § 25, stk. 4, omhandlede medlemmer har ret til dagpenge straks efter indgivelsen af den der omhandlede begæring.

§ 27. Dagpengehjælpen udgør mindst 5 kr. og højst 21 kr. Ingen kan dog sikre sig ret til større hjælp end et beløb svarende til $\frac{4}{5}$ af hans sædvanlige arbejdsindtægt. For husmødre uden selvstændigt erhverv kan dagpengehjælpen ikke overstige 8 kr.

Stk. 2. Det i stk. 1 angivne maksimumsbeløb reguleres på samme måde som det i § 51 omhandlede dagpengebeløb for forsørgere, jfr. § 58, stk. 2.

§ 28. I tilfælde af sygdom eller tilskadekomst udbetales dagpenge ved fuld arbejdsudygtighed, jfr. dog § 29, stk. 4.

Stk. 2. Dagpenge udbetales for 6 dage om ugen fra og med den 13. således beregnede dag i hver sygeperiode, jfr. dog § 31, stk. 1, og udbetales i indtil 156 dage i løbet af 12 på hinanden følgende måneder. Hjælpen kan ikke udbetales udover i alt 468 dage i løbet af 3 på hinanden følgende regnskabsår. For et medlem, der måtte have oppebåret dagpenge i henhold til nærværende lovs afsnit II om dagpenge til lønarbejdere, indgår denne dagpengehjælp i beregningen. Den i § 30 omhandlede dagpengehjælp i anledning af fødsel medregnes ikke. I særlige tilfælde, hvor der er rejst sag om et medlems revalidering, kan sygekassen efter forhandling med revalideringsmyndighederne, jfr. lov om revalidering, forlænge dagpengeperioden dog længst indtil revalideringen er iværksat.

Stk. 3. Når der er forløbet 240 dage, efter at dagpengehjælpen er endeligt opbrugt i henhold til stk. 2, 2. punktum, kan pågældende på de i § 25 angivne vilkår gen-erhverve adgangen til dagpengesikring. Der bortses herved fra den i § 26 nævnte ventetid på 3 måneder, såfremt begæring om dagpengesikring fremsættes straks efter forløbet af den nævnte periode på 240 dage.

§ 29. Under ophold på sygehus, rekonescenthjem m. v. for sygekassens regning nedsættes dagpengehjælpen med 5 kr. pr. dag, for så vidt pågældende ikke kan anses for forsørger efter reglerne i lovgivningen om indkomstskat til staten.

Stk. 2. Når et medlem oppebærer dagpenge efter reglerne i nærværende lovs afsnit II om dagpenge til lønarbejdere, kan dagpenge ikke udbetales efter reglerne i nærværende afsnit.

Stk. 3. Dagpengehjælpen kan i forbindelse med anden pengehjælp, som medlemmet måtte oppebære under sygdom, ikke overstige $\frac{4}{5}$ af hans sædvanlige arbejdsindtægt.

Stk. 4. Hidrører et medlems sygdom fra et ulykkestilfælde, i anledning af hvilket han har krav på understøttelse i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, tilkommer der ham ikke dagpenge fra sygekassen. Har sygekassen udbetalt dagpenge for et tidsrum, for hvilket der senere tilstås pågældende dagpenge i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, skal sygekassen hos vedkommende ulykkesforsikringsselskab kræve sine udlæg godtgjort i det dagpengebeløb, der for samme tidsrum tilkommer ham fra ulykkesforsikringen.

§ 30. I barseltilfælde ydes i 2 uger dagpenge af den størrelse, som pågældende har sikret sig i tilfælde af sygdom, jfr. § 27. Retten til denne hjælp, henholdsvis forhøjelse af hjælpen, indtræder 10 måneder efter indgivelsen af begæring om optagelse i dagpengeforsikringen eller om forhøjelse.

Stk. 2. Under ophold på sygehus, fødehjem og lign. gælder § 29, stk. 1, tilsvarende.

§ 31. Hvis anmodning om dagpenge indgives til sygekassen senest på den 15. sygedag, jfr. § 28, stk. 2, 1. pkt., udbetales dagpenge fra og med den 13. sygedag. Hvis anmodning indgives senere, udbetales dagpenge fra og med anmodningens dato.

Stk. 2. Ved ansøgningen skal benyttes en af socialministeren godkendt blanket, hvor på medlemmet på tro og love skal afgive erklæring om sygdommens art og om hans indtægts- og forsørgerforhold samt om, hvad der i øvrigt måtte være af betydning ved afgørelsen af spørgsmålet om hans ret til at få dagpenge udbetalt. Sygekassen kan afkræve den behandlede læge en erklæring udfærdiget på en af socialministeren godkendt formular.

Stk. 3. Sygekassen skal ved sin behandling af sagen have opmærksomheden henvendt på behovet for revalidering. Skønnes det, at pågældende bør undersøges med

revalidering for øje, skal der herom rettes henvendelse til vedkommende myndighed efter nærmere af socialministeren fastsatte regler.

§ 32. Udbetaling af dagpenge ophører fra og med den dag, da medlemmet er arbejdsdygtigt, uanset om han undlader at raskmelde sig.

Stk. 2. Dagpenge kan kun undtagelsesvis udbetales under ophold i udlandet.

Stk. 3. Sygekassens bestyrelse kan beslutte, at dagpengehjælpen bortfalder, såfremt medlemmet nægter at lade sig underkaste den for hans helbredelse nødvendige sygebehandling eller den for generhvervelsen af arbejdsevnen hensigtsmæssige optræning.

Stk. 4. Er der tilkendt medlemmet invaliditetserstatning i medfør af ulykkesforsikringslovgivningen, kan sygekassen ikke udbetale dagpenge i anledning af arbejdsudygtighed, som er en umiddelbar følge af samme invaliditet. De nærmere regler herom fastsættes af socialministeren.

Stk. 5. Oppebåret dagpengehjælp kan af sygekassen kræves tilbagebetalt, når medlemmet ad anden vej får erstatning for sygdommens økonomiske følger.

Stk. 6. Tillægges der et medlem, der oppebærer dagpenge, invalidepension, indtægtsbestemt folkepension eller enkepension, skal såvel medlemmet som invalideforsikringsretten, henholdsvis vedkommende kommune, uopholdeligt give sygekassen underretning om tilkendelsen af pension. Sygekassen skal herefter drage omsorg for en ordning af spørgsmålet om pågældendes fremtidige dagpengesikring, jfr. § 27. Beløb, som sygekassen har ydet pensionisten i tiden mellem den dag, fra hvilken pensionen beregnes, og anvisningsdagen, skal så vidt muligt godtgøres kassen.

Stk. 7. Sygekassen kan i tilfælde, hvor medlemmet forsætligt eller ved grov uagtsomhed har påført sig sygdommen, nægte udbetaling af dagpenge.

Stk. 8. Såfremt medlemmet på svigagtigt grundlag har ladet sig udbetale dagpenge, fortæbes retten til dagpenge for resten af den løbende sygeperiode, og udbetalt dagpengehjælp skal kræves tilbagebetalt. I grove tilfælde af svig kan sygekassen ind-

stille til direktøren for sygekassevæsenet, at medlemmet udelukkes fra adgangen til at oppebære dagpenge i et af direktøren nærmere fastsat tidsrum, der dog ikke må overstige to år, regnet fra det tidspunkt, da beløbet er tilbagebetalt. I dette tidsrum betales ikke det i vedtægten fastsatte medlemsbidrag for dagpengesikring.

Kap. VI. Økonomi.

§ 33. I enhver sygekasse skal de nydende medlemmers bidrag være fastsat således, at de i forbindelse med kassens øvrige ordinære indtægter og de ved denne lov påbudte tilskud fra det offentlige efter de forhåndenværende erfaringer må antages at være tilstrækkelige til fyldestgørelse af kassens forpligtelser samt til dannelse af en reservefond, der normalt skal svare til 75 pct. af gennemsnittet af de af sygekassen i de sidste 3 regnskabsår afholdte udgifter i henhold til nærværende afsnit — bortset fra udgiften til begravelsesforsikringen — uden fradrag af det kassen for disse år ydede tilskud fra det offentlige.

Stk. 2. Ved fastsættelsen af medlemsbidraget påses, at det bidrag, der betales af nydende medlemmer i gruppe B, overstiger det bidrag, der pålægges nydende medlemmer i gruppe A, med et beløb svarende til den gennemsnitlige forskel pr. medlem mellem de kassen tilkommende tilskud fra det offentlige.

Stk. 3. Beregningen af medlemsbidraget foretages særskilt for sygekassens udgifter til sygebehandling m. v., jfr. §§ 11-17, samt begravelsesforsikring, jfr. § 20, og for dens udgifter til dagpenge i henhold til §§ 25-32. Den for dagpengehjælpen beregnede del af medlemsbidraget fastsættes under hensyntagen til størrelsen af den af vedkommende medlem sikrede dagpengehjælp. Direktøren for sygekassevæsenet bemyndiges til at fastsætte vejledende regler om kontingentet for dagpengeforsikringen.

Stk. 4. Det kan i sygekassens vedtægt bestemmes, at et nydende medlem fritages for at yde bidrag til kassen på grund af indkaldelse til militærtjeneste.

Stk. 5. Nydende medlemmer, der som folke- eller invalidepensionister er anbragt på de i lov om offentlig forsorg § 34 omhandlede alderdomshjem, til hvilke der er

knyttet en sygeafdeling eller sygestue, beregnet for hjemmets beboere, eller på de i samme lovs § 39 omhandlede plejehjem for kronisk syge, er fritaget for at betale medlemsbidrag, såfremt der på nævnte hjem er sikret dem almindelig sygehjælp i et sådant omfang, at nydende medlemsskab efter kommunalbestyrelsens skøn er overflødig. Det kan i sygekassens vedtægt efter nærmere af socialministeren fastsatte regler bestemmes, at der skal forholdes på lignende måde med nydende medlemmer, som er optaget i andre institutioner og lignende, i hvilke der ligeledes er draget omsorg for pågældendes sygebehandling.

Stk. 6. Under kontingentfritagelse efter reglerne i stk. 4 og 5 betragtes pågældendes medlemsret som hvilende. Uanset dette kan der dog ydes hjælp til hans børn under 16 år, jfr. § 5, stk. 1, sidste pkt.

§ 34. Medlemsbidraget for bidragydende medlemmer udgør 24 kr. årlig. For medlemmer under 18 år påhviler forpligtelsen til at betale dette medlemsbidrag den person, som har forsørgelsespligt over for medlemmet.

Stk. 2. Socialministeren kan med tilslutning af folketingets finansudvalg regulere størrelsen af det bidrag, der afkræves bidragydende medlemmer. Ved reguleringen tages hensyn til, at størrelsen af dette medlemsbidrag må stå i et rimeligt forhold til størrelsen af det bidrag, der normalt afkræves nydende medlemmer til dækning af sygekassernes udgifter til sygebehandling m. v.

Stk. 3. Det kan i sygekassens vedtægt bestemmes, at et bidragydende medlem fritages for at yde bidrag til kassen på grund af indkaldelse til militærtjeneste.

§ 35. Socialministeren fastsætter de nærmere regler for kontrollen med betalingen af medlemsbidrag.

Stk. 2. Hvis et nydende medlem ikke betaler medlemsbidrag inden for en i sygekassens vedtægt fastsat restancefrist, fortabes retten til hjælp i henhold til §§ 11-17, 20 og 25-32 samt retten til de i §§ 21-24 og 38 omhandlede goder og til dagpenge efter nærværende lovs afsnit II. Hvis det skyldige medlemsbidrag betales inden udløbet af den første måned efter restancefristens udløb, generhverves disse rettigheder efter en

ventetid af 7 dage. Betales restancen ikke inden udgangen af denne måned, overføres medlemmet fra månedens udløb til at være bidragydende medlem, således at generhvervelsen af rettigheder som nydende medlem kun kan finde sted efter reglen i § 5, stk. 3. Pligten til at betale den påløbne restance for bidraget som nydende medlem består fremdeles, uanset denne overførelse.

Stk. 3. Hvis et bidragydende medlem ikke betaler det i § 34, stk. 1, omhandlede medlemsbidrag inden for den i sygekassens vedtægt fastsatte restancefrist, anmelder kassen ved regnskabsårets afslutning dette for kommunalbestyrelsen, som derefter lader bidraget opkræve og inddrive efter de regler, som gælder om opkrævning af skat til kommunen. Såfremt medlemmet er overført til bidragydende medlemsskab i henhold til reglen i stk. 2, opkræver og inddriver kommunalbestyrelsen så stor en del af den i stk. 2 omhandlede bidragsrestance, som svarer til medlemsbidraget for bidragydende medlemsskab i samme periode.

Stk. 4. Umiddelbart efter anmeldelsen for kommunalbestyrelsen af en bidragsrestance efter stk. 3 anviser kommunen til sygekassen det fulde til opkrævning anmeldte bidragsbeløb. Det påhviler kommunen endeligt at afholde udgiften ved eventuelt uerholdelige restancer.

Stk. 5. Eftergivelse af bidragsrestancer, der er anmeldt for kommunalbestyrelsen til opkrævning og inddrivelse efter foranstående regler, kan finde sted efter reglerne i lov vedrørende personlig skat til kommunen, jfr. lovbekendtgørelse nr. 67 af 9. marts 1959.

§ 36. Når et nydende eller bidragydende sygekassemedlem på grund af trang foranlediget af sygdom, betydelig nedsat arbejdsevne, længere tids arbejdsløshed eller store forsørgerbyrder, helt eller delvis er ude af stand til at udrede medlemsbidraget (herunder også det i § 67 omhandlede eventuelle særlige bidrag for begravelseshjælp), yder medlemmets opholdskommune pågældende hjælp i fornødent omfang til betaling af medlemsbidraget for den periode, for hvilken trangsårsagen virker.

Stk. 2. Såfremt pågældende oppebærer sygehjælp eller underholdshjælp i henhold til kapitlerne XVII-XIX (særhjælp) i lov om offentlig forsorg, § 15 i lov nr. 70 af

13. marts 1959 om pension og hjælp til enker m. fl. eller § 7 i lov om revalidering, ydes hjælpen som et tillæg til denne; i andre tilfælde ydes den som kommunehjælp, jfr. lov om offentlig forsorg kapitel XXII.

Stk. 3. Begæring om den i stk. 1 nævnte hjælp indgives skriftlig til det sociale udvalg — eller eventuelt magistraten, jfr. § 26, 2.-3. pkt. i lov om offentlig forsorg — gennem sygekassens bestyrelse, der forsyner begæringen med attestation om medlemsforholdet og med en udtalelse om pågældendes økonomiske forhold og trang.

Stk. 4. Klager over de af det sociale udvalg (magistraten) i henhold til denne bestemmelse truffene afgørelser kan ikke indbringes for domstolene, men forelægges for vedkommende amtmand — i København overpræsidenten — hvis afgørelse er endelig.

§ 37. Statskassen yder de anerkendte sygekasser et tilskud, hvis størrelse fastsættes ved finansloven.

Stk. 2. Tilskuddet fordeles mellem de enkelte sygekasser på følgende måde: Der ydes et beløb af 5 kr. for hver person, der ved årets udgang står som nydende medlem af sygekassen, samt et beløb, der svarer til $\frac{1}{4}$ af sygekassens udgifter i henhold til §§ 11 og 12 samt 14-17 til nydende medlemmer i gruppe A og $\frac{1}{4}$ af udgifterne i henhold til §§ 25-32. Staten yder endvidere sygekassen godtgørelse af dens udgifter til de i § 13, stk. 3, pkt. 1), omhandlede lægemidler.

Stk. 3. For at en sygekasse kan gøre krav på tilskud fra staten for det forløbne år, må kassen inden 15. februar til direktøren for sygekassevæsenet indsende en opgørelse over dens udgifter til de i stk. 2 nævnte ydelser samtidig med meddelelse om antallet af nydende medlemmer ved årets udgang.

Stk. 4. Efter derom fremsat anmodning kan direktøren anvise kasserne forskud på statstilskud i et regnskabsår. Socialministeren fastsætter — efter forudgående forhandling med finansministeren og folketingets finansudvalg — de nærmere regler og betingelser for ydelse af sådanne forskud.

§ 38. Når et nydende sygekassemedlem indlægges til behandling på et offentligt sygehus, som ikke udelukkende er bestemt

for visse klasser af personer, eller underkastes ambulantly behandling på et sådant sygehus, eller der som led i hans lægebehandling eller -undersøgelse foretages undersøgelse på sygehusets laboratorium, gives der sygekassen fritagelse for eller nedsættelse i betalingen, for så vidt den syge er bosat i det område, for hvilket sygehuset er bestemt. Vederlaget skal være højst halvdelen af den ellers fastsatte betaling for behandling m. v. på vedkommende sygehus, herunder indbefattet betaling for bandager, ekstravagt og lignende ydelser. Efter aftale mellem sygehuse og sygekasser kan vederlaget omregnes til et årligt beløb pr. nydende sygekassemedlem.

Stk. 2. Når et nydende sygekassemedlem under midlertidigt ophold uden for sin hjemstedssygekasses område ifølge den behandlede læges anvisning bliver trængende til sygehusbehandling, er det sygehus, der er bestemt for vedkommende område, eller i særlige tilfælde det nærmeste sygehus forpligtet til at tilstå den i stk. 1 fastsatte nedsættelse i betalingen til den sygekasse, der afgiver kaution for udgifterne ved sygehusopholdet. Dette gælder dog kun, såfremt hensigten med opholdet ikke har været at opnå adgang til at søge optagelse på sygehus på opholdsstedet, hvorhos der må foreligge lægeattest for, at vedkommende ikke tåler at flyttes til det for hans hjemsted bestemte sygehus. Tilsvarende regler gælder for et sygekassemedlem, for hvem ambulantly behandling på sygehus bliver nødvendig, fordi han under det midlertidige ophold kommer til skade eller af anden grund bliver trængende til øjeblikkelig hjælp.

Stk. 3. Når et nydende sygekassemedlem optages i et offentligt hospital for sindslidende, gives der sygekassen den samme nedsættelse i betalingen, som til enhver tid er indrømmet for uformuende patienter. Er en sådan nedsættelse efter de for vedkommende hospital gældende regler ikke indrømmet, fastsættes størrelsen af betalingen af socialministeren.

Stk. 4. Foranstående regler gælder også for sygehusbehandling af et sygekassemedlems børn, jfr. § 5, stk. 1, sidste punktum.

§ 39. Til sikkerhed for sygekassens risiko for udbetaling af begravelseshjælp i henhold til § 20 skal sygekassen være til-

sluttet en de statsanerkendte sygekasser og Statsbanepersonalets sygekasse omfattende udligningskasse for begravelseshjælp, der undergives tilsyn af direktøren for sygekassevæsenet. De nærmere regler for udligningskassens virksomhed fastsættes i en af socialministeren godkendt vedtægt.

Stk. 2. Til sikkerhed for sygekassens risiko for udbetaling af dagpenge i henhold til §§ 25-32 skal kassen være tilsluttet en af pågældende centralforening af sygekasser administreret udligningskasse, der er underkastet tilsyn af direktøren for sygekassevæsenet efter tilsvarende regler som for sygekasserne. De nærmere regler for udligningskassens virksomhed, herunder hvilken andel af risikoen sygekassen skal afgive, fastsættes af socialministeren.

§ 40. Af udgifterne til fribefordring efter §§ 21-24 afholder opholdskommunen $\frac{1}{3}$, medens $\frac{2}{3}$ fordeles på landets kommuner efter reglerne i afsnit III i lov om folkeforsikring.

Stk. 2. Regnskab over kommunernes udgifter vedrørende fribefordring aflægges og revideres i overensstemmelse med lov om folkeforsikring § 66.

Kap. VII. Administration m. v.

§ 41. Regeringen bemyndiges til efter forud indhentet udtalelse fra forretningsudvalget for De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark at indgå overenskomst med fremmed stat om gensidig overflytning af medlemmer mellem anerkendte sygekasser i de to stater og om ydelse af sygehjælp fra sygekasserne til medlemmer fra vedkommende stat under midlertidigt ophold her i landet. Sådant overenskomst forpligter de anerkendte sygekasser til at yde de fra den anden stat tilflyttede sygekassemedlemmer og de nævnte fremmede medlemmer sygehjælp på de nærmere vilkår, som fastsættes i overenskomsten.

§ 42. Direktøren for sygekassevæsenet, der er ansat under socialministeriet, fører tilsyn med sygekasserne, herunder med deres administration, og er dem behjælpelig med fornøden oplysning og vejledning.

Stk. 2. Til brug ved behandlingen af de under direktoratet hørende sager er direktøren berettiget til fra kommunalbestyrelser (sociale udvalg), arbejdsgivere og arbejdstagere samt andre vedkommende, herunder sygehuse, klinikker, behandlende læger m. v. at indhente enhver oplysning om forhold, der berører direktørens tilsyn efter denne lov, herunder hospitalsjournaler og hvad dertil hører, eller afskrifter af samme.

Stk. 3. Direktøren foranstalter møder til vejledning af sygekassernes tillidsmænd og funktionærer. Til disse møder kan enhver kasse sende en eller flere repræsentanter, der udpeges af kassens bestyrelse.

Stk. 4. Direktøren og det i direktoratet ansatte personale må ikke være ansat i eller tage del i ledelsen af sygekasser eller sygeforsikringselskaber.

Stk. 5. Direktørens afgørelser i henhold til denne lov kan inden 1 måned indankes for socialministeren, jfr. dog § 60, stk. 1.

Stk. 6. Direktøren afgiver hvert år beretning til socialministeren om sygekassernes virksomhed. Beretningen offentliggøres på den af ministeren foreskrevne måde.

§ 43. Der oprettes et råd, bestående af en formand og 6 medlemmer samt indtil 12 suppleanter, for hvilket tvistigheder mellem sygekasser og læger eller mellem sygekasser og jordemødre kan indankes.

Stk. 2. Af rådets medlemmer vælges 3 af De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og 3 af Den almindelige danske Lægeforening; disse foreninger vælger desuden hver indtil 6 suppleanter. Skulle de nævnte foreninger ophøre at bestå, eller skulle der opstå andre centralorganisationer ved siden af de nævnte, afgør socialministeren, af hvilke organisationer valget vil være at foretage. Ved behandlingen af tvistigheder mellem sygekasser og jordemødre tiltrædes rådet af 3 af Den almindelige danske Jordemoderforening valgte repræsentanter.

Stk. 3. Rådet vælger selv sin formand, således at der til valg udkræves mindst 4 stemmer. Opnås sådant stemmetal ikke, vælges formanden af socialministeren.

Stk. 4. De omhandlede valg foretages for 3 år ad gangen.

Stk. 5. Rådets kendelse er bindende for parterne, når kendelsen omhandler for-

ståelse af indgåede overenskomster. I andre tilfælde er kendelsen kun bindende for parterne, såfremt de har været enige om at indbringe sagen for rådet. Har parterne ikke været enige herom, og nægter en af dem at bøje sig for kendelsen, afgives denne til socialministeren, der kan foretage yderligere skridt til konfliktens løsning og eventuelt offentliggøre kendelsen.

Stk. 6. De nærmere bestemmelser om rådets virksomhed fastsættes af socialministeren efter forud indhentet erklæring fra rådet. Udgifterne til rådets virksomhed fordeles ligelig mellem de i stk. 2, 1. pkt., nævnte organisationer, dog at udgifter til dagpenge og befordringsgodtgørelse til repræsentanter for Den almindelige danske Jordemoderforening ved disses deltagelse i rådets møder, jfr. stk. 2, sidste pkt., afholdes af denne forening.

Stk. 7. Socialministeren bemyndiges til at oprette tilsvarende råd, for hvilke tvistigheder mellem sygekasser og tandlæger, fysioterapeuter m. v. kan indankes, når overenskomstspørgsmål foreligger. Reglerne i stk. 1-6 finder tilsvarende anvendelse. Antallet af medlemmer valgt af hver af parterne kan dog fastsættes til 2.

§ 44. På det ordinære repræsentantskabsmøde i De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark vælges for 4 år ad gangen 2 medlemmer til et overflytningsnævn med direktøren for sygekassevæsenet som formand.

Stk. 2. Det påhviler nævnet at udarbejde regler for overflytning af medlemmer mellem sygekasserne. Reglerne er bindende for kasserne, når de godkendes af socialministeren. Endvidere påhviler det nævnet i tilfælde, hvor der om et medlems overflytning opstår uoverensstemmelse mellem sygekasser, at træffe endelig afgørelse af spørgsmålet.

§ 45. Overenskomster mellem anerkendte sygekasser eller en sammenslutning af sådanne kasser og de ved sygekasserne ansatte funktionærer eller disses sammenslutninger samt ændringer i sådanne overenskomster skal for at være gyldige godkendes af et udvalg nedsat af forretningsudvalget for De samvirkende sygekasser i Danmark.

§ 46. Sygekassernes regnskabsår regnes fra 1. januar til 31. december.

Stk. 2. En sygekasse, hvis medlemstal ikke overstiger 5 000, skal benytte regnskabsbøger med skemaer, der er godkendt af direktøren for sygekassevæsenet. En kasse med større medlemstal har, for så vidt direktøren ikke anser det af kassen anlagte regnskabssystem for tilfredsstillende, pligt til at efterkomme de af direktøren fremsatte krav om ændringer i dette.

Stk. 3. Inden for en af direktøren nærmere fastsat frist indsender kasserne til direktøren revideret og af generalforsamlingen (repræsentantskabet) godkendt regnskab samt beretning for det forløbne år, affattet på den af direktøren foreskrevne måde.

Stk. 4. Direktøren gennemgår de fra kasserne indsendte årsregnskaber. Han kan til enhver tid kræve sig kassernes bøger, regnskaber m. v. forelagt og har til enhver tid adgang til at gøre sig bekendt med kassernes hele virksomhed. Han påser, at medlemsbidraget mindst har den i §§ 33 og 34 anførte størrelse.

Stk. 5. En sygekasses indtægt og formue skal holdes afsondret fra andre foreningers midler og må hverken som lån eller gave tilflyde andre foreninger eller anvendes i andet uvedkommende øjemed.

Stk. 6. En sygekasse skal have 2 revisorer, hvoraf den ene enten skal være statsautoriseret revisor eller anden faguddannet revisor eller være godkendt af direktøren som sygekassens revisor.

Stk. 7. I enhver sygekasse skal der med passende mellemrum ved direktørens foranstaltning foretages en indgående lokalrevision, herunder undersøgelse af kassens regnskabsvæsen og øvrige virksomhed. Ved samme lejlighed skal der ydes kasserne regnskabsmæssig og anden vejledning. Den nærmere ordning af denne revision fastsættes af direktøren.

§ 47. Finder direktøren for sygekassevæsenet, at en sygekasse ikke holder sig denne lovs forskrifter efterrettelig, eller at dens virksomhed ikke foregår i overensstemmelse med de for kassen i øvrigt gældende bestemmelser eller med fornøden orden og økonomi, henleder han kassens opmærksomhed på dette forhold. Efterkommer kassen

ikke de af direktøren i denne anledning givne anvisninger, eller modsætter den sig en forhøjelse af medlemsbidraget, som direktøren anser for påkrævet, jfr. § 46, stk. 4, kan direktøren indtil videre tilbageholde det kassen tilkommende statstilskud. Det samme gælder, såfremt kassen i øvrigt ikke efterkommer ministerens eller direktørens afgørelser i medfør af denne lov. Vægrer kassen sig fortsat ved at efterkomme den trufne afgørelse, kan socialministeren efter direktørens indstilling lade anerkendelsen bortfalde.

Stk. 2. Undlader en sygekasse i rette tid at efterkomme de forpligtelser, der er foreskrevet i denne lov, kan socialministeren pålægge den eller de forsømmelige under en daglig eller ugentlig tvangsbøde at opfylde deres pligt. De således ikendte bøder inddrives ved udpantning og kan ikke føres sygekassen til udgift. Bøderne tilfalder kommunekassen på det sted, hvor sygekassens bestyrelse har sæde.

Stk. 3. Bestyrelsesmedlemmer, funktionærer og andre, der i en sygekasse varetager hverv i medfør af denne lov, er forpligtet til at hemmeligholde oplysninger om medlemmers helbredstilstand, invaliditet eller økonomiske forhold. Overtrædelse heraf straffes med bøder, medmindre strengere straf er forskyldt efter borgerlig straffelov.

§ 48. En sygekassens forpligtelse til at yde sygehjælp bortfalder, når vedkommende medlem trods bestyrelsens på grundlag af lægens erklæring fremsatte forlangende nægter at lade sig indlægge på sygehus eller at underkaste sig den for hans helbredelse nødvendige sygebehandling.

Stk. 2. I tilfælde, hvor et sygekassemedlem har adgang til over for andre end sygekassen at rejse krav om erstatning for udgifter til sygehjælp, skal medlemmet give kassen underretning herom samt ved retsforfølgning eller lignende træffe de foranstaltninger, som kassen herefter giver anvisning på til varetagelse af dennes interesser over for den erstatningspligtige. Undladelse heraf medfører tab af retten til erstatning fra kassen, eventuelt erstatningspligt over for denne med hensyn til de af kassen afholdte sygehjælpsudgifter. Såfremt kassen måtte have afholdt udgifter til sygehjælp,

som et medlem fra anden erstatningspligtig modtager erstatning for, er medlemmet pligtigt at erstatte sygekassen sådanne.

Stk. 3. Såfremt et medlem har begået svig mod sygekassen, mister han sin medlemsret som nydende medlem i et af direktøren for sygekassevæsenet nærmere fastsat tidsrum. Det samme gælder, såfremt han har overtrådt bestemmelserne i § 8, stk. 2, om dobbeltforsikring. Han kan i disse tilfælde af direktøren tilpligtes at tilbagebetale til sygekassen uretmæssigt oppebårne ydelser samt til staten det statstilskud, som sygekassen har oppebåret for medlemmet. Tilbagebetaling kan tillige af direktøren pålægges personer, der har modtaget befordringshjælp i henhold til §§ 21-24, og som ved hjælpens ydelse ikke har været berettiget til at stå som nydende medlem i sygekassens gruppe A.

Afsnit II.

Dagpenge til lønarbejdere i tilfælde af sygdom og fødsel.

§ 49. Til lønarbejdere, som er nydende medlemmer af en anerkendt sygekasse, ydes i tilfælde af sygdom eller fødsel dagpenge efter reglerne i nærværende afsnit som erstatning for det ved sygdommen forårsagede tab af arbejdsfortjeneste eller af arbejdsløshedsunderstøttelse fra en anerkendt arbejdsløshedskasse.

Stk. 2. Som lønarbejdere i den i stk. 1 omhandlede betydning anses personer, der udfører lønnet arbejde for andre.

Stk. 3. Undtaget fra reglerne om dagpengehjælp ifølge dette afsnit er:

- 1) Personer i statens, folkekirkens og folkeskolens tjeneste, som enten henhører under lovgivningen om statens, folkekirkens og folkeskolens tjenestemænd, eller som oppebærer løn under sygdom efter tilsvarende regler som de for disse personer gældende.
- 2) Personer, der er omfattet af en af følgende love: Lov nr. 261 af 9. juni 1948 om retsforholdet mellem arbejdsgivere og funktionærer; lovbekendtgørelse nr. 270 af 15. maj 1941 om retsforholdet mellem husbond og medhjælpere som ændret ved lov nr. 222 af 7. juni 1952 og lov nr. 66

F. t. 1. om den offentlige sygeforsikring.

- af 31. september 1953; lov nr. 261 af 2. oktober 1956 om lærlingeforhold; sømandsloven, lov nr. 229 af 7. juni 1952.
- 3) Personer, hvem der ved overenskomst eller kontrakt er tilsikret løn under sygdom efter regler, der som helhed ikke stiller dem ringere end de af nærværende afsnit omfattede personer.
 - 4) Personer, der er beskæftiget som tilfældig medhjælp i private hjem, samt personer med arbejdsforhold af kortvarig eller tilfældig natur. Socialministeren fastsætter nærmere regler om de arbejdsforhold, som således ikke er omfattet af loven. Vejledende i så henseende er, om det pågældende arbejdsforhold er af en sådan art, at det normalt ikke vil strække sig udover 10 timer fordelt på indtil 6 sammenhængende dage.
 - 5) Personer, der oppebærer indtægtsbestemt folkepension i henhold til lov om folkeforsikring, eller pension i henhold til lov nr. 70 af 13. marts 1959 om pension og hjælp til enker m. fl.

§ 50. Ret til dagpenge efter dette afsnit opnås efter mindst 40 timers beskæftigelse i løbet af de sidste 4 uger umiddelbart forud for sygdommens indtræden; denne betingelse gælder ikke for arbejdsløse, understøttelsesberettigede medlemmer af anerkendt arbejdsløshedskasse. Ved den nævnte beskæftigelse forstås et arbejdsforhold efter § 49, stk. 2. For faglige områder, hvor forholdene bevirker hyppige, kortvarige arbejdsperioder, kan socialministeren bestemme, at der helt eller delvis kan bortses fra beskæftigelseskravet i 1. punktum. Inden socialministeren træffer sådan afgørelse, skal han indhente en erklæring fra arbejdsdirektøren i overensstemmelse med reglen i lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v. § 16, stk. 5, sidste punktum.

Stk. 2. Et af bestemmelserne i § 49, stk. 3, nr. 1-3, omfattet medlem, der er sygemeldt på det tidspunkt, da han udtræder af det pågældende arbejdsforhold, er — såfremt han er medlem af en anerkendt arbejdsløshedskasse, og såfremt han ikke ville være afskåret fra understøttelse herfra på grund af årsagen til arbejdsforholdets ophør — berettiget til straks fra arbejdsophøret at oppebære dagpenge ifølge nærværende lov. Den tid, i hvilken medlemmet ved over-

førelsen har oppebåret løn eller dagpenge under sygdom, medregnes, når hjælpens varighed opgøres efter reglerne i § 52.

§ 51. I henhold til dette afsnit ydes der ved fuld arbejdsudygtighed på grund af sygdom eller tilskadekomst, jfr. dog § 53, stk. 4, følgende dagpengehjælp, jfr. § 58, stk. 2: 21 kr. til lønarbejdere, der efter reglerne i lovgivningen om indkomstskat til staten anses for forsørgere, 16 kr. til andre lønarbejdere, der er fyldt 18 år, og 8 kr. til andre lønarbejdere under 18 år.

§ 52. Dagpenge udbetales for 6 dage om ugen fra og med den 7. således beregnede dag i hver sygeperiode, jfr. dog § 55, stk. 1, og udbetales i indtil 156 dage i løbet af 12 på hinanden følgende måneder. Hjælpen kan ikke udbetales udover i alt 468 dage i løbet af 3 på hinanden følgende regnskabsår. For et medlem, der måtte have oppebåret dagpenge i henhold til nærværende lovs afsnit I (§§ 25-32), indgår denne dagpengehjælp i beregningen. Den i § 54 omhandlede dagpengehjælp i anledning af fødsel medregnes ikke. I særlige tilfælde, hvor der er rejst sag om et medlems revalidering, kan sygekassen efter forhandling med revalideringsmyndighederne, jfr. lov om revalidering, forlænge dagpengeperioden, dog længst indtil revalideringen er iværksat.

Stk. 2. Når der er forløbet 240 dage, efter at dagpengehjælpen er endeligt opbrugt i henhold til stk. 1, 2. punktum, kan pågældende generhverve adgangen til at få udbetalt dagpenge efter reglerne i nærværende afsnit, såfremt han kan præstere bevis for, at han i de sidst forløbne 12 måneder har haft mindst 90 dages lønnet arbejde.

§ 53. Under ophold på sygehus, rekonvalescenthjem m. v. for sygekassens regning nedsættes dagpengehjælpen med 5 kr. pr. dag, for så vidt pågældende ikke kan anses for forsørger efter reglerne i lovgivningen om indkomstskat til staten.

Stk. 2. Når et medlem oppebærer dagpenge efter nærværende lovs afsnit I (§§ 25-32), kan dagpenge ikke udbetales efter reglerne i nærværende afsnit.

Stk. 3. Dagpengehjælpen kan i forbindelse med anden pengehjælp eller løn, som medlemmet måtte oppebære under sygdom,

ikke overstige $\frac{4}{5}$ af hans daglige fortjeneste inden for den sidste uge før sygemeldingen. For medlemmer af en anerkendt arbejdsløshedskasse, der sygemeldes i en anmeldt arbejdsløshedsperiode, kan dagpengehjælpen ikke overstige pågældendes daglige arbejdsløshedsunderstøttelse i medfør af lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring.

Stk. 4. Hidrører et medlems sygdom fra et ulykkestilfælde, i anledning af hvilket han har krav på understøttelse i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, tilkommer der ham ikke dagpenge efter nærværende afsnit. Har sygekassen udbetalt dagpenge for et tidsrum, for hvilket der senere tilstås pågældende dagpenge i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, skal sygekassen hos vedkommende ulykkesforsikringselskab kræve sine udlæg godtgjort i det dagpengebeløb, der for samme tidsrum tilkommer ham.

§ 54. I barseltilfælde ydes dagpenge i indtil 14 uger. Hjælpen kan tidligst ydes fra det tidspunkt at regne, da der skønnes at være 8 uger til fødslen, og længst i 6 uger efter fødslen. Det er en forudsætning for ret til hjælpen, at medlemmet i denne periode ikke er beskæftiget ved lønarbejde. De i nærværende afsnit fastsatte regler om hjælp i sygdomstilfælde finder tilsvarende anvendelse i barseltilfælde, jfr. dog § 52, stk. 1, 4. punktum. Hjælpen udbetales med de i § 51, jfr. § 53, stk. 3, omhandlede beløb for 6 dage om ugen. Under ophold på sygehus eller fødehjem o. lign. gælder § 53, stk. 1, tilsvarende.

§ 55. Hvis anmodning om dagpenge indgives til sygekassen senest på den 9. sygedag, jfr. § 52, stk. 1, 1. pkt., udbetales dagpenge fra og med den 7. sygedag. Hvis anmodningen indgives senere, udbetales dagpenge fra og med anmodningens dato.

Stk. 2. Ved ansøgningen skal benyttes en af socialministeren godkendt blanket, hvorpå medlemmet på tro og love skal afgive erklæring om sygdommens art og om indtægts-, arbejds- og forsørgerforhold samt om, hvad der i øvrigt måtte være af betydning ved afgørelsen af spørgsmålet om hans ret til at få dagpenge udbetalt. Er den pågældende arbejdsløs på det tidspunkt, da

ansøgningen indgives til kassen, skal ansøgningen være ledsaget af en lægeerklæring.

Stk. 3. Er medlemmet ikke arbejdsdygtigt, når der er forløbet 2 uger efter sygdommens indtræden, kan sygekassen afkræve den behandlende læge en erklæring, udfærdiget på en af socialministeren godkendt formular.

Stk. 4. Sygekassen skal ved sin behandling af sagen have opmærksomheden henvendt på behovet for revalidering. Skønnes det, at pågældende bør undersøges med revalidering for øje, skal der herom rettes henvendelse til vedkommende myndighed efter nærmere af socialministeren fastsatte regler.

§ 56. Udbetaling af dagpenge ophører fra og med den dag, medlemmet er arbejdsdygtigt, uanset om han undlader at træde i arbejde eller at raskmelde sig.

Stk. 2. Dagpenge kan kun undtagelsesvis udbetales under ophold i udlandet.

Stk. 3. Sygekassens bestyrelse kan beslutte, at dagpengehjælpen bortfalder, såfremt medlemmet nægter at lade sig underkaste den for hans helbredelse nødvendige sygebehandling eller den for generhvervelse af arbejdsevnen hensigtsmæssige optræning.

Stk. 4. Er der tilkendt medlemmet invaliditetserstatning i medfør af ulykkesforsikringslovgivningen, kan sygekassen ikke udbetale dagpenge i anledning af arbejdsudygtighed, som er en umiddelbar følge af samme invaliditet. De nærmere regler herom fastsættes af socialministeren.

Stk. 5. Oppebåret dagpengehjælp kan af sygekassen kræves tilbagebetalt, når medlemmet ad anden vej får erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Stk. 6. Tillægges der et medlem, der oppebærer dagpenge i henhold til nærværende afsnit, invalidepension, indtægtsbestemt folkepension eller enkepension, skal såvel medlemmet som invalideforsikringsretten, henholdsvis vedkommende kommune, uopholdeligt give sygekassen underretning om tilkendelsen af pensionen. Sygekassen skal derefter drage omsorg for en ordning af spørgsmålet om pågældendes fremtidige dagpengesikring, jfr. i så henseende § 49, stk. 3, nr. 5. Beløb, som sygekassen har ydet pensionisten i tiden mellem den dag, fra hvilken pensionen beregnes og

anvisningsdagen, skal så vidt muligt godtgøres kassen.

Stk. 7. Sygekassen kan i tilfælde, hvor medlemmet forsætligt eller ved grov uagtsomhed har påført sig sygdommen, nægte udbetaling af dagpenge.

Stk. 8. Såfremt medlemmet på svigagtigt grundlag har ladet sig udbetale dagpenge, fortabes retten til dagpenge for resten af den løbende sygeperiode, og udbetalt dagpengehjælp skal kræves tilbagebetalt. I grove tilfælde af svig kan sygekassen indstille til direktøren for sygekassevæsenet, at medlemmet udelukkes fra adgangen til at oppebære dagpenge i et af direktøren nærmere fastsat tidsrum, der dog ikke må overstige 2 år, regnet fra det tidspunkt, da beløbet er tilbagebetalt.

§ 57. Udgifterne til sygedagpenge efter nærværende afsnit afholdes af midler, der tilvejebringes ved bidrag fra arbejdere og arbejdsgivere samt ved tilskud fra staten.

Stk. 2. Arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag til sygedagpenge fastsættes således, at de skønnes at dække $\frac{5}{8}$ af udgifterne til dagpenge og administration. Arbejdernes bidrag fastsættes til 1,5 øre pr. præsteret arbejdstime og arbejdsgivernes bidrag til 3 øre pr. arbejdstime, for hvilken der er udbetalt løn, jfr. dog § 49, stk. 3, nr. 1-4. Resten af udgifterne afholdes af statskassen. De fornævnte bidrag reguleres efter reglen i § 58, stk. 1.

Stk. 3. Udgifterne til barseldagpenge, jfr. § 54, afholdes af landets kommuner, således at udgiften fordeles mellem dem efter reglerne i afsnit III i lov om folkeforsikring.

Stk. 4. En arbejdsgiver, der beskæftiger en eller flere af denne lov omfattede lønarbejdere, har pligt til over for vedkommende centralforening af sygekasser at foretage indberetning herom efter nærmere af socialministeren fastsatte regler.

Stk. 5. Arbejdernes bidrag tilbageholdes af arbejdsgiveren i den arbejderne tilkommende løn.

Stk. 6. Arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag opkræves hos disse sidste af vedkommende centralforening af sygekasser efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, herunder om tilsyn med den af centralforeningerne således udøvede virksomhed. Bidragene kan i mangel af rettidig

indbetaling inddrives ved udpantning hos arbejdsgiveren.

Stk. 7. Undlader en arbejdsgiver at opfylde den i stk. 4 nævnte indberetningspligt eller rettidigt at indbetale bidrag til forsikringen, straffes han med bøder. Direktøren for sygekassevæsenet kan pålægge ham derudover at udrede dagpenge, der udbetales en arbejder, som er eller har været beskæftiget hos ham.

§ 58. Hvert 3. år, første gang i folketingsåret 1962-63, påhviler det socialministeren at optage spørgsmålet om størrelsen af arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag pr. arbejdstime til undersøgelse med henblik på den i § 57, stk. 2, nævnte fordeling af udgifterne mellem de pågældende og statskassen. Viser undersøgelsen, at der foreligger en væsentlig afvigelse fra nævnte fordelingsregel, påhviler det socialministeren efter indhentet erklæring fra de faglige hovedorganisationer at fremsætte lovforslag til ændring af bidragets størrelse.

Stk. 2. Det påhviler socialministeren på de i stk. 1 nævnte tidspunkter at fremsætte forslag til ændring af de i § 51 fastsatte dagpengebeløb, såfremt størrelsen af den gennemsnitlige timefortjeneste for faglærte og ufaglærte arbejdere efter de af Det statistiske departement senest meddelte oplysninger afviger væsentligt fra gennemsnitslønnen ved lovens ikrafttræden.

§ 59. De i § 57 omhandlede bidrag overføres efter opkrævningen til en af direktøren for sygekassevæsenet bestyret fond. Statskassen udreder udgifterne ved fondens administration. Fondens godtgør sygekasserne deres udlæg til dagpenge efter nærværende lov. Som vederlag for opkrævningen af bidragene og for administrationen tillægges der af fondens midler centralforeningerne og sygekasserne et af socialministeren fastsat beløb af de opkrævede bidrag. Fondens regnskaber revideres i forbindelse med direktoratet for sygekassevæsenets regnskaber.

Stk. 2. De nærmere regler om indbetaling til og udbetaling fra fonden samt om fondens administration fastsættes af socialministeren, som herunder — efter forudgående forhandling med finansministeren og folketingets finansudvalg — fastsætter nærmere regler og betingelser for ydelse af forskud på

statens tilskud til fonden og for ydelse af forskud på fondens udbetalinger til sygekasserne.

§ 60. Der nedsættes et udvalg, for hvilket tvistigheder vedrørende administrationen af dagpengeordningen i henhold til nærværende afsnit kan indbringes. Udvalget består af en repræsentant for Landsorganisationen i Danmark, De samvirkende fagforbund, en repræsentant for Dansk arbejdsgiverforening og en repræsentant for De samvirkende centralforeninger af sygekasser; sekretæren udpeges af direktøren for sygekassevæsenet. Socialministeren udpeger repræsentanterne efter indstilling af de nævnte organisationer og fastsætter udvalgets forretningsorden. Udvalgets afgørelse kan inden forløbet af 14 dage fra afgørelsen indbringes for direktøren for sygekassevæsenet, hvis afgørelse er endelig.

Stk. 2. I andre tilfælde end de i stk. 1 nævnte træffes afgørelsen af direktøren for sygekassevæsenet.

Afsnit III.

Forskellige bestemmelser.

§ 61. Krav på ydelser i medfør af nærværende lov kan ikke gøres til genstand for arrest, eksekution eller anden retsforfølgning. Retshandler, der afsluttes af de berettigede med hensyn til nævnte krav, er ugyldige.

Stk. 2. Dokumenter, som oprettes mellem anerkendte sygekasser og deres medlemmer eller udenforstående personer, private eller offentlige institutioner, er stempelfri, for så vidt de vedrører sygeforsikringen og andre til sygekasserne i medfør af denne lov henlagte opgaver. Det samme gælder sygekassernes vedtægter og de af centralforeningerne oprettede dokumenter til opfyldelse af deres opgaver i henhold til loven.

§ 62. Socialministeren fastsætter efter forhandling med direktøren for sygekassevæsenet en takst for de under behandling af sager i henhold til denne lov almindeligt forekommende lægeattester.

§ 63. Ophører en anerkendt sygekasse, eller bortfalder dens anerkendelse, afgør so-

cialministeren, i hvilken eller hvilke sygekasser kassens hidtidige medlemmer kan begære sig optaget som nydende medlemmer, henholdsvis hvortil de bidragydende medlemmer skal overføres. Begæres optagelse som nydende medlem i denne kasse inden 3 måneders forløb, kan bestemmelsen i § 5, stk. 3, om forløbet af en vis tid efter optagelsen, inden hvilken hjælp af kassen ikke kan kræves, ikke komme til anvendelse.

Stk. 2. Den opløste sygekasses bestyrelse er forpligtet til i fornævnte tilfælde at meddele hvert enkelt af kassens medlemmer, til hvilken sygekasse de kan overføres, og at give dem underretning om den dem ifølge foranstående tillagte beføjelse.

Stk. 3. Der skal i vedtægten findes bestemmelser om, at den sygekassen tilhørende reservefond og kassens eventuelle øvrige formue — bortset fra sådanne legatmidler eller andre midler, for hvilke særlige bestemmelser, truffet af andre end sygekassens ledelse, vil være til hinder herfor — ved kassens ophør eller anerkendelsens bortfald skal overføres til den sygekasse, hvortil dens medlemmer overføres; hvis medlemmerne overføres til flere sygekasser, skal formuen fordeles blandt disse i forhold til det antal medlemmer, der inden 3 måneder efter sygekassens ophør har begæret nydende medlemsret i disse sygekasser. Vedtægten skal tillige indeholde bestemmelser om, hvorledes der skal forholdes med eventuelle formuemidler, hvorom foranstående eller andre bestemmelser ikke giver tilstrækkelig vejledning. Et eventuelt overskud ved en sygekasses opløsning kan ingensinde deles imellem medlemmerne.

Afsnit IV.

Slutnings- og overgangsbestemmelser.

§ 64. Anerkendelse af en sygekasse efter denne lovs § 2 betragtes som meddelt ved en i henhold til tidligere lovgivning givet anerkendelse.

Stk. 2. Hvor der inden for samme kommune findes mere end én anerkendt sygekasse, optages mellem disse kassers ledelser forhandling om kassernes sammenslutning. Hvis adgangen til medlemskab af disse kasser alene har haft en stedlig begræns-

ning, vil det være en betingelse for anerkendelse af den ved sammenslutningen dannede nye sygekasse, henholdsvis for opretholdelse af den tidligere meddelte anerkendelse af den sygekasse, hvortil den eller de andre kassers medlemmer overføres, at der for hvert overført medlem også overføres en forholdsmæssig andel af den opløste sygekasses formue, bortset fra sådanne legatmidler eller andre midler, for hvilke særlige bestemmelser, truffet af andre end sygekassens ledelse, måtte være til hinder herfor. Hvis adgangen til medlemskab af en eller flere af de pågældende sygekasser har været knyttet til et bestemt fag eller en bestemt forretning eller virksomhed, kan socialministeren godkende, at den del af pågældende kasses formue pr. medlem, som overstiger den gennemsnitlige formue pr. medlem i de stedligt begrænsede sygekasser i kommunen, bevares til formål vedrørende sygehjælp, sundhedsforsorg m. v. for pågældende fag (forretning, virksomhed).

Stk. 3. Hvis aftale om sammenslutning af sygekasser i henhold til reglerne i stk. 2 ikke er truffet inden 2 år fra lovens stadfæstelse, påhviler det socialministeren inden et tidsrum af 6 måneder derefter, efter udtalelse fra kassernes ledelse og De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og efter indstilling fra direktøren for sygekassevæsenet, at afgøre og bekendtgøre, til hvilken sygekasse inden for kommunen der fremtidig skal meddeles anerkendelse, og at fratage de andre sygekasser i kommunen den hittidige anerkendelse. Et medlem af en af sidstnævnte sygekasser kan inden 3 måneder efter det tidspunkt, da han tidligst kan udmelde sig af sygekassen, begære sig optaget som nydende medlem i den anerkendte sygekasse uden ventetid. Såfremt sådan begæring ikke rettidigt er fremsat, vil den i § 6 omhandlede pligt til bidragydende medlemskab indtræde med øjeblikkelig virkning.

Stk. 4. Det påhviler bestyrelsen for enhver sygekasse i kommuner med mere end én anerkendt sygekasse inden 3 måneder efter lovens ikrafttræden efter nærmere af socialministeren fastsatte regler at gøre hvert enkelt medlem bekendt med foranstående bestemmelser. Hvis en sygekasses anerkendelse ophæves efter reglerne i stk. 3, er denne sygekasses bestyrelse forpligtet

til at give hvert enkelt medlem underretning om hans rettigheder og forpligtelser efter disse regler.

§ 65. En i henhold til § 31 i lov om folkeforsikring indført statskontrol af en sygeforening (fortsættelsessygekasse) bortfalder senest 3 år efter lovens stadfæstelse. De nuværende regler om denne statskontrol og dens betydning samt retten for foreningen til at betegne sig som statskontrolleret sygeforening eller fortsættelsessygekasse opretholdes indtil da med de af nærværende lov følgende ændringer, herunder § 9, stk. 2-3, og § 10. Statskontrollen fortsættes yderligere i fornødent omfang, indtil afsluttende regnskab er revideret og decideret.

Stk. 2. Hvis åftale mellem fortsættelsessygekassernes og sygekassernes, eventuelt sygekasseorganisationernes, ledelser om overførelse til sygekasserne af fortsættelsessygekassernes nydende medlemmer og om de nærmere betingelser for sådan overførelse, ikke er truffet inden 2 år fra lovens stadfæstelse, påhviler det socialministeren inden et tidsrum af 6 måneder derefter, efter udtalelse fra forhandlingsparterne og efter indstilling fra direktøren for sygekassevæsenet, at udstede bekendtgørelse om, at hvert nydende medlem af en fortsættelsessygekasse inden 3 måneder efter det tidspunkt, da han tidligst kan udmelde sig af fortsættelsessygekassen, uden ventetid kan begære sig optaget som nydende medlem af vedkommende anerkendte sygekasse i medlemsgruppe B. Såfremt sådan begæring ikke rettidigt er fremsat, vil den i § 6 omhandlede pligt til bidragydende medlemskab indtræde med øjeblikkelig virkning.

Stk. 3. Hvis en sygeforsikringsforening efter udløbet af den i stk. 2 angivne frist på 3 måneder efter den af socialministeren udstedte bekendtgørelse fortsætter en af dette stykke omfattet fortsættelsessygekasses virksomhed, kan personer, som er medlemmer af en sådan forening, ikke tillige optages som nydende medlemmer af en anerkendt sygekasse. Sådanne medlemmer fritages ikke af denne grund for den i § 6 omhandlede pligt til bidragydende medlemskab.

Stk. 4. Det påhviler fortsættelsessygekassernes bestyrelser inden 3 måneder efter

lovens ikrafttræden efter nærmere af socialministeren fastsatte regler at gøre hvert enkelt medlem bekendt med foranstående bestemmelser. Hvis den i stk. 2 omhandlede situation indtræder, er fortsættelsessygekassens bestyrelse forpligtet til at give hvert enkelt medlem underretning om hans rettigheder og forpligtelser efter reglerne i stk. 2.

Stk. 5. Socialministeren bemyndiges til at fastsætte regler om refusion fra statskassen af sygekassernes udgifter i forbindelse med overførelsen til sygekasser fra fortsættelseskasser af de nydende medlemmer, hvis indtægt er over den i § 9, stk. 2, omhandlede indtægtsgrænse.

§ 66. For personer, der efter de hidtil gældende regler i lov om folkeforsikring § 11 ikke ville være forpligtet til at søge optagelse som bidragydende medlem af en anerkendt sygekasse, indtræder den i § 6 omhandlede pligt til sådant medlemsskab tidligst et halvt år efter denne lovs ikrafttræden.

Stk. 2. Personer, for hvem pligten til bidragydende medlemsskab indtræder efter lovens ikrafttræden, kan begære optagelse som nydende medlem uden den i § 5, stk. 3, hjemlede ventetid, såfremt begæringen fremsættes inden et halvt år efter lovens ikrafttræden.

Stk. 3. Den i § 34 hjemlede forhøjelse af det ved lov om folkeforsikring § 12, stk. 1, 2. pkt., fastsatte medlemsbidrag af 2 kr. 40 øre får virkning fra et halvt år efter lovens ikrafttræden.

§ 67. Enhver, der før den 1. januar 1954 havde krav på en gennem sygekassernes indtil da bestående genforsikring af begravelseshjælp sikret begravelseshjælp, har, på betingelse af fortsat betaling af præmie, krav på begravelseshjælp fra den i § 39, stk. 1, omhandlede udligningskasse.

Stk. 2. Enhver, der ved denne lovs ikrafttræden som medlem af en i henhold til lov om folkeforsikring statskontrolleret sygeforening (fortsættelsessygekasse) havde krav på begravelseshjælp, har også for tiden, indtil indmeldelse som nydende medlem af en anerkendt sygekasse finder sted, på betingelse af fortsat betaling af præmie krav på begravelseshjælp fra den i § 39, stk. 1, omhandlede udligningskasse efter reglerne i § 20.

Stk. 3. De medlemmer af sygekassen, som i kraft af § 3, stk. 6, i lov nr. 258 af 2. oktober 1956 har ret til et beløb for begravelseshjælp, der overstiger beløbet for begravelseshjælp i henhold til § 20 i nærværende lov, bevarer denne ret efter de i fornævnte lovbestemmelse fastsatte regler.

§ 68. Ved lovens ikrafttræden bortfalder retten til at oppebære syge- eller barseldagpenge i medfør af de hidtil gældende bestemmelser. Medlemmer, der havde sikret sig dagpenge i henhold til disse bestemmelser, har dog — forudsat at de ikke er omfattet af reglerne i §§ 25-32 eller §§ 49-60 i nærværende lov — i sygdoms- eller barseltilfælde ret til at oppebære dagpenge efter de hidtil gældende regler i indtil 6 måneder fra lovens ikrafttræden. Medlemmer, der havde sikret sig dagpenge efter de hidtil gældende bestemmelser, kan derhos i løbet af disse 6 måneder uden hensyn til alder og helbred sikre sig dagpenge efter bestemmelserne i §§ 25-32.

§ 69. For så vidt der ved denne lovs ikrafttræden til en sygekasse er knyttet en hjælpekasse, hvis vedtægt er godkendt af direktøren for sygekassevæsenet, kan denne kasse fortsætte sin virksomhed efter de hidtil gældende regler. Der tilkommer ikke kassen tilskud af det offentlige. Direktøren for sygekassevæsenet har til enhver tid adgang til at gøre sig bekendt med kassens virksomhed. Hjælpekassens regnskab indsendes i revideret stand til direktøren sammen med sygekassens regnskab.

§ 70. Denne lov gælder ikke for Færøerne eller Grønland. Hvor der i loven er knyttet rettigheder eller forpligtelser til bopæl eller ophold her i landet, henregnes hertil ikke bopæl eller ophold på Færøerne eller i Grønland, jfr. dog § 5, stk. 2.

Stk. 2. Lov nr. 144 af 10. maj 1915 om anerkendte sygekasser, jfr. lov nr. 250 af 6. maj 1921, lov nr. 58 af 31. marts 1926, lov nr. 201 af 14. juli 1927 og lov nr. 59 af 27. marts 1929 gælder fremdeles for Færøerne, således som loven er sat i kraft ved kongelig anordning nr. 59 af 21. februar 1930, jfr. anordning nr. 291 af 29. november 1955.

§ 71. Denne lov træder med de i stk. 2 og 4 nævnte undtagelser i kraft den 1. april 1961. Samtidig ophæves i lov om folkeforsikring, jfr. bekendtgørelse nr. 228 af 12. september 1957, § 1, stk. 1, og lovens afsnit I.

Stk. 2. Bestemmelserne i denne lovs § 5, stk. 1-2, træder i kraft straks, for så vidt angår den herved gennemførte ophævelse af den hidtidige lovgivnings helbreds- og aldersbetingelser for optagelse i anerkendt sygekasse, dog således at den for anvendelsen af lov om folkeforsikring § 13, stk. 3, jfr. § 7, stk. 3, fornødne lægeerklæring indtil

1. april 1961 fremdeles kan kræves udstedt ved optagelsen.

Stk. 3. De i henhold til folkeforsikringslovens § 5, stk. 1, nr. 2, fastsatte bestemmelser om valg af repræsentantskab opretholdes, indtil nye bestemmelser måtte blive udfærdiget i henhold til nærværende lovs § 3, stk. 4.

Stk. 4. De i henhold til folkeforsikringslovens § 6 udfærdigede bestemmelser for tiden indtil 30. september 1960 har gyldighed også for tiden indtil 31. marts 1961.

Bemærkninger til lovforslaget.

De gældende regler om den offentlige sygeforsikring findes i lov om folkeforsikring, jfr. bekendtgørelse nr. 228 af 12. september 1957.

I de senere år har der været rejst spørgsmål om en række ændringer i denne lovgivning, heraf flere af betydelig rækkevidde, f. eks. om ændring i de økonomiske betingelser for medlemsskab, i de for medlemsskab gældende helbreds- og aldersbetingelser samt i varighedsbegrænsningerne og i reglerne om sygekassernes ydelser, herunder dagpengene, om en forenkling af sygekassernes administration og om ændring i reglerne om fribefordring.

Under hensyn hertil nedsattes i 1954 en kommission til behandling af de foreliggende problemer inden for sygeforsikringen, „Sygeforsikringskommissionen af 1954“.

Denne kommission har i august 1959 afgivet sin betænkning („Betænkning om den offentlige sygeforsikring“, betænkning nr. 226).

På en del punkter har kommissionen enigt stillet forslag om forandringer, på andre punkter har et betydeligt flertal inden for kommissionen stillet forslag, og på en del punkter har opfattelserne været delte blandt kommissionens medlemmer.

Idet der i øvrigt med hensyn til enkeltheder henvises til betænkningen, bemærkes, at det foreliggende lovforslag i væsentlig grad bygger på de af kommissionen stillede forslag. Med enkelte, især tekniske og redaktionelle, ændringer er forslagene således fulgt, hvor indstillingen har været enstemmig eller er afgivet af et altovervejende flertal i kommissionen.

Ved lovforslaget er det tilstræbt at fortsætte de sidste menneskealdres udvikling af sygeforsikringen henimod en fælles ordning for hele befolkningen. Ved bestræbelserne herfor er dog taget hensyn til væsentlige forhold i det bestående system, der bør søges opretholdt.

Det forudsættes, at sygeforsikringen fremdeles opbygges på økonomisk og administrativt selvstændige sygeforsikringsorganer, som kontrolleres af det offentlige, men ikke at staten eller kommunerne skal overtage sygeforsikringen.

Endvidere foreslås, at nydende medlemsskab i sygeforsikringen fremdeles skal være frivilligt.

Med hensyn til de goder, der gennem sygeforsikringen stilles til rådighed for befolkningen, forudsættes opretholdt den hidtidige lægeordning, hvorefter lægehjælpen er gratis for den del af befolkningen, som hidtil har kunnet få nydende medlemsret i de anerkendte sygekasser, såfremt for-

skellige betingelser om lægehjælpens form overholdes, medens lægeordningen for den bemidlede del af befolkningen er baseret på, at sygeforsikringen godtgør en del af de afholdte udgifter til lægehjælp.

I det væsentlige opretholdes tillige den begrænsning i det offentliges tilskud til sygeforsikringen, at sådanne tilskud kun gives til den ubemidlede del af befolkningen.

Med bevarelse af disse principper i den nuværende ordning foreslås i nærværende lovforslag en væsentlig ændring i sygeforsikringens opbygning, idet der i administrativ henseende tænkes gennemført en enhedsordning for alle, uanset økonomiske forhold.

Der foreslås en vis begrænsning i antallet af sygekasser, hvis stedlige område normalt skal være en eller flere kommuner, og der foreslås et nærmere samarbejde mellem sygekasserne og kommunalbestyrelserne.

Tillige foreslås afskaffet de regler — alders- og helbreds-betingelser for optagelse som nydende medlem og begrænsning i varigheden af sygeforsikringens ydelser — som hidtil har medført, at sygeforsikringen ikke altid har kunnet yde bistand til dem, som i særlig høj grad har behov for hjælp i sygdomstilfælde. I forbindelse hermed foreslås det at opretholde og udbygge bestemmelserne om det bidragydende medlemsskab for personer, der ikke er nydende medlemmer, jfr. nærmere nedenfor om begrundelsen for dette.

En række brist i reglerne om de ydelser, der stilles til rådighed, foreslås afhjulpel, og særlig foreslås, at den forsikringsform, der stilles til rådighed for den bemidlede del af befolkningen, gøres lige så dækkende som den forsikringsform, der stilles til rådighed for de ubemidlede.

For ydelsernes vedkommende kan især fremhæves forslaget om en væsentlig udbygning af dagpengeordningen. For personer, der har lønnet arbejde for andre, foreslås indført en alle omfattende dagpengeordning; for andre persongrupper foreslås adgang til en frivillig dagpengeforsikring med væsentligt forbedrede dagpengebeløb.

Hertil kommer en række bestemmelser, der rationaliserer og forbedrer de gældende regler, f. eks. om kommunernes ydelse af fribefordring til og af læge m. m.

Ifølge folkeforsikringslovens § 1, stk. 2, er medlemsskab som nydende eller bidragydende medlem af den offentlige sygeforsikring en betingelse for at få folkepension. Det er regeringens hensigt i forbindelse med andre forslag om ændringer i lov om

F. t. l. om den offentlige sygeforsikring.

folkeforsikring at foreslå denne betingelse ophævet. Det samme gælder forbindelsen mellem medlemskab i sygekasserne og medlemsskab af invalideforsikringen.

Som følge af, at forbindelsen mellem sygeforsikringen og de i øvrigt i folkeforsikringsloven indeholdte regler herefter ophæves, og som følge af, at det har været nødvendigt at foretage en omskrivning og en ny opstilling af samtlige bestemmelser om sygeforsikring, fremtræder nærværende forslag som forslag til en selvstændig lov om den offentlige sygeforsikring. I denne lov er dagpengeordningen for lønarbejdere indarbejdet som et selvstændigt afsnit under hensyn til denne ordningens alle omfattende karakterer.

I øvrigt bemærkes følgende om hovedtrækkene i de foreslåede forandringer:

1) *Sygeforsikringens almindelige organisation.*

Lovforslaget bygger ligesom kommissionens flertal på den forudsætning, at der opretholdes en sygekassegrænse, således at den offentlige sygeforsikring fremdeles skal være forskellig for personer, hvis indtægt er under, og personer, hvis indtægt er over denne grænse, jfr. nedenfor om fastsættelsen heraf.

I overensstemmelse med det af en række medlemmer i kommissionen stillede forslag forudsættes imidlertid begge dele af sygeforsikringen baseret på *ét forsikringsorgan*, de statsanerkendte sygekasser, således at de nydende medlemmer inden for hver sygekasse henføres til to grupper: *Gruppe A*, nydende medlemmer, hvis indtægt er under den fastsatte grænse, og *gruppe B*, nydende medlemmer over grænsen.

Medlemsgruppe B vil stort set svare til de nuværende fortsættelsessygekassers medlemskreds, der således overføres til sygekasserne.

I det forslag herom, der skitseredes i betænkningen (s. 122-126), forudsattes, at forsikringerne for gruppe A og for gruppe B skulle have særskilt økonomi, og at der skulle foretages en udligning af udgifterne for samtlige B-afdelinger inden for hver centralforening af sygekasser.

Det foreliggende lovforslag adskiller sig fra denne skitse ved, at der inden for hver sygekasse foreslås fælles økonomi og fælles forsikringsmæssig risiko for A- og B-gruppen uden nogen udligning mellem B-grupperne gennem centralforeningen. Begrundelsen herfor er dels, at denne ordning er administrativt enklere, dels at man har lagt vægt på det i betænkningen side 126 udtalte om, at en udligningsordning kunne svække de enkelte sygekassers interesse i at administrere B-afdelingen økonomisk.

Forslaget om at basere hele den offentlige syge-

forsikring på ét forsikringsorgan vil medføre den administrative fordel, at overflytninger mellem sygekasser og fortsættelsessygekasser ikke skal finde sted, men simpelthen erstattes med en registrering af en ændring af medlemsskabets karakter inden for samme kasse.

I administrativ henseende hænger forslaget tillige naturligt sammen med forslaget om, at der fremtidig i hver kommune kun skal findes én anerkendt sygekasse, idet den herved tilstræbte forenkling af samarbejdet mellem sygekasser og folkeregistre vil være af begrænset værdi, hvis der tillige for en del af befolkningen findes et andet almindeligt, offentligt sygeforsikringssystem. Tilsvarende vil administrationen af den foreslåede dagpengeordning for lønarbejdere blive forenklet, når al dagpengeudbetaling finder sted fra samme kasse til dennes medlemmer.

Hertil kommer, at den personlige kontakt mellem medlemmer og ledelse lettere kan opnås i de mindre, lokale kasser end i kasser for hele landsdele.

Forslaget er endvidere en naturlig forudsætning for andre væsentlige led i lovforslaget:

Når man, som tilfældet er, opstiller som et mål, at der ikke blot straks efter lovens ikrafttræden, men også i fremtiden så vidt muligt skal stilles samme ydelser til rådighed for personer under og personer over grænsen, vil en fælles ledelse af den offentlige sygeforsikring for begge medlemsgrupper være påkrævet.

Den nedenfor omtalte ophævelse af helbreds- og aldersbetingelser for optagelse i sygeforsikringen og af den nuværende begrænsning i varigheden af sygeforsikringens ydelser må forudsætte, at der skabes den bredest mulige forsikringsmæssige basis for den offentlige sygeforsikring, når denne fremdeles skal baseres på frivillighed. Det vil derfor være nødvendigt at lade forsikringen for medlemmer under og over grænsen få fælles økonomi og fælles risiko. Uden et sådant fællesskab ville i øvrigt også administrationen af det bidragydende medlemsskab blive væsentligt kompliceret, idet også bidragydende medlemmer da måtte henføres til hver sin del af forsikringen, jfr. forudsætningen herom i betænkningen side 71, en ordning der endda ikke ville give sikkerhed for en rimelig fordeling af indtægten fra det bidragydende kontingent.

Etableringen af en fælles økonomi medfører yderligere, at det bliver muligt at give en noget større valgfrihed for den enkelte person med hensyn til, hvilken forsikringsform han foretrækker, idet man udelukker risikoen for, at personer med lav sygelighed måtte vælge en bestemt

forsikringsform, jfr. betragtningerne herom i betænkningen side 96-97. Lovforslaget går derfor ud på, at det alene skal påses, om en person efter sine økonomiske forhold er berettiget til at være medlem i A-gruppen og dermed berettiget til at nyde fordel af offentlige tilskud og af overenskomstmæssige forhold, mens det overlades til den enkelte selv, om han måtte foretrække medlemsskab i B-gruppen mod det hertil hørende højere kontingent, selv om hans økonomiske forhold berettiger ham til at overgå til A-gruppen, jfr. nærmere forslagene til §§ 9-10 med tilhørende bemærkninger.

Lovforslaget går nærmere ud på, at alle uanset deres økonomiske forhold vil få adgang til optagelse som nydende medlemmer i sygekasserne. Som hovedprincip foreslås, at disse giver de samme ydelser til medlemmer i begge grupper. Ved gennemførelsen heraf tages dog som foran berørt hensyn til de eksisterende forhold, således at der ikke gribes ind i den forskel, der nu er mellem lægeordningen for de 2 slags forsikringer, og således at der ikke røres ved de forskelligheder, der hænger sammen med overenskomsterne mellem sygekasser og organisationer af læger, jordemødre, tandlæger og andre vedrørende sygekassernes nuværende nydende medlemmer.

Tillige — og til en vis grad som sidestykke til den forskel i hjælpens form, det fornævnte medfører — foreslås kun i begrænset omfang ydet offentligt tilskud til forsikringen for medlemmerne i gruppe B. Det foreslås, at der også til disse medlemmer gives det samme faste tilskud pr. medlem pr. år (5 kr.), som hidtil er ydet de anerkendte sygekasser, og det foreslås, at der gives samme statstilskud ($\frac{3}{4}$ af prisen) til den såkaldte livsvigtige medicin som det, der hidtil er givet til sygekassernes medlemmer, jfr. herom nærmere nedenfor, hvoraf det fremgår, at dette tilskud erstatter et lige så stort tilskud, som hidtil er ydet af apotekerfonden. Desuden foreslås, at der også for medlemmer i gruppe B fremtidig gives den nedsættelse i sygehustaksterne (til det halve), som hidtil er givet til de ubemidlede nydende medlemmer af sygekasserne.

For de enkelte medlemmer vil ved overgangen fra gruppe A til gruppe B retten til de samme ydelser som hidtil (i gruppe A) blive bevaret. Ligesom fortsættelsessygekassernes nuværende medlemmer vil de desuden efter overgangen til gruppe B få ret til frit at vælge, til hvilken læge de ønsker at henvende sig, en ret, som bl. a. modsvares af, at de alene får refusion af en nærmere angivet del af lægeudgifterne, og af at der ikke foreslås statstilskud til delvis dækning af sygekassernes udgifter til denne refusion. Noget lignende gør

sig gældende for andre ydelser, såsom jordemoderhjælp og tandlægehjælp, jfr. herom nærmere forslaget § 18 og de dertil hørende bemærkninger.

I forhold til den nuværende ordning betyder retten til de samme ydelser særlig, at medlemmerne i B-grupperne fremtidig vil få adgang til — udover de ydelser, denne persongruppe nu kan opnå fra fortsættelsessygekasserne — at få en forøgelse af refusionen af udgifterne til speciallægehjælp i takt med den udbygning, der må påregnes at ville ske af denne lægehjælp for medlemmer i A-grupperne; tillige vil medlemmerne i B-grupperne fremtidig få medicinhjælp som medlemmerne i A-grupperne, og de vil få adgang til fri hjemmesygepleje, tilskud til tandbehandling, tilskud til briller m. m. Endvidere foreslås der i loven givet hjemmel til sygekasserne til frivilligt at sørge for fri ambulancekørsel for B-medlemmerne til hospital.

Som nævnt ovenfor må medlemmerne af B-grupperne betale et højere medlemskontingent end medlemmerne af A-grupperne. Forskellen mellem de 2 gruppers kontingent vil svare til forskellen på statstilskud til de 2 medlemsgrupper samt den eventuelle (mindre) udgift til kollektiv ordning af ambulancekørsel til hospital for B-gruppen.

Denne forskel vil variere efter den enkelte sygekasses udgifter, men et billede fås dog af de hittidige gennemsnitlige statstilskud. Disse var i 1958 gennemsnitligt pr. nydende medlem i sygekasserne ca. 29 kr., når der bortses fra den del af tilskuddet, der vedrører dagpengeudgiften. Lovforslaget går ud på, at der for medlemmer af B-gruppen gives samme personlige statstilskud pr. medlem som for medlemmer af A-gruppen, d. v. s. 5 kr. årlig, og at staten for begge grupper giver sygekasserne samme medicintilskud, hvilket i 1957 udgjorde ca. 3 kr. årlig pr. medlem. Den gennemsnitlige forskel på kontingentet for medlemmer i A-gruppen og B-gruppen vil således blive tilsvarende mindre end det nævnte beløb af 29 kr., d. v. s. ca. 21 kr. årlig eller knapt 2 kr. månedlig.

Til sammenligning kan nævnes, at kontingentet i fortsættelsessygekasserne hidtil har været af lignende størrelse som det gennemsnitlige kontingent i sygekasserne. Merudgiften, ca. 21 kr. årlig, vil således være udtryk for den pris, medlemmerne af B-gruppen må betale for at få udvidet deres rettigheder til de samme ydelser, som sygekassernes medlemmer hidtil har modtaget.

Fortsættelsessygekasserne er som nævnt i betænkningen side 26-30 oprettet på initiativ af sygekassernes centralforeninger, og de har hele tiden virket i nøje samarbejde med sygekasserne. Som

medlemmer af dem kan, jfr. folkeforsikringslovens §§ 31 og 32, alene optages personer som efter deres økonomiske forhold ikke kan blive nydende medlemmer i de anerkendte sygekasser. Endvidere er der ret for sygekassemedlemmer til overførelse til fortsættelsessygekasserne, når de bliver bemidlet, og omvendt er der ret til fortsættelsessygekassemedlemmerne til overførelse til sygekasserne, når de bliver ubemidlede.

Lovgivningen har således — også før folkeforsikringsloven — placeret fortsættelsessygekasserne som et direkte led i den offentlige sygeforsikring, og kasserne har fra deres oprettelse skullet fungere således. Den naturlige følge af en nyordning efter de i lovforslaget anlagte retningslinjer, jfr. foran, må imidlertid være, at fortsættelsessygekassernes virksomhed må ophøre, således at den overtages af sygekasserne, til hvis gruppe B medlemmerne overføres. Hvad angår fortsættelsessygekassernes formuer er der anledning til at gøre opmærksom på, at disse udgøres af den reservefond, der er dannet efter krav fra statens tilsyn og dermed dannet som led i hele den statskontrollerede ordning, der har betinget kassernes virksomhed som fortsættelsessygekasser, jfr. kravet om reservefond i folkeforsikringslovens § 33, stk. 1. Da fortsættelsessygekasserne juridisk er opbygget som selvstændige foreninger, stilles der imidlertid ikke forslag om, at en overførelse af deres formuer skal gennemføres ved lov, men det er fundet naturligt, at der ved forhandling søges tilvejebragt en aftale. Ved loven pålægges der derfor kassernes ledelse en pligt til at optage en forhandling, og der angives en fremgangsmåde for overførelse af medlemmerne for det tilfælde, at en aftale ikke opnås inden en vis frist, jfr. nærmere § 65.

Udover den fornævnte principielle omlægning af sygeforsikringen stilles der i lovforslaget forskellige andre forslag til ændringer af den administrative opbygning, herunder at der kun bør findes én sygekasse i hver kommune (§ 2, stk. 3), og at der skal vælges repræsentanter for kommunalbestyrelsen i sygekassebestyrelserne m. m. (§ 3, stk. 2).

Desuden stilles bl. a. nogle forslag om ændring af sygekassegrænsen for ikke-forsørgere og for forsørgere med børn (§ 9, stk. 2). Om disse forslag henvises til de enkelte paragraffer og bemærkningerne hertil.

Ved ændringen af sygeforsikringen til et system med A- og B-grupper foreslås som nævnt ydet visse statstilskud til B-grupperne. Heraf vil alene det faste tilskud pr. medlem på 5 kr. årlig give reelle merudgifter, idet tilskuddet til medicin modsvares af en lige så stor besparelse for apotekerfonden, hvilken besparelse påregnes at komme

medicinforbrugerne tilgode på anden måde. Merudgiften vil herefter blive godt 2 mill. kr.

Tillige foreslås, at den hidtidige særlige takstnedsættelse for indlæggelse af sygekassemedlemmer på sygehus udvides til at omfatte begge grupper. Denne ændring vil medføre en nedgang af sygehusenes takstindtægter, men som følge af sygehuslovens regel om beregning af statens tilskud til sygehuse vil en del heraf blive modsvaret af en forøgelse af dette tilskud, antagelig knap 2 mill. kr.

Den samlede merudgift for statskassen ved forslaget vil således blive ca. 4 mill. kr.

2) Ophævelse af alders- og helbredsbetingelser for optagelse og af varighedsbegrænsningen i sygeforsikringens ydelser.

I overensstemmelse med flertalsforslagene i kommissionen går lovforslaget ud på, at der fremtidig ikke skal gælde *alders- eller helbredsbetingelser* for optagelse som medlem af den offentlige sygeforsikring.

Da sygeforsikringen baseres på frivillighed, er det dog nødvendigt at modvirke et eventuelt misbrug af denne ret ved, at indmeldelse udsættes til en højere alder, hvor større skrøbelighed vil bevirke, at pågældende bliver et dyrere medlem for forsikringen. I overensstemmelse med kommissionsflertallet foreslås dette problem løst ved, at den hidtidige pligt til bidragydende medlemsskab opretholdes, men udbygges således, at bidraget sættes i et rimeligt forhold til den merudgift, en udsættelse af overgang til det nydende medlemsskab vil påføre systemet. Det foreslås, at kontingentet fastsættes til 24 kr. årlig for hvert medlem.

Uden en sådan regel ville det være påkrævet at modvirke den nævnte risiko på anden måde. Over for medlemmerne ville dette give sig udslag i krav om en væsentlig længere ventetid ved indmeldelse som nydende medlem (bortset fra direkte overgang fra dækning gennem forsørgerens forsikring), og i administrativ henseende måtte det være påkrævet at fastsætte varierede kontingenter i forhold til indmeldelsesalderen, en udvej, der ville være væsentligt besværligere end det bidragydende medlemsskab.

Forslaget går nærmere ud på, at børn fremtidig omfattes af deres forsørgeres forsikring indtil det fyldte 16. år (imod nu: det 15. år).

Medens adgangen til selvstændigt medlemsskab efter den gældende lov først indtræder ved det 14. år og kun for specielle grupper kan indtræde tidligere, foreslås det, at der uden aldersgrænse nedad kan tegnes selvstændig forsikring i sygekasserne for alle børn, hvilket vil dække ethvert behov for sådan forsikring.

For personer, der vil være nydende medlem i direkte fortsættelse af den periode, i hvilken de var dækket af forsørgerens forsikring — eller når medlemskab ønskes før det 16. år — foreslås der inden for en kortere frist efter det 16. år adgang til optagelse som nydende medlem uden nogen ventetid. Denne frist foreslås fastsat til 3 måneder. Hvis indmeldelse som nydende medlem ikke har fundet sted inden da, opstår pligten til indmeldelse som bidragydende medlem, og hvis denne pligt ikke overholdes, registreres pågældende automatisk som bidragydende medlem fra 3 måneders-dagen efter det fyldte 16. år. Ved begæring om optagelse som nydende medlem efter dette tidspunkt kan sådant medlemskab opnås uanset alder. For at undgå risiko for misbrug ved, at indmeldelse som nydende medlem alene sker under kortvarige sygdomsperioder, må dog ligesom efter den gældende lov kræves en ventetid, før ret som nydende medlem opnås; den foreslås som hidtil fastsat til 6 måneder.

Kontingentrestancer for bidragydende medlemskab foreslås som hidtil overgivet til kommunalbestyrelsen til inddrivelse, men der foreslås ingen regler om, at rettighederne som bidragydende medlem ophører ved *resance*, d. v. s. at muligheden for at blive nydende medlem og pligten til indtil da at betale kontingent som bidragydende medlem ingensinde ophører. Visse grupper foreslås fritaget for pligten til bidragydende medlemskab, jfr. forslaget til § 6; andre grupper foreslås fritaget for kontingentbetaling, jfr. forslaget til §§ 33 og 34.

De hidtidige regler i folkeforsikringslovens § 21 om *begrænsning i varigheden* af sygekassernes ydelser er ikke medtaget i lovforslaget; der vil således fremover ikke gælde nogen begrænsning på dette punkt, hvorfor forsørgerlovens §§ 241 ff. om fortsat sygekassehjælp vil kunne ophæves.

Til forslaget om ophævelse af alders- og helbreds-betingelser knytter sig en særlig *overgangsbestemmelse*, som hjemler, at disse begrænsninger ophører straks ved lovens stadfæstelse (§ 71).

Det er i betænkningen (s. 77-78) anslået, at ophævelsen af alders- og helbreds-betingelser i forbindelse med de dermed forbundne forslag om det bidragydende medlemskab m. m. samt ophævelsen af varighedsbegrænsningen i sygeforsikringens ydelser vil forøge statens tilskud med 1,3 mill. kr. Ved det samtidige bortfald af de særlige tilskud ifølge folkeforsikringslovens § 13, stk. 3-4, og § 74, stk. 2, vil staten og kommunerne spare 2,1 mill. kr., fordelt med halvdelen til hver. Statens samlede udgift bliver således uændret.

På grund af den med ændringerne forbunden udbygning af det bidragydende medlemskab vil der

ikke ske nogen forskydning i sygekassernes økonomi.

Udover besparelsen ved bortfaldet af tilskuddet efter folkeforsikringslovens § 13, stk. 3-4, og § 74, stk. 2, vil der for kommunerne blive en besparelse som følge af, at den fortsatte sygekassehjælp bortfalder, og som følge af, at trangtilfælde, der hidtil er afhjulpeth af kommunehjælp, og som skyldes manglende dækning fra sygeforsikringen, fremtidig vil blive afhjulpeth gennem denne.

3) *Dagpenge i sygdomstilfælde m. m.*

Lovforslaget bygger med hensyn til dagpenge i hovedsagen på kommissionens forslag i betænkningen s. 184-228.

Der er dog af redaktionelle grunde foretaget forskellige forandringer, og der er foretaget den realitetsændring, at den periode, hvori dagpenge længst kan ydes, foreslås fastsat til 156 dage (imod kommissionens forslag om 120 dage) inden for 12 måneder. Endvidere foreslås finansieringen ændret noget, jfr. nedenfor.

Forslaget om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde er indarbejdet i lovforslaget som et særligt afsnit (afsnit II, §§ 49-60). I lovens afsnit I om sygeforsikringen findes (i §§ 25-32) de hertil svarende regler om frivillig dagpengeforsikring for andre medlemmer af sygekasserne. I bemærkningerne til disse bestemmelser omtales enkeltheder udførligt.

For *lønarbejdere* er lovforslaget en udbygning af den i henhold til mæglingforslaget af 31. marts 1956 oprettede sygelønsordning. Der foreslås adgang til dagpenge med 21 kr. til forsørgere, 16 kr. for andre lønarbejdere over 18 år og 8 kr. for andre lønarbejdere under 18 år. Disse beløb svarer for en forsørger pr. uge til det beløb, som efter sygelønsordningen kan opnås af en voksen mandlig arbejder, som fuldt ud udnytter sin ret efter reglerne om sygekassedagpenge. I forslaget indgår den ændring, at dagpengenes størrelse bliver den samme for mandlige og kvindelige arbejdere, idet gradueringen i stedet foretages efter forsørgerforhold.

I modsætning til sygelønsordningen foreslås retten til udbetaling af dagpenge også for lønarbejdere betinget af nydende medlemskab af sygekasse. Som det fremgår af det foran omtalte, vil denne adgang fremtidig stå åben for enhver uanset alder eller helbred, og man har derfor fundet det rimeligt at stille kravet om medlemskab, hvilket dels vil medføre væsentlige administrative lettelser, dels må ses som udtryk for en naturlig interesse i, at der også sikres nødvendig

sygebehandling for personer, der er omfattet af en almindelig adgang til dagpenge.

Ordningen for lønarbejdere er, uanset denne betingelse for udbetalingen, at betragte som pligtig for alle på den måde, at der af samtlige lønarbejdere og af disses arbejdsgivere skal udredes de nedenfor omtalte bidrag til ordningens finansiering.

Kommissionens forslag gik ud på, at ca. $\frac{2}{3}$ af denne dagpengeordning skulle finansieres ved arbejder- og arbejdsgiverbidrag, og resten skulle udredes af statskassen. Gennemførelsen heraf skulle ske ved, at det hidtidige arbejderbidrag til sygelønsordningen på 1 øre pr. arbejdstime skulle forhøjes til $1\frac{1}{2}$ øre, og det hidtidige arbejdsgiverbidrag på 2 øre pr. arbejdstime skulle opretholdes uændret.

Lovforslaget går ud på, at det nuværende forhold mellem størrelsen af arbejder- og arbejdsgiverbidrag opretholdes uændret, således at disse bidrag begge forhøjes med 50 pct. til henholdsvis $1\frac{1}{2}$ og 3 øre pr. arbejdstime, medens statskassen forudsættes at betale ca. $\frac{1}{6}$ af udgifterne.

De angivne dagpengesatser finder også anvendelse ved ydelse af dagpenge i barseltilfælde, et forslag, som dækker ikke alene de grupper, som hidtil i medfør af arbejderbeskyttelseslovgivningen har haft adgang til en særlig dagpengehjælp, men samtlige lønarbejdere.

Kommissionen har foreslået, at halvdelen af udgifterne til barseldagpenge afholdes af statskassen, og den anden halvdel af vedkommende kommune. Lovforslaget går ud på, at hele udgiften ved barseldagpengene ligesom hidtil for de særlige barseldagpenge til kvinder, der er omfattet af arbejderbeskyttelseslovgivningen, skal dækkes af kommunerne, og at dette skal ske ved, at udgifterne fordeles på de enkelte kommuner efter reglerne om mellemkommunal refusion.

Den dagpengeordning, der foreslås for *andre nydende medlemmer af sygekasserne* end lønarbejdere, jfr. forslaget §§ 25-32, er opbygget som et frivilligt system, hvori der kan sikres dagpenge på et beløb fra 5 til 21 kr. pr. dag, dog med lavere maksimum (8 kr.) for husmødre uden erhverv.

I det omfang, det har været praktisk muligt, er reglerne om udbetaling af dagpenge ens i begge systemer.

Udgifterne ved den frivillige dagpengeordning foreslås dækket ved medlemskontingent, og ved samme statstilskud som hidtil til sygekassernes ydelser: $\frac{1}{4}$ af udgifterne. Da statens støtte til lønarbejderdagpenge ydes også for B-medlemmer, foreslås tilskudet ydet til begge grupper, jfr. forslaget til § 37.

Forskellige regler i de 2 afsnit udelukker, at

ersponer ved overgang fra den ene ordning til den anden ordning, skulle komme til at stå uden mulighed for dagpenge, fordi de ikke ved overgangen opfylder de i § 25 angivne alders- og helbreds- betingelser for adgang til den frivillige forsikring. Herom henvises til bemærkningerne til § 49.

De økonomiske forhold i forbindelse med den foreslåede dagpengeordning kan anslås at blive følgende, jfr. det i betænkningen s. 201-202 og s. 225-226 angivne, dog med hensyntagen til forøgelsen af dagpengeperioden fra 120 til 156 dage (der anslås at forøge udgiften med 2. mill. kr.).

Udgifter:

Sygedagpenge til lønarbejdere.....	85,0 mill. kr.
Barseldagpengetillønarbejdere.....	6,0 — -
	<hr/>
	91,0 mill. kr.
Sygedagpenge og barseldagpenge, frivillig ordning	4,0 — -
	<hr/>
Udgifter i alt... ..	95,0 mill. kr.

Indtægt:

Arbejdsgiverbidrag (3 øre pr. time) godt	47,0 mill. kr.
Arbejderbidrag (1,5 øre pr. time) knap.....	24,0 — -
Kommunernes dækning af barseldagpenge til lønarbejdere.....	6,0 — -
Medlemsbidrag til frivillig ordning, $\frac{3}{4}$ af udgiften.....	3,0 — -
Statens tilskud.....	15,0 — -
	<hr/>
Indtægter i alt... ..	95,0 mill. kr.

Da statens udgift til sygekassernes nuværende dagpengeordning er 2,5 mill. kr., bliver den samlede merudgift for statskassen ca. 12,5 mill. kr.

4) Forbedring af andre ydelser fra sygekasserne og af fribefordringsreglerne.

Om de forbedringer og andre ændringer, der foreslås for sygekassernes øvrige ydelser og for fribefordringsreglerne, henvises til forslaget §§ 11-24 og de hertil hørende bemærkninger.

Forandringerne går blandt andet ud på at ajourføre lovens bestemmelser og på visse punkter at tydeliggøre dem. Af reelle forandringer kan nævnes, at speciallægehjælpen optages i loven med det formål at tilskynde til en udbygning af denne hjælp. For sygehusbehandling m. v. foreslås en affattelse, der blandt andet vil hjemle betaling for behandling på alkoholistbehandlingsinstitutioner. Tandlægehjælpen foreslås gjort pligtig i kommuner med en skoletandplejeordning. Den fri hjemmesygepleje

foreslås udvidet til også at omfatte B-medlemmer. Adgangen til lægehjælp til fødende, herunder til narkose, foreslås udvidet til at omfatte alle, der ønsker det.

Fribefordringsreglerne er søgt forenklet, og forskellige skævheder foreslås ændret.

5) Lovforslagets samlede økonomiske virkninger.

I tilslutning til de bemærkninger, der er gjort foran til de enkelte afsnit, bemærkes, at lovforslaget medfører følgende *merudgifter for statskassen*:

Den under afsnit 1) omtalte ændring af sygeforsikringens struktur:

Statstilskud, 5 kr. årlig pr. B-medlem	ca. 2 mill. kr.	
Forøgelse af statstilskud til sygehusene på grund af nedsat takst også for B-medlemmer	ca. 2 — —	
		4 mill. kr.

Ophævelsen af alders- og helbredsbestemmelserne samt varighedsbegrænsning af sygeforsikringens ydelser 1 — —

Bortfald af tilskud for kronisk syge . . ÷ 1 — —

Forslag til dagpengeordning 12,5 — —

Samlet merudgift for statskassen ca. 16,5 mill. kr. bortset fra en eventuel merudgift som følge af forbedring af forskellige ydelser (hvortil statens tilskud udgør $\frac{1}{4}$ af udgiften for A-medlemmerne).

Statstilskuddet til medicin til B-medlemmerne modsvares af et lige så stort tilskud fra apotekerfonden, der bortfalder.

For *kommunerne* medfører forslaget en udgift til barseldagpenge på 6 mill. kr., medens kommunernes udgift i henhold til folkeforsikringslovens § 13, stk. 4 til barseldagpenge, samt et hidtidigt tilskud fra kommunerne vedrørende forskellige medlemmer optaget med vedtegning om hyppigt tilbagevendende eller uheldelige sygdomme eller legems svaghed har udgjort ca. 2 mill. kr. Denne udgift bortfalder, og tillige bortfalder udgiften til forsorgshjælp til personer, der ikke har kunnet få hjælp af sygekassen. Merudgiften for kommunerne udgør således højst 4 mill. kr. bortset fra eventuelle merudgifter til fribefordring.

For *sygekassernes* hidtidige nydende medlemmer påregnes ingen væsentlige forandringer. For tidligere medlemmer af fortsættelsesygekasserne til medlemsskab i en sygekasses gruppe B som foran nævnt medføre en forøgelse af medlemsbidraget, antagelig på gennemsnitlig ca. 21 kr. årlig pr.

medlem. Samtidig vil disse medlemmers hidtidige rettigheder blive udvidet til at omfatte de ydelser, sygekassernes medlemmer hidtil har haft krav på.

Yderligere kan nævnes de foran omtalte *arbejder- og arbejdsgiverbidrag* til dagpengeordningen.

Bemærkninger til de enkelte paragraffer:

Til § 1.

Bestemmelsen fastslår indledningsvis retten til nydende medlemsskab af den offentlige sygeforsikring og pligten for personer, der ikke er nydende medlemmer, til at være bidragydende medlemmer. Dette ligger på linie med den nuværende affattelse af folkeforsikringslovens § 1, stk. 1, med de ændringer, der er en følge af, at der fremtidig kun påtænkes én slags sygeforsikringsorganer, sygekasserne.

Til § 2.

Stk. 1 svarer til folkeforsikringslovens § 2, stk. 1, 1. og 2. pkt.

I overensstemmelse med kommissionens forslag (betænkningen side 117-118) foreslås fremtidig kun anerkendt én sygekasse i hver kommune, dog bortset fra eksisterende landsomfattende sygekasser, (d. v. s. „Døves sygekasse“, idet Statsbanepersonalets sygekasse, som ligeledes forudsættes opretholdt, anerkendes i henhold til den særlige lovgivning herom, jfr. f. t. lov af 27. marts 1934). Der stilles derimod ikke forslag om, at en sygekasses område højst må omfatte én kommune, idet der i et betydeligt antal tilfælde findes sygekasser omfattende flere mindre kommuner, hvilket må anses for ønskeligt. Den foreslåede hjemmel til særregler for København og Frederiksberg er begrundet med, at den eksisterende ordning i disse kommuner er baseret på distriktssygekasser i et nøje samarbejde; men efter lovens forudsætning om, at der for hvert område kun skal findes én anerkendt sygekasse, vil der ikke blive tale om dispensation til at opretholde fagkasser.

Når der kun kan anerkendes én sygekasse i hver kommune, er de hidtidige bestemmelser i folkeforsikringslovens §§ 2 og 4 om faglige sygekasser unødvendige. Om de problemer, som må løses ved sammenlægning af flere bestående sygekasser inden for samme kommune, henvises til overgangsbestemmelserne i § 64.

Man har fundet det unødvendigt i loven fortsat at medtage reglerne i folkeforsikringslovens § 2, stk. 3, om de aktstykker, der skal fremsendes sammen med begæring om anerkendelse af en sygekasse, idet der faktisk er anerkendt sygekasser omfattende hele landet, og det afgørende er, at

anerkendelse kun kan opnås, såfremt de i loven indeholdte forskrifter er opfyldt.

Det er ikke nødvendigt i loven at foreskrive, at der altid skal findes en sygekasse for ethvert område, da der allerede findes sygekasser for alle områder af landet, og da de problemer, der kunne opstå ved en sygekasses ophør, vil løses ved de i § 63 foreslåede regler, der sikrer medlemmerne overgang til en anden sygekasse. Den hidtidige bestemmelse i folkeforsikringslovens § 80, stk. 1, som alene har haft betydning for Christiansø, er herefter udeladt som unødvendig.

Til § 3.

Svarer til folkeforsikringslovens § 5, stk. 1, nr. 2 og § 26, stk. 7.

Stemmeret til kassernes kompetente forsamlinger foreslås givet alene til sygekassernes nydende medlemmer, d. v. s. at den hidtidige regel i folkeforsikringslovens § 22, stk. 3, om adgang til stemmeret for bidragydende medlemmer ophæves. Denne nye regel er en naturlig følge af, at alle uanset indtægtsforhold efter lovforslaget vil få adgang til nydende medlemskab. Der kan herefter for bidragydende medlemmer ikke være nogen interesse i at få indflydelse på sygekassens ledelse, så længe de ikke har valgt at overgå til nydende medlemskab, idet samtlige forhold, der vedrører de bidragydende medlemmer, udtømmende er angivet i nærværende lovforslag.

I overensstemmelse med kommissionens forslag (betænkningens s. 118-119) er som ny regel i stk. 2 foreslået, at kommunalbestyrelsen skal vælge en fjerdedel, mindst 2 medlemmer af sygekassens bestyrelse. Forslaget stiller kommunalbestyrelsen frit med hensyn til, om den vil vælge disse medlemmer inden for dens egne rækker. Det er fundet naturligt, at de nærmere regler, herunder om de problemer, der opstår, når en sygekasses område omfatter flere kommuner, fastsættes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren.

Der foreslås sikret en passende repræsentation for begge grupper nydende medlemmer, såvel dem over som under grænsen, jfr. betænkningen s. 124; det er herved fundet naturligt i loven at fastsætte, at hver medlemsgruppe skal have ret til (hvis den kræver det) at vælge mindst ét medlem af bestyrelsen.

Det bemærkes i øvrigt, at antallet af bestyrelsesmedlemmer i de fleste sygekasser er 7.

Til § 4.

Svarer til folkeforsikringslovens § 5, bortset fra det i lovforslagets § 3 optagne, og således, at op-

regningen af vedtægtens indhold er erstattet med en henvisning til en af direktøren for sygekassevæsenet udarbejdet mønstervedtægt. Det bemærkes herved, at fornøden hjemmel til forskrifter om vedtægtens indhold findes i de respektive bestemmelser i loven. En til den hidtidige regel i folkeforsikringslovens § 5, stk. 3, svarende bestemmelse findes i § 63.

Sidste punktum svarer til folkeforsikringslovens § 12, stk. 8, 1. punktum.

Til § 5.

I denne bestemmelse er samlet reglerne om betingelserne for nydende medlemskab og om det tidspunkt, på hvilket rettighederne som nydende medlem indtræder, m. m.

Sygekassernes deling i grupper for medlemmer under og over den fastsatte indtægtsgrænse findes i forslaget § 9. Regelen i § 5 har således kunnet affattes generelt for alle nydende medlemmer, og af den hidtidige bestemmelse i folkeforsikringslovens § 6 er derfor udeladt kravet om ubemidlet.

Regelen i folkeforsikringslovens § 6, stk. 5, 2. punktum, er ændret, således at aldersgrænsen for børn omfattet af forsørgerens forsikring er forhøjet fra 15 til 16 år, jfr. forslaget i betænkningen s. 71-72.

Efter folkeforsikringslovens § 6, stk. 5, 1. punktum, har optagelse som selvstændigt medlem hidtil kun kunnet ske for personer i alderen 14-60 år. Sidstnævnte aldersgrænse er ikke medtaget i forslaget, jfr. betænkningen s. 68 ff., hvor denne grænse foreslås ophævet. Aldersgrænsen nedad, 14 år, gælder efter folkeforsikringslovens § 6, stk. 1, 2. punktum, ikke for forældreløse børn og børn i opdragelseshjem m. v. Da der også herudover er tilfælde, hvor børn ikke dækkes af forsørgerens forsikring, f. eks. på grund af ophold på kostskole, og da der ikke kan knytte sig praktiske ulemper til optagelsen af et barn som selvstændigt medlem, foreslås også aldersgrænsen nedad ophævet.

I overensstemmelse med forslagen i betænkningen s. 68 ff forudsættes, at indmeldelse som nydende medlem skal kunne ske uden ventetid og uanset helbredstilstand, når indmeldelsen sker i fortsættelse af den periode, i hvilken pågældende har været dækket af forsørgerens forsikring. Tilsvarende må gælde, når et barn under 16 år indmeldes som selvstændigt medlem. Der må gives en passende, men kort frist til at ordne medlemsforholdene efter det 16. år, og det foreslås derfor, at rettigheder som nydende medlem opnås uden ventetid ved enhver indmeldelse, der finder sted senest 3 måneder efter pågældendes fyldte 16. år. Også personer, som indmelder sig efter tilflytning fra udlan-

det, må inden for en vis frist have en lignende adgang. For at undgå uberettiget udnyttelse af sygeforsikringen foreslås dog for disse personer opretholdt den i folkeforsikringslovens § 18, stk. 4, 1. punktum, hjemlede ventetid på 6 uger ved optagelse; denne ventetid, bør dog ikke gælde personer, som vender hjem efter ophold i udlandet i dansk interesse. Det bemærkes, at forslaget ordlyd, hvorefter 6-ugers fristen gælder ved direkte „optagelse“, ikke udelukker adgang til umiddelbar overflytning i henhold til overenskomst afsluttet i henhold til forslaget § 41, idet sådan overflytning ikke kan betragtes som optagelse. Da loven ikke skal have gyldighed for Færøerne og Grønland, er skilflytning herfra undtaget fra reglen om 6 ugers ventetid.

I modsætning til reglerne om direkte optagelse uden ventetid ved begæring inden visse frister foreslås som hidtil i folkeforsikringslovens § 11, stk. 8, opretholdt en ventetid på et halvt år, når overgang til nydende medlemsskab sker fra bidragydende medlemsskab, jfr. nedenfor ad § 6 samt ad §§ 33-34 om, at ventetiden fremtidig ikke vil gælde i en række resocialiseringstilfælde (§ 33, stk. 5, sidste pkt.).

Til §§ 6-7.

Som foran nævnt under de almindelige bemærkninger foreslås det hidtidige bidragydende medlemsskab opretholdt og udbygget. Det er anset for naturligt, at pligten til medlemsskab indtræder på det tidspunkt, da børns dækning af forældrenes forsikring ophører, d. v. s. fra det 16. år, idet pligtens indtræden må knyttes sammen med reglerne om ret til optagelse uden helbredsbedingungen, og idet der bør være en tilskyndelse til straks at fortsætte forældrenes forsikring. Som nævnt i § 34, stk. 1, må kontingentbetalingspligten for bidragydende medlemmer under 18 år påhvile forsørgeren.

Da retten til nydende medlemsskab tilkommer enhver, der er bosat her i landet, må det følge af ophævelsen af helbreds- og aldersbetingelser for optagelse, at pligten til bidragydende medlemsskab fremtidig ikke begrænses til personer, der har indfødsret. Da pligten til bidragydende medlemsskab ikke bør omfatte udenlandsk diplomatisk personale, foreslås socialministeren bemyndiget til at lade pligten bortfalde for sådanne.

Det skønnes naturligt at fastsætte en frist på 3 måneder efter det fyldte 16. år til at fremsætte begæring om optagelse, medens personer, som flytter her til landet fra udlandet, får en frist på et år, således at det med rimelighed kan forventes, at de er bekendt med de danske regler, og således at pligten ikke pålægges dem, der kun opholder sig her en kortere periode. For at undgå registrering i

sygeforsikringen af personer, der allerede før det 16. år er anbragt i f. eks. særforsorgsanstalter, foreslås hjemmel til at udskyde det tidspunkt, da disse personers pligt til at søge optagelse indtræder. (Der henvises tillige til bemærkningerne til § 33, stk. 5, og § 34, stk. 3, om sygeforsikringsforholdene for medlemmer, anbragt i anstalt m. v.).

Reglerne svarer i øvrigt til folkeforsikringslovens § 11 med fornødne ændringer.

For personer, der tager ophold i udlandet efter at have været medlem af den danske sygeforsikring, har der hidtil været adgang til i en periode at forblive som bidragydende medlemmer. Denne adgang har ved senere tilbagevenden her til landet været af betydning på grund af de ifølge folkeforsikringsloven gældende alders- og helbredsbedingungen for optagelse og på grund af, at medlemsskab i sygeforsikringen forudsættes for opnåelse af folkepension.

Da § 5, stk. 2, fremtidig vil tillade genoptagelse uden vanskeligheder ved tilbagevenden til landet, og det er sikret, at der end ikke kræves ventetid for personer der i dansk interesse har haft ophold i udlandet, er et sådant fortsat bidragydende medlemsskab ikke længere nødvendigt. Såfremt de pågældendes børn under ophold her i landet måtte have behov for sygeforsikring, vil dette kunne opfyldes ved børnenes selvstændige medlemsskab, jfr. forslaget til § 5, stk. 1.

I modsætning til folkeforsikringslovens regler vedvarer pligten til bidragydende medlemsskab for livstid, og der er ikke som i denne lovs § 83 hjemlet mulighed for i stedet for dette medlemsskab at udrede en ydelse til kommunen. Disse forandringer er begrundet med, at det bidragydende medlemsskab bør opbygges som en automatisk forsikring, når det ændres til en egentlig forsikring, som giver ret til nærsomhelst uanset helbred eller alder at få nydende medlemsret. I overensstemmelse hermed foreslås i § 7, stk. 2, pålagt folkeregistre og sygekasser at foranledige, at de, der ikke opfylder forpligtelsen til at stå som medlem af en sygekasse, registreres som sådanne fra det tidspunkt, da pligten opstod. Den praktiske følge heraf er, at personer, der ikke indmelder sig som nydende eller bidragydende medlemmer inden 3 måneder efter det fyldte 16. år — eller det senere tidspunkt, da pligten indtræder efter § 6, stk. 3-4 — betragtes som bidragydende medlemmer fra dette tidspunkt, og de vil herefter ved enhver senere begæring om overgang til nydende medlemsret være omfattet af reglerne om 6 måneders ventetid, jfr. ovenfor.

I forbindelse hermed bemærkes, at en til folkeforsikringslovens § 83, stk. 4, svarende klagebestemmelse ikke er fornøden, idet denne alene har taget

F. t. l. om den offentlige sygeforsikring.

sigte på klager over de af kommunalbestyrelsen pålagte ydelser i henhold til samme bestemmelse. Den del af § 83, der fremdeles får gyldighed, er medtaget i § 7, stk. 2.

Til § 8.

Svarer til folkeforsikringslovens § 10, stk. 2 og 4 med de fornødne ændringer.

Der henvises i øvrigt til § 65, stk. 4, om særregler for medlemmer i de hidtidige fortsættelsessygekasser.

Til § 9.

Som nævnt i almindelige bemærkninger foran, foreslås nydende medlemmer, hvis indtægt er under den fastsatte indtægtsgrense henført til en medlemsgruppe A, og medlemmer over denne grænse til gruppe B.

Der forudsættes som hidtil hvert 3. år udfærdiget en bekendtgørelse med oplysning om indtægtsgrensen, dog således at gyldighedsperioden ændres fra at begynde 1. oktober til at begynde 1. januar, første gang dog fra lovens ikrafttræden. Som hidtil påregnes i bekendtgørelsen givet regler, der giver mulighed for i særlige tilfælde også at tage hensyn til andre omstændigheder end den fastsatte indtægtsgrense, såsom sygdom, alderdom, gæld, store forsørgerbyrder og andre forhold, der i væsentlig grad forringer en persons økonomiske stilling, men under hensyn til den foretagne omlægning af systemet må det påregnes, at denne dispensationsregel fremtidig vil spille en væsentlig mindre rolle end hidtil.

Det almindelige grundlag for fastsættelse af indtægtsgrensen foreslås angivet uændret, men i overensstemmelse med kommissionens forslag (betænkningen s. 102 og 103-104) foreslås grænsen for enligstillede fastsat til et afrundet beløb, svarende til 75 pct. af grænsen for familieforsørgere, og i loven foreslås optaget det beløb, hvormed grænsen forhøjes for børn under 16 år. Den hidtidige praksis, at afgørelsen for den enkelte person træffes med udgangspunkt i hans skattepligtige indkomst, forudsættes opretholdt, jfr. formuleringen af § 10.

Forsørgerbegrebet er ikke bundet til skattelovgivningens begreb, da man som hidtil bør stå frit.

Kommissionen har, jfr. betænkningen s. 72, foreslået, at det ved optagelse som selvstændigt medlem af børn under 18 år afgøres på grundlag af børnenes egen indtægt, om de er under eller over den fastsatte grænse. De nærmere regler herom må fastsættes i bekendtgørelsen. Det bemærkes herved bl. a., at der må fastsættes visse begrænsninger, således at dette forslag ikke finder anvendelse for børn (under 16 år), der har ret til hjælp i

henhold til forældrenes forsikring, såfremt der undtagelsesvis måtte blive begæret selvstændigt medlemskab for børn i denne alder.

I overensstemmelse med kommissionsflertallets forslag (betænkningen s. 106) er der ikke i bestemmelsen medtaget nogen regel om en *formuegrænse*.

Da loven træder i kraft 1. april 1961, foreslås i § 71, stk. 4, overgangsbestemmelser, der forlænger de nuværende retningslinjer for indtægtsgrensens fastsættelse til at gælde indtil da.

I øvrigt henvises til forskellige yderligere bemærkninger nedenfor til forslaget § 10.

Til § 10.

I overensstemmelse med betænkningen s. 129 forudsættes bestemmelse om overflytning mellem de to grupper af nydende medlemmer truffet automatisk ved samarbejde mellem skattevæsen og sygekasser og alene på grundlag af de til skattevæsenet oplyste indtægts- og forsørgerforhold. De særlige udvalg i henhold til folkeforsikringslovens § 8 er herefter unødvendige.

Som nævnt i de almindelige bemærkninger — og som det fremgår af forslaget til § 9 — har det offentlige kun interesse i at sikre, at overflytning sker fra den ene gruppe til den anden, når indtægten stiger, og den passerer den grænse, hvor retten til statstilskud og overenskomstmæssige fordele m. m. ophører. Der kan i det hele tænkes tilfælde, hvor der er en naturlig interesse i at være medlem i B-gruppen trods lavere indtægt, f. eks. for, at børn, hvis egen indtægt er under grænsen, kan komme i samme gruppe som deres forældre. Det i § 10 foreslåede system tager derfor alene sigte på en kontrol med indtægtsforholdene for medlemmerne af sygekassernes gruppe A, hvilket vil give en væsentlig administrativ lettelse.

Selvom andre omstændigheder end indtægtsforhold, forsørgerforhold m. m. eventuelt kan påberåbes, jfr. reglen i § 9, anses det ikke for påkrævet at opretholde de i folkeforsikringslovens § 8 hjemlede særlige udvalg alene for at behandle sådanne sager, men disse skønnes at kunne behandles af sygekassens bestyrelse. Dennes afgørelse må dog — ligesom som hidtil § 8-udvalgenes — forelægges for direktøren for sygekassevæsenet.

Til §§ 11-16.

I modsætning til folkeforsikringsloven, hvor bestemmelserne om sygekassernes ydelser er delt i § 18 om pligtige og § 22 om frivillige ydelser, er i nærværende lovforslag disse bestemmelser inddelt efter hjælpens art, så at der i samme paragraf kan forekomme såvel pligtige som frivillige ydelser.

Til § 11.

I stk. 1 foreslås opretholdt folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, således som denne er forstået i praksis, d. v. s., at sygekasserne har pligt til at yde fri lægehjælp ved alment praktiserende læger. Som nævnt i de almindelige bemærkninger foran, gælder dette alene medlemmerne i gruppe A.

Som følge af retten til fri lægehjælp er i stk. 3 for disse medlemmer optaget den hidtil ifølge folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 1, gældende regel om visse begrænsninger i retten til frit at vælge læge. I samme stykke er optaget en udtrykkelig hjemmel til at opkræve kontrolafgift, jfr. hidtidig praksis herom.

Retten til fri lægehjælp vil forudsætte, at der — som hidtil — er opnået overenskomst mellem sygekasser og lægeorganisationer, og som konsekvens af pligten findes derfor ligesom i folkeforsikringslovens § 24 regler om den forpligtelse, som påhviler sygekasserne, når sådan overenskomst ikke findes, se herom forslaget § 18.

For speciallægehjælpen foreslår kommissionen (betænkningens s. 145), at lægehjælpen bør indgå som led i den almindelige lægebehandling, og at der i loven bør optages en bestemmelse, der giver sygekasserne anvisning på at optage en sådan ydelse. Kommissionen finder dog, at lægehjælpen bør ydes efter nærmere overenskomst mellem sygekasser og læger med hensyn til omfanget af hjælpen og vilkårene for den. Tillige foreslår kommissionen, at der for speciallægebehandling, for hvilken der endnu ikke kan tilvejebringes en overenskomstmæssig løsning, opretholdes den nuværende praksis om refusion af $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ af udgiften inden for et vist maksimumsbeløb.

I folkeforsikringsloven findes ingen bestemmelser om speciallægehjælpen, men denne ydes alene i henhold til praksis.

Som det fremgår af forslaget til § 11, stk. 2, foreslås det her kun pålagt sygekasserne at yde speciallægehjælp efter nærmere i vedtægten fastsatte regler. Dette vil — da faktisk alle sygekasser har en bestemmelse om ydelse af refusion inden for visse grænser — opfylde det minimumskrav, der er foreslået af kommissionen.

I det omfang, speciallægehjælpen skal ydes frit for medlemmerne, må der — ligesom for hjælpen ved alment praktiserende læge — forudsættes afsluttet overenskomst mellem sygekasser og læger, og kommissionens forslag går da også ud på, at udviklingen af denne ydelse må ske i takt med det omfang, hvori overenskomster opnås.

Det kan af denne grund ikke i loven pålægges sygekasserne at yde fri speciallægehjælp. For til-

fælde, hvor der endnu ikke findes overenskomst, er det derfor ikke påkrævet — som for hjælpen ved alment praktiserende læge — at have bestemmelser i § 18 om størrelsen af sygekassens forpligtelser. Derimod har man fundet det ønskeligt at fremme udviklingen på speciallægeområdet ved i § 18 at foreskrive regler om, at der *kan* ske en forøgelse af sygekassernes ydelser efter deres refusionsbestemmelser til speciallæger, når en én gang indgået overenskomst med sådanne måtte bortfalde.

Som nævnt i de almindelige bemærkninger foran, forudsættes medlemmerne i B-grupperne som hidtil i fortsættelsessygekasserne at have frit lægevalg og at få en godtgørelse af deres lægeudgifter fra sygekassen.

Forslaget til § 11, stk. 3, om valg af læge for et år ad gangen m. m. gælder derfor — som nævnt ovenfor — ikke disse medlemmer. Behovet for en lignende begrænsning kan imidlertid foreligge for de enkelte medlemmer, der måtte *misbruge* adgangen til lægehjælp mod refusion fra sygekassen, og i forslaget til § 19 om de virkninger, der i øvrigt kan indtræde, når lægehjælpsudgifterne bliver uforholdsmæssigt store, findes derfor en hjemmel til *i det enkelte tilfælde* for B-medlemmerne, når omstændighederne kræver det, at stille krav om valg af læge for et år ad gangen, jfr. hidtidig praksis i fortsættelsessygekassernes vedtægter.

Til § 12.

Tager sigte på at sikre både A- og B-medlemmer fri behandling på sygehus (ved indlæggelse eller ambulant) i det omfang, dette foreslås for sygekassernes nydende medlemmer i betænkningen side 146-47 og 156-57.

Tillige er taget hensyn til forslagene om betaling for behandling af alkohollidende i betænkningen „Forsorgen for alkohollidende“ (betænkning nr. 208, side 64 og 85), der er afgivet af udvalget angående forsorgen for de i forsorgslovens kapitler XXIV-XXVII omhandlede personer.

Lovreglerne om sygekassernes *pligt* til at betale for sygehusbehandlingen m. v. vil herefter være videre end efter folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 2, idet der skal gives fri behandling på ethvert offentligt sygehus, hvorpå vedkommende sygekasse har ret til nedsættelse i betalingen (stk. 1), samt på ethvert specialsygehus eller anden særlig behandlingsinstitution, hvortil der er givet offentligt anerkendelse o. lign. (stk. 2).

For hele dette område begrænses betalingspligten til *behandling i sygdomstilfælde*, jfr. stk. 1. Med denne afgrænsning er det naturligt at drage den konsekvens af specialiseringen inden for sygehus-

væsenet, at også ikke-offentlige specialsygehuse skal medtages, men der må dog kræves en vis offentlig godkendelse, som sikrer, at vedkommende sygehus m. v. er inddraget som led i den almindelige sygebehandling. Man har ikke ment det påkrævet eller ønskeligt at stille for præcise krav til sådan godkendelse, idet den fortsatte udvikling gør en rimelig fortolkningsmulighed ønskelig, og den fornødne begrænsning dels opnås ved kravet om, at det skal være et *specialsygehus* m. m., dels ved begrænsningen i sygekassernes økonomiske forpligtelse (til takster *fastsat* — ikke blot godkendt — af det offentlige, eller takster aftalt mellem sygekasser og hospital, eller et maksimum svarende til den almindelige offentlige sygehustakst). Der kræves derfor ikke en egentlig anerkendelse i henhold til lov, men f. eks. en ret til sædvanligt tilskud efter sygehusloven vil være tilstrækkelig. Reglen udelukker ikke den mulighed, at vedkommende institutions drift finansieres uden nogen betalingstakst.

Medens stk. 1 således vil dække behandling på de almindelige sygehuse og de offentlige specialsygehuse, vil stk. 2 dække f. eks. hospitaler for sindslidende, tuberkuloseanstalter, radiumstationer, gigtsanatorier, behandlingsinstitutioner for alkohollidende m. m.

Som følge af, at varighedsbegrænsningen i sygekassernes ydelser ophæves ved lovforslaget, foreslås i stk. 3 mulighed for at begrænse betalingspligten for ophold på institutioner, hvor særlig langvarigt ophold kan forekomme, og hvor der findes andre lovregler om betalingen for for sorgen.

Når medlemmet indlægges på andre sygehuse eller behandlingsinstitutioner end de i stk. 1 og 2 nævnte, foreslås i stk. 4 som hidtil givet hjemmel til i vedtægten at bestemme, at der på nærmere vilkår helt eller delvis *kan betales* for behandlingen. I samme bestemmelse er medtaget den hidtidige regel i folkeforsikringslovens § 22, nr. 11, vedrørende godkendte rekonvalescenthjem.

Der henvises tillige til § 38 (om nedsættelse af sygehustaksterne).

Til § 13.

Bestemmelsen svarer i sit indhold til de hidtil gældende regler i folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 4 og 5, samt § 22, stk. 1, nr. 12, men man har anset det for rigtigst at foretage en klargørelse, idet den hidtidige formulering efterhånden har vist sig at være mindre rational. Tillige lovfæstes den hidtil gældende praksis, hvorefter alle spørgsmål om de i denne paragraf nævnte ydelser forelægges for sundhedsstyrelsen, der forhandler med det af indenrigsministeriet ved skrivelse af 4. september 1952

i medfør af lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse anerkendte medicinudvalg.

Som nævnt i de almindelige bemærkninger, er adgangen til medicinhjælp udvidet til også at omfatte nydende medlemmer over grænsen.

I overensstemmelse med forslaget i betænkningens s. 148 forudsættes de hidtidige tilskud fra apotekerfonden ($\frac{1}{16}$ af udgiften) ophævet og medlemmernes egen betaling altså forhøjet hermed. Tilsvarende bemærkes, at det i § 37 hjemlede statstilskud, der dækker hele udgiften til hjælp til livsvigtig medicin, også vil komme B-medlemmerne til gode, men for disse dog blot erstatte et lige så stort tilskud, der hidtil er ydet af apotekerfonden.

Til § 14.

Træder i stedet for den hidtidige bestemmelse i folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 9, hvorefter det er frivilligt for sygekassen, om den ville yde tandpleje. Som foreslået i betænkningen s. 152, foreslås pligt til at yde halvdelen af udgifterne til bevarende tandbehandling i kommuner, hvor der findes skoletandplejeordning. I de regler, der udfærdiges i henhold til stk. 3, angives bl. a. også det omfang, hvori skoletandpleje skal være sikret i kommunen, for at sygekassens betalingspligt skal indtræde. Endvidere foreslås hjemmel til at tillade kasserne at yde et højere tilskud, hvis der indføres ordninger, hvorefter medlemmerne underkaster sig regelmæssigt tandeftersyn.

I øvrigt er bestemmelsens indhold uændret.

Bestemmelsen omfatter efter sin ordlyd medlemmer af både A- og B-grupperne. I det omfang, overenskomster alene dækker medlemmerne af A-grupperne, ydes der medlemmerne af B-grupperne en refusion af hertil svarende størrelse, jfr. forslaget til § 18.

Om virkningen af, at en overenskomst ikke findes for A-gruppens medlemmer, henvises til § 18.

Til § 15.

Svarer til folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 6, men udvidet til at omfatte såvel A- som B-gruppens medlemmer.

Til § 16.

Svarer til hidtidig praksis, også med hensyn til, at der ikke pålægges sygekasserne pligt til at udrede disse ydelser. Forslaget dækker bl. a. det i betænkningen s. 154 foreslåede om adgang til at yde tilskud efter overenskomst med fysioterapeuternes organisation.

Til § 17.

Svarer til folkeforsikringslovens § 19. I overensstemmelse med forslaget i betænkningen s. 150, foreslås ophævet kravet om, at lægehjælpen skal være nødvendig, og i et vist omfang foreslås betalt for sygehusophold m. v., jfr. s. 151.

Ligesom efter § 11 kan den fri hjælp kun tilsikres medlemmer af gruppe A, medens der ydes en hertil svarende refusion til medlemmer i gruppe B.

Til § 18.

Svarer med redaktionelle ændringer til folkeforsikringslovens § 24, jfr. i øvrigt foran ad § 11. Såfremt overenskomst om fri lægehjælp ved alment praktiserende læge ikke godkendes, er ligesom nu ikke foreskrevet pligt til en bestemt refusion, men alene fastsat et maksimum for sådan refusion.

Som konsekvens af, at overenskomst mellem sygekasser og forskellige fags udøvere hidtil kun har omfattet personer, hvis indtægt er under grænsen, må det påregnes, at denne situation fremdeles vil kunne foreligge også udover de tilfælde, der er forudsat i §§ 11 og 17 om lægehjælp og jordemoderhjælp. Med henblik herpå foreslås i stk. 5 hjemmel til at afslutte sådanne overenskomster, så at de kun omfatter medlemmer i gruppe A. Hertil knytter sig en regel om, hvorledes sygekassen da skal yde medlemmerne i gruppe B en tilsvarende hjælp (efter et refusionssystem). Herved vil så vidt muligt gælde den vejledning, at sygekassernes gennemsnitlige udgifter pr. nydende medlem bør være ens for begge medlemsgrupper.

Til § 19.

Svarer til folkeforsikringslovens § 27, stk. 2-5, dog udvidet til også at omfatte medicinudgifterne. Det bemærkes, at en kontrol med sidstnævnte udgifter er vanskelig at gennemføre, og at bestemmelsen derfor alene tager sigte på at sikre mulighed for i givet fald at kunne anvende samme forholdsregler som for lægeudgifterne, idet det afgørende fremdeles vil være det samarbejde, der kan etableres mellem sygekasser og læger.

Tillige er indsat en bestemmelse om forholdsregler overfor B-medlemmer, som måtte misbruge adgangen til lægehjælp, jfr. stk. 4, der svarer til gældende vedtægtsregler i fortsættelsessygekasserne. Bestemmelsen har altså ikke til formål at ophæve B-medlemmernes frie lægevalg.

Til § 20.

Svarer til folkeforsikringslovens § 20, stk. 1 og 4, samt reguleringsbestemmelsen i § 85. Der henvises

tillige til § 39 og § 67 med den øvrige del af folkeforsikringslovens § 20 og med overgangsregler for fortsættelsessygekassernes nuværende medlemmer. Ved forslaget forudsættes begravelseshjælpen til børn forhøjet fra 40 til 50 kr.

Til §§ 21-24.

Forslagene svarer med enkelte afvigelser til kommissionens forslag i betænkningen s. 161-163.

I forhold til de nugældende regler i folkeforsikringslovens § 17 er foretaget en systematisering, således at de fælles bestemmelser er samlet i § 21, og særreglerne om befordring til og af læger og jordemødre og til og fra hospital findes i følgende paragraffer.

Ligesom hidtil foreslås retten til fribefordring begrænset til nydende medlemmer, hvis indtægt er under grænsen, d. v. s. medlemmer af A-afdelingerne; for medlemmer af B-afdelingerne foreslås adgang til kollektiv ambulanceforsikring.

Forskellen på fribefordringsreglerne for land og by foreslås i det væsentlige ophævet, dog at befordringsgodtgørelse fremdeles ikke ydes til læger og jordemødre i byer. Reglerne i øvrigt vil herefter også omfatte København og Frederiksberg.

Det foreslås, at fri befordring af sygekassemedlemmer kun ydes, når den enkelte befordringsudgift overstiger 3 kr., dog med dispensationsmulighed, jfr. § 21, stk. 3.

De hidtil i landkommunerne gældende befordringsregler foreslås herudover i princippet opretholdt uændret.

Reglerne er bl. a. udvidet til også at omfatte befordring til og af speciallæger.

Endelig er reglerne om fribefordring til sygehuse tilpasset den stedfundne specialisering inden for sygehusvæsenet.

Til § 21.

Svarer til kommissionens forslag til stk. 1 og 2, sidste punktum i forslaget til stykkerne 3, 4 og 5 samt til „formulering 1“ af forslaget til stk. 6, jfr. betænkningen s. 161-162. § 21, stk. 8, er tilføjet i overensstemmelse med forslaget i betænkningen s. 123, jfr. foran de almindelige bemærkninger.

Stk. 1 om den personkreds, der har ret til fribefordring, svarer til de gældende regler. Bestemmelserne i folkeforsikringslovens § 17, stk. 7, om sygekassemedlemmer, som midlertidigt opholder sig uden for sygekassens område, er anset for at være unødvendig. § 17, stk. 8, om et sygekassemedlems børn, der er anbragt i arbejdsforhold uden

for hjemmets sygekasses område, og som af aldershensyn ikke kan blive optaget i den stedlige sygekasse, er udeladt som dækket af den foreslåede formulering.

Reglen i stk. 2, svarer til hidtidig praksis vedrørende folkeforsikringslovens § 17.

Begrænsningen af retten til fribefordring til tilfælde, hvor udgiften overstiger 3 kr., jfr. stk. 3, er begrundet med ønsket om at opnå administrative lettelser og om at undgå, at der i almindelighed skal ydes dækning af udgifter til transport med sporvogne og bybusser, jfr. herom nærmere i betænkningen s. 164-165.

Reglen i stk. 4, svarer til folkeforsikringslovens § 17, stk. 5, 2. punktum, men det foreslås, at socialministeren fastsætter nærmere regler for at opnå effektive og ensartede kontrolregler, herunder til forhindring af misbrug af fribefordringsretten, jfr. betænkningen s. 165 og 183.

Den hidtidige bestemmelse i slutningen af folkeforsikringslovens § 17, stk. 7, om, at sygekassemedlemmer, der må have lægehjælp eller sygehusbehandling under midlertidigt ophold uden for hjemstedet, ikke kan fordre sig hjembragt fra læge eller sygehus, er i praksis fortolket sådan, at pågældende heller ikke kan kræve sig hjembragt til sit midlertidige opholdssted. Det skønnes rimeligt, at hjemtransport fremtidig tillades til det midlertidige opholdssted.

De hidtidige regler om godtgørelse af befordringsudgifter for læger og jordemødre gælder kun for sygekassemedlemmer, der bor på landet, men ikke ved befordring af læger og jordemødre til patienter boende i købstæder eller i Københavns eller Frederiksberg kommuner. De københavnske omegnskommuner har i denne henseende haft status som landkommuner.

Idet der i øvrigt henvises til betænkningen s. 169 ff., bemærkes, at det i overensstemmelse med kommissionens „formulering I“, der er tiltrådt af et flertal i kommissionen, men ikke af lægeforeningens repræsentanter, foreslås, at der til læger og jordemødre med konsultationssted inden for en nærmere angivet grænse for hovedstadsområdet, købstæder, handelspladser, flækker eller bymæssige bebyggelser med mindst 2 000 indbyggere kun gives befordringsgodtgørelse ved befordring til og fra medlemmer uden for denne grænse. Reglen om grænsens fastsættelse svarer til den nugældende; for købstæder eller bymæssige bebyggelser med under 4 000 indbyggere foreslås grænsen dog i overensstemmelse med betænkningen draget således, at undtagelsesreglen alene anvendes inden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse.

Befordringsgodtgørelserne til læger og jordemødre vil således blive afskaffet i en række bymæssige bebyggelser.

Forslagets stk. 7 om, at der aldrig ydes befordringsgodtgørelse til læger og jordemødre for afstande på under 1 km, svarer til den nugældende regel om fribefordring på landet, men udformet som en fælles bestemmelse for alle kommuner. Begrænsningen er ønskelig af praktiske grunde.

Stk. 8 er omtalt i de almindelige bemærkninger.

Til § 22.

Svarer til stk. 3 og 4 i betænkningen s. 161-162.

Ifølge folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, 3 og 6, ydes befordringsgodtgørelse til læger inden for en vejrlængde af 10 km fra den syges bopæl frem og lige så langt tilbage, dog altid den fulde afstand til og fra den nærmestboende læge. Hvis medlemmet efter overenskomsten mellem sygekasser og læger har ret til at benytte en læge uden for disse grænser, fordeles befordringsudgifterne mellem kommunen og sygekassen. Det foreslås at give ret til befordring for den afstand, som i lægeoverenskomsterne er fastsat som begrænsning for medlemmernes ret til at tilkalde læge på sygekassens regning, og det foreslås at ophæve reglen om, at sygekassen i visse tilfælde skal betale en del af befordringsudgiften, en refusionsregel, der i praksis kun sjældent har været bragt i anvendelse. Den hidtidige betingelse om, at retten til fribefordring i visse tilfælde forudsætter lægeerklæring om befordringens nødvendighed, anses for unødvendig, jfr. forslaget til § 21, stk. 2.

Bestemmelsen om befordring til og fra læge og om befordringsgodtgørelse til lægerne foreslås affattet som en fælles regel for hele landet med de i § 21 angivne undtagelser for bykommuner og for afstande under 1 km.

Adgangen til fribefordring foreslås udvidet til benyttelse af speciallæge, dog kun, hvis patienten er henvist hertil af en af sygekassen benyttet alment praktiserende læge, og kun, såfremt sygekassen helt eller delvis betaler speciallægehjælpen. Det foreslås, at befordringen kun gives til og af den nærmestboende speciallæge og højst for en afstand af 40 km og lige så langt tilbage.

Til § 23.

Svarer til stk. 5 i betænkningen s. 162.

I princippet foreslås opretholdt de hidtil gældende regler om jordemoderbefordring, dog affattet fælles for hele landet. Da patienterne har frit valg mellem de jordemødre, der omfattes af overenskomsten med sygekasserne, må den hidtidige særlige af-

standsbegrænsning opretholdes, men det foreslås, at der uden hensyn til afstandsbegrænsninger gives fribefordring til og af den distriktsjordemoder, i hvis distrikt pågældende opholder sig.

I tilfælde, hvor den fødende har ret til fribefordring ved sygehusindlæggelse, jfr. § 24, foreslås også ydet befordringsgodtgørelse til den jordemoder, der tilkaldes til sygehuset. Forslaget om godtgørelse for udgifter ved jordemoderens ledsagelse af den fødende til sygehuset svarer til hidtidig praksis.

Til § 24.

Svarer til stk. 7-10 i betænkningen s. 163.

Den hidtidige praksis med hensyn til afholdelse af udgifter ved overførelse mellem sygehuse som sygehusudgift forudsættes opretholdt, og falder derfor uden for denne lov, jfr. stk. 4.

Hjemmelen til fribefordring til sygehuse foreslås udvidet under hensyn til den stedfundne specialisering inden for sygehusvæsenet, således at befordringen ikke længere er begrænset til det nærmeste sygehus eller dog til et for pågældende område særlig bestemt sygehus (centralsygehus), men ydes til og fra et kommunalt sygehus, på hvilket sygekassen i opholdskommunen har ret til indlæggelse mod nedsat betaling. En tilsvarende regel foreslås for befordring til ambulante behandling eller undersøgelse på sygehuse. (Lige med kommunale sygehuse må efter en analogi stilles sådanne sygehusordninger som statshospitalet i Sønderborg).

Da behandlingen af særlige lidelser i stadig større omfang henvises til særlige behandlingssteder, foreslås der adgang til befordring ved indlæggelse på og hjemtransport fra helbredelsesanstalter, specialafdelinger m. v., som ikke hører under det almindelige kommunale sygehusvæsen, dog tillige med hensyntagen til, at behandlingen af patienterne bør foretages så nær deres bopæl, som det kan gøres lægeligt forsvarligt. Befordringen bør derfor kun ydes, når der er speciel begrundelse for behandling på vedkommende anstalt fremfor almindeligt sygehus. Det foreslås, at nærmere regler herom gives af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren. Befordringsretten må forudsætte, at sygekassen betaler i anledning af indlæggelsen (behandlingen eller undersøgelsen). For befordring til ambulante behandling eller undersøgelse bør gælde noget snævrere betingelser, og der foreslås derfor en særlig afstandsbegrænsning.

Befordring i anledning af fødsel på sygehuse og fødeklinikker foreslås ydet i samme omfang, som det hvori der ifølge lovforslagets § 17 betales af sygekassen for indlæggelse på sådanne institutioner.

Til §§ 25-32.

Forslaget i §§ 25-32 til nye dagpengeregler for sygekassernes medlemmer svarer til betænkningens „forslag II“ (s. 218-24) med de foran i de almindelige bemærkninger nævnte ændringer. Tillige er i forhold til betænkningen foretaget nogle redaktionelle ændringer som følge af, at §§ 25-32 og lovforslagets afsnit II (§§ 49-60) med dagpengeregler for lønarbejdere (betænkningens „forslag II“, jfr. s. 204-218) er søgt affattet med samme rækkefølge og i videst mulige omfang enslydende tekst. Der er desuden taget hensyn til samspillet med lovforslagets almindelige regler om sygekasserne i øvrigt. I lovforslagets §§ 39 og 68 findes to af de i betænkningen s. 219-220 stillede forslag („§ 18 G“ og en ikrafttrædelsesbestemmelse).

I de følgende bemærkninger benyttes betegnelsen „sygelønsordningerne“ om de dagpengeregler, der gælder for arbejdsmarkedets parter efter overenskomstforhandlingerne i 1956, og som administreres af sygekasserne.

Til § 25.

Afgrænser den *personkreds*, der kan tegne frivillig dagpengeforsikring i sygekasserne.

Svarer til forslaget til § 18 A i betænkningen s. 218 med enkelte undtagelser, idet der bl. a. er foretaget enkelte redaktionelle ændringer, hvorunder stykkerne 3 og 4 er ombyttet.

Da forslaget går ud på en frivillig dagpengeforsikring, er det nødvendigt fortsat at have en aldersgrænse og helbreds-betingelser for retten til at sikre sig dagpenge eller til at forhøje allerede sikrede dagpenge. Tillige er sådanne betingelser ønskelige for at undgå, at medlemsbidraget skal blive for højt, jfr. herved, at denne dagpengeforsikring for størstedelen finansieres ved medlemmernes eget bidrag.

I forhold til den nuværende praksis foreslås aldersgrænsen for optagelse forhøjet fra 40 til 45 år, dog at der fremdeles foreslås hjemmel til i vedtægterne at kunne dispensere herfra. Sådant dispensation kan f. eks. være af betydning for gifte kvinder, der bliver enlige forsørgere, samt for personer, som efter det 45. år på grund af højere arbejdsindtægt kan forhøje dagpengesikringen, men hidtil har været afskåret herfra efter $\frac{4}{5}$ -reglen i § 27 eller personer, som efter § 28, stk. 3, i øvrigt kunne generhverve en ret til dagpengesikring.

Helbreds-betingelserne er lempeligere end de nuværende, hvilket må ses på baggrund af, at retten til at sikre sig dagpenge og til at få udbetalt dagpenge begrænses i forhold til pågældendes sædvanlige arbejdsindtægt, jfr. § 27 og § 29, stk. 3.

På grund af deres lempelige karakter må en dispensationshjemmel anses for unødvendig for disse betingelser.

Alders- og helbredsbetingelserne og ventetiden efter § 26 bør ikke gælde for dem, der overgår fra lovens regler for lønarbejdere, jfr. afsnit II, da disse ikke har haft mulighed for at indmelde sig i tide, så længe de på grund af lønarbejderordningen ikke har kunnet eller har haft brug for at tilslutte sig den frivillige ordning. I forhold til betænkningens forslag herom er tilføjet også den gruppe lønarbejdere, der ikke har ret til dagpenge efter lovens afsnit II på grund af, at de hører til en af de i § 49, nr. 1-3, angivne grupper, hvem indtægt under sygdom på anden måde er sikret, idet forholdene er de samme for denne persongruppe. Adgangen til at overgå fra lønarbejderordningen uden alders- og helbredsbetingelser er dog begrænset til dem, der har haft mere end midlertidig beskæftigelse i arbejdsløshedslovens forstand, idet omgæelse bør hindres. Da denne begrænsning foreslås, er det på den anden side nødvendigt at udelukke personer fra indmeldelse på grund af helbred og alder, selv om de, inden de kom ind under lønarbejderordningen, måtte have været afskåret fra at tegne frivillig dagpengeforsikring af en af disse grunde, idet også sådanne personer må have adgang til at fortsætte en én gang begyndt ordning, hvis de ønsker det. I øvrigt forudsættes nærmere nødvendige regler herom fastsat i vedtægterne. Ved overgang fra den frivillige ordning til lønarbejderordningen forudsættes det, at den frivillige forsikring opretholdes, indtil betingelserne for at få dagpenge udbetalt er opfyldt efter lovens afsnit II, jfr. særlig kravet i § 50 om 40 timers beskæftigelse. Behovet for en sådan forsættelse vil være meget kortvarigt eller alene foreligge i de grænsetilfælde, hvor der ikke har været adgang til lønarbejderdagpenge på grund af arbejdsforholdets mere tilfældige karakter, jfr. bemærkningerne til § 50. Desuden henvises til § 29, stk. 2 og § 53, stk. 2.

Der henvises desuden til betænkningen s. 220-222 og til bemærkningerne nedenfor ad § 49.

Til § 26.

Indeholder reglerne om *ventetid*, før ret til udbetaling af dagpenge indtræder, efter at forsikring er tegnet.

Svarer til stk. 1 i forslaget til § 18 C, stk. 1 i betænkningen s. 218, dog med redaktionelle ændringer.

Da de i § 25 foreslåede alders- og helbredsbetingelser er ret lempelige, vil det være naturligt at kræve en vis ventetid, før ret til dagpenge opnås i en fri-

villig forsikring. Ventetiden foreslås sat til 3 måneder, d. v. s. mindre end den ventetid, der i § 5, stk. 3, foreslås for overgang fra bidragydende til nydende medlemsskab (6 måneder), idet der ved sådan overgang slet ingen helbredskrav stilles. På den anden side bør der under hensyn til forhøjelsen af dagpengebeløbene kræves en længere ventetid end den nugældende på 6 uger, jfr. folkeforsikringslovens § 21.

Stk. 2 svarer til det i kommissionens forslag til § 18 A, stk. 3, indeholdte, men reglen er af systematiske grunde flyttet til nærværende paragraf.

Der henvises i øvrigt til betænkningen s. 222-223.

Til § 27.

Indeholder reglerne om *størrelsen* af den dagpengehjælp, medlemmerne kan tegne forsikring for.

Svarer til forslaget til § 18 B i betænkningen s. 218.

Det foreslåede maksimum for dagpengene, 21 kr., svarer til den højeste sats for lønarbejdere, jfr. bemærkningerne til § 51.

Det foreslåede system med ret til at sikre sig dagpenge inden for en vis ramme (5-21 kr.) svarer til princippet i folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 3. Der forudsættes i sygekassernes vedtægter fastsat et passende antal satsar.

Blandt andet af kontrollenssyn er maksimum for dagpenge til husmødre uden selvstændigt erhverv begrænset til 8 kr.

Ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 3, 5. punktum, kan personer, der oppebærer invalidepension, indtægtsbestemt folkepension eller enkepension, ikke oppebære dagpenge med mere end 1 kr. Dette beløb kan i sygdomstilfælde ubeskåret udbetales til medlemmerne, hvis deres indtægt kun består i pensionen. Det foreliggende lovforslag bygger på den forudsætning, at sygedagpenge kun må udbetales som erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller anden af sygdommen forvoldt indtægtsforringelse, jfr. betænkningen s. 212-213. Da størrelsen af dagpenge i sygdomstilfælde ikke bør bero på et rent formelt forhold, men på, om der faktisk er tale om bortfald af indtægt på grund af sygdommen, findes det rimeligt at ophæve den hidtidige særlige begrænsning til 1 kr. pr. dag for pensionistgrupperne, således at der også for dem kun gælder den sædvanlige begrænsning i forslagets § 27 og § 29, stk. 3 ($\frac{1}{5}$ af den sædvanlige arbejdsindtægt). Der henvises i denne sammenhæng tillige til forslaget til § 32, stk. 6.

Til kommissionens forslag er føjet en reguleringsbestemmelse, som henviser til den i § 59 foreslåede

regulering af de tilsvarende dagpengebeløb i lønarbejderordningen (§ 51).

Til § 28.

Angiver de *perioder*, for hvilke dagpenge udbetales, og for ventetid i de enkelte sygdomstilfælde.

Svarer til forslaget til § 18 C, stk. 2, samt § 19 i betænkningen s. 218-219.

Det foreslås, at fuld arbejdsudygtighed skal være betingelse for udbetaling af sygedagpenge. Tilfælde af fuld arbejdsudygtighed, der falder inden for ulykkesforsikringslovens område, undtages dog, jfr. § 29, stk. 4. Der henvises endvidere til bemærkningerne nedenfor til § 51.

Ifølge folkeforsikringslovens regler udbetales dagpenge for *7 dage om ugen*, men da det er ønskeligt at opnå samme ordning som den, der gælder ifølge sygelønsordningerne og efter lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring (§ 15, stk. 1, 1. punktum) foreslås udbetaling fremtidig for 6 dage ugentlig, jfr. herved bemærkningerne til § 45 om den deraf følgende ændring af dagpengebeløbets størrelse.

Forslaget om en *ventetid* på 2 uger vil være af betydning med hensyn til forebyggelse af misbrug. Den vil afskære halvdelen af samtlige sygdomstilfælde og vil derfor desuden billiggøre ordningen væsentligt, hvilket er af særlig betydning i denne ordning, der for tre fjerdedele skal finansieres ved medlemmernes eget bidrag. Heroverfor står, at ventetiden må ventes kun i uvæsentlig grad at ville rejse problemer for de enkelte personer.

I forhold til kommissionens forslag foreslås *varigheden* af dagpengeydelsen forøget til 26 uger, d. v. s. 156 dage imod forslagets 120 dage.

Da ordningen har forsikringsmæssig karakter, er en tidsmæssig begrænsning påkrævet af hensyn til forsikringens økonomi, men under hensyn til forsikringens sociale islæt, bør begrænsningen ikke være for snæver. I sygelønsordningerne er varigheden 13 uger a 6 dage i løbet af 12 sammenhængende måneder. Kommissionens forslag om dagpenge i 20 uger (120 dage) er fraveget dels under hensyn til, at varigheden af de nuværende sygekassedagpenge i henhold til folkeforsikringslovens § 21 26 uger i 12 måneder, dels under hensyn til, at forskellige langvarigt syges problemer ikke kan ventes løst med en for kort dagpengeperiode, jfr. betænkningen s. 227-228.

Perioden skal beregnes fra den dag, dagpengene faktisk begynder at løbe, altså normalt fra udløbet af den fastsatte ventetid.

Der stilles ingen særlige betingelser for, at der

efter 12 månedersperioden påny kan påbegyndes dagpengeudbetaling i en periode på indtil 26 uger i de næste 12 måneder. Når retten hertil 3 gange i træk er opbrugt, skønnes det imidlertid påkrævet at søge særlig sikkerhed for, at pågældende faktisk opfylder betingelserne for at kunne tegne frivillig forsikring, og det foreslås derfor i § 28, stk. 3 (i overensstemmelse med kommissionens forslag, jfr. betænkningen s. 214 og s. 224), at der skal forløbe en periode på 240 dage, og at medlemmet da tillige skal opfylde betingelserne for at indmelde sig i dagpengeforsikringen, for at han påny kan få ret til dagpenge. I disse tilfælde skal dog bortses fra den ventetid der efter § 26, stk. 1, gælder ved optagelse i dagpengeforsikringen, jfr. også at der ikke foreslås nogen kontingentfritagelse i de 240 dage. Der henvises i øvrigt til betænkningen s. 224.

Når revalideringssag er rejst, vil der kunne blive spørgsmål om udbetaling af underholdshjælp efter de herom fastsatte regler, jfr. særlig forslag til lov om revalidering § 7. Hvis sådan udbetaling først ville begynde, efter at retten til dagpenge fra sygeforsikringen er ophørt, skal sygekassen efter forhandling med revalideringsmyndighederne kunne forlænge sin dagpengeperiode, således at der ikke bliver mulighed for, at underholdshjælpen til pågældende ophører i nogen periode, jfr. i øvrigt betænkningens s. 214.

I § 31 er der hjemmel til evt. at pålægge initiativ fra sygekassen, før dagpengeperiodens udløb.

Til § 29.

Omhandler forskellige *begrænsninger* i udbetalingen af dagpenge.

Svarer til forslaget til § 18 D i betænkningen s. 219 dog med en anden rækkefølge af de enkelte stykker af hensyn til den tilsvarende bestemmelse i § 52 vedrørende lønarbejderordningen.

Den i stk. 1 foreslåede nedsættelse af dagpengene under hospitalsophold er begrundet med, at sådant ophold sparer visse udgifter til den daglige husholdning. Besparelsen er næppe så betydelig for forsørgere, at dagpengehjælpen bør nedsættes for disse. For ikke-forsørgere foreslås derimod en nedsættelse på 5 kr., nogenlunde svarende til den sædvanlige daglige udgift til kost m. v. Lige med tilfælde, hvor opholdet på hospital finder sted for sygekassens regning, bør gå andre vederlagsfri hospitalsophold, jfr. i øvrigt nærmere betænkningen s. 210 om § 1, stk. 2, i forslaget til lønarbejderordningen, der svarer hertil.

Bestemmelsens stk. 2 tager sigte på at udelukke udbetaling fra mere end det ene af lovens to dagpenge-systemer ad gangen. Hvorvidt man i grænse-

F. t. l. om den offentlige sygeforsikring.

tilfælde skal have ret efter det ene eller det andet system, vil afhænge af, på hvilket tidspunkt sygdommen indtræder. Bestemmelsens modstykke er § 53, stk. 2, for så vidt angår lønarbejderordningen. Der henvises i øvrigt til betænkningen s. 210 herom og til bemærkningerne til §§ 25 og 50.

Det i § 29, stk. 3, foreslåede maksimum for dagpengehjælpen på $\frac{4}{5}$ af den sædvanlige arbejdsindtægt svarer til den i sygelønsordningerne gældende regel og til den gældende praksis i sygekasserne, jfr. også folkeforsikringslovens § 18, stk. 7. Der henvises nærmere til betænkningen s. 210. Reglen har betydning i tilfælde, hvor medlemmet efter bestemmelsen i § 27 på begæringstidspunktet kunne tegne en højere forsikring end den, hans arbejdsindtægt på udbetalingsstidspunktet berettiger til.

Stk. 4 svarer til folkeforsikringslovens § 18, stk. 6, og gældende vedtægtsbestemmelser samt til den i sygelønsordningerne gældende regel, jfr. i øvrigt betænkningen s. 210.

Til § 30.

Bestemmelsen om dagpenge i *barseltilfælde* svarer til forslaget til § 18 C, stk. 3 i betænkningen s. 219 dog med redaktionelle ændringer. Svarer tillige til folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 3.

Om barseldagpenge henvises i øvrigt nærmere til bemærkningerne til forslagets § 54 om lønarbejderordningen.

Til § 31.

Bestemmelserne om *fremgangsmåden*, når dagpenge kræves udbetalt svarer til forslaget til lønarbejderordningens § 5 i betænkningen s. 206 og 214-15. Der foreslås dog en til ventetiden i § 28 svarende længere frist for indgivelse af anmodning, og det foreslås, at senere indgivet anmodning alene begrænser retten til dagpenge således, at disse i så fald først begynder fra anmodningens dato. Da ventetiden i den her omhandlede ordning ifølge § 28 er 14 dage, vil sygekassen i alle tilfælde være berettiget til at kræve lægeattest, jfr. betænkningen s. 198-99, og reglen afviger derfor i sin form fra den tilsvarende regel i § 55, stk. 2-3. For at undgå unødvendige lægeattester, — f. eks. når pågældende er indlagt på hospital, — skal sygekassen dog også kunne nøjes med en erklæring på tro og love fra medlemmet om sygdommens art og hans indtægts- og forsørgerforhold m. m.

Den i stk. 4 foreslåede forpligtelse til at påse, om der er behov for revalidering, må ses som sidestykke til forslag til lov om revalidering § 2 og § 14, stk. 6.

Til § 32.

Indeholder regler om dagpengerettens *ophør eller bortfald* og om forskelligt *regreskrav* m. m.

Svarer til forslaget til § 7, stk. 1, 1. punktum i lønarbejderordningen i betænkningen s. 206, jfr. nærværende lovforslag § 56, og til kommissionens forslag til §§ 18 E og 18 F (betænkningen s. 219). Der er dog foretaget forskellige omredigeringer især med hensyn til rækkefølgen af de enkelte stykker.

Stk. 1 svarer til gældende praksis i sygekasserne.

Normalt bør dagpenge ikke kunne udbetales i udlandet, men der foreslås i stk. 2 en vis hjemmel hertil med henblik på f. eks. ophold, der skyldes helbredsmæssige årsager, eller f. eks. danske chaufførers sygdomstilfælde under kørsel i udlandet. Nærmere bestemmelser må forudsættes fastsat af socialministeren.

Forslaget i stk. 3 om hjælpens bortfald, når behandling nægtes, svarer til sygekassernes almindelige praksis, men tager dog efter det foreliggende forslag også sigte på optræning.

Forslaget til stk. 4 svarer til gældende praksis ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 6, men den foreslås lempet således, at sygedagpenge vil kunne udbetales, selvom et fremtidigt sygdomstilfælde måtte kunne sættes i en vis forbindelse med ulykkestilfældet, når blot sygdommen ikke er en umiddelbar følge af invaliditeten. Der forudsættes fastsat nærmere regler herom af socialministeren.

Den i stk. 5 foreslåede tilbagebetaling, når medlemmet ad anden vej får erstatning for sygdommens økonomiske følger, svarer til sygekassernes praksis. Den har navnlig betydning for tilfælde, hvor et medlem får erstatning af en skadevolder, jfr. i øvrigt den almindelige regel, der herom foreslås i § 48, stk. 2.

Forslaget i stk. 6 om at yde godtgørelse til sygekassen af invalidepension, indtægtsbestemt folkepension eller enkepension skyldes ønsket om at undgå dobbeltforsørgelse i disse situationer, hvor der er udbetalt dagpenge under hensyn til de før pensionstilkendelsen gældende indtægtsforhold, jfr. § 29, stk. 3, medens den lavere arbejdsindtægt nu begrunder lavere dagpenge eller ingen dagpenge, jfr. § 27. Der henvises herom tillige til betænkningen s. 215. Det er ikke tanken, at refusion til sygekassen pr. dag skal kunne overskride det beløb, som vedkommende oppebærer i pension pr. dag. Der henvises i øvrigt om pensionisternes forhold til bemærkningerne foran til § 27.

Forslaget om, at dagpenge kan bortfalde, hvor medlemmet forsætligt eller ved grov uagtsomhed har påført sig sygdommen, jfr. stk. 7, svarer til

sygelønsordningernes regel. Det bemærkes, at der ikke i nærværende lov er medtaget en til sygelønsordningerne eller til folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 7, svarende bestemmelse om, at dagpenge ikke udbetales, når arbejdsudygtigheden skyldes drankersygdomme. Dette forslag står i sammenhæng med, at der i stigende grad anlægges behandlingsmæssige synspunkter over for alkohollidelser, og det svarer til det forslag, der er stillet af det af socialministeriet nedsatte udvalg angående forsorgen for de i forsorgslovens kapitler XXIV-XXXVII omhandlede personer, jfr. dette udvalgs betænkning „Forsorgen for alkohollidende“ (betænkning nr. 208) s. 64 og 85.

Forslaget om fortabelse af dagpengeretten i tilfælde af svig, jfr. stk. 8, svarer til gældende praksis i sygekasserne og i sygelønsordningerne, jfr. tillige den almindelige regel om svig, der foreslås i § 48, stk. 3.

Til §§ 33-34.

Svarer til folkeforsikringslovens § 12, stk. 1, med de ændringer, der følger af nærværende lovforslag i øvrigt.

Ved forslaget nedsættes dog kravet til sygekassernes reservefond fra at svare til gennemsnittet af de sidste 3 regnskabsårs udgifter til at svare til 75 pct. af dette gennemsnitsbeløb. Denne nedsættelse vil bringe loven i overensstemmelse med det faktiske behov og med den praksis, der er fulgt gennem en lang årrække.

Da lovforslaget går ud fra, at der inden for hver sygekasse skal være fælles økonomi og fælles forsikringsrisiko for såvel gruppe A som gruppe B, medens statstilskuddet til delvis dækning af udgifter til nydende medlemmer i gruppe A udelukkende skal komme disse til gode, foreslås, at kontingentet for nydende medlemmer i gruppe B fastsættes tilsvarende højere.

Endvidere foreslås kontingent beregnet særskilt for på den ene side sygebehandlingsudgifter m. m. og på den anden side dagpengeudgifter, idet sidstnævnte del af kontingentet for hvert medlem skal fastsættes i forhold til størrelsen af den dagpengehjælp, han sikrer sig efter §§ 25-32. For denne graduering forudsættes udarbejdet vejledende regler. (Derimod er retten til dagpenge efter lovens afsnit II om dagpenge til lønarbejdere uden betydning for medlemskontingentet til sygekassen, jfr. § 57, stk. 2).

Om kontingentet for bidragydende medlemsskab henvises til de almindelige bemærkninger foran. Da pligten til dette kontingent er ubetinget og

fremtidig indtræder allerede ved det 16. år, er tilføjet en bestemmelse om, at pligten for personer under 18 år påhviler den forsørgelsespligtige.

Størrelsen af det foreslåede bidragydende medlemskontingent svarer nogenlunde til ca. $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ af det nuværende gennemsnitlige kontingent for nydende medlemmer under grænsen. I princippet bør et lignende forhold mellem de to kontingenter fremtidig opretholdes, men af administrative grunde bør regulering kun foretages med større beløb ad gangen og med beløb, der egner sig til opdeling i månedlig eller kvartårlige beløb, jfr. betænkningen s. 70. Der har derfor ikke kunnet udformes en egentlig reguleringsbestemmelse, men socialministeren foreslås bemyndiget til at regulere på grundlag af de angivne synspunkter.

§ 33, stk. 4, svarer til folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 8. Stk. 5 svarer til samme lovs § 38, stk. 3, 2.-3. pkt., men udformet således, at den nydende medlemsret, pågældende er pligtig at have som pensionist, jfr. bestemmelsens 1. pkt., gøres hvilende, idet en sådan ordning gør det muligt at undgå særregler om, at ventetid ved overgang til nydende medlemsskab efter udskrivning bortfalder. Ved forslaget gives tillige (ny) hjemmel for socialministeren til at indføre samme ordning ved andre institutionsophold og lignende, herunder f. eks. ophold i særforsorgsanstalt og fængsel, en udvidelse, der vil give bedre muligheder end hidtil for at fremme resocialiseringen efter sådanne opholdsafslutning. Ved afgørelsen af, hvorledes denne hjemmel for socialministeren skal benyttes, må det bl. a. være afgørende, at der også er sikret betalingsmulighed for sygehusophold, jfr. for så vidt angår beboere på alderdomshjem m. v., hjemlen hertil i folkeforsikringslovens hidtidige § 38, stk. 3.

§ 34, stk. 3, er sidestykket til § 33, stk. 4. For de af § 33, stk. 5, omfattede personer er der ikke behov for hjemmel til fritagelse for bidragydende kontingent, da det ved institutionsopholdets begyndelse vil være naturligt at ordne eventuelle bidragydende medlemmers forhold således, at de bliver nydende medlemmer — af hensyn til udskrivning — og dermed vil kontingentfrihed følge af § 33, stk. 4-5, jfr. også § 12, stk. 3, om begrænsningen af betalingsforpligtelsen. Der henvises i denne forbindelse til bemærkningerne til § 6, stk. 4, om undladelse af registrering for dem, der før det 16. år er indlagt i f. eks. særforsorgsanstalt.

Den hidtidige bestemmelse i folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 5, udgår, da det forhøjede kontingent for bidragydende medlemmer træder i stedet for de dér omhandlede bidragsforhøjelser.

Til § 35.

I folkeforsikringsloven findes ingen regler om virkningen af restance med betaling af medlemsbidrag som nydende medlem, men ifølge sygekassernes vedtægter medfører restance for to måneder tab af retten til sygehjælp. Hvis medlemmet inden udgangen af den tredje måned betaler det skyldige medlemsbidrag, indtræder han dog i sine tidligere medlemsrettigheder efter 7 dages ventetid. Betales restancen ikke inden udgangen af den tredje måned, overgår han til at være bidragydende medlem.

For restance med bidragydende medlemsbidrag findes regler i folkeforsikringslovens § 12. Herefter anmeldes bidragsrestancen ved regnskabsårets afslutning for kommunalbestyrelsen, som foretager opkrævning og inddrivning efter de om opkrævning af skat til kommunen gældende regler. Betales restancen ikke senest $\frac{1}{2}$ år efter regnskabsårets afslutning, fortabes adgangen til at blive nydende medlem. Adgangen kan dog generhverves ved senere betaling af restancen, såfremt der ikke er tale om personer, der er fyldt 40 år, og for hvem restancen overstiger 5 år.

Vedtægternes hidtidige praksis om virkningen af nydende medlemmers restance foreslås opretholdt, men optaget i loven.

I overensstemmelse med betænkningen s. 70 foreslås, at det bidragydende medlemsskab fremtidig skal være et livsvarigt, automatisk medlemsskab. Der skal således ikke længere være mulighed for på grund af restance at blive slettet som bidragydende medlem og for dermed at miste muligheden for senere at kunne blive nydende medlem. De nuværende regler i folkeforsikringslovens § 12, stk. 4 ff., om slettelse på grund af kontingentrestance er derfor ikke medtaget i lovforslaget.

Det foreslås tillige, at tabet ved de uerholdelige restancer for bidragydende medlemmer bæres af kommunerne. Dette er naturligt, da opretholdelsen af det bidragydende medlemsskab er en offentlig interesse, og da dette kontingent som nævnt i de almindelige bemærkninger til lovforslaget fremtidig er tænkt som en økonomisk godtgørelse til forsikringsorganerne for den udvidede ret til optagelse i sygekasserne. Hertil kommer, at opkrævningen og inddrivelsen ved kommunerne ligesom efter folkeforsikringsloven fritager sygekasserne for det administrative besvær ved inddrivelse af restancerne, og det vil være rimeligt at udvide dette yderligere, så at sygekasserne hurtigt kan få en fuldstændig afslutning af restancesagerne derved, at de straks ved overgivelsen til opkrævning modtager det bidragydende kontingent.

Den tekniske fremgangsmåde vil herefter blive,

at sygekasserne i første omgang opkræver kontingentet fra såvel nydende medlemmer som bidragydende medlemmer. For de nydende medlemmer vil det påhvile sygekasserne at tage skridt til ophævelse af medlemsrettighederne efter en vis kortere restance og til overførelse til bidragydende medlemsskab efter en vis længere restance. Såfremt kontingenter fra bidragydende medlemmer ikke indgår uden videre, vil det påhvile sygekasserne ved regnskabsårets afslutning — men kun på dette ene tidspunkt — at anmelde samtlige ikke indgåede restancer for bidragydende medlemmer til kommunalbestyrelsen, og hermed er deres administrative opgave afsluttet for dette år.

Ifølge folkeforsikringslovens § 83 pålægges der dem, som ikke opfylder pligten til bidragydende medlemsskab en pligt til at udrede en ydelse til kommunen, og optagelse i sygekasse kan da kun finde sted, såfremt denne ydelse er betalt i overensstemmelse med lovens regler. Efter § 12 gælder den tilsvarende regel, at bidragydende medlemmer, som er i restance, kun kan generhverve nydende medlemsret, når restancen som bidragydende medlem er betalt.

I overensstemmelse med det foran omtalte bemærkes, at der fremtidig heller ikke på dette punkt bør være forbindelse mellem en restance for bidragydende kontingenter og muligheden for at erhverve nydende medlemsret. Den begrænsning i kontingentrestanters adgang til at generhverve medlemsret, som måtte anses for at være naturlig, vil i øvrigt fremkomme ved, at enhver restance for det *nydende* kontingent samt kontingentet for det halve års ventetid, som vil gælde efter § 5, stk. 3, skal være betalt inden for de i forslaget § 35, stk. 2, angivne frister, før nydende medlemsret generhverves.

Til § 36.

Svarer til folkeforsikringslovens § 15. Kravet om ubemidlethed er dog udgået, da lovforslaget forudsætter, at også personer over grænsen kan være nydende sygekassemedlemmer, og da bestemmelsen indeholder et trangskrav. Som følge af forslaget til lov om folkeforsikring om ændrede regler om invalideforsikringen udgår hjemmelen til kontingenthjælp til invalidepræmie og kravet om, at værdighedsbetingelserne i folkeforsikringslovens § 38, stk. 2, nr. 3, skal opfyldes. Endvidere udgår hjemmelen til kontingenthjælp under militærtjeneste, da den indkaldte selv omfattes af § 33, stk. 4, eller § 34, stk. 3, og da hans ægtefælles trangstilfælde kan afgøres efter forsorgslovens § 281 i de tilfælde, hvor en særlig hjælp er begrundet.

Den hidtidige hjemmel til at kræve nedsat de

sikrede dagpengebeløb til 2 kr. pr. dag er ikke medtaget i forslaget, idet nedsættelse ikke er rimelig ud over den nedsættelse, der vil ske efter $\frac{4}{5}$ -regelen i forslaget til § 27.

Til § 37.

Svarer til folkeforsikringslovens §§ 13 og 14. § 13, stk. 3 og 4 udgår dog på grund af ophævelsen af helbredsbetingelserne for optagelse i sygekasse. Det samme gælder § 74, stk. 2. Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger til lovforslaget foran om statstilskud til medlemmer af B-afdelingerne.

Den hidtidige forskudsbestemmelse i folkeforsikringslovens § 13, stk. 5, foreslås i stk. 4 ændret til en regel i lighed med folkeforsikringslovens § 68 om forskud på statsrefusion til kommunerne.

Til § 38.

Svarer til folkeforsikringslovens § 16, dog således, at retten til nedsat takst foreslås tillagt også medlemmer i B-afdelingerne, jfr. de almindelige bemærkninger foran og således, at takstnedsættelse under midlertidigt ophold i særlige tilfælde også gives på det nærmeste sygehus, selv om dette ikke er områdets sygehus — en udvidelse, der kan være af betydning f. eks. ved trafikulykker. I overensstemmelse med betænkningen side 147 foreslås takstnedsættelsen udvidet til at gælde også laboratorieundersøgelser. I stk. 1 i slutningen foreslås hjemmel til en særlig afregningsform, der allerede anvendes i praksis enkelte steder. Som nævnt ad § 12 forudsættes takstnedsættelse efter § 38 også givet på det offentlige specialsygehus.

Til § 39.

Stk. 1 svarer til folkeforsikringslovens § 20, stk. 5, jfr. bemærkningerne foran til § 20.

Stk. 2 svarer til forslaget i betænkningen s. 219-20, jfr. s. 223. Dens formål er at formindske afvigelserne i størrelsen af kontingentet for dagpengeydelse i de forskellige sygekasser. Det vil dog være rimeligt at lade de enkelte sygekasser bære en del af risikoen, hvorved deres egen interesse i f. eks. at gennemføre en effektiv kontrol med de sygemeldte bevares. En landsomfattende udligning må anses for unødvendig, hvorfor udligningen foreslås knyttet til sygekassernes centralforeninger. Tilsynet med udligningsordningen forudsættes udøvet efter de tilsvarende regler, der gælder for tilsynet med sygekasserne, d. v. s. ved direktøren for sygekassevæsenet.

Til § 40.

Stk. 1 svarer til folkeforsikringslovens § 65, stk. 6. Det anses for upåkrævet i loven at optage detaljerede regler om beregningsgrundlaget for mellemkommunal refusion og om regnskabsaflæggelse og revision m. v., og der henvises derfor i forslaget til de hertil svarende bestemmelser i folkeforsikringsloven.

Til § 41.

Svarer til folkeforsikringslovens § 30, stk. 4, ændret under hensyn til den nedenfor ad § 44 omtalte ophævelse af sygekassenævnet. Formuleringen vil fremtidig også give udtrykkelig hjemmel til at afslutte overenskomst om sygehjælp til fremmede statsborgere under midlertidigt ophold her i landet.

Til § 42.

Svarer til folkeforsikringslovens § 29 med de nedenfor nævnte ændringer:

Under direktørens tilsynsvirksomhed foreslås i stk. 1 udtrykkeligt inddraget sygekassernes administration.

Da bestemmelserne om den offentlige sygeforsikring er udskilt til en særlig lov, er medtaget de bestemmelser i folkeforsikringslovens § 49 og § 51, hvortil samme lovs § 29, stk. 2 henviser.

Pligten for direktøren til at foranstalte vejledende møder foreslås begrænset således, at møderne ikke skal foranstaltes årligt.

Til § 43.

Svarer til folkeforsikringslovens § 25 dog at antallet af suppleanter er forøget for at gøre det muligt, at særligt sagkyndige, f. eks. med hensyn til lægespecialer kan inddrages i forhandlingerne, når det ønskes.

I betænkningen er s. 155 og s. 157-158 rejst spørgsmål om forskellige andre ændringer i forslaget, herunder om indfrielse af tvungen voldgift og om rådets udvidelse til at omfatte andre grupper af medicinalpersonale end læger og jordemødre. Der er tillige rejst spørgsmål om eventuel indførelse af en mæglingsmandsinstitution.

Under hensyn til, at det hidtidige voldgiftsråd siden dets oprettelse i 1915 har fungeret tilfredsstillende, findes der ikke anledning til at foreslå sådanne ændringer. Med hensyn til behovet for at behandle spørgsmål vedrørende flere grupper end hidtil bemærkes, at en udvidelse af voldgiftsrådet til at omfatte flere grupper bl. a. kunne rejse spørgsmål om fastsættelse af nye regler for formandsvalget og ville give praktiske vanskeligheder med

fordelingen af udgifterne på parterne, jfr. stk. 6, 2. pkt.

I overensstemmelse med en af voldgiftsrådet fremsat udtalelse foreslås det i stedet, at socialministeren bemyndiges til at oprette særlige voldgiftsråd for de andre grupper af medicinalpersonale, hvor behov herfor måtte opstå. Det bemærkes herved, at loven pålægger sygekasserne pligt til at yde fri læge- og jordemoderhjælp til medlemmerne af A-grupperne, således at der for disse tilfælde er pligt til at søge opnået overenskomst, hvilket gør det naturligt at hjemle et voldgiftsråd herfor direkte i loven. En lignende pligt foreligger for de øvrige ydelser enten slet ikke eller dog ikke for hele landet.

Det tilføjes, at den foreslåede bemyndigelse ikke vil medføre merudgifter for statskassen, da parterne selv skal bære udgifterne ved rådets virksomhed. Der kan heller ikke forventes større merudgifter for parterne ved, at systemet indrettes med flere forskellige råd, end ved en udbygning af det bestående råd.

I stk. 6 vil efter forslaget udgå den hidtidige regel om, at dagpenge og rejsevederlag skal udbetales efter reglerne i tjenestemandsløven. I praksis har denne bestemmelse ikke kunnet dække hele området under langvarige forligsforhandlinger, og da de nærmere bestemmelser om rådets virksomhed fremdeles skal fastsættes af socialministeren efter forud indhentet erklæring fra rådet, vil fornødne hensyn kunne tages, uden at den hidtidige vejledende bestemmelse i loven kan anses for at være nødvendig.

Til § 44.

Træder i stedet for folkeforsikringslovens § 30, stk. 1-3 og 5, jfr. forslaget i betænkningen s. 121-122 om ophævelse af sygekassenævnet og om, at der i stedet oprettes et mindre nævn til behandling af overflytningssager.

Som følge af ophævelsen af sygekassenævnet er i forskellige af forslagets bestemmelser foreskrevet, at udtalelser skal indhentes fra forretningsudvalget for de samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark i stedet for som hidtil sygekassenævnet.

Til § 45.

En godkendelse ved et centralt organ af lønaftaler må anses for ønskelig.

Til § 46.

Svarer til folkeforsikringslovens § 26, samt § 5, stk. 1, nr. 5, dog med den ændring, at det bliver direktøren og ikke socialministeren, der fastsætter fristen for indsendelse af regnskab og for formen

af dette regnskab, meddeler godkendelse af revisorer, der ikke er statsautoriserede eller faguddannede, og fastsætter den nærmere ordning af lokalrevision.

Til § 47.

Svarer til folkeforsikringslovens § 27, stk. 1, og § 28 med enkelte redaktionelle ændringer.

Til § 48.

Stk. 1 svarer til folkeforsikringslovens § 18, stk. 3. Stk. 2 svarer til en hidtil i vedtægterne optaget regresregel. Stk. 3 svarer til folkeforsikringslovens § 10, stk. 9. En regel om tilbagebetaling af uretmæssig fribeholdningshjælp er tilføjet, jfr. betænkningen s. 165.

I forbindelse med forslaget til stk. 2 og 3 henvises til de lignende specielle bestemmelser om dagpenge i §§ 32, stk. 5 og 8, og 56, stk. 5 og 8.

Til afsnit II.

Svarer til „forslag I“ i betænkningen s. 204-218, jfr. de almindelige bemærkninger til lovforslaget og bemærkningerne foran til § 25-32 om den frivillige dagpengeordning i lovforslagets afsnit I.

Til § 49.

Bestemmelsen er et sidestykke til forslaget til § 25, idet den afgrænser den *personkreds* for hvem dagpengebestemmelser i dette afsnit anvendes. Bestemmelsens ordlyd svarer til kommissionens forslag til § 2 samt en del af § 1 i lønarbejderordningen (betænkningen s. 204 og 205).

Fra dagpengehjælpen undtages de under nr. 1-3 i stk. 3, omtalte persongrupper, som har en mere eller mindre udstrakt ret til løn under sygdom. At de undtages fra ordningen, betyder tillige, at der ikke skal svares bidrag for dem på linje med de lønarbejdere, der har ret til fuld dagpengehjælp under sygdom efter loven, jfr. forslaget til § 57.

Under deres beskæftigelse er de pågældende sikret efter de i § 49, stk. 3, nr. 1-3, nævnte bestemmelser. Ophører denne beskæftigelse, og overgår de til en af loven omfattet lønarbejderbeskæftigelse, vil de umiddelbart have ret til dagpenge, idet begge arter beskæftigelse medregnes til de i § 50 krævede 40 timer. Overgår de til selvstændig erhvervsvirksomhed m. m., vil ret til dagpenge under den i §§ 25-32 omhandlede ordning kunne opnås uanset alder og helbred og uden ventetid, jfr. bemærkningerne til § 25. Hvis sygdommen indtræder under en arbejdsløshedsperiode vil deres ret til dagpenge ligesom for andre lønarbejdere bero på, om de er medlemmer af en anerkendt arbejdsløshedskasse, jfr. § 49, stk. 1, og § 50, stk. 1. Endelig sikrer den

særlige hjemmel i § 50, stk. 2, deres ret til dagpenge, når sygeperioden er begyndt under en af § 49, stk. 3, nr. 1-3, omhandlet beskæftigelse og er fortsat i en derefter følgende arbejdsløshedsperiode.

Da undtagelserne i nr. 2 er begrundet med, at de dér nævnte love sikrer indtægt under sygdom, vil det efter omstændighederne kunne indfortolkes, at dagpenge kan udbetales i de undtagelsestilfælde, hvor dette ikke måtte være tilfældet, jfr. således særlig tilfælde, hvor et læreforhold i henhold til § 10 i lov nr. 261 af 2. oktober 1956 om lærlinge-forhold midlertidigt afbrydes på grund af lærlingens graviditet.

Endvidere undtages fra dagpengeret og fra bidragspligten i § 57 personer, som beskæftiges som tilfældig medhjælp i private hjem, samt personer med arbejdsforhold af kort varighed eller tilfældig natur, jfr. stk. 3, nr. 4. For disse personer ville det volde vanskeligheder at kontrollere, om de fornødne bidrag indgår fra arbejdsgiverne og pågældende selv. At de holdes uden for et i øvrigt bestående forsikringsystem, svarer i et vist omfang til den lignende regel i ulykkesforsikringslovens § 51, stk. 1, 2. punktum. De nærmere regler om, hvilke løse arbejdsforhold der bør undtages, forudsættes udformet administrativt. De pågældende må henvises til frivillig forsikring efter §§ 25-32. I øvrigt må reglens betydning også vurderes på baggrund af forslaget til § 50 om et vist beskæftigelseskrav, jfr. bemærkningerne nedenfor til denne bestemmelse.

Om forslaget til stk. 3, nr. 5, hvorefter personer, der oppebærer indtægtsbestemt folkepension eller enkepension undtages, henvises til bemærkningerne i kommissionens betænkning, s. 212-13 om, at disse grupper normalt ikke har så stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. Der henvises om den ved lovforslaget udvidede adgang til frivillig forsikring til bemærkningerne til § 27.

Til § 50.

Bestemmelsen er et sidestykke til forslaget i § 27 om *ventetid* for retten til at få dagpenge udbetalt. Den svarer til kommissionens forslag til § 3, jfr. betænkningen s. 205-06 med bemærkninger s. 213.

Reglen har betydning for arbejdere med arbejdsforhold af mere tilfældig natur, uden at der er tale om så løse arbejdsforhold som nævnt i forslagens § 49, stk. 3, nr. 4, jfr. foran; den svarer til sygelønsordningernes § 4, stk. 1. I modsætning til sygelønsordningerne har man — bl. a. af hensyn til de løse arbejdsforhold på landet — ikke ment at kunne

kræve beskæftigelse hos samme arbejdsgiver i hele perioden, når dagpengeordningen fremtidig skal være pligtig for alle lønarbejdere. Endvidere foreslås timeantallet i forhold til sygelønsordningerne nedsat fra 45 til 40, men på den anden side skal etten til dagpenge baseres på en beskæftigelse i dette timeantal inden for en periode af kun 4 uger (imod nu 6 uger). F. eks. et par timers daglig beskæftigelse vil således give ret til dagpenge.

Beskæftigelseskravet vil som oftest ikke kunne fyldestgøres af personer, der sygemeldes, medens de er arbejdsløse, og af disse kræves beviset derfor ikke; det er dog en forudsætning herfor, at pågældende skal være understøttelsesberettiget fra en anerkendt arbejdsløshedskasse på det tidspunkt, da han bliver syg, idet der i modsat fald ikke foreligger noget indtægtstab på grund af sygdommen.

Med hensyn til stk. 2 henvises til bemærkningerne til § 49.

For personer, der udelukkes fra dagpengeudbetaling som følge af § 50, vil sygekassernes frivillige dagpengeforsikring jfr. §§ 25-32, blive af betydning.

Til § 51.

Bestemmelsen om *dagpengenes størrelse* er et sidestykke til reglerne i § 27 og § 28, stk. 1. Forslaget svarer til kommissionens forslag til § 1, stk. 1 (betænkningen s. 204 og bemærkningerne s. 209 ff.).

Forslagets dagpengesats for forsørgere — mandlige som kvindelige — svarer til, hvad en voksen mandlig arbejder kan modtage i dagpenge i dag, når han både modtager sygeløn fra en af sygelønsfondene (14 kr. daglig) og sikrer sig sygekassernes højeste dagpengehjælp (6 kr. daglig i 7 dage). Tillige svarer beløbet nogenlunde til den arbejdsløshedsunderstøttelse, der kan oppebæres af en forsørger med 2 børn. Forsørgerbegrebet er det samme som i statskattelovgivning.

Den foreslåede sats for ikke-forsørgere er beregnet ved, at dagpengebeløbet for forsørgere er reduceret med et beløb svarende til arbejdsløshedsunderstøttelsens forsørgertilæg og tillæg for 2 børn. Satsen for unge arbejdere under 18 år er ansat til halvdelen af satsen for voksne ikke-forsørgere. Det er herved taget i betragtning, at de unges løn normalt er ikke ubetydeligt lavere end voksnes.

Med hensyn til regulering af dagpengesatserne henvises til forslaget til § 58, stk. 2.

Til § 52.

Bestemmelsen om forskellige *perioder* svarer til forslaget i § 28, stk. 2-3, men med den kortere

ventetid, 6 dage, der nu gælder ifølge sygelønsordningerne, jfr. også forslaget til § 4 i betænkningen s. 206 og s. 214. Tillige er der en forskel på affattelsen af bestemmelsens sidste stykke under hensyn til ordningernes forskellige karakter.

Til § 53.

(Forskellige *begrænsninger* i udbetalingen).

Svarer til forslaget til § 29. I overensstemmelse med § 1, stk. 3, i kommissionens forslag til lønarbejderdagpengeordningen (betænkningen s. 204) er dog udover reglen i § 29 tilføjet en særlig maksimumsregel for medlemmer, der sygemeldes i en arbejdsløshedperiode. Denne bestemmelse skal forebygge, at et medlem skulle fristes til at foretrække sygedagpenge fremfor arbejdsløshedunderstøttelse for derved at undgå at tære på sidstnævnte, jfr. betænkningen s. 210.

Til § 54.

Svarer til kommissionens forslag til § 1, stk. 5, i lønarbejderdagpengeordningen, jfr. betænkningen s. 205 om dagpenge i *barseltilfælde*.

Efter de nugældende bestemmelser i folkeforsikringslovens § 19 har alle kvindelige sygekassemedlemmer uden hensyn til deres beskæftigelse ret til sædvanlige sygekassedagpenge i de første 14 dage efter fødslen, en bestemmelse, der opretholdes foran i § 30.

Herudover har kvindelige sygekassemedlemmer, der er beskæftiget ved arbejde, for hvilket der ifølge arbejderbeskyttelseslovgivningen er foreskrevet 4 ugers hvile efter fødslen, ret til en særlig barselhjælp fra sygekassen, for tiden med følgende beløb:

Hovedstaden m. v.	7,75 kr.
Købstæder m. v.	7,40 -
Det øvrige land	6,75 -

Denne hjælp udbetales for alle ugens 7 dage og kan ydes i indtil 8 uger før fødslen, hvis svangerskabet bevirker, at kvinden ifølge lægeerklæring ikke kan passe sit arbejde uden skade for sig selv og fostret. Hjælpen ydes tillige i 3. og 4. og eventuelt i 5. og 6. uge efter fødslen; sammen med den ordinære sygekassedagpengehjælp i 1. og 2. uge efter fødslen dækker den særlige hjælp i 3. og 4. uge efter denne således det nævnte tidsrum på 4 uger efter fødslen, i hvilket de pågældende kvinder skal holde sig borte fra arbejdet. Hjælpen i 5. og 6. uge ydes kun, såfremt kvinden holder sig borte fra sit arbejde af hensyn til diegivning.

Nærværende forslag går ud på, at alle kvindelige

lønarbejdere, der har ret til dagpenge i sygdomstilfælde efter lønarbejderordningen, skal have adgang til kontant barselhjælp i indtil 14 uger, tidligst fra det tidspunkt, da der skønnes at være 8 uger til fødslen, forudsat at de holder sig borte fra deres arbejde. Det er tanken ved fastsættelsen af sidstnævnte tidspunkt, at der som dokumentation skal anvendes det kontrollkort, der udstedes i henhold til lovgivningen om svangerskabsundersøgelser.

Til § 55.

(*Fremgangsmåden*).

Svarer til § 31, dog med kortere frist under hensyn til den kortere ventetid for ydelse af dagpenge efter nærværende afsnit. Bestemmelsen er i overensstemmelse med kommissionens forslag til § 5 i lønarbejderdagpengeordningen (betænkningen s. 206).

Til § 56.

Svarer til § 32 om dagpengerettens *ophør* eller *bortfald* og om forskellige *regreskrav* m. m.

Til § 57.

Svarer til § 9 i forslaget i betænkningen s. 207 og s. 216-217, dog med de foran i de almindelige bemærkninger til lovforslaget omtalte ændringer, d. v. s., at arbejdsgiverens bidrag foreslås fastsat til 3 øre pr. time, og at hele udgiften til barseldagpenge efter dette afsnit foreslås afholdt af landets kommuner, således at udgiften fordeles efter reglerne om mellemkommunal refusion.

Herudover kan bemærkes, at systemet er foreslået opbygget efter lignende regler som i sygelønsordningerne. Da pligten til arbejdsgiverbidrag nu skal omfatte alle arbejdsgivere, foreslås pålagt arbejdsgiverne pligt til at foretage anmeldelse til sygekassernes centralforeninger, jfr. forslaget til stk. 4.

Såfremt en arbejdsgiver ikke betaler arbejderens tilbageholdte bidrag og hans eget bidrag, kan der blive spørgsmål om udpantning eller pålæggelse af bøder, og det kan pålægges arbejdsgiveren selv at udrede dagpenge, som er udbetalt til en arbejder, som er eller har været beskæftiget hos ham.

Til § 58.

Svarer til forslaget til § 10 i betænkningen s. 208 og 217.

Til § 59.

Svarer til forslaget til § 11 i betænkningen s. 208 og 217.

De nærmere bestemmelser om fondens virksomhed foreslås fastsat administrativt, herunder reglerne om overføring af midler fra fonden til de enkelte sygekasser og om størrelsen af det administrationsbidrag, der tillægges sygekasserne m. v.

Under hensyn til, at det for hver periode, hvori størrelsen af arbejdsgiver- og arbejderbidrag er fastsat, vil påhvile statskassen at bære fondens underskud, går man ud fra, at der ikke bliver spørgsmål om opsamling af kapitalmidler i denne fond. Tillige betyder den foreslåede ordning, at refusionerne til sygekasserne — ligesom for stats-tilskud efter § 37 — anvises fra direktoratet for sygekassevæsenet, og samtlige foreliggende likviditetsproblemer for såvel fonden som kasserne kan derfor løses ved anvisning af forskud på statens tilskud, jfr. stk. 2, der indeholder en regel, svarende til § 37, stk. 4.

Til § 60.

Svarer til forslaget til § 8 i betænkningen s. 207 og 216.

Det anses for naturligt at fortsætte den ordning, som gælder for sygelønsordningen, og som har vist sig at give gode resultater, d. v. s., at tvistigheder om administrationen af dagpengeordningen for lønarbejdere i første instans indbringes for et særligt udvalg med repræsentanter for arbejdere og arbejdsgivere og sygekasser. Da der i lovforslaget stilles forslag om en pligtig ordning for alle, bør dog etableres forbindelse med tilsynsmyndigheden, hvorfor repræsentanterne for de nævnte parter foreslås udpeget af socialministeren efter indstilling fra vedkommende organisationer. Tillige foreslås sekretæren udpeget af direktøren for sygekassevæsenet. Endvidere skal socialministeren fastsætte udvalgets forretningsorden. Afgørelserne bør med en ankefrist på 14 dage kunne indbringes for direktøren for sygekassevæsenet.

Til § 61.

Svarer til folkeforsikringslovens § 81 med de ændringer, som er nødvendige på grund af de øvrige ændringer i loven.

Til § 62.

Svarer til folkeforsikringslovens § 82.

Til § 63.

Stk. 1 og 2 svarer til folkeforsikringslovens § 9 med de ændringer, der følger af lovens øvrige ændringer. Stk. 3 svarer til folkeforsikringslovens

§ 5, stk. 2, men er tydeliggjort og affattet ligesom den i § 64 foreslåede overgangsbestemmelse (om ophævelse af sygekasser, hvor der nu er mere end én sygekasse i samme kommune). Der henvises i øvrigt til forslaget til § 33, hvorefter driftoverskud skal henlægges til sygekassens reservefond. De formuede, som skal overføres efter den foreslåede bestemmelse, vil hidrøre fra sådanne driftoverskud.

Der henvises tillige til bemærkningerne til § 2.

Til § 64.

Bestemmelserne tager sigte på at gennemføre den efter § 2 nødvendige sammenslutning af sygekasser, når der i samme kommune findes flere sygekasser. Da sygekassernes formuer (reservefondene) er opsamlet til fordel for sygekassens almindelige virksomhed, bør denne formue som almindelig regel overføres til den nye sygekasse eller til den af de bestående sygekasser, hvortil de øvrige kassers medlemmer overføres, jfr. også den foreslåede almindelige regel i § 63 om sygekassers ophør. Det må dog anses for rimeligt at gøre undtagelse for formuemidler, for hvilke der er truffet særlige bestemmelser, et forhold, der særlig kommer frem for de fagligt begrænsede sygekasser. Da formuerne i de fagligt begrænsede kasser eventuelt ikke er nøje adskilt i midler med almindelige og midler med særlige faglige formål, foreslås det, at socialministeren får hjemmel til at godkende aftaler om, at den del af fagkassernes formue pr. medlem, som overstiger de almindelige sygekassers formue pr. medlem, bevares til særlige faglige formål inden for sygehjælpen og sundhedsforsorgsområdet.

Da sygeforsikringen fortsat forudsættes organiseret på basis af selvstændige kasser under egen ledelse, må sammenslutningen finde sted efter aftale mellem sygekasserne. Det skønnes rimeligt, at der fastsættes en frist på 2 år fra lovens stadfæstelse til gennemførelse heraf, men såfremt der ikke i løbet af denne periode er truffet aftale, må socialministeren afgøre, til hvilken sygekasse anerkendelsen fremtidig skal meddeles.

Til § 65.

Da nyordningen med sygekassernes grupper for nydende medlemmer over indtægtsgrænsen skal afløse den hidtil gennem fortsættelsesygekasserne administrerede offentlige sygeforsikring for disse, foreligger der i forholdet mellem fortsættelsesygekasser og sygekasser lignende problemer som i forholdet mellem flere sygekasser i samme kommune, og § 65 er derfor affattet i lighed med § 64, jfr. tillige foran i de almindelige bemærkninger.

F. t. l. om den offentlige sygeforsikring.

Den hidtidige statskontrol med fortsættelses-sygekasserne må fortsætte i overgangstiden, og den foreslås derfor ophævet senest fra det tidspunkt, da en afgørelse om forholdenes ordning skal foreligge, d. v. s. efter 3 år regnet fra lovens stadfæstelse. For at gøre kontrollen effektiv må den dog fortsætte, indtil afsluttende regnskab for perioden er revideret og decideret.

I øvrigt foreslås forholdene ligesom efter § 64 ordnet ved forhandling mellem de pågældende kassers ledelser. Hvis sådan forhandling ikke fører til en aftale, fastsætter socialministeren varigheden af fortsættelsesygekassemedlemmernes ret til at begære sig overført til sygekasserne i gruppe B uden ventetid, og først da indtræder pligten til bidragydende medlemsskab.

I tilfælde af, at en fortsættelsesygekasses ledelse måtte beslutte at fortsætte kassens virksomhed som privat sygeforsikring, kunne der opstå tvivlstilfælde om, hvilken forsikring der bør afholde udgifterne, når en person såvel opretholder medlemsskab i denne private sygeforsikring som lader sig optage som nydende medlem i en sygekasse. Hvis fortsættelsesygekassen til sin fortsatte virksomhed medtager den formue, der efter den hidtidige lovgivning er opsamlet som reservefond for en sygeforsikringsvirksomhed, der er led i den offentlige sygeforsikring, må det tillige kræves, at de hidtidige medlemmer af en sådan fortsættelsesygekasse træffer et valg mellem fortsættelsesygekassen og de anerkendte sygekasser. Det foreslås derfor, at fortsat medlemsskab i fortsættelsesygekasser, som ikke har truffet aftale med sygekasserne om overførelse af medlemmerne og en dertil svarende del af formuen, må afskære fra nydende medlemsskab i sygekasserne, d. v. s., at disse personer henvises til samtidig med medlemsskabet i den private sygeforsikring at være bidragydende medlemmer af sygekasse.

Med hensyn til forslaget til stk. 5 henvises til betænkningen side 125, hvorefter en overførelse af fortsættelsesygekassernes medlemmer til sygekassernes B-afdelinger ikke bør belaste sygekasserne med nogen udgift. Det bemærkes i øvrigt, at det i betænkningen side 122 stillede forslag om en successiv afvikling af fortsættelsesygekasserne må påregnes at kunne gennemføres administrativt inden for den i § 65, stk. 1, foreslåede frist på 3 år.

Til § 66.

Bestemmelsen har til formål at sikre en overgangstid på et halvt år efter lovens ikrafttræden, i hvilken alene de nu gældende regler om tidspunktet for pligten til bidragydende medlemsskab anvendes,

og i hvilken der er fri adgang til nydende medlemsret uden ventetid efter reglerne i § 5, stk. 3. Fra dette sidste må dog undtages personer, der allerede før ikrafttrædelsen har fået pligt til bidragydende medlemsskab, idet disse dermed allerede ifølge folkeforsikringsloven kun kan få nydende medlemsret med et halvt års ventetid. Da bodsordningen i folkeforsikringslovens § 83 ophæves, vil de heraf omfattede personer fra ikrafttrædelsen være at betragte som bidragydende medlemmer, for hvem pligten er indtrådt inden da.

Den foreslåede overgangstid suppleres af den i § 71 foreslåede overgangsperiode.

Det anses for rimeligt, at også forhøjelsen af det bidragydende medlemsbidrag først får virkning efter et halvt år.

Til § 67.

Stk. 1 svarer til folkeforsikringslovens § 20, stk. 3, der har karakter af en overgangsregel, og derfor bør placeres her.

Stk. 2 er begrundet med, at de nuværende fortsættelsesygekassemedlemmer i et vist omfang har et egentligt retskrav på den formue, der tilhører udligningskassen for begravelseshjælp, og denne ret bør sikres dem fremover, også hvis fortsættelsesygekasserne som nævnt ad § 65 måtte fortsætte som private foreninger. Den fortsatte forsikring må dog i så fald ordnes ved direkte medlemsskab over for udligningskassen. Den særlige ret bør højst vare indtil det tidspunkt, da indmeldelse som nydende medlem i sygekasse finder sted, idet en senere udmeldelse som nydende medlem bør have samme virkning som for ethvert andet nydende sygekassemedlem, d. v. s. at retten til begravelseshjælp opføres.

Stk. 3 vil opretholde den ved lov nr. 258 af 2. oktober 1956 givne hjemmel til at bevare mulige særrettigheder fra den før 1. januar 1954 gældende lovgivning.

Til § 68.

Bestemmelsen, der svarer til betænkningen side 220 og 224, skal i en rimelig overgangstid sikre, at ingen af dem, som efter folkeforsikringsloven har ret til dagpenge fra sygekasse, får en mindre ret end hidtil.

Til § 69.

Svarer til folkeforsikringslovens § 23 med visse redaktionelle ændringer.

Til § 70.

For Færøerne gælder stadig den før folkeforsikringsloven gældende sygekasseordning, og indtil særlige ændringer måtte blive foretaget, bør disse bestemmelser fortsat gælde uændret. I modsætning

til folkeforsikringslovens § 86 indeholder lovfor-
slaget ingen bemyndigelse til at sætte loven i kraft
på Færøerne ved kongelig anordning med de lem-
pelse, som ifølge øernes særlige forhold måtte fin-
des hensigtsmæssige, idet man formentlig må på-
regne, at en ændring af den færøske sygekasse-
ordning vil blive gennemført ved lov.

Til § 71.

Da der må gives sygekasserne tid til at gennem-
føre nyordningen, herunder at foretage vedtægts-
ændringer og oprette A- og B-afdelinger m. v., vil
loven først kunne træde i kraft fra 1. april 1961.
Det er dog ønskeligt at ophævelsen af helbreds- og
aldersbetingelser for optagelse får virkning snarest
muligt. Indtil udløbet af den i § 66 foreslåede over-
gangstid på et halvt år efter lovens ikrafttræden vil
dette medføre, at personer, for hvem der ikke alle-
rede ifølge folkeforsikringsloven er pligt til bidrag-
ydende medlemskab, d. v. s. personer der d. 1.
april 1961 er under 21 år eller over 60 år, frit kan
indmelde sig når som helst uden den ventetid på 6
måneder, der fremtidig vil gælde fra tre måneders-
dagen efter det 16. år, og som allerede nu gælder
for bidragydende medlemmer. Under hensyn til det
ønskelige i at sikre en rimelig overgangstid med

lempelige regler og under hensyn til, at den i folke-
forsikringslovens § 18, stk. 4, hjemlede ventetid på
6 uger efter optagelsen vil være gældende indtil
lovens ikrafttræden den 1. april 1961, må denne
konsekvens imidlertid anses for mindre væsentlig.
Den nu gældende særlige tilskudsordning for med-
lemmer optaget med vedtegning om forskellige syg-
domme, jfr. folkeforsikringslovens § 13, stk. 3-4,
vil fortsat gælde indtil lovens ikrafttræden, ligesom
helbreds-betingelserne for optagelse i invalideforsik-
ringen stadig vil gælde.

Personer som efter gældende lov har opbrugt
retten til sygekassehjælp, vil fra ikrafttrædelsen
uden videre være berettiget til hjælp på ny.

Det forudsættes, at arbejdsmarkedets sygeløns-
ordninger vil ophøre samtidig med, at loven træder
i kraft, jfr. betænkningen s. 218.

De gældende betingelser om repræsentantskabs-
valg foreslås opretholdt indtil nye regler udarbej-
des. De hidtidige regler om sygekassegrænsens fast-
sættelse, d. v. s. socialministeriets bekendtgørelse
nr. 309 af 16. december 1957, der ville udløbe 30.
september 1960 foreslås opretholdt indtil lovens
ikrafttræden 1. april 1961, idet den i § 9 hjemlede
bekendtgørelse først får virkning fra da af. Det
bemærkes, at bekendtgørelsen af 16. december 1957
hjemler fornøden reguleringsmulighed.