Danskernes Historie Online
Danske Slægtsforskeres Bibliotek

Dette værk er downloadet fra Danskernes Historie Online

Danskernes Historie Online er Danmarks største digitaliseringsprojekt af litteratur inden for emner som personalhistorie, lokalhistorie og slægtsforskning. Biblioteket hører under den almennyttige forening Danske Slægtsforskere. Vi bevarer vores fælles kulturarv, digitaliserer den og stiller den til rådighed for alle interesserede.

Støt vores arbejde – Bliv sponsor

Som sponsor i biblioteket opnår du en række fordele. Læs mere om fordele og sponsorat her: https://slaegtsbibliotek.dk/sponsorat

Ophavsret

Biblioteket indeholder værker både med og uden ophavsret. For værker, som er omfattet af ophavsret, må PDF-filen kun benyttes til personligt brug.

Links

Slægtsforskernes Bibliotek: https://slaegtsbibliotek.dk
Danske Slægtsforskere: https://slaegt.dk

Sygekassetidende *60. årgang . januar 1956 . nr.* **1**

VORT BLAD

Med dette nummer går bladet ind i sin 60. årgang. Vi har samtidig benyttet lejligheden til at foretage visse ændringer i bladets udstyr i håb om at gøre dette mere tiltalende og indbydende.

Der er jo nok de af bladets læsere, som vil savne vort kendte, gamle hoved med de snørklede bogstaver, æskulapslangen og bægeret samt tideglasset. Dette har været Sygekassetidendes kendetegn siden 1916, og vi har ment, at tiden nu var inde til at foretage en forandring. I det første nummer med dette, nu forladte, hoved skrev daværende redaktør af Sygekassetidende, C. Nielsen, Lindholmhus, disse ord, som vi fuldt ud kan gøre til vore ved overgangen til nyt udstyr:

»Med nærværende nummer møder bladet med et nyt og forhåbentlig mere tiltalende og tidssvarende hoved. Lad dette være et tegn på, at Sygekassetidende agter at holde sig ung og kraftig til at øve sin gerning i tiden, der kommer. Men trods fornyelsen venter vi, at bladet vil blive modtaget som en gammel, kær ven, som alle interesserede vil hjælpe til at øve sin mission på den smukkeste og bedste måde til gavn og ære for den danske sygekassebevægelse.«

Nu er bladets udstyr jo eet og bladets indhold noget andet. Med hensyn til indholdet er det vort håb, at læserne i videst mulig udstrækning vil gøre sit til at præge dette. Sygekassernes eget blad skulle gerne være præget af de tanker, der rører sig blandt sygekasserne, og hjælpe til, at disse tanker finder videre udbredelse blandt sygekasserne til gavn for den virksomhed, som sygekasserne har i det danske samfund.

Med andre ord byder vi også i det nye år sygekassernes tillidsmænd og funktionærer velkommen til et frugtbart samarbejde. Bladets spalter står til rådighed for læsernes meninger, fremsat frit og under ansvar.

Bladets oplag er nu på godt 10.000. Det er imidlertid et spørgsmål, om vi ikke i det kommende år bør nå et lille stykke længere frem. Vi beder sygekassernes formænd om endnu en gang at overveje, om ikke bladet bør komme ud til samtlige bestyrelsesmedlemmer og repræsentantskabsmedlemmer.

Til slut en tak for den støtte, vi mødte i det forløbne år.

Glædeligt nytår.

Redaktionen.

Økonomiske grænser.

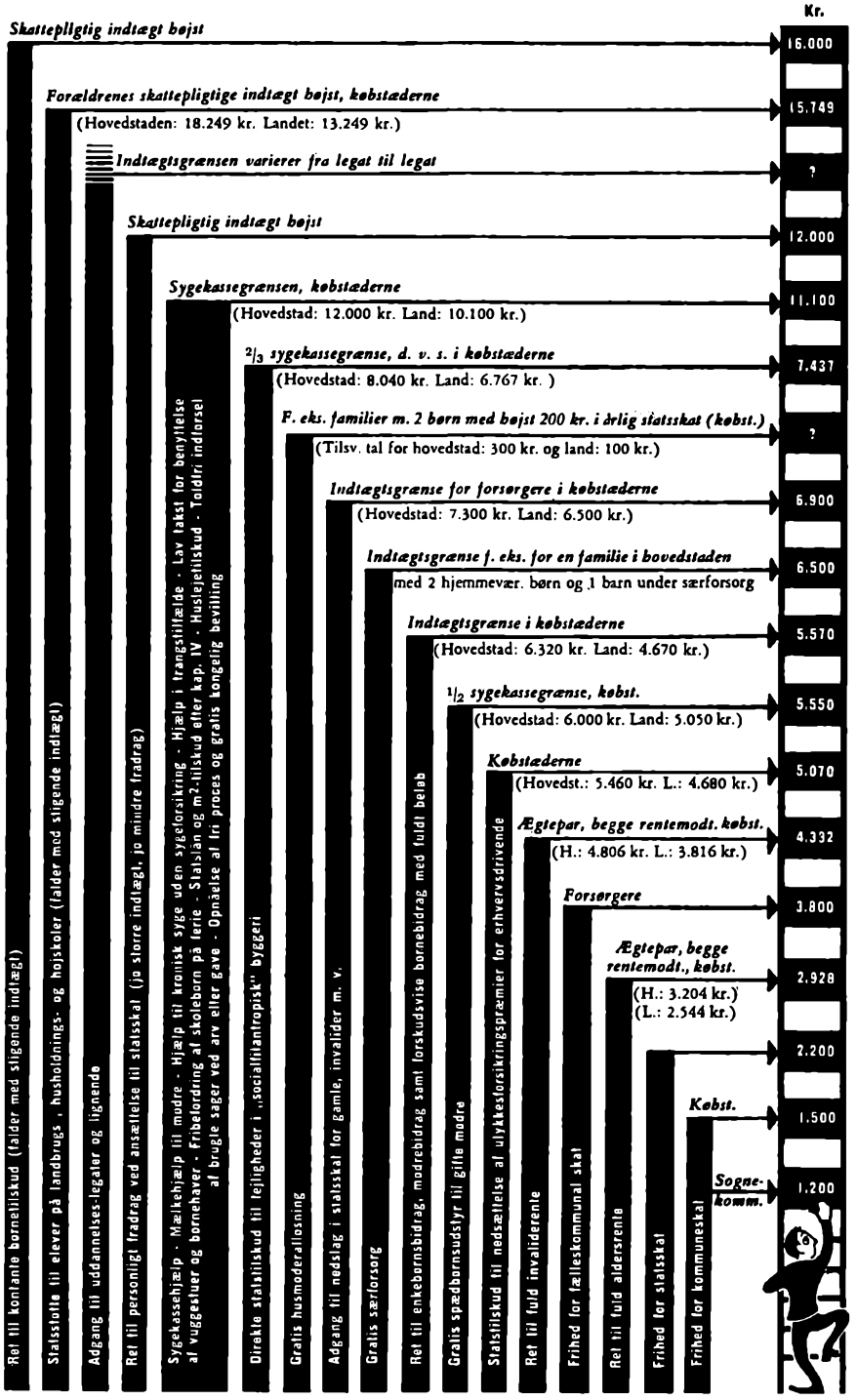
Som det tydeligt fremgår af figuren på næste side, findes der i den nugældende lovgivning mangfoldige økonomiske grænser. Figuren er hentet fra brugsforeningernes medlemsblad »Samvirke«, der i en artikel har gjort rede for de »chock«, som vi med mellemrum er udsat for af de i lovgivningen fastsatte grænser. (For at undgå misforståelser skal det oplyses, at den anførte sygekassegrænse er den indtil 1. oktober 1955 gældende. Sygekassegrænsen pr. 1. oktober 1955 er bekendtgjort andetsteds i dette nr.).

Af samtlige grænser er der ingen tvivl om, at sygekassegrænsen er den mest omtalte. Sygekassegrænsen anvendes ved bedømmelsen af mangfoldige andre spørgsmål, og sygekassegrænsen er bl. a. som følge heraf den grænse, som er bedst kendt af befolkningen. Men det kunne måske dog være på sin plads at gøre opmærksom på, at det er ganske almindeligt i lovgivningen at fastsætte forskellige grænser, at begrænse den kreds af befolkningen, som skal have ret til den eller den ydelse. Vel ud fra den betragtning, at der kun skal træffes foranstaltninger til den del af befolkningen, som har behov for hjælp eller måske har ønske om hjælp. Vil man derfor hævde, som nogle gør, at det er udemokratisk med en sygekassegrænse, må man have lov til at spørge, om den samme (iøvrigt fejlagtige) tale også gælder for de andre grænser, eller er det noget, som kun gælder for sygekassegrænsen.

Vi vil mene, at det er demokratisk med disse grænser, ikke fordi vi synes om at bruge ordet »Demokrati« i denne forbindelse, men vi vil gerne dermed give udtryk for, at vi ud fra en samfundsbetragtning synes, at det er klogt at begrænse ydelsen til de, som den må være bestemt for. Deraf følger bl. a., at man bliver i stand til at yde en bedre hjælp, end hvis hjælpen omfattede hele befolkningen.

Til de, som påtænker at gå ind for en sletning af de økonomiske grænser, kunne figuren måske også fortælle et eller andet om det mærkelige i at føre denne tale samtidig med, at man fastsætter nye grænser eller hæfter nye foranstaltninger på sygekassegrænsen. Vil man have sygekassegrænsen afskaffet, var det dog rimeligt, at man begyndte med at sætte den ud af kraft, når det gælder mælkehjælp til mødre, hjælp til kronisk syge, hjælp i trangstilfælde for ikke at tale om statstilskud til husleje.

Hvad sygekassegrænsen angår, kan der siges mangt og meget. Om den er placeret rigtigt, om det er rimeligt at opretholde tre sygekassegrænser, om den praktiske administration i forbindelse med grænsen er tidssvarende o. s. v. Ved denne lejlighed skal vi imidlertid blot indskrænke os til at pege på, at vel er der en sygekassegrænse, men der er også adskillige andre grænser. Og til slut dette, at ovenover grænsen ligger den anden del af den offentlige sygeforsikring, fortsættelsessygekasserne.


Kr.
Skattepligtig indtægt højst
16.000
Forældrenes skattepligtige indtægt højst, købstæderne
15.749
(Hovedstaden: 18.249 kr. Landet: 13.249 kr.)
Indtægtsgrænsen varierer fra legat til legat
?
Skattepligtig indtægt højst
12.000
Sygekassegrænsen, købstæderne
11.100
(Hovedstad: 12.000 kr. Land: 10.100 kr.)
2/3 sygekassegrænse, d. v. s. i købstæderne
7.437
(Hovedstad: 8.040 kr. Land: 6.767 kr.)
F. eks. familier m. 2 børn med højst 200 kr. i årlig statsskat (købst.)
?
(Tilsv. tal for hovedstad: 300 kr. og land: 100 kr.)
Indtægtsgrænse for forsørgere i købstæderne
6.900
(Hovedstad: 7.300 kr. Land: 6.500 kr.)
Indtægtsgrænse f. eks. for en familie i hovedstaden
6.500
med 2 hjemmevær. børn og 1 barn under særforsorg
Indtægtsgrænse i købstæderne
5.570
(Hovedstad: 6.320 kr. Land: 4.670 kr.)
1/2 sygekassegrænse, købst.
5.550
(Hovedstad: 6.000 kr. Land: 5.050 kr.)
Købstæderne
5.070
(Hovedst.: 5.460 kr. L.: 4.680 kr.)
Ægtepar, begge rentemodt. købst.
4.332
(H.: 4.806 kr. L.: 3.816 kr.)
Forsørgere
3.800
Ægtepar, begge rentemodt., købst.
2.928
(H.: 3.204 kr.)
(L.: 2.544 kr.)
2.200
Købst.
1.500
Sogne-komm.
1.200
Ret til konfirmationsbeklædningsskud (falder med stigende indtægt)
Statsstøtte til elever på landbrugs-, husholdnings- og højskoler (falder med stigende indtægt)
Adgang til uddannelses-legater og -lignende
Ret til personligt fradrag ved ansættelse til statsskat (jo større indtægt, jo mindre fradrag)
Sygekassehjælp - Mælkehjælp til mødre - Hjælp til kronisk syge uden sygeforsikring - Hjælp i trangstilfælde - Lav takst for benyttelse af vuggestuer og børnehaver - Fribelørdning af skolebørn på ferie - Statslån og m2-tilskud efter kap. IV - Huslejetilskud - Toldfri indførsel af brugte sager ved arv eller gave - Opnåelse af fri proces og gratis kongelig bevilling
Direkte statstilskud til lejligheder i „socialtilrantropisk" byggeri
Gratis husmoderallosning
Adgang til nedslag i statsskat for gamle, invalider m. v.
Gratis særforsorg
Ret til enkebørnsbidrag, modrebidrag samt forskudsvise børnebidrag med fuldt beløb
Gratis spædbørnsudstyr til gifte mødre
Statstilskud til nedsættelse af ulykkesforsikringspræmier for erhvervsdrivende
Ret til fuld invaliderente
Frihed for fælleskommunal skat
Ret til fuld aldersrente
Frihed for statsskat
Frihed for kommuneskat

Medicinpriser.

Undersøgelse af en sygekasses medicinforbrug.

Af assistent J. Laustsen.

Da vi for godt et år siden kom i besiddelse af et eksemplar af Fredericia pjecen her i sygekassen Bispebjerg, lod vi på basis af recepterne fra et enkelt apoteks kvartalsafregning foretage en opgørelse af forbruget af nogle få af de i pjecen omtalte præparater. Det viste sig at være et ikke ringe beløb, der kunne spares ved de omtalte ordinationsformer. Da dette apotek imidlertid ikke havde ekspederet ordinationer fra alle de ved kassen ansatte læger, og man for nogle ret ofte anvendte præparaters vedkommende kun fandt ganske få ordinationer, var vi klar over, at en gennemgang af hele receptmaterialet muligvis ville give et andet resultat. Forholdene på daværende tidspunkt tillod ikke en sådan gennemgang, der derfor blev udsat indtil nu.

Undersøgelsen omfatter samtlige recepter for tiden 1. april til 30. juni 1955, i alt ca. 10.000 til et beløb af 64.851,25 kr.

Der var ordineret 282 forskellige præparater som betydningsfuld medicin og 172 som dispensationsmedicin, som alle kunne henføres til de respektive medicin-grupper. Desuden fandtes 56 recepter på sammensatte præparater ordineret som særlig betydningsfuld, og 129 på sammensatte præparater ordineret som dispensationsmedicin.

Udgifterne til særlig betydningsfuld medicin fordelte sig således:

Midler mod sygdomme i åndedrætsorganerne	**2,12 pct.**
Antihistaminika	**4,73 pct.**
Midler med virkning på det autonome system	**23,81 pct.**
heraf bellergal	14,22 pct.
banthine og probanthine	2,52 pct.
metropin	2,18 pct.
Kemoterapeutika	**26,68 pct.**
heraf nyere antibiotika	7,05 pct.
penicillin	9,73 pct.
sulfapræparater	10,80 pct.
Jernpræparater	**2,13 pct.**
Organ- og hormonpræparater	**4,95 pct.**
Rauvilid og serpasil	**3,19 pct.**
Øvrige præparater	**32,39 pct.**

Rauvilid og serpasil er først anerkendt som særlig betydningsfuld medicin sidst i maj 1955. De blev før dette tidspunkt ordineret som dispensationsmedicin. Disse ordinationer er inkluderet i beregningen af forholdet til den samlede udgift til særlig betydningsfuld medicin.

Præparaterne blev averterede første gang for ca. 1½ år siden med betegnelsen »blodtrykssænkende«, og senere tilføjedes »beroligende«, hvorfor der har hersket nogen tvivl om berettigelse af ordination som dispensationsmedicin. Da de hidtil kun er blevet ordineret af et mindre antal af vore læger, vil der utvivlsomt kunne ventes en stigning i antallet af disse ordinationer, efter at præparaterne er blevet overført til særlig betydningsfuld medicin.

Præparatet Banthine forekommer kun på 12 ordinationer, medens det nyere Probanthine findes på 33 ordinationer. Disse præparater er jo ret dyre og påvirker således medicin-udgiften selv ved ret få ordinationer. Præparatet metropin forekommer i 136 tilfælde. Det anvendes så vidt vides for samme lidelse som Banthine og Probanthine og er væsentlig billigere.

Udgifterne til dispensationsordinationerne fordelte sig således:

Analgetika, antipyretika og antirheumatika (væsentlig codyl, codeiphen og lignende)	**39,34 pct.**
Antacida (syrebindende)	**4,55 pct.**
Sedativa og sovemidler	**6,20 pct.**
Hydrocortisat (salve)	**5,96 pct.**
Øvrige præparater	**43,95 pct.**

Fredericia-pjecen viser, at der er mulighed for besparelse ved ordination af apoteksfremstillede præparater, billigere identiske fabrikspræparater samt ved rationel ordination af større enkeltpakninger i stedet for ordination af flere små pakninger.

Vi har som nævnt ved tidligere undersøgelse fundet, at sådanne besparelser også kunne opnås her hos os og yderligere fået dette bekræftet ved nærværende undersøgelse.

I efterfølgende skema er beregningen af udgiften foretaget på grundlag af den fulde takstpris (d. v. s. medlemmets + sygekassens andel). Det vil i langt de fleste tilfælde ses, at det dyre præparat er foretrukket, vel nok fordi navnet er kort og let at skrive og desuden, at der averteres kraftigt i fagblade for specialiteterne i modsætning til, hvad der er tilfældet for de magistrelle præparater. En anden ting er, at lægerne ofte ikke er klare over, at der eksisterer så store prisforskelle.

Forskellen i pris er i det store og hele den samme som anført i Fredericia-pjecen. Enkelte præparater er dog gået ned i pris. F. eks. er prisen for nitropentytrit nu den samme som for det tilsvarende nitrocombin.

Forekommende ordinationer		ved ordination af:	kunne være sparet
	Kr.		Kr.
Amidryl	993,20	Diphenhydramin chl.	732,95
Anthisan	259,10	Mepyramin maleas	39,50
Benadryl	357,15	Diphenhydramin chl.	269,05
Butalgin	332,80	Methadon	133,10
Chloromycetin	308,40	Chloramphenicol	149,55
Coramin	48,80	Gtt. nicaethamid	15,65
Devegan	38,70	Acetarsol	20,40
Estilbin	506,45	Stilboestrol	204,30
Idophedrin	612,75	Novatrophedrin	204,55
K-vimin	11,80	Menadion na. bisulf.	6,60
Lucosil mites	2.475,05	Sulfamethizoli mit.	516,00
Lucosil majores	767,50	Sulfamethizoli maj.	110,80
Moloid	205,90	Nitrogl.-nitromannit aa 0.165	158,05
Neptusan	106,95	Anautin	25,95
Oculogtt. chloromycetin	234,00	Oculogtt. chlor amphenicol	195,90
Priscol	3,35	Tolazolin	0,95
Prostigmin	31,25	Synstigmin	8,45
Pyelol	36,40	Calc. chl. cum salol	10,10
Solufyllin	117,75	Glyphyllin	58,55
Stovarsol	36,05	Acetarsol	17,50
Dispensationsmedicin:			
Codyl	2.392,15	Codeiphen	66,15
Dormin	9,15	Aethallymal	3,40
Gelonida	689,15	Gealgica	174,75
Medinal	15,05	Diemalnatrium	8,50
Nebacetin pro inst.	273,90	Topicin pro inst.	163,70
Nebacetin, ungv.	111,50	Topicin ungv.	43,85
Chloromycetin, oculent.	10,80	Chloramphenicol oculent.	4,80

I Fredericia-pjecen omtales også besparelser, der ville kunne opnås ved anvendelse af billigere præparater, der, selv om de ikke er af samme sammensætning, dog i en række tilfælde næsten har samme virkning som de dyrere præparater.

Ordineret		ved ordination af:	kunne være sparet
	Kr.		Kr.
Geastimol	207,05	Pentazol	107,70
Amidryl c. mecodrin	285,35	Paradryl	99,40
Aureo- og terramycin	4.478,70	Chloramphenicol	ca. 2.700,00
Elkosin tabl. og mixt.	2.510,05	Sulfacombin tabl. og mixt.	1.508,45

Ved sammenligning må man undres over, at priserne på fabriksfremstillet medicin i så mange tilfælde ligger væsentlig over priserne på identiske, magistrelle præparater, når masseproduktion almindeligvis anses for at være billigst. Det er muligt, at prisforskellen skyldes det nuværende takstsystem. I så fald var der al mulig grund til at se nærmere på dette.

At der også indenfor specialiteterne forekommer store prisforskelle ses bl. a. for tabl. gelonida, der gennemsnitlig er 33⅓ pct. dyrere end de identiske tabl. gealgica, hvis pris ligger på nogenlunde samme niveau som det magistrelle codeiphen, der er af samme sammensætning, men med tilsætning af syreneutraliserende stof.

Der ville ved de ovennævnte ændringer i ordinationerne kunne være opnået en besparelse på ca. 7.500 kr. i dette ene kvartal. At alle disse ændringer ikke lader sig gennemføre i praksis, er vi klare over, men det vil selvsagt være af betydning, om en omlægning af ordinationerne til det billigere identiske præparat fandt sted i så stor udstrækning, som alle lægelige forhold taget i betragtning tillader.

Foretager man på basis af nævnte beløb en grov skønsmæssig beregning for hele landet, vil besparelsen på et år blive ca. 2 mill. kr. Der bør måske regnes med et endnu større beløb, da det vides, at der i andre sygekasser er et endnu større forbrug af f. eks. de dyre antibiotika og antihistaminika.

Englands sygeforsikring.

Hvad siger manden på gaden?

Som naturligt er, har de love om social tryghed, der er indført i Storbritannien efter krigen, fået megen omtale. Først i forbindelse med deres gennemførelse og på ny så snart de umiddelbare økonomiske virkninger for staten kunne overskues.

I Sygekasse-Tidende er emnet blevet behandlet flere gange, så man synes måske, vi har hørt tilstrækkeligt for et langt stykke tid. Imidlertid er det hver gang samfundets synspunkter, der har været fremført. Det kunne være interessant at prøve at finde frem til, hvad den menige englænder mener om det nye system.

Bortset fra smånotitser i de engelske eftermiddagsblade om ventetid på sygehusafdelinger o. l. problemer, som er meget vigtige for de direkte implicerede, men ikke fortæller noget om systemets virkning i almindelighed, er der tilsyneladende tilfredshed med ordningen. For at skaffe noget stof ud over bladenes har jeg da foretaget et rundspørge blandt engelske venner og bekendte. Der er af gode grunde ikke tale om et større antal, men til gengæld udgør de adspurgte et ganske repræsentativt udsnit af befolkningen med jævne og middelstore indtægter.

Før indførelsen af den engelske »socialreform« spåede flere amerikanske blade, at ingen ville benytte sig af *den frie lægehjælp,* fordi det ville blive behandling »på samlebånd«. Stillet overfor den udtalelse svarer folk af to forskellige generationer, at det har de ikke mærket noget til. De har stadig deres læge fra før omlægningen og bliver under det nye system behandlet på samme måde som før.

Spørgsmålet, om de praktiserende læger har for mange patienter, besvares af alle med »nej«. En arbejder, som bor i en mindre nordengelsk by, siger, at der sjældent er lang ventetid hos lægen; rigtig nok er der så to til tre konsultationstider hver dag. Måske skal jeg her minde om, at en læges klientel inden for sundhedstjenesten under ingen omstændigheder må overstige 3.500, børn medregnet.

I direkte forbindelse med lægehjælpen kommer vi til *medicinydelsen.* Principielt ydes der i England fri medicin, men apoteket afkræver et gebyr på 1 kr. for hver recept. Dette beløb generer, så vidt jeg har kunnet se, ikke den jævne patient så meget, som det generer politikerne og lægerne. Ved et møde for nylig i den britiske lægeforening vedtoges med stort flertal en resolution om afskaffelse af gebyret.

Ganske pudsigt er det at høre en husmoder i tyverne fortælle, at det nye system er udmærket, men som så meget andet er det blevet misbrugt: »Straks i 1948 skulle alle mennesker have briller og tandbehandling, selv om der ikke var særlig grund til det.«

De fleste former for *tandlægehjælp* ydes mod et kontrolgebyr fra patienten på indtil 20 kr., således at forstå, at man betaler fuldt ud for ydelser under dette beløb. Da folk i England af forskellige grunde er meget mindre omhyggelige med deres tænder end danskerne, er det sikkert sjældent, en behandling med normalt honorar ikke skulle koste over de 20 kr. To af mine bekendte havde fået *briller* gennem sundhedstjenesten, og fandt det var en stor fordel, at de kun var nødt til selv at betale en 30—35 kr. pr. par.

Hvis man trænger til *specialbehandling,* får man en henvisning fra huslægen til hospitalets ambulatorium. På grund af den fra alle sider erkendte mangel på speciallæger i landet kan det imidlertid vare flere måneder, inden det bliver ens tur. En søster til den unge frue fra før fik derfor af sin læge det råd at ofre de 60 kr., en privat konsultation kostede, så ventetiden kunne nedsættes til næsten intet. Jeg vil understrege, at der ikke kom nogen kritiske bemærkninger i den forbindelse. Det er nemlig et stort fremskridt, at der i det hele taget er åbnet mulighed for at komme til specialist på »sygekassebetingelser«.

Størrelsen af de *kontante forsikringsydelser* imponerer derimod ikke nogen af de interviewede. Et godt halvt hundrede kroner om ugen i sygepenge til en gift lønarbejder forekommer dem for ringe

en ydelse for 5—6 kroner i ugentlig præmie, et kontingentbeløb, der ganske vist udover syge-, invalide- og aldersforsikringen også dækker arbejdsløsheds- og ulykkesforsikring. Der har været røster fremme om automatisk pristalsregulering af understøttelsessatserne. Imidlertid har disse forslag stødt på megen modstand, ikke alene af sparegrunde, men også fordi tanken om den form for regulering aldrig rigtig er slået igennem i England, heller ikke på arbejdsmarkedet.

Pengehjælpen var altså ikke tilfredsstillende, men jeg kom ikke ud for ønsker om en udvidelse af sundhedsforsorgen på noget punkt. Dette kunne naturligvis skyldes, at de interviewede blev udspurgt af en udlænding, og at de derfor havde den amerikanske vending »Mit land, ret eller uret« i tankerne. Det tror jeg nu ikke, siden det er gode venner, der er tale om. Snarest bunder deres indstilling i den engelske sans for realiteter. De har direkte erfaring for, hvor store fremskridt der er sket, og har derudover forståelsen af, at mere er der ikke råd til.

Hvad opfattelsen af selve princippet nationaliseret sygehjælp var, har jeg ikke forsøgt at komme nærmere ind på, men det ser jo hverken efter aviserne eller andet at dømme ud til, at nogen for alvor ønsker at afskaffe det nye system igen.

De, jeg har henvendt mig til, mener altså, at sundheds- og folkeforsikringslovene virker eller vil komme til at virke efter deres gode hensigt.



Englands »HELSE«.

Vi må dog erindre, at man i Storbritannien f. eks. ikke tidligere har kendt til hospitalsbehandling til meget lave takster eller som fri ydelse i nogen videre udstrækning. Ligeledes var den øvrige hjælp under såvel den obligatoriske som den frivillige forsikring inden reformen meget begrænset.

Denne baggrund bevirker, at »manden på gaden« ser med friskere øjne på Englands »socialreform« og måske lettere lader sig begejstre end gennemsnitsdanskeren.

Allan Gersnov.

Fra CHRISTIANSBORG

Forslag til ændring af folkeforsikringsloven.

Samtidig med at socialministeren fremsatte forslag til lov om *folkepension* blev der forelagt folketinget et forslag til ændringer i folkeforsikringsloven.

Hovedpunkterne i lovforslaget går ud på:

at hæve alderen for opnåelse af aldersrente,

at indregne forskellige tillæg til renten i dennes grundbeløb,

at ændre reglerne om indtægts og formues indvirkning på rentens størrelse,

at indføre et pensionstillæg til invaliderenten og

at forhøje bidrag og præmier til invalideforsikringen.

Foruden nævnte hovedpunkter indeholder lovforslaget også en ændring til folkeforsikringslovens § 20 vedrørende bestemmelserne om begravelseshjælp. Så vidt vi kan se, vil ændringen betyde, at det ved lov bliver fastslået, at medlemmer, der indtil 1. januar 1954 var sikret et højere beløb i begravelseshjælp end lovens grundbeløb, får ret til grundbeløbet plus pristalstillæg plus differencen mellem grundbeløbet og det sikrede beløb.

Det bemærkes, at grundbeløbet foreslås forhøjet til 450 kr.

En forhøjelse af grundbeløbet vil desuden medføre, at antallet af medlemmer med større begravelseshjælp end grundbeløbet formindskes, idet der nu kun vil blive tale om de medlemmer, der den 1. januar 1954 var sikret mere end 450 kr. i begravelseshjælp.

Den i folkeforsikringslovens § 1 fastsatte alder på 65 år for opnåelse af aldersrente foreslås forhøjet til 67 år. For enlige kvinder ændres tidspunktet for opnåelse af aldersrente fra 60 år til 62 år. De nye aldersgrænser skal dog først træde i kraft fra 1. april 1963, idet der som overgangsbestemmelser vil være at anvende følgende regler:

I tiden indtil $^{31}/_{3}$	Enlige kvinder	Andre
1959	60 år	65 år
$^{1}/_{4}$ 1959—$^{31}/_{3}$ 1961	60½ år	65½ år
$^{1}/_{4}$ 1961—$^{31}/_{3}$ 1962	61 år	66 år
$^{1}/_{4}$ 1962—$^{31}/_{3}$ 1963	61½ år	66½ år

Med hensyn til rentens grundbeløb foreslås disse forhøjet. For det første foreslår man, at visse tillæg indregnes i grundbeløbet, og for det andet ændrer man pristalsreguleringen. Efter den nugældende lov går man ud fra pristallet i januar 1946 (basis 1914), der var 290. Efter forslaget skal udgangspunktet være pristallet i januar 1954, nemlig 376.

Denne ændring får også betydning for de i folkeforsikringslovens § 19 fastsatte grundbeløb for barseldagpenge og for det i § 20 fastsatte grundbeløb for begravelseshjælp. Det sidste beløb forhøjes som nævnt fra 350 kr. til 450 kr.

I bemærkningerne til lovforslaget hedder det om ønskeligheden af

at foretage en ændring af forholdet mellem renternes grundbeløb gående ud på at tilvejebringe større ensartethed mellem grundbeløbene for de tre kommunegrupper, at dette spørgsmål har været drøftet i folkeforsikringskommissionen, men at Det statistiske Departement endnu ikke har afsluttet en undersøgelse af leveomkostningerne i de tre kommunegrupper.

Ved beregningen af en persons indtægt med henblik på udregning af størrelsen af den rente, der tilkommer ham, er der hidtil sondret efter indtægtens art. Der foretages efter de gældende regler forskellige beregninger eftersom indtægten hidrører fra personligt arbejde, fra livrente, pension e. l., fra legat eller fra formueindtægt.

Den udvikling, der i de senere år har været med hensyn til indførelse af pensionsordninger og ydelse af understøttelse fra private virksomheder, har gjort en sondring mellem de forskellige indtægtsarter vanskelig og lidet rimelig. Hertil kommer, at ønsket om at fremme opsparingen må føre til at mildne den hidtil gældende strenge fradragsregel for rene formueindtægter. Fradragsreglen foreslås derfor forenklet således, at al indtægt op til 80 pct. af det nye grundbeløb er fradragsfri, og at overskydende indtægt fradrages med 36 kr. i renten for hver 50 kr. i indtægt.

De hidtil gældende bestemmelser i folkeforsikringslovens § 40, stk. 7—9 udgår. I stedet for foreslås det at yde et pensionstillæg til invaliderentemodtagere svarende til det beløb, der i henhold til lov om folkepension skal ydes aldersrentemodtagere.

Udgifterne ved dette pensionstillæg til invaliderentemodtagere skal dækkes ved en forhøjelse af invalidepræmien og bidraget fra arbejdsgiverne.

Efter forslaget skal invalidepræmien for personer, der er indtrådt i forsikringen inden det fyldte 21. år, fra 1. april 1957 forhøjes fra 8,40 kr. til 15 kr. Fra 1. april 1960 skal det forhøjes fra 15 kr. til 19 kr.

Personer, der er indtrådt i forsikringen efter det fyldte 21. år, skal fra 1. april 1957 betale 17 kr. i stedet for de nugældende 9,60 kr. Fra 1. april 1960 forhøjes præmien fra 17 kr. til 22 kr.

For samlevende ægtefæller nedsættes:

15 kr. til 13 kr.
17 kr. til 15 kr.
19 kr. til 16 kr.
22 kr. til 19 kr.

Arbejdsgivernes bidrag til invalideforsikringsfonden forhøjes fra 1. april 1957 fra 6 kr. til 11 kr., fra 1. april 1960 til 14 kr. pr. beskæftiget helårsarbejder.

En gennemførelse af nærværende lovforslag, der er kædet sammen med forslaget om folkepension, vil i givet fald betyde en forhøjelse af de invalidepræmier, som sygekasserne opkræver. Vi skal i næste nr. vende tilbage til dette spørgsmål.

Sygekassernes generalforsamlinger.

I sidste halvdel af februar og første halvdel af marts skal sygekasser med under 5.000 medlemmer afholde den årlige ordentlige generalforsamling, og man har derfor fundet det formålstjenligt kort at opridse, hvad der skal iagttages, for at generalforsamlingen er lovlig indvarslet og afholdt.

1. Bekendtgørelse om generalforsamlingen skal udsendes mindst 3 uger før afholdelsen.

a. Bekendtgørelsen skal ske f. eks. i 2 i egnen udbredte dagblade eller på anden hensigtsmæssig måde, hvorved forstås, at bekendtgørelsen skal ske således, at store kredse af medlemsbestanden får kundskab om generalforsamlingen.

b. I bekendtgørelsen skal oplyses dato, tid og sted for generalforsamlingens afholdelse, samt at forslag, herunder også valg af ledelse og revisorer, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være indsendt senest 14 dage forinden denne.

c. De 3 uger er absolut minimumsfrist for bekendtgørelsen af generalforsamlingens afholdelse m. v.

2. Forslag fra medlemmerne skal være indsendt senest 14 dage forinden generalforsamlingens afholdelse.

a. 14 dagesfristen for indsendelse af forslag gælder såvel for medlemmerne som for forslag indsendt af bestyrelsesmedlemmerne i eget navn. Derimod gælder den ikke for forslag, som fremsættes af bestyrelsen som forsamling.

De på generalforsamlingen fremmødte medlemmer er ikke bundet af bestyrelsens forslag, men kan fremsætte ændringsforslag. 14 dagesfristen gælder således kun selvstændige forslag.

Det bemærkes, at der ikke kan fremsættes ændringsforslag til bestyrelsens forslag til valg af ledelse og revisorer. Hvis der ikke kan opnås flertal for bestyrelsens forslag, må generalforsamlingen ophæves, og der må indkaldes til ny generalforsamling.

b. Forslag, der kommer bestyrelsen i hænde senere end 14 dage før generalforsamlingens afholdelse, kan ikke behandles på denne.

3. 8 dage før generalforsamlingen bekendtgøres dagsordenen med angivelse af de enkelte punkter, der skal behandles.

a. Generalforsamlingens dagsorden skal bekendtgøres nøjagtigt 8 dage før afholdelsen, altså hverken mere eller mindre.

b. Bekendtgørelsen skal ske på samme måde som meddelelsen for generalforsamlingens afholdelse, jfr. pkt. 1 a.

c. Dagsordenen skal være så oplysende som muligt, altså med angivelse af de enkelte punkter, der skal forhandles på generalforsamlingen, antallet af de kandidater, som medlemmerne og efter omstændighederne også bestyrelsen har stillet forslag om. Navnene på disse kandidater behøver ikke at oplyses, derimod vil det være naturligt at angive navnene på de efter tur afgående bestyrelsesmedlemmer, samt oplysning om de ønsker at modtage genvalg.

De ovenfor angivne regler for generalforsamlingens afholdelse indeholdes i vedtægtens § 35, hvortil der i Håndbog for anerkendte sygekasser, side 24 ff, er knyttet udførlige kommentarer.

Opmærksomheden henledes på, at regler i vedtægtens § 35 også omfatter stedfortrædere, jfr. ordet »ledelse«.

Afholdelsen af generalforsamlingen.

Den første handling, der skal foretages af generalforsamlingen, er at vælge en ordstyrer (dirigent), hvis opgave det er at lede generalforsamlingen, idet han dog allerførst skal konstatere, at den er lovligt indvarslet og bekendtgjort. Ordstyreren påser endvidere, at kun stemmeberettigede medlemmer deltager i afstemningerne. Spørgsmål om skriftlig afstemning afgøres ligeledes af dirigenten.

Stemmeberettigede er nydende medlemmer over 21 år samt bidragydende medlemmer, der betaler mindst kr. 8,00 i kontingent til sygekassen (præmien til invalideforsikringen medregnes ikke). De stemmeberettigede medlemmer må ikke være i uvedtægtsmæssig restance, d. v. s. 3 måneder, med medlemsbidrag og invalidepræmie.

Bestyrelsen bør ved passende kontrol sikre sig, at kun stemmeberettigede medlemmer får adgang til generalforsamlingen. Dette kan ske ved forevisning af medlemsbogen ved indgangen til mødelokalet.

Hvem kan vælges på generalforsamlingen?

Kun stemmeberettigede medlemmer, altså myndige personer, og disse har endog pligt til at modtage valg. Herfra undtages dog gifte kvinder, der nok kan vælges, men ikke har pligt til at lade sig vælge.

Naturligvis bør bestyrelsen så vidt muligt undgå, at personer mod deres vilje vælges til tillidsposter.

Nægter et medlem, der har pligt til at lade sig vælge, at modtage valget, kan bestyrelsen med samtykke fra direktøren for sygekassevæsenet pålægge vedkommende en bøde på indtil kr. 50,00.

Over generalforsamlingens forhandlinger føres en særskilt protokol, der skal indeholde nøjagtige oplysninger om dagsordenen, de mødtes antal, vedtagelser, valg m.m. Denne protokol oplæses på den pågældende eller nærmest påfølgende generalforsamling. Protokollen skal underskrives af ordstyreren (dirigenten).

Det bemærkes, at bestyrelsens forhandlingsprotokol ikke må oplæses på generalforsamlingen, da dette ville stride imod den sygekassernes tillidsmænd pålagte tavshedspligt.

På generalforsamlingen kan vedtages alt, hvad der ikke strider mod bestemmelserne i folkeforsikringsloven eller mod bestemmelser i de indgåede eller tiltrådte overenskomster med læger, tandlæger m. fl. eller mod de af sygekassernes egne organisationer vedtagne bestemmelser om samvirke i forskellig retning.

Til gyldig vedtagelse på generalforsamlingen kræves simpel stemmeflerhed, d. v. s., at flertallet af de på generalforsamlingen fremmødte medlemmer skal stemme for et forslag for, at det kan betragtes som vedtaget. Hvis der f. eks. er mødt

50 medlemmer på generalforsamlingen, skal mindst 26 stemme for forslaget for, at det kan betragtes som vedtaget.

Da enhver vedtægtsændring skal godkendes af direktoratet for sygekassevæsenet, anbefales det bestyrelsen på forhånd at søge generalforsamlingens bemyndigelse til at forhandle nærmere med direktoratet om de vedtagne forslags endelige form og indhold. *KSN.*

Fra et medlem

til hr. kredslæge Aage Gilberg, Mariager.

Foranlediget af dagspressens omtale af Deres indlæg i »Ugeskrift for læger« tilader jeg mig at fremkomme med følgende, som er holdt i samme kraftige sprog, som måske ligger for Dem, idet De for eksempel i Deres brev til politimesteren i Hobro angående knallertkørsel skrev, at man følte sig hensat til helvedes forgård og i omtalen af sygekasserne bruger udtryk som jerntæppe, unger og lignende.

Men til sagen. I min barndom var der ingen sygekasser, da var fattige folk nærmest dødssyge, inden de tillod sig at tilkalde lægen, og så skete det ofte, at fattigdommen var så stor, at lægen ingen betaling fik. Derfor var mange læger også fattige. — Så kom sygekasserne, der blev mulighed for, at alle kunne få den fornødne lægehjælp, og De vil vel ikke bestride, at det samtidig blev en økonomisk hjælp for lægerne. Lægestanden i dag er da ikke en ren pariakaste. Dog får jeg ikke andet ud af Deres indlæg. end at honoraret skal fordobles, og at der skal være mindre at bestille.

Hvad misbrug angår, så kender vi i hvert fald inden for takst 2-kasser til, at det kan ske, at lægen foretager et ekstrabesøg uden at være tilkaldt. Og De ved jo godt, at sygekassen kun betaler for lægehjælp og ikke for, at lægen skal være en slags barnepige. I den slags tilfælde må lægen jo sende regning til vedkommende, der har været så ubetænksom, og ikke til sygekassen.

Jeg kunne forresten tænke mig et middel til at begrænse sygebesøgene på landet med, vi kunne igen gå over til pligtkørsel og lade Lotte spænde for fjedervognen, når lægen skal hentes. Det ville afgjort begrænse sygebesøgene, for disse har taget stort opsving, siden lægerne blev selvbefordrende, så de i bil hurtigt kan fare fra by til by.

Og lad lægen så gøre sin pligt for samfundet, før han angriber andre, ved at gøre folk opmærksomme på, at de selv må betale, når lægen er tilkaldt uden grund og så måske spare noget på at ordinere hindbærsaft og andet trøstemedicin. Det vil hjælpe altsammen, og jeg skal ikke misunde lægen, om han selv kom til at opkræve sit gebyr hos den syge; måske der undertiden blev sendt en vemodig tanke til den tid, da sygekasserne afregnede med lægen, for det er vel ikke Deres mening, at samfundet til sidst skulle garantere gebyret, for så er vi lige vidt. — Nå ja, kun dette, at det forresten er mærkeligt, at lægerne i Sverige modtager deres betaling i svenske kroner.

Chr. Aunsbjerg, True,
sygekassemedlem.

Skal sygekasserne afskaffes?

Af universitetsadjunkt, specialist i neurologi Mogens Milfeldt.

Direktør Carl Jensen har i sygekassetidendes december - nummer under denne overskrift skrevet en artikel, der tydeligt har taget sit udgangspunkt i nogle tanker om dansk sundhedsvæsen, jeg fornylig har publiceret i en pjece »En torpedo under arken«. Direktøren fortjener tak, fordi han er en af de få, der har imødegået mig med argumenter. Sådan bør det være i et demokrati. Det modsatte synspunkt er for småtskårent: Natlægen har fornærmet os, så vil vi ikke tale med ham.

At lægernes officielle blad i de senere år skal have rummet angreb på sygekasselederne, »som er uden sidestykke til, hvad der fremføres i organer fra andre borgere med akademisk uddannelse«, erindrer jeg ikke. I min pjece skriver jeg: »Dette er ikke et angreb på sygekassefunktionærerne, der som regel, det ved jeg af personlig erfaring, gør et knippeldygtigt stykke arbejde.«

Direktør Carl Jensen er enig med mig i, at vort nuværende sygekassesystem er behæftet med mangler. De mangler, direktør Jensen erkender, er væsentlige, men langt fra de væsentligste. Sygekassesystemet har fundamentale fejl, dels som af direktør Jensen påpeget af økonomisk natur, men først og fremmest terapeutiske og moralske, fejl, som jeg nærmere har påvist i min pjece.

Det hævdes af direktør Jensen, at det af mig stillede reformforslag vil »gøre sygehjælp dyrere og dårligere og vil forringe tilværelsen for den lille mand«. Tværtimod. Jeg har i min pjece forklaret, hvorfor det bliver modsat.

Formentlig kan direktør Carl Jensen og jeg blive enige om følgende:

1) Al takstpolitik (altså også sygehus- og sygekassetakstpolitik) bør så vidt muligt drives sådan, at den fremmer den enkeltes moralske egenskaber, og bør i hvert fald ikke friste til umoral. Sygekassernes takstpolitik er i dag således, at den i mangfoldige tilfælde begunstiger den sletteste lægemoral. Dette kan dokumenteres med hundreder af eksempler.

2) En læge må hellere behandle få patienter godt end mange patienter dårligt.

3) Hvis det kan bevises, at det nuværende sygekassesystem ofte gør det unødigt vanskeligt for den praktiserende læge at holde sit lægeløfte, skal systemet laves om. Jeg ved, at mange læger frygter, at en fornyelse af systemet skal gå ud over deres økonomi, og at samfundet frygter, at en fornyelse vil medføre forøgede økonomiske krav fra lægerne. Sådanne økonomiske betænkeligheder er ganske irrelevante i forhold til det ovennævnte.

I min pjece har jeg beskrevet symptomerne på den sygdom, jeg mener, dansk sundhedsvæsen lider af. Sygekassefunktionærerne giver lægerne ansvaret herfor. De praktiserende læger giver sygekassesystemet ansvaret herfor. Det hjælper ikke blot at skyde skylden på anden part. Dansk sundhedsvæsen er kommet ud i et sådant uføre, at den danske lægestand snart må til at handle.

Sundhedsstyrelsens cirkulærer af 10. nov. 1955

om tandlægers ret til at rekvirere lægemidler, at foretage indsprøjtninger og at iværksætte universel analgesi.

Rekvirering af lægemidler.

I henhold til § 26, stk. 2, i lov nr. 209 af 11. juni 1954 om apotekervæsenet og § 5 i lov nr. 190 af 11. juni 1954 om udøvelse af tandlægevirksomhed fastsætter sundhedsstyrelsen herved, at de i § 10 i sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. december 1952 om rekvirering og udlevering af lægemidler fastsatte bestemmelser udgår og erstattes af følgende:

§ 10.

Tandlæger kan i det nedenanførte omfang rekvirere lægemidler til brug i praksis og ved recept foreskrive lægemidler for deres patienter.

1. Tandlæger kan til brug i praksis ordinere:
   a. Lægemidler til fremkaldelse af universel anæsthesi.
   b. Følgende lægemidler og kun disse til fremkaldelse af lokal anæsthesi af tænder og disses omgivelser, for så vidt de opfylder de nedenfor angivne betingelser:
      1. Prokainhydroklorid og andre prokainsalte i styrkerne 1 pct. og 2 pct. For injektionsvædsker, hvis eneste virksomme stof er prokainhydroklorid, må kun anvendes betegnelsen: »Solutio procaini hydrochloridi simplex pro injectione«, med tilføjelse af opløsningens styrke.
      2. De i sundhedsstyrelsens specialitetsregister optagne lokalanæstetika.

      De nævnte lokalanæstetika skal enten være farmakopépræparater til odontologisk brug eller foreligge som vandige opløsninger, der er gjort isotoniske med blodvædsken ved tilsætning af natriumklorid eller andre af sundhedsstyrelsen tilladte salte. For så vidt opløsningerne er tilsat karkontraherende stof, skal dette være enten adrenalin eller korbadrin. Som stabiliserende faktor er det tilladt at anvende natriumpyrosulfit i mængder på indtil 1 mg pr. ml opløsning. Præparaterne må kun udleveres i farveløse ampuller, tubuler (cylinderampuller) eller i hætteglas på indtil 30 ml.
   c. Inj. nicethamidi (hætteglas à 15 ml), amylii nitris (vitreller à 12 cg).
   d. De under 2 anførte lægemidler uden mængdebegrænsning.
   e. Lægemidler til udvortes brug.

2. Tandlæger kan til deres patienter ordinere følgende lægemidler og dermed identiske specialiteter:
   a. Guttae nicethamidi.
      Guttae pentazoli.
      Penicillin og penicillinforbindelser.
      samt salte heraf.

Pil. atropini majores	højst	25	stk.
Pil. atropini minores	—	25	-
Tabl. allypropymali	—	25	-
Tabl. carbromali	—	25	-
Tabl. enhexymali	—	25	-
Tabl. codazoni	—	25	-
Tabl. codeipheni	—	25	-
Tabl. codeipheni non obstipantes	—	25	-
Tabl. coffiplex	—	25	-
Tabl. hexemalcalcii	—	25	-
Tabl. phenemali	—	25	-
Tabl. pentymali	—	25	-
Tabl. saridon	—	25	-
Tabl. methylatropini bromidi	—	25	-

   b. Lægemidler, der ikke er underkastet receptpligt.
   c. Lægemidler til udvortes brug.

3. Enhver af en tandlæge udstedt recept på et af de i receptcirkulærets § 8 under grupperne A, B og C nævnte lægemidler, som efter de i øvrigt gældende bestemmelser kun må udleveres efter recept, er ugyldig efter 1. ekspedition, selvom recepten er forsynet med påtegning om gentagelse af udleveringen, eller selvom hele den på recepten ordinerede mængde ikke er udleveret.

Indsprøjtninger.

Cirkulæret om tandlægers ret til at foretage indsprøjtninger omhandler de forskellige former for lokalbedøvelse af tænder og disses omgivelser. Som noget ganske nyt for tandlægerne er der ved samme cirkulære givet disse ret til også at foretage indsprøjtning af nikætamid samt penicillin, penicillinforbindelse og salte heraf.

Efter de nugældende overenskomster med tandlægerne har sygekasserne ikke ret til at betale for penicillinindsprøjtning hos tandlæge. Spørgsmålet er imidlertid taget op til drøftelse mellem overenskomsternes parter. Resultatet heraf vil senere blive meddelt.

Universel analgesi.

Sundhedsstyrelsen har endvidere meddelt tandlægerne ret til at iværksætte universel analgesi (smertefrihed uden bevidsthedstab) under nærmere fastsatte betingelser.

HVAD BRUGES TIL SOCIALE LOVE

i de nordiske lande?

Ved det i efteråret 1955 afholdte møde mellem de nordiske socialministre forelagdes en statistisk rapport over den sociale lovgivning i de nordiske lande.

Rapporten er udarbejdet af en nordisk ekspertkomite, der har til opgave at samle og samordne tal for de sociale udgifter og omfanget af de sociale foranstaltninger, og rapporten giver tal for året 1952 (i nogle lande for finansåret 1952—53).

Ekspertkomiteen, der iøvrigt består af to repræsentanter fra hver af de nordiske lande, blev nedsat efter en vedtagelse på det første nordiske socialministermøde efter krigen i 1945. Det var ud fra ønsket om at træffe forantaltninger til opnåelse af en større ensartethed mellem de nordiske lande med hensyn til opgørelserne af udgifterne til socialforsikring og social forsorg samt den løbende lønstatistik, at komiteen blev nedsat.Komiteen fik til opgave i det omfang, det måtte være muligt, at fremkomme med forslag til koordinering af henholdsvis opgørelserne vedrørende de sociale udgifter og lønstatistiken.

Ovennævnte rapport, der er den tredie fra komiteens hånd, kan købes i boghandelen under navnet: Samordning af de nordiske landes statistik vedrørende den sociale lovgivning. Pris 6 kr.

I rapporten findes tal for de sociale udgifter i hvert af landene opdelt efter deres hovedårsager, sygdom, arbejdsløshed, alderdom, familie, børn m. v. Herudover giver rapporten en fyldig gennemgang af omfanget af de sociale foranstaltninger i de enkelte lande.

Der er en mærkbar forskel mellem landene, når man ser på, hvorledes de samlede sociale udgifter fordeles på hovedgrupper af sociale formål. Mens man således i Danmark og Sverige anvendte omkring 30 pct. af de samlede sociale udgifter til sundhedsvæsen, sygdomsbekæmpelse og sygekasser, brugtes til tilsvarende formål over 35 pct. i Norge og Island, men i Finland kun omkring 17 pct. I Danmark anvendtes en større del af de sociale udgifter til arbejdsløshedsforsikring end i noget af de andre nordiske lande, mens vi til gengæld anvendte en langt mindre del til familiepolitiske foranstaltninger, end tilfældet var i Finland og Sverige. Til forsørgelse af gamle og invalider anvendte alle landene på nær Finland omkring en trediedel af det sociale budget.

Det ville føre for vidt at gennemgå de enkelte tabeller, her skal kun fremhæves enkelte iagttagelser.

Vi er i Danmark ret velforsynede med læger i forhold til de andre nordiske lande, nemlig 944 indbyggere pr. læge mod 1924 i Finland, 1056 i Norge og 1370 i Sverige. Island har dog 848 indbyggere pr. læge, hvad der er nødvendiggjort af den spredte bebyggelse. De danske jordemødre har mere at bestille end de andre nordiske landes, idet der var 99 fødsler pr. jordemoder i Danmark mod 64 i Finland, 23 i Island, 47 i Norge og 69 i Sverige. Også her spiller de geografiske forhold en stor rolle.

Island har meget få tandlæger, idet der i 1952 var 4.445 indbyggere for hver tandlæge på Island mod 2.627 i Danmark, 2.941 i Finland, 1.815 i Norge og 1.887 pr. tandlæge i Sverige.

Danmark har en i forhold til de andre nordiske lande stærkt udbygget husmoderafløsning, idet der her i landet fandtes 1 husmoderafløser for hver 1.000 indbyggere, mens det tilsvarende tal i Norge og Sverige var 1 for hver 2.000 indbyggere.

Sociale udgifter[1]) procentvis fordelt på hovedgrupper 1952.

		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
		pct.	pct.	pct.	pct.	pct.
I.	Sygdom	28,5	17,4	36,4	35,4	30,7
II.	Arbejdsulykker og arbejderbeskyttelse	2,6	3,9	3,8	2,6	3,3
III.	Arbejdsløshed og arbejdsanvisning	14,2	4,9	0,2	3,4	1,8
IV.	Alderdom, invaliditet m.m.	31,9	10,5	30,5	24,7	34,0
V.	Familie og børn	11,8	40,0	14,8	11,1	23,8
VI.	Alm. og uspec. hjælp	3,0	9,4	4,2	3,4	4,7
VII.	Krigs- og militærulykker	0,6	9,5	—	1,6	0,4
VIII.	Centrale administrationsudgifter	1,7	0,3	0,5	0,4	1,3
IX.	Beregnet skattefradrag for børn	5,7	4,1	9,6	17,4	—
	Ialt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

[1]) Udgifter efter overførsler til/fra fonds.

Sygeforsikring 1952

(udgift i landenes egen mønt).

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Sygekassernes udgifter (i 1000):					
Dagpenge:					
Under sygehusophold	2.193	319.305	3.765	3.939	80.401
Under ophold i hjemmet	7.868			57.943	
Sygehusbehandling	29.024	60.690	11.278	114.443	17.923
Lægehjælp	70.608	127.120	10.774	55.023	34.739
Tandlægehjælp	12.412		—	2.141	...
Medicinhjælp	18.874	88.450	6.753	778	13.131
Barselhjælp	8 121	13.640		13.051	10.746
Transport	68	...		22.473	2.555
Fysioterapi	2.645	...	1.771	8.961	...
Begravelseshjælp	6.094	7.050		2.711	—
Andre ydelser	18.813	23.970		4 506	2.033
Administration	25.377	37.500	2.889	16.763	27.108
Ialt	202.097	677.950	37.230	302.730	188.637
Gennemsnitlige udgifter pr. voksen forsikret:					
Dagpenge	4,15	2.486	42,23	29,67	24,32
Sygehusbehandling	11,96	472	124,57	54,88	5,42
Lægehjælp	29,10	989	119,01	26,39	10,51
Tandlægehjælp	5,12		—	1,03	...
Medicinhjælp	7,78	688	74,59	0,37	3,97
Barselhjælp	3,35	106		6,26	3,25
Transport	0,03	...		10,78	0,77
Fysioterapi	1,09	...	19,56	4,29	...
Begravelseshjælp	2,51	55		1,30	—
Andre ydelser	7,75	187		2,16	0,62
Administration	10,46	292	31,91	8,04	8,20
Ialt pr. voksen forsikret	83,30	5.275	411,87	145,17	57,06
Udgifter til administration i pct. af samtlige udgifter	12,6	5,5	7,7	5,5	14,4

Da ovenstående udgiftsbeløb er anført i landenes egen mønt, vil man ikke umiddelbart kunne sammenligne tallene fra land til land. Komiteen har overvejet spørgsmålet, hvorvidt den kunne omregne beløbene til et enkelt lands valuta, men man har ment, at en sådan omregning ville være behæftet med så mange fejl, at det må anses for rigtigst at undlade ethvert forsøg herpå.

Danmark.

Nærmere kommentarer til tallene vedrørende sygekasserne i Danmark er for så vidt overflødige for dette blads læserkreds. Til orientering kan angående udgiften til andre ydelser oplyses, at dette tal omfatter kunstige lemmer (4,3), hjemmesygepleje (3,2) samt ophold på rekonvalescenthjem (1,5 mill. kr.).

Finland.

Obligatorisk sygeforsikring såvel som en landsomfattende sygeforsikring findes ikke. De fleste sygekasser virker inden for industrien (fabriksygekasser) og berører kun en lille del af befolkningen (128.528 voksne), men sygeforsikringen kompletteres af, at arbejdsgiverne er forpligtede til at udbetale løn under sygdom.

Sygeforsikringen finansieres først og fremmest af medlemmerne selv. Derudover ydes i almindelighed tilskud af arbejdsgiverne. Endvidere ordnes forvaltningen ofte af virksomhedernes kontorer, hvilket bidrager til, at administrationsudgifterne er relative små. De finske sygekasser modtager ikke tilskud fra staten.

Omfanget af ydelser varierer i de forskellige kasser. Dagpenge udbetales af de fleste, hvorimod sygehjælp ydes i mindre omfang.

Island.

Den islandske sygeforsikring er obligatorisk for befolkningen mellem 16 og 67 år. De lokale sygekasser står under tilsyn af rigsforsikringsanstalten, som desuden administrerer dagpengeforsikringen.

Forsikringen finansieres med $^3/_5$ af de forsikrede og med $^2/_5$ af staten og kommunerne.

Lægehjælp og sygehusbehandling er obligatoriske ydelser. Desuden ydes delvis medicin samt barselhjælp med fast minimum og røntgenundersøgelser. Frivilligt kan kasserne yde transport, speciallægebehandling samt fysioterapi. Der ydes i almindelighed ikke tandbehandling eller begravelseshjælp.

Norge.

Den pligtige sygetrygd var i 1952 begrænset til at omfatte arbejdere og funktionærer med en årlig indtægt under 15.000 kr., bortset fra søfolk, som alle har pligt til at være forsikret. Alle øvrige ikke forsikringspligtige havde ret til at blive frivilligt forsikret. Fra oktober 1953 er sygetrygden udvidet til at omfatte alle lønmodtagere uden hensyn til indtægtens størrelse.

Af indtægterne udgjorde lidt over halvdelen medlemsbidrag, medens resten var offentlige tilskud og bidrag fra arbejdsgiverne i forholdet 2 til 3.

De norske sygekasser yder frit ophold på offentlige sygehuse. Ved ophold på private sygehuse ydes refusion tilsvarende vor klinikbestemmelse. Lægehjælp refunderes efter tarif som i vore fortsættelsessygekasser. I gennemsnit afholder de norske sygekassemedlemmer selv direkte 25 pct. af udgifterne til lægehjælp. Tandudtrækning betales fuldt ud, medens der for øvrig tandbehandling ydes refusion som ved lægehjælp. Der ydes tilskud til livsvigtig medicin, medens de forsikrede selv betaler anden medicin. Det under andre ydelser anførte beløb indeholder udgifter til lægekontrol og særlige bevillinger efter ansøgning.

Sverige.

Den svenske sygeforsikring var i 1952 frivillig og omfattede godt 60 pct. af befolkningen. Fra 1. januar 1955 er indført obligatorisk sygeforsikring. (Se sygekassetidende for januar 1955).

I 1952 udgjorde de svenske sygekassers indtægter $^2/_3$ medlemsbidrag og $^1/_3$ offentlige tilskud.

I modsætning til Danmark spiller dagpengeydelsen en væsentlig større rolle end naturalydelserne. Lægehjælpen ydedes med $^2/_3$ refusion af visse af staten fastsatte takster. Der ydedes frit ophold på sygehuse samt en kontant moderskabshjælp på 125 kr. Medicin, massage og sygegymnastik var frivillige ydelser, til hvilke kasserne ydede delvis betaling.



Overgang fra takst II til takst I.

»I skrivelse af 14. januar 1955 har Centralforeningen af Sygekasser i Ringkøbing Amt for Voldgiftsrådet indbragt en sag angående spørgsmålet om, hvorvidt takst I vil kunne indføres for de medlemmer af Herning sygekasse, der tidligere stod som medlemmer af Herning landsogns sygekasse, som pr. 1. januar 1954 blev sammensluttet med Herning sygekasse.

Det fremgår af sagen, at det på en den 29. december 1953 afholdt generalforsamling i Herning landsogns sygekasse blev vedtaget og på repræsentantskabsmøde i Herning sygekasse den følgende dag godkendt, at landsognets sygekasse pr. 1. januar 1954 blev sammensluttet med Herning sygekasse.

Under hensyn til at Herning sygekasse, der har ca. 11.000 medlemmer, har takst I, medens landsognets sygekasse, der havde ca. 300 medlemmer, havde takst II, ønsker man fra sygekasseside — også af praktiske administrative grunde — at indføre takst I for det område, der hidtil havde henhørt under landsognets sygekasse.

Centralforeningen er imidlertid klar over, at kassen ikke med så kort et varsel vil kunne kræve sådan takstovergang, men finder, at det vil være rimeligt, at ønsket derom imødekommes.

Centralforeningen har endelig bemærket, at man fra sygekasseside ved en overgang til takst I »vil være enige i at betale lægerne ekstra for besøg udover en vis grænse, jfr. overenskomstens §

26, stk. 1 in fine, jfr. § 28, nr. 9 a. med anmærkning.«

Ringkøbing Amts Lægekredsforening har for sit vedkommende modsat sig den ønskede takstovergang og har herved henvist til, at den omstændighed, at en sygekasse, der har takst I, sammensluttes med en sygekasse, der har takst II, ikke i sig selv kan motivere en overgang til takst I, når takst II-kassen ikke uden sådan sammenslutning ville have mulighed for at overgå til takst I, at man ikke kan anerkende, at det er forbundet med administrative vanskeligheder at arbejde med begge takstformer inden for samme kasse, i hvilken forbindelse kredsforeningen har fremhævet, at dette praktiseres i andre, inden for kredsforeningen virkende sygekasser, og at Herning landsogns sygekasses område er et udpræget landområde med meget tynd, spredt bebyggelse, og således må henføres til ikke bymæssigt bebyggede områder, inden for hvilke kredsforeningen nærer et principielt ønske om takst II.

Sagen blev forhandlet i Voldgiftsrådet den 6. november 1955, hvor parterne havde givet møde ved repræsentanter, der var befuldmægtiget til at indgå forlig i sagen.

Parterne havde herved lejlighed til at supplere de af dem afgivne skriftlige udtalelser samt til at besvare spørgsmål fra Voldgiftsrådets medlemmer.

Det blev herunder oplyst, at takstovergangen først ønskes indført fra den 1. januar 1956 at regne, og at de sammensluttede kasser ligger inden for købstadens område.

Rådet afsagde herefter følgende

kendelse:

»I betragtning af, at overenskomstens § 16, stk. 2, således som bestemmelsen er formuleret efter et flertal af Voldgiftsrådets medlemmers opfattelse, giver en købstad ret til at have takst I inden for hele sit område og i betragtning af, at centralforeningen har erklæret sig rede til at bringe bestemmelsen i § 28, nr. 9 a. Anm., til anvendelse over for de læger, der hidtil har været honoreret efter takst II, må Herning sygekasse være berettiget til fra den 1. januar 1956 at anvende takst I også for det område, der hidtil har hørt under Herning landsogns sygekasse.«

Det tilføjes, at kendelsen i henhold til § 11 i de for rådet gældende bestemmelser af 28. december 1915 er bindende for parterne.«

Hvilket herved meddeles.

P. V. V.

Ricard.

Besøg med vidtløftige undersøgelser.

»I skrivelse af 7. juni 1955 har Fyns Stifts Lægekredsforening for Voldgiftsrådet indbragt en sag angående spørgsmålet om, hvorvidt X. sygekasse har været berettiget til at vægre sig ved at betale en fra læge N. N. fremsendt regning vedrørende en patient, der er medlem af Y. sygekasse, men som midlertidig opholdt sig inden for X. sygekasses område.

Det fremgår af sagen, at læge N. N. i henhold til overenskomstens § 28 udover taksten for sygebesøg har krævet betaling for ydelse i henhold til paragrafens nr. 2 b (in casu blodsukkerbestemmelse), men at X sygekasse efter henstiling fra sygekassen Y, har vægret sig ved at betale mere end besøgstaksten.

Lægekredsforeningen har som sin formening udtalt, at læge N. N. har været berettiget til at kræve betaling som sket, idet anmærkningen efter nr. 11 i § 28 alene fastslår, ved hvilke ydelser der skal foretages fradrag af konsultationshonorar, men ikke berører, hvilke ydelser, der skal betales for. Kreds-

foreningen har endvidere anført, at der aldrig tidligere er blevet nægtet betaling for denne ydelse ved besøg.

Centralforeningen af Sygekasser i Odense Amt har på sin side gjort gældende, at bestemmelsen i § 28, nr. 11 Anmærkningen, er udtømmende, og at der således alene, for så vidt angår de under nr. 4—8 og 10—11 nævnte ydelser, kan blive spørgsmål om betaling for ydelse plus besøg med fradrag af konsultationstaksten (4,50 kr.). Da der endvidere i overenskomsten ikke er fastsat nogen speciel takst for besøg med vidtløftige eller specielle undersøgelser, vil der efter centralforeningens formening kun kunne ydes sædvanlig besøgstakst, uanset om lægen i tilslutning til besøget foretager undersøgelser af den her omhandlede art.

Sagen blev forhandlet i Voldgiftsrådet den 6. november 1955, hvor parterne havde givet møde ved repræsentanter, der var befuldmægtiget til at indgå forlig i sagen.

Efter at parterne havde suppleret de af dem afgivne skriftlige udtalelser og besvaret spørgsmål fra Voldgiftsrådets medlemmer, afsagde rådet følgende

kendelse:

»I betragtning af at der inden for Voldgiftsrådet hersker tvivl om fortolkningen af § 28 og i betragtning af, at det er Voldgiftsrådets opfattelse, at de fynske sygekasser stort set i en lang årrække har betalt disse sjældent forekommende ydelser, finder Voldgiftsrådet, at de fynske sygekasser fortsat må betale disse ydelser, sålænge den pågældende bestemmelse er uændret.«

Det tilføjes, at kendelsen i henhold til § 11 i de for rådet gældende bestemmelser af 28. december 1915 er bindende for parterne.«

Hvilket herved meddeles.

P. V. V.

Ricard.

Indtægts- og formuegrænser

1. oktober 1955.

Indtægtsgrænser:

a)	København, Frederiksberg og Gentofte m. fl. kommuner ..	12.700 kr.
b)	Købstæder, Marstal samt flække og bymæssige bebyggelser på landet med over 1.500 indbyggere ..	11.700 kr.
c)	Det øvrige land....	10.700 kr.
	Børnetillægget fastsættes til	900 kr.

Formuegrænser:

31.000 kr. for enligtstillede personer og 44.000 kr. for familieforsørgere.

I henhold til socialministeriets bekendtgørelse af 25. februar 1955 angående de indtægts- og formueforhold m. v., der betinger en persons medlemsskab i en anerkendt sygekasse som nydende medlem, vil de i bekendtgørelsen nævnte indtægts- og formuegrænser samt børnetillægget til indtægtsgrænserne hvert år være at regulere med gyldighed fra 1. oktober efter de af Det statistiske Departement senest forud meddelte oplysninger om faglærte arbejderes gennemsnitlige timefortjeneste, således at de pågældende beløb forhøjes eller formindskes med samme procent som den, hvormed den sidst meddelte kvartårlige timefortjeneste er højere eller lavere end den

for januar kvartal 1954 meddelte gennemsnitlige timefortjeneste, idet beløbene for indtægtsgrænserne afrundes til det nærmeste med 100 kr. delelige tal, børnetillægget til det nærmeste med 25 kr. delelige tal og formuegrænserne til det nærmeste højere med 1.000 kr. delelige tal.

Da den sidst meddelte kvartårlige timefortjeneste for faglærte arbejdere ifølge oplysning fra Det statistiske Departement har været for København 525 øre og for provinsen 440 øre, medens timefortjenesten for januar kvartal 1954 var henholdsvis 495 øre og 416 øre, gælder herefter fra den 1. oktober 1955 at regne ovennævnte grænser for ubemidlethed i folkeforsikringslovens forstand.

Færøerne.

Indtægts- og formuegrænser.

Ifølge bekendtgørelse af 5. december 1955 fra socialministeriet er der med gyldighed fra 1. oktober 1954 fastsat følgende indtægts- og formuegrænser for medlemmer af sygekasserne på Færøerne på grundlag af faglærte arbejderes årsindtægt ved fuld beskæftigelse:

Indtægt ..... 9.500 kr.

For forsørgere af et barn eller flere børn under 15 år forhøjes ovenstående beløb med 850 kr. for hvert barn.

Som maksimum af formue for ubemidlede nydende medlemmer fastsættes:

For enligtstillede personer 29.000 kr.
Familieforsørgere..... 41.000 kr.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 1/1956.

Godkendelse af revisorer.

Ved folkeforsikringslovens § 5, stk. 1, nr. 5, er det pålagt de kasser, der har over 1.000 medlemmer, at have enten en statsautoriseret revisor eller en revisor, der er godkendt af socialministeriet.

I de tilfælde, hvor sygekassen ikke antager en statsautoriseret revisor, og hvor der som følge heraf må rettes henvendelse til socialministeriet om godkendelse af en revisor, må i almindelighed kræves, at pågældende har kendskab ikke blot til regnskabsvæsen i almindelighed, men også til revisionsarbejde, f. eks. derigennem, at han har revision som erhverv (fagrevisor).

Udmærkelse.

Kongen har den 12. december 1955 tildelt formand for Hvilsager-Lime sygekasse, karetmager Anton Marius Jensen af Termestrup under Randers amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Karetmager Anton Jensen, der er født den 8. november 1879 i Termestrup, valgtes til formand og kasserer for Hvilsager-Lime sygekasse den 28. januar 1912 og virkede som sådan indtil formands- og kassererposten på grund af sygekassens størrelse deltes i 1923, fra hvilket tidspunkt han har virket som formand for sygekassen.

Udmærkelse.

Kongen har den 12. december 1955 tildelt fhv. formand for Ikast sogns sygekasse, husejer Søren Peder Pedersen af Ikast under Ringkøbing amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Husejer Søren P. Pedersen, der er født den 23. august 1878 i Toftlund, Ikast sogn, valgtes til formand for Ikast sogns sygekasse den 19. februar 1919 og virkede som sådan, indtil han den 10. marts 1955 nedlagde dette hverv.

Samvirkende Centralforeninger

Nr. 1/1956.

Jordemoderoverenskomsten.

Der føres fortsat forhandlinger mellem Jordemoderforeningen og sygekassernes samvirksomhed om ændringer til den bestående overenskomst. Meddelelse vil snarest tilgå de enkelte sygekasser.

Nr. 2/1956.

Skoletandplejen.

På given foranledning skal vi herved meddele, at konflikten mellem Dansk Tandlægeforening og kommunerne om honorarer for skoletandpleje udført af privat praktiserende tandlæger stadig er løbende.

I henhold til bestemmelserne i sygekassernes vedtægter kan sygekasserne ikke betale for tandpleje til børn, der under normale forhold ville være omfattet af skoletandplejen, jvnf. meddelelse fra samvirksomheden i Sygekassetidende, september 1955, side 227.

Nr. 3/1956.

Tandlægers ret til at ordinere penicillin.

Ved sundhedsstyrelsens cirkulærer af 10. november 1955 er der givet tandlægerne ret til at ordinere og foretage indsprøjtning med penicillin.

Samvirksomheden har i den anledning optaget drøftelse med socialministeriet angående spørgsmålet om tandlægers ret til at ordinere penicillin på sygekasserecept samt med Dansk Tandlægeforening om betaling for penicillinindsprøjtning.

Når resultatet af drøftelserne foreligger, vil meddelelse tilgå sygekasserne.

Nr. 4/1956.

Betaling for diatermibehandling.

I henhold til overenskomst mellem Danske Fysioterapeuter og samvirksomheden er der sluttet aftale om takst for diatermibehandling (kortbølgebehandling), jvnf. Sygekassetidende, juli 1955, side 178.

Efter forretningsudvalgets opfattelse har herefter sygekasser, der yder tilskud til massagebehandling (vedtægtens § 8, nr. 11 a), også pligt til at yde tilskud til diatermibehandling.



Centralforeningen af sygekasser i Aalborg amt afholdt i begyndelsen af december måned møde med sygekassernes tillidsmænd. Centralforeningens formand, A. Larsen, Fjellerad, redegjorde for den senere tids virksomhed inden for centralforeningen og kom herunder ind på en omtale af den store stigning, der havde fundet sted af sygekassernes medicinudgifter. Formandens redegørelse fulgtes af en længere diskussion, hvori deltog en stor del af mødets deltagere.

★

De færøske sygekassers årlige statstilskud på 2 kr. pr. medlem er ved kongelig anordning ændret til 5 kr. fra 1. januar 1955 at regne.

★

Sygehussamarbejde mellem Randers og Århus amter. Mellem nævnte to amter er truffet aftale om, at beboerne i kommunerne Todbjerg-Mejlby, Skjødstrup og Hjortshøj-Egaa, der hidtil i sygdomstilfælde har måttet søge Hornslet sygehus, fremtidig får indlæggelsesret på Århus amtssygehus. Hornslet sygehus skal herefter nedlægges som egentlig sygehus og omdannes til efterbehandlingssted for patienter fra Randers centralsygehus.

Sygeplejecentral i Vordingborg sygekasses ejendom. Da hjemmesygeplejerskerne i Vordingborg efterhånden har fået et stort arbejde med at give indsprøjtninger, også til oppegående og arbejdende patienter, har man til aflastning af sygeplejerskerne oprettet en sygeplejecentral, hvor patienterne kan henvende sig og få foretaget indsprøjtninger.

★

Sygekasse og fjernsyn. Sygekassen »Odense« har beredt det fynske fjernsyn uventede vanskeligheder. Ved prøveudsendelser fra den nye Sdr. Højrupsender gik disse ikke igennem i Odense. Ved en undersøgelse viste det sig, at årsagen hertil var diatermiapparaterne på sygekassens fysiurgiske klinik. Apparaterne havde samme frekvens som fjernsynssenderen, så nu må sygekassen ændre frekvens på sine kortbølgeapparater.

★

Hellevad sygekasse i Hjørring amt fejrede den 1. december 1955 sin 50 årsdag. Fødselsdagen blev fejret på det lokale hotel ved et fælles kaffebord med tale af centralforeningens formand, Harding Larsen.

★

De sjællandske forretningsførere var først i december måned samlet til møde i Roskilde. Forretningsfører H. C. Hansen, de samv. centralforeninger, indledte en drøftelse om aktuelle problemer. Man vil fra tid til anden samles til sådanne uformelle drøftelser om sygekassernes virksomhed.

Mærkedage

Jubilæum.

Forretningsfører ved Frederikshavn sygekasse, Karl Thomsen, kan den 1. januar 1956 fejre 25 årsdagen for sin ansættelse ved nævnte sygekasse.

Karl Thomsen, der siden 1944 har virket som forretningsfører, er kendt som en interesseret sygekassemand, og har gennem sit retskafne og stilfærdige væsen vundet bestyrelsens, kollegernes og medlemmernes tillid.

Vi ønsker tillykke med dagen.

70 år.

Formand for Aaker-Aakirkeby sygekasse, kontorbestyrer August Marker, kan søndag den 8. januar fejre sin 70 års fødselsdag.

Marker blev indvalgt i sygekassens bestyrelse i 1939, og han har været dens formand de sidste 10 år. Under hans ledelse er der i sygekassen blevet gennemført en omfattende forenkling og modernisering af regnskabsførelse og ekspedition.

Marker er medlem af byrådet og bestyrelsen for Aakirkeby sygehus, og han er indehaver af en lang række andre tillidshverv. Uden overdrivelse kan det siges, at sygekassen er et af hans kæreste hverv. Han følger hver detaille i sygekassens drift, og han sætter sig grundigt ind i alle spørgsmål vedrørende sygekassevæsen.

Også i sygeplejeforeningens bestyrelse har han gennem årene forfægtet sygekassemedlemmernes interesser.

Erindringsliste

1. Indberetning fra folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Indberetninger til kommunalbestyrelserne om forsikringspligtige medlemmers restancer.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *snarest efter hvert års 1. januar og i hvert fald inden 1. april* tilstille vedkommende kommunalbestyrelse en i 2 eksemplarer affattet *fortegnelse (almindelig restanceliste)* over de forsikringspligtige bidragydende medlemmer, der ved det forudgående kalenderårs udgang skyldte medlemsbidrag og invalidepræmie for 3 måneder eller derover.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . februar 1956 . nr.* **2**

Udpluk fra aviserne i januar måned.

»Billigt for sygekasserne, men dyrt for samfundet.«

Når lægen overbelastes med småting.«

»Dansk sygeforsorg er tåbelig.«

»Hvor der kan spares millioner hvert år.«

»Opgørelse af de uheldige virkninger, det bestående sygekassesystem har på samfundets økonomi.«

»Flere kvaler med sygekassegrænsen.«

»Hvem skal betale børns tandpleje?
Sygekassens pligt til at yde tilskud til børns tandpleje under skoletandplejekonflikten.«

»Hvor socialisering er den rigtige løsning.«

Og endelig det næsten paradoksale:
»I hvert fald her i byen har vi et ganske udmærket samarbejde med sygekasserne. Der er ingen særlige gnidninger, og begge parter er tilfredse med forholdene.«

Pressen og sygekasserne

Følger man avisernes artikler om sygekasserne og sygekasseproblemerne, kan man ikke undgå at lægge mærke til, at mange aviser ligesom forsøger at lægge sygekasserne for had i befolkningen. Mange aviser kører til stadighed frem med meget løse påstande og giver derfor et forkert, et misvisende billede af de faktiske forhold. Det være dog også sagt, at en hel del blade gør sig al mulig umage for at tegne et korrekt billede af den offentlige sygeforsikring, d.v.s. et billede, hvor man både ser manglerne og fordelene.

Hvis De prøver igen at lade øjet løbe nedad spalten ved siden af, så vil De se forskellige overskrifter og tekststykker plukket ud af aviserne i den sidste måned, hvor der iøvrigt var ret stille. Der har været andre måneder, hvor angrebene var talrigere og voldsommere, men den sidste måned repræsenterer vel gennemsnittet. Det er jo artige ting, der sådan siges ind imellem.

Det er ikke, fordi vi tror, at sygekasserne er sarte. Det være langt fra. Der var måske engang, hvor de var det, men de sidste ti års offentlige omtale har gjort dem hårdhudede. Nu er det naturligvis også sådan, at offentlig og halvoffentlig virksomhed må gøre sig klart, at den ikke kan undgå at blive genstand for offentlig kritik. Det er fuldstændig i sin orden, men spørgsmålet er dog alligevel, om ikke der burde være lidt mening i denne kritik. Var det for meget at ønske,

om denne kritik var lidt mere realistisk betonet og måske så til gengæld lidt mindre sensationspræget.

Nu er det jo en god gammel regel, at man først skal feje for sin egen dør, hvis der er noget, som man syntes kunne være anderledes. Man kunne måske allerførst spørge, om sygekasserne har været flittige nok til at informere pressen. Har vi været flittige nok og dygtige nok til at give pressen oplysninger om vore problemer? Har vi været for uvillige til at bringe vore problemer frem til offentlig diskussion? Har vi været for sarte med at give oplysninger om de faktiske forhold om sygebehandlingen her i landet? Har vi været for beskedne med at give meddelelser om vore gode gerninger (for dem har der vel trods alt også været nogle af)? Med andre ord har vi forsømt det, som man med et lidt finere ord kalder pressetjenesten.

Det er meget muligt, at sygekasserne burde have en mere gennemført pressetjeneste. Den almindelige tendens, som der er til at tale dårligt om offentlig virksomhed, kræver måske idag, hvor problemerne ikke er så enkle, som de var tidligere, en mere effektiv information til pressen. Der siges fra sagkyndig side, at pressens kritik oftest rettes mod Statsbanerne, Statsradiofonien og sygekasserne. Det var måske derfor meget rimeligt, om sygekasserne — vel vidende at pressen har stor indflydelse på den offentlige mening — gjorde noget mere for at — undskyld udtrykket — retlede pressen.

Sygekassernes ledelse er ikke helt uvidende om disse problemer. Med mellemrum har man drøftet spørgsmålet, og Sygekassetidende har vel også en opgave at røgte her, i videst forstand. Sygekassetidende, der kommer een gang om måneden, kan naturligvis ikke normalt deltage i dagspressens polemik, men vi kan måske i større udstrækning påtage os et oplysningsarbejde, der tager direkte sigte på de aktuelle problemer, som misrøgtes af dagspressen.

Vi gør os naturligvis ikke forhåbning om, at vi kan standse uberettiget kritik. Der er en del kritik, som vi slet ikke kan imødegå, fordi den vil tvinge os til at bruge uartige ord, og det vil vi meget nødigt, men vi kan gøre en hel del til at forbedre vor nuværende dårlige stilling i den offentlige mening.

1. Vi må forbedre sygekassernes virksomhed, således at den bliver fuldt ud på højde med, hvad man med billighed kan forlange af en offentlig sygeforsikring.

2. Vi må på bredere basis undersøge, hvad der ligger til grund for denne kampagne mod sygekasserne.

3. Vi må forbedre vore oplysninger til vore medlemmer, således at disse får bedre indblik i problemerne omkring den offentlige sygeforsikring.

Udviklingslinier i sundhedspolitiken.

Af læge Charles Jacobsen.

I efterfølgende foredrag i Socialpolitisk forenings og Folkeuniversitetets foredragsrække »Fremtidsperspektiver i socialpolitiken«, her gengivet efter Månedsskrift for praktisk lægegerning og social medicin, gør læge Charles Jacobsen rede for den fremtidige sundhedspolitik og fremsætter mange værdifulde betragtninger vedrørende det forebyggende arbejde, vort sygehusvæsen og vor offentlige sikring i sygdomstilfælde.

En af de vigtigste opgaver for et kultursamfund er at værne befolkningens sundhed gennem forebyggelse af sygdom, og — dersom sygdom er indtrådt — gennem hensigtsmæssige foranstaltninger at søge sygdom helbredt, herunder at sikre tilværelsen for de medborgere, der på grund af sygdom mister arbejdsevnen for kortere eller længere tid.

Hermed er sundhedspolitikens mål sat. Områderne, hvor der skal sættes ind, er mangfoldige og iøvrigt vekslende i de forskellige tidsperioder, først og fremmest afhængig af videnskabelige og tekniske muligheder, af disponibel faguddannet arbejdskraft, f. eks. antallet af læger, sygeplejersker m. v. og aldeles afhængig af samfundets økonomiske bæreevne.

Den forebyggende lægegerning.

En række bestemmelser og love har til opgave at bevare og styrke sundhed i almindelighed. Det kan dels dreje sig om en egentlig sundhedslovgivning — dels om sociale love, men lovgivning og administration for disse områder må nødvendigvis have en nøje kontakt. Sygdomstilstande kan medføre, at sociale foranstaltninger er påkrævet, og mangelfulde sociale foranstaltninger kan medføre sygdom. Der kan i denne forbindelse peges på spørgsmål vedrørende vor ernæring, vor klædedragt, vore boliger, en række sanitære forhold o. s. v.

En række bestemmelser sætter ind overfor vor sundhed mere *specielle* skadelige forhold: epidemiske sygdomme, tuberkulose, veneriske sygdomme, forgiftninger, erhvervssygdomme, ulykker på arbejdsplads, i hjemmene og i trafiken for at nævne nogle eksempler.

Det er dog mit indtryk, at befolkningens største interesse i sundhedspolitiken er knyttet til den *egentlige helbredskontrol,* som denne finder sted gennem de såkaldte forebyggende undersøgelser og behandlinger samt den *egentlige sygebehandling* hos praktiserende læger og på hospitaler og helbredelsesanstalter, og i nøje forbindelse hermed sikring mod indtægtsbortfald under sygdom, genoptræning af syge og invaliderede og forsorg for dem, der ikke kan indpasses. Det emne, jeg har fået opgivet, er så omfattende, at der må en begrænsning til for i et enkelt foredrag at kunne trække visse linier frem, og det er da kun disse forhold, jeg i mit foredrag væsentlig vil beskæftige mig med, idet jeg vil redegøre for, hvorledes

situationen er i dag, hvilken udvikling der har været, og hvilke retningslinier der kan skitseres for den fremtidige udvikling.

Af relativ ny dato er en række *love vedrørende forebyggende lægegerning*. Dette må dog ikke forstås således, at profylaktisk lægegerning er et nyt begreb. Sålænge der har eksisteret læger, har disse gennem råd og vejledning med henblik på en række hygiejniske forhold øvet profylakse, som betyder forsigtighed. Lad mig blot nævne spørgsmålet om den rette kost, om renlighed, om børneopdragelse o. l. Det nye vedrører konkrete opgaver udover den hygiejniske vejledning.

Tuberkuloseprofylaksen.

Et af de først opdukkede af disse områder er tuberkuloseprofylaksen, dels ved regelmæssige — som regel årlige undersøgelser af personer, der iøvrigt ikke frembyder symptomer på tuberkulose, dels ved calmettevaccination af tuberkulinnegative, hvorved disses risiko for at blive syge af tuberkulose stærkt formindskes. Som bekendt kan man efter indførelse af disse foranstaltninger konstatere en glædelig og sikker nedgang af tuberkulosen, så sikker, at man nu står overfor at måtte nedlægge tuberkulosesanatorier, fordi der ikke er patienter. Til gengæld er neuroser i den grad blevet en folkesygdom, at behandling heraf på sanatorier trænger sig på. Det vil være udmærket, om dertil egnede bygninger, som ikke længere skal bruges som tuberkulosesanatorier, kan omdannes til neurosesanatorier. Et eksempel på hvorledes de områder, hvor sundhedspolitiken skal sætte ind, veksler.

Vaccinationer.

Også vaccinationer mod kopper, difteri, stivkrampe og nu mod polio er profylaktiske ydelser, der totalt har eller kan forventes at ville medføre en ændring af sundhedspolitiken. De fleste kan sikkert huske, hvor alvorlig en sygdom difterien var for os. Det er ikke så mange år siden, at der forekom 6—7.000 tilfælde årlig, mange alvorligt, således at det drejede sig om mange og dyre sygedage på hospital, ikke sjældent med kroniske sygdomme som følge. Ikke sjældent medførte sygdommen døden. Denne sygdom eksisterer praktisk talt ikke mere i Danmark, mindre end 10 tilfælde årlig. Jeg tror ikke, der har været et tilfælde i København i de sidste 4 år.

Der er grund til at tro, at en lignende udvikling vil ske for polio's vedkommende, hvor vi nu er i stand til at vaccinere med vaccine fremstillet på Statens seruminstitut. Indtil videre kun aldersklasserne fra $^3/_4$ år til 12 år, men det varer forhåbentlig ikke længe, før produktionen tillader, at endnu flere, formentlig alle, der ønsker det, kan blive vaccineret. Når De forestiller Dem, hvilket vældigt apparat, både med hensyn til teknik, personel og økonomi, den frygtelige polioepidemi i 1952 krævede her i

landet, ganske særlig på Blegdamshospitalet i København, vil De uden videre kunne forstå, hvor revolutionerende for sundhedspolitiken en begivenhed som poliovaccinationen er, og hvor taknemmelige vi alle må være overfor udenlandsk og dansk videnskab og for vore lovgiveres hurtige reaktion.

Forskellige profylaktiske opgaver.

Andre konkrete profylaktiske opgaver er de regelmæssige undersøgelser af gravide hos læge og jordemoder, af børn hos læge og ved sundhedsplejerskers besøg og af unge mennesker før indtrædelse i en række erhverv. Begyndende sygdom kan herved afsløres og behandles, og den givne vejledning kan forebygge sygdomme, legemlige og mentale.

Som tidligere nævnt er disse konkrete profylaktiske opgaver sat i gang i de allerseneste år. Bortset fra koppevaccinationen er de frivillige og stilles gratis til rådighed for befolkningen uanset de pågældendes økonomiske forhold. Stat og kommune financierer disse ydelser på baggrund af derom vedtagne love. Måske vil De studse over, at ikke sygekasserne betaler omkostningerne. Dette sker imidlertid ikke og væsentlig af historiske grunde. Sygekasseordningen med sygekassernes forpligtelser kan føres tilbage til 1892, og dengang eksisterede problemet ikke, og man har næppe dengang bevidst udelukket forebyggende lægegerning fra sygekasseordningen.

De omtale love kan med rette siges at være *sundhedslove.*

Bortset fra tuberkuloseprofylaksen, der i alt væsentligt er henlagt til *særlige stationer,* og hvorom særlige forhold gør sig gældende — der kræves røntgenapparatur og muligheder for at foretage omfattende undersøgelser af miljøet, f. eks. af arbejdspladsens personale — er løsningen af profylaktiske opgaver her i landet lagt i hænderne på *de praktiserende læger.* Med den lægeordning, vi har, som jeg senere vender tilbage til, og som medfører, at praktisk talt alle mennesker her i landet har en fast læge, har denne læge bedre mulighed for at røgte opgaven end en institution. Han kan give sine hygiejniske råd og sin vejledning under hensyn til et i almindelighed indgående kendskab til miljø og økonomi, og han kan gennem sin kontakt med klientelet bidrage til, at fornødne undersøgelser og vaccinationer foretages. Mere og mere af den praktiserende læges tid er og vil i fremtiden være optaget af profylaktisk arbejde, af at opbygge et *sundhedsværn,* medens hans opgaver tidligere næsten udelukkende var sygdomsbehandlende. Det er fristende at citere en udtalelse fra det britiske medicinske selskabs plan til en lægeordning i Australien. Udtalelsen lyder: »Systemet for medicinalvæsenet bør være rettet mod opnåelse af positiv sundhed og forebyggelse af sygdom i ikke mindre grad end mod hjælp ved sygdom.«

Rutinemæssige undersøgelser mod kræft.

Medens jeg er ved omtalen af profylakse, vil jeg gerne sige nogle ord om et emne, der har relation hertil, og som har en vis aktualitet. Det drejer sig om *rutinemæssige, regelmæssige undersøgelser af befolkningen mod kræft.* Herom vil det nok være rigtigst at give nogle faktiske oplysninger. Lad os sætte, at man vil påbegynde en sådan undersøgelse med henblik på lungekræft overfor personer, der føler sig raske. Denne undersøgelse må først og fremmest bestå i en røntgenundersøgelse af lungerne, og skal man fange de meget tidlige tilfælde, er det kyndige lægers mening, at ca. 2 mill. mennesker, nemlig den del af befolkningen, der er i den kræftdisponerede aldersklasse, skal røntundersøges 4 gange årlig. Altså 8 mill. undersøgelser årlig. Med 300 arbejdsdage vil det sige 27000 undersøgelser daglig. Lad os være flotte og sige, at en udbygget røntgenklinik kan klare 270 undersøgelser daglig med en arbejdsdag på 12 timer. Det vil sige 22—23 patienter i timen. Da de nuværende røntgenklinikers kapacitet allerede er udnyttet, vil det kræve oprettelse af 100 nye kliniker. Lad hver røntgenundersøgelse i filmudgift m. v. koste 10 kr., så vil det sige, at filmen m. v. vil koste 80 mill. kr. årlig. Hertil kommer etablering af 100 nye kliniker, lønninger og andre driftsudgifter samt uddannelse af mange hundrede nye radiologer. Endelig kommer rejseudgifterne for de undersøgte og tabt arbejdsfortjeneste.

For denne ene sygdoms vedkommende vil det altså dreje sig om hundrede af millioner foruden fremskaffelse af personel.

Men hertil kommer, at man med lige så stor ret kunne kræve rutinemæssige undersøgelser med henblik på mavekræft — på tarmkræft — blærekræft o. s. v. o. s. v. Det vil blive enorme milliardbeløb og blive umuligt at uddanne de fornødne læger rent bortset fra, at det, der kunne opnås, ikke vil kunne stå i noget rimeligt forhold til anstrengelserne. *Den bedste profylakse for kræft må være at være opmærksom på symptomer og tale med sin læge herom.*

Sygdommens hyppighed og varighed.

Det er jo klart, at det er uhyre værdifuldt at fremskaffe materiale til brug ved planlæggelse af og kontrol med såvel profylaktiske som behandlingsmæssige opgaver, men medens det er forholdsvis let at beregne i hvor stor udstrækning adgangen til profylaktiske undersøgelser, som de omtalte, udnyttes, hvilket selvfølgelig har betydning for arbejdets praktiske tilrettelæggelse samt for den økonomiske baggrund, er det straks vanskeligere at finde frem til behovet for læge- og hospitalshjælp i sygdomstilfælde. *Skal en samlet og rationel plan udarbejdes med hensyn til landets sundhedsvæsen, er det imidlertid nødvendigt at have et kendskab til sygdommens optræden.*

Hvor ofte er vi syge? Hvad fejler vi, når vi er syge? Hvor længe er vi syge? I hvilken udstrækning kræver sygdommen hospitalsbehandling? o. s. v. For en række sygdommes vedkommende har vi igennem nogen tid haft forholdsvis fyldige oplysninger gennem lægernes anmeldelsespligt til sundhedsmyndighederne; dette gælder således smitsomme sygdomme. Gennem hospitalers årsberetning og gennem dødsattester fås også oplysninger, men det er forbavsende at måtte konstatere, at der om alle de øvrige sygdomme kun foreligger få og spredte oplysninger, og dette gælder selvfølgelig i særlig grad for sygdomme, som befolkningen ikke søger læge for, men som kan medføre arbejdsudygtighed og dermed store tab for samfundet.

Videnskabelige statistiske undersøgelser af en befolkningsgruppes almindelige sundhedstilstand er først foretaget i de allerseneste år. Den første undersøgelse af denne art fandt sted i Amerika i årene 1922—24. Under krigen påbegyndte man i England en sådan morbiditetsundersøgelse, og som led i planlæggelse af udviklingslinier i Canadas sundhedsvæsen, for at få oplysning om behovet for medicinalpersoner, for sygehuse og andre sundhedsmæssige foranstaltninger samt om udgifterne til sundhedsvæsenet i bredeste forstand gennemførtes i årene 1950—51 en morbiditetsundersøgelse, der omfattede 40.000 personer.

Her i Danmark foregik i årene 1951—54 en sådan undersøgelse. Den var financieret af Rockefeller, af staten og af private institutioner. Den er opdelt i 2 afsnit, nemlig en morbiditetsundersøgelse og en sygehusundersøgelse. Fremgangsmåden ved *morbiditetsundersøgelsen* var således, at der i folkeregistre udover landet var udtaget ca. 100.000 tilfældige voksne personer. I de første 3 uger af en måned udspurgtes 3.000 om deres sundhedstilstand i den nærmest forudgående måned. Efter 3 år var således 118.000 eller 3 pct. af den voksne befolkning udspurgt. Dette tal er tilstrækkeligt i statistisk henseende til at give et pålideligt billede af sundhedstilstanden i de forskellige befolkningsgrupper. Spørgerne var personer, der var fundet særlig egnet til, efter den fornødne instruktion, at varetage opgaven, og spørgeskemaet var selvfølgelig udarbejdet af kyndige folk.

Sygehusundersøgelsen omfattede ca. 27.000 personer indlagt på medicinske afdelinger, kirurgiske afdelinger og de såkaldte blandede sygehuse på ialt $^1/_3$ af landets sygehuse af denne kategori. Disse 2 undersøgelser vil, når materialet er færdigbehandlet, kunne belyse en lang række vigtige spørgsmål: f. eks.

1) hvor mange der er syge, og hvor hyppigt og hvor længe folk lider af forskellige sygdomme,
2) i hvilket omfang undersøgelse og behandling af disse sygdomme kan

gennemføres indenfor rammerne af det forhåndenværende medicinalvæsen,

3) i hvor stor udstrækning folk helbredes eller dør af deres sygdomme,
4) i hvilken grad sygdommen medfører arbejdsudygtighed,
5) i hvilket omfang sygdomme er knyttet til særlige befolkningsgrupper (efter alder — køn — erhverv — hjemsted),
6) hvorledes de forskellige faktorer svinger med tiden (fra år til år og i det enkelte år — sæsonsvingninger),
7) varighed af en sygdom før diagnose stilles og før behandling påbegyndes,
8) årsag til sygehusindlæggelse (diagnose? — behandling? — sociale årsager?),
9) liggetidens længde i forhold til diagnose, til køn, til alder, erhverv,
10) hospitalsbehandlingers antal og art (operation — fys. behandling m. v.),
11) ventetidens længde forinden patienten kan modtages,
12) den indlæggende læges diagnose i forhold til sygehusets,

alt sammen noget, der har den største betydning for sundhedspolitikens tilrettelæggelse.

Sygehusvæsenet.

Jeg vil herefter trække nogle hovedlinier op med hensyn til den egentlige sygdomsbehandlings relation til emnet og vil gerne begynde med nogle bemærkninger om sygehusvæsenet.

Sygehusvæsenet her i landet er som bekendt praktisk talt udelukkende offentligt og financieres gennem offentlige midler, der tilvejebringes gennem skatterne. Grundlaget herfor blev givet ved kgl. reskript af 6. juni 1806 om tilvejebringelse af sygehuse. Det pålagdes heri amterne at sørge for opførelse af de fornødne sygehuse. Disse gamle bestemmelser har i virkeligheden været grundlaget for sygehusvæsenets opbygning, indtil sygehusloven af 1946 giver mere udførlige bestemmelser og tager hensyn til den kolossale økonomiske udvikling, der er sket indenfor sygehusvæsenet, derved at statens tilskud til sygehusenes drift sættes betydeligt i vejret. I første række skyldes de høje udgifter de betydningsfulde fremskridt, der er sket indenfor lægevidenskaben, ikke mindst indenfor kirurgien, og som har gjort det muligt at behandle langt flere sygdomme end tidligere.

I sygehusvæsenets første periode var det væsentlige formål at begrænse udbredelsen af smitsomme sygdomme; *at beskytte de sunde.* I dag er opgaven at *behandle de syge,* og lovgivningen har gjort det muligt for enhver borger i landet, uanset bolig og uanset økonomiske forhold at få adgang til den rette behandling. Som bekendt er der lande, hvor det

simpelhen er en økonomisk katastrofe at blive syg og at skulle have behandling på hospital.

Sygehusenes opgaver kan i dag samles i 4 punkter:

1) behandling af patienterne så godt som muligt og så økonomisk rationelt som muligt,

2) uddannelse af underordnede læger og af sygeplejersker, fysioterapeuter m. v. På visse hospitaler tillige af studenter,

3) videnskabelig forskning, navnlig i form af opgørelse af resultater af behandlingen,

Disse 2 sidstnævnte opgavers løsning har selvfølgelig den allerstørste betydning for muligheden af at behandle de syge så godt som muligt.

4) visse sociale opgaver. Herunder revalidering, optræning af de syge — det være sig neurosepatienter, ulykkesramte eller af andre årsager erhvervshæmmede samt de gamles problemer.

I de seneste tider er sygehusarbejdet intensiveret i en grad, man næppe ville have drømt om ville blive tilfældet. Som allerede nævnt skyldes dette i første række lægevidenskabens udvikling, som har medført en udspecialisering, der kommer til udtryk i sygehusvæsenets opbygning. Nu er kirurgi ikke længere eet fag; det er delt op i almen kirurgi — i lunge- og hjertekirurgi — urinvejskirurgi — neurokirurgi — gynækologi o. s. v. Medicinen er delt op i neuromedicin — pædiatri o. s. v. Hertil kommer bedøvelsesvidenskabens udvikling — laboratorieteknikens udvikling — blodtransfusionen — det fysiologiske grundlag for den rette for- og efterbehandling ved operationer o. s. v. Alt dette i forbindelse med de moderne bakteriedræbende midler, antibiotika, som sulfapræparater, penicillin, aureomycin m. v. har medført, at mulighederne for at stille den rette diagnose er forøget betydeligt, og at en lang række sygdomstilfælde, hvor man tidligere kun havde mulighed for lindring, nu kan helbredes effektivt. Trods dette er gennemsnitsliggetiden gået stærkt ned. *I 1930* var liggetiden på en medicinsk afdeling i København *30 dage,* udenfor København *33;* i *1952* var tallene *20* og *23.* For de kirurgiske afdelingers vedkommende i *1930* i København *25* og udenfor København *26,* i *1952* henholdsvis *15* og *15.*

Denne nedbringelse af liggetiden har også været nødvendig, idet sengeantallet ikke er steget i samme tempo som sygedagene. Man kan sige det således, at der i dag behandles flere patienter pr. år i samme seng end tidligere. Udgifterne er som nævnt steget enormt. Lad mig blot anføre, at udgiften pr. sygedag var

	1939-40	1946-47	1951-52
Rigshospitalet	14,73	32,33	48,71
København	12,25	25,42	41,11
Frederiksberg	13,31	24,56	33,27

Den indlagte patient betaler heraf kun en ringe del, i København 1,20 kr., udenfor København 5 til 10 kr. Er man i sygekasse, overtager denne betalingen, og denne nedsættes til det halve. Det, man selv betaler, er altså kun et symbolsk beløb i forhold til de faktiske udgifter. Dette

har været kritiseret, men er jo et rent politisk spørgsmål. Foruden driftsudgifterne er der jo investeret meget store beløb i sygehusvæsenet.

Det er svært at spå om den fremtidige udvikling. Imidlertid kan man sige, at en vis ændring af sygehusvæsenets organisation bør ske allerede nu. Uden at komme nærmere ind herpå kan jeg nævne, at et af sundhedsstyrelsen og lægeforeningen nedsat fællesudvalg for et par måneder siden har afgivet beretning med henblik på den mest hensigtsmæssige størrelse af afdelingerne, særlig de kirurgiske og medicinske, samt den mest hensigtsmæssige opbygning af afdelingernes lægestab, og udvalget går ind for, at det er påkrævet at søge at formindske afdelingernes størrelse og at have flere lægechefer. Udviklingen har nemlig medført, at afdelingerne er vokset i størrelse, men at lægeantallet ikke er forøget tilsvarende, hvilket ganske særlig gælder for overlægerne.

I 1927 havde hver overlæge 72 senge, i 1950 havde han 76 senge.

I 1927 havde hver overlæge 675 patienter i sine senge, i 1950 var antallet af patienter 1.550.

Om hvad udviklingen iøvrigt vil føre med sig kan ingen sige.

Nye opdagelser kan ændre planer, der i dag synes fornuftige. Det gælder om smidigt og vågent, men samtidig kritisk at følge udviklingen, herunder hvor stor indflydelse specialisering og subspecialisering kan få på sygehusvæsenet. For blot få år siden lå adskillige hundrede patienter på hospital med scarlatina og komplikationer. I dag behandles disse patienter hjemme med penicillin og er raske på få dage. Difterien er væk. Polio håber vi at få nedkæmpet ved hjælp af vaccination. Der kunne nævnes en række andre eksempler. Personlig tror jeg, at man alvorligt må overveje, hvorvidt de små sygehuse, som ikke har samme mulighed som de store for at deltage i subspecialisering, skal fortsætte i den nuværende form. Der vil ikke være grund til at nedlægge dem. De skal fortsat være et vigtigt led i sygehusvæsenet, men blot til et noget andet formål end hidtil. F. eks. som optræningssteder, revalideringssygehuse o. l.

Endnu et par tal om sygehusvæsenet. Vi har her i landet ca. 6 senge pr. 1.000 indbyggere, dette gælder dog kun de egentlige sygehussenge. Medregnes sindssygehospitaler og tuberkulosesenge er vi oppe på ca. 10 senge pr. 1.000 indbyggere. Udgifterne hertil var i 1951-52 mere end 300 mill. kr., hvor de 250 mill. kr. faldt på de egentlige sygehuse. Det samlede antal sygedage var ca. 8 mill., heraf ca. $4^1/_2$ mill. på medicinske og kirurgiske afdelinger.

Sygehuse er kostbare at bygge og kostbare at drive. De må derfor udnyttes *intensivt* og efter *deres formål. Kun patienter, der ikke kan behandles på anden måde, d. v. s. udenfor sygehuset, bør henvises til sygehuset.*

Hvorledes er dette forhold i dag? Den omtalte sygehusundersøgelse synes foreløbig at vise, at ca. 10 pct. af de indlagte burde kunne behandles udenfor sygehus, såfremt rent lægelige forhold lægges til grund for bedømmelsen. Med tilstrækkelig adgang til hjemmesygeplejersker må dette tal forhøjes med ca. 5 pct. På den anden side må det korrigeres i modsat retning med et par procent på grund af indlæggelser af sociale grunde, og det må erindres, at det er jo først *efter* sygehusundersøgelsen, at tallet fremkommer.

I gamle dage var der ikke udtalt forskel på at være praktiserende læge og hospitalslæge. Det var sjældent, at en læge udelukkende var beskæftiget ved sygehusarbejde. Der var langt færre sygehuse, og som jeg har været inde på, langt færre opgaver. Ud over landet var det indtil for 20—30 år siden ikke ualmindeligt, at sygehuslægen også virkede som praktiserende læge.

Anderledes i dag, hvor den praktiserende læge helt er holdt udenfor arbejdet på sygehusene, ligesom sygehusenes læger — såvel overordnede som underordnede — ikke giver sig af med almindelig praksis. Godt 2.000 af landets læger, d. v. s. noget under halvdelen, er beskæftiget ved sygehusarbejde. Til denne udvikling har lægernes overenskomster med sygekasserne og lægernes egne kollegiale vedtægter i høj grad bidraget. Man har ønsket en *rationel arbejdsdeling*. Dette betyder ikke, at der ikke er kontakt og samarbejde mellem de praktiserende læger og sygehusene. Det er der, bl. a. derved, at de praktiserende læger modtager fyldige skriftlige oplysninger fra sygehuset, når deres patienter udskrives, og hvad der er meget væsentligt, at sygehuset stiller røntgenafdeling og laboratorie til rådighed for den praktiserende læges undersøgelse af patienten. Her i København er dette som bekendt ordnet på anden måde ved private røntgenkliniker og laboratoriet på Nørrevold.

Om denne kontakt i det lange løb er tilfredsstillende, er en anden sag. Den praktisende læges mulighed for at følge med i lægevidenskabens udvikling ville utvivlsomt bedres, såfremt *den praktiserende læge i en vis udstrækning regelmæssigt havde sin gang på sygehusene og kunne deltage i diskussioner der.*

Den praktiserende læge.

Lad os iøvrigt se lidt på den praktiserende læges stilling i vort sundhedsvæsen. Som det vil være Dem alle bekendt, er vor lægeordning opbygget med den alment praktiserende læge som familielægen, som huslægen, som »*den centrale figur*«, som han er kaldt. Ved sygekasseloven i 1892, hvor sygekasserne opnåede statsanerkendelse, forpligtede sygekasserne sig til at yde medlemmerne fri lægehjælp hos alment praktiserende læger. Dette medførte, at sygekasserne og lægerne afsluttede kontrakter, der gav de

praktiserende læger en central stilling, og efterhånden som sygekasserne voksede, medførte dette, at huslægeprincippet blev knæsat. Lægerne er enige med sygekasserne og iøvrigt med sundhedsstyrelsen i, at vor ordning vedrørende lægeforhold i praksis bør baseres på huslægesystemet, d. v. s. at man har en fast læge.

Jo mere udspecialisering, jo nødvendigere er det, at trådene samles på een hånd. Huslægen — »sygekasselægen« — får igennem årene et indgående kendskab til sin patient, til dennes familie og miljø. Dette kendskab, hvori indgår oplysninger om tidligere sygdomme og hospitalsophold, om undersøgelser på laboratorium og hos speciallæger vil sammenholdt med lægens egne iagttagelser og hans undersøgelser i et aktuelt tilfælde give gode muligheder for, at lægen kan hjælpe sin patient på bedste måde. I denne forbindelse må det erindres, at psykiske forhold danner en baggrund for mange sygdomssymptomer, uden at der er tale om egentlige neuroser eller psykosomatiske sygdomme. Ofte er det personlige vanskeligheder og konflikter, der ligger bag symptomerne. Den læge, der er kendt med patienten og miljøet, har størst forudsætning for at kunne hjælpe.

Imidlertid er *en effektiv huslægeordning bl. a. afhængig af huslægens mulighed for at få hjælp fra speciallæger,* såfremt dette skønnes nødvendigt af hensyn til den rette diagnose og behandling. Det kan dreje sig om visse laboratorieundersøgelser, om røntgenundersøgelser eller om egentlige undersøgelser og behandlinger hos speciallæger.

Men her kommer vanskeligheder af økonomisk art ind i billedet. Medens som omtalt lægehjælp hos alment praktiserende læger er gratis for sygekassepatienterne, fordi dette er en ydelse, sygekasserne efter loven har pligt til at yde, er ydelse af speciallægehjælp en frivillig sag, og sygekassernes indstilling heroverfor er af afgørende betydning for lægeordningens effektivitet.

Vi må i denne forbindelse understrege, at efterhånden som sygekassernes medlemsbestand er vokset og ganske særlig efter socialreformen i 1933, må grundlaget for bedømmelse af sygekassernes virksomhed ændres, idet forudsætninger og mål for sygekassernes funktion i de gamle dage og nu til dags er forskellige. Sygekassernes indflydelse på sundhedsforhold og sygdomsbekæmpelse her i landet må nyde den største anerkendelse. Har man som jeg set, hvorledes disse forhold er ordnet eller ikke ordnet i forskellige lande, får man den største respekt for de danske sygekasser, men dette udelukker selvfølgelig ikke, at udviklingen kan medføre, at en kritik kan være berettiget, og at ændringer bør indføres. Medens sygekasserne oprindelig var organiserede som begrænsede enheder med det formål at yde hjælp til selvhjælp for den ubemidlede del af befolkningen, når sygdom meldte sig, og kun omfattede et mindre udsnit af befolkningen, ja — så er sygekasserne i dag, hvor ca. 76 pct. af befolkningen over

15 år er nydende medlemmer — *ansvarlige for en meget betydelig del af det sikringssystem, der her i landet er opbygget som værn mod sygdom.* Som det måske er Dem bekendt, nedsatte socialministeren i januar 1954 en kommission til behandling af problemer indenfor den offentlige sygeforsikring, idet der fra forskellig side, i offentlighed, hos politikere, fra sygekasser og fra lægeside var rejst spørgsmål om en række betydningsfulde ændringer i sygekasselovgivningen. Kommissionen er langt fra færdig med sit arbejde og arbejder iøvrigt ikke særlig hurtigt, men dens betænkning kan forventes at få afgørende betydning mange år frem for vort sundhedsvæsen. Må jeg bemærke, at ikke mindst sygekasserne har været virksomme for at få denne kommission nedsat.

Socialt sikringssystem.

Ude omkring i verden trænger den opfattelse mere og mere igennem, at det enkelte individ ikke selv magter at løse sine sundhedsmæssige problemer, men at dette må ske indenfor et socialt sikringssystem, ikke alene af hensyn til den enkelte, men også af hensyn til samfundet. Her i landet med vore traditioner på dette område kan man roligt fastslå, at kommissionen vil gå ind for et socialt sikringssystem.

Hvilket formål bør det da opfylde? Ja, hovedformålet med en ordning, der tilrettelægges med offentlig bistand eller under offentlig kontrol eller direkte af det offentlige, må være *at sikre, at der i tilfælde af arbejdsudygtighed på grund af sygdom eller ulykkestilfælde ydes hjælp til sygdomsbehandling og hjælp til underhold så længe arbejdsudygtigheden varer, og man bør tilføje, at for at systemet skal virke så effektivt som muligt, må de omhandlede ydelser stilles til befolkningens rådighed på en sådan måde, at den enkelte persons økonomiske forhold ikke virker hæmmende på hans adgang til at søge lægehjælp, men også således, at lægens kvalificerede arbejdskraft ikke misbruges.*

Opfylder vor sociale forsikring i dag dette formål?

Er sygekasseordningen effektiv, og hvordan med misbrug af lægens kvalificerede arbejdskraft?

Man kan først spørge, er sygekasseordningen *socialt effektiv,* og må da straks erkende, at denne effektivitet er begrænset af en række forhold, der først og fremmest skyldes *frivilligheden,* der medfører, at ca. 7 pct. af befolkningen over 15 år ikke er nydende medlemmer, men burde være det. Hertil kommer, at 2—3 pct. ikke er medlemmer på grund af den *risikobegrænsning* gennem alders- og helbredsbetingelser, sygekasserne må praktisere, såfremt man skal anlægge forsikringsmæssige betragtninger.

En anden utilstrækkelighed i ordningen er de *tidsbegrænsede* ydelser, man kan opbruge hjælpen, og karenstiden. Ganske vist træder de forsorgsmæssige foranstaltninger på et tidligt tidspunkt ind i billedet, men det er uheldigt, at et sygekassemedlem, som på grund af sygdom er berettiget til hjælp, pludselig må ophøre med at få denne hjælp fra sin forsikring, men skal have den som forsorg. Det er uheldigt, fordi det komplicerer det administrative apparat, og det er uheldigt af menneskelige grunde, idet disse mennesker nu skal henvises til socialkontoret.

Medlemskredsens begrænsning skyldes imidlertid for en væsentlig del bestemmelsen om, at kun personer med indtægt og formue under en vis grænse kan blive medlemmer af sygekasse. Disse personer må henvises til af det offentlige kontrollerede sygeforeninger, men medens sygekasserne modtager statstilskud, ca. 23 pct. af indtægterne, klarer fortsættelsessygekasserne sig selv.

Indtægtsgrænserne.

Indtægtsgrænserne vil blive et hovedproblem i sygeforsikringskommissionen. De er igennem årene stadig hævet og ligger nu så højt, at kun ca. 15 pct. af befolkningen ligger over grænsen. Den er ikke længere en målestok for ubemidlethed i gammeldags forstand. Meget kan tale for enten at sænke grænsen eller at ophæve den, men dette sidste vil selvfølgelig få de største konsekvenser for adskillige forhold indenfor den offentlige sygeforsikring, bl. a. lægeoverenskomsterne.

Dagpengene.

Et andet vigtigt problem er sygekassernes dagpengeydelser. De er latterlig små og har i dag ingen praktisk betydning. Man må imidlertid se i øjnene, at en forhøjelse af dagpengene til et beløb, der har virkelig betydning, rummer en betydelig risiko for misbrug. Det er let nok at hævde, at dagpengeudbetaling skal gøres afhængig af lægens attestation, men lægerne vil her komme ud for en vanskelig opgave. De vil få ansvaret for forvaltning af store summer, og en eller anden form for kontrolforanstaltning ved læger vil nok blive nødvendig, hvortil kommer, at en karenstid på f. eks. 1 uge — som ved ulykkesforsikringers dagpengeydelser — og en relativ hurtig overgang til invalideforsikring for langvarigt syge må overvejes.

Man må herefter spørge, er sygekasseordningen *lægelig effektiv?* Det bliver i virkeligheden et spørgsmål om huslægeordningen er lægelig effektiv.

Er lægeuddannelsen og efteruddannelsen i orden?

Har lægen tilstrækkelig tid? Misbruges han af banaliteter og urimelige henvendelser, så han bliver forjaget og ikke har tid nok til sit ansvarsfulde arbejde? Dette er der jo adskillige, der hævder. Det er et vanskeligt

spørgsmål at afgøre. For mig at se kan den første henvendelse til lægen aldrig være misbrug. Den pågældende føler dog et eller andet usædvanligt. Alligevel ved vi alle, at der er mennesker, der kommer med småting; som er usædvanlig ængstelige. Nogle mener, at en lille økonomisk selvrisiko ville kunne sanere dette forhold, som iøvrigt hænger sammen med lægens honoreringsform fra patienter og sygekasser, men dette må jeg undlade at gå nærmere ind på. I en vis udstrækning misbruges lægens tid af mindre velmotiverede attestkrav. Det skal dog indrømmes, at der i de senere år er sket en vis sanering af dette forhold f. eks. med henblik på skoleattester for skoleelever.

Er hans kliniklokaler og instrumentarium i orden? Har han den fornødne assistance? Og har han tilstrækkelig *adgang til samarbejde med speciallæger, laboratorier, røntgen m. v.?*

Ambulatorier eller polikliniker.

I København har han denne adgang, men uden for København findes der i dag — bortset fra øre- og øjensygdomme — begrænsede muligheder for på sygekassernes regning at henvise til specialbehandling.

Dette spørgsmål må også afklares i kommissionen. Det løses ikke ved at henvise patienter til hospitaler til ambulante undersøgelser og behandlinger på ambulatorier eller polikliniker.

Det er en dårlig løsning, fordi patienterne dèr i stor udstrækning behandles af uddannelsessøgende læger. *Såfremt en offentlig sygeforsikring skal være effektiv, må dens medlemmer være sikret speciallægehjælp hos færdiguddannet speciallæge,* såfremt huslægen finder det fornødent. Patienten må også have krav på, at der kan etableres et mere personligt forhold mellem patient og speciallæge og mellem huslæge og speciallæge. Dette kan ikke ske på en poliklinik, hvor lægerne skifter. Iøvrigt vil det blive en for samfundet dyr ordning. Man kan beregne, at godt halvdelen af landets læger, alm. praktiserende eller som speciallæger, udfører ca. 18 mill. konsultationer årlig, hvortil kommer sygebesøg. Ialt vel 22—24 mill. ydelser. Sættes 1 sygedag på hospital = 1 ydelse hos praktiserende læge (konsultation eller besøg), betyder dette, at praktiserende læger har ca. 3 gange så mange ydelser som sygehusene. I 1951—52 var sygekassernes og fortsættelseskassernes samlede udgifter ca. 220 mill., og dette drejer sig om 85 pct. af befolkningen. Udgiften pr. ydelse udenfor hospital er altså som ventet betydelig mindre end udgiften pr. hospitalsydelse, formentlig kun $^1/_3$ heraf. Tallet må ud fra en samfundsøkonomisk betragtning korrigeres med tabt arbejdsfortjeneste på grund af hospitalsophold.

Der er således også særdeles gode økonomiske grunde til at konsolidere hjemmebehandlingen og give den praktiserende læge og den praktiserende speciallæge den rette placering.

Slutning.

I mine indledende bemærkninger fremhævede jeg, at sundhedspolitiken var aldeles afhængig af økonomiske midler. Det vil jeg gerne slutte med. *Uden penge* ingen forskning — ingen mulighed for at tage nye behandlingsmæssige opgaver op. *Uden penge* ingen mulighed for at uddanne læger — foreløbig var det rart at se ca. 100 mill. til det nye Rigshospital, som jo får en væsentlig andel i lægeuddannelsen, og uden uddannede læger heller ingen mulighed for at udvide sundheds- og sygdomsarbejdet. De praktiserende læger kritiseres for travlhed og lang ventetid. Ved en forøgelse af lægeantallet kan hver læge have færre patienter. Atter et spørgsmål om, hvad samfundet har råd til at ofre. Iøvrigt er vi her i landet 1 læge pr. ca. 950 indbyggere — i sammenligning med andre lande særdeles pænt. Behovet for lægehjælp er iøvrigt afhængigt af oplysning. Ingen får mig til at tro,at der i fremtiden sker mindre oplysning.

Altså *penge* er her som andre steder afgørende, men de bør anvendes rationelt, således at den offentlige sygeforsikring ikke tilstræber at frigøre sig for udgifter på bekostning af andre institutioner.

Som tidligere nævnt koster en sygedag på et hospital i dag 40—50 kr. Blot en uges ophold repræsenterer altså et betydeligt beløb, som det vil være vanskeligt at nå op på selv med hyppig assistance af speciallæger.

Udgifterne til *sygebehandling bør ses som et hele,* og måske burde derfor alle spørgsmål vedrørende forebyggende lægegerning, sygehusvæsen og sygeforsikring være samlet centralt under een hat; ikke som nu under 2 departementer.

Skal sygekasserne afskaffes?

Kort svar til
universitetsadjunkt Mogens Milfeldt.

I Sygekassetidende nr. 1 har læge, nu universitetsadjunkt, Mogens Milfeldt fremsat nogle bemærkninger til min artikel i december-nummeret. Disse bemærkninger er holdt i en saglig tone og slutter med 3 punkter, der formentlig skal være læge Milfeldts hovedkrav ved en revision af vor sygekasselovgivning, og han forventer, at vi er enige om disse 3 punkter.

Det er vi måske nok, men jeg finder ikke tiden egnet til drøftelse af vore revisionsønsker i enkeltheder, idet der vist ikke er megen udsigt til, at læge Milfeldt og jeg kan fremdrage synspunkter, der er ukendte for den siddende kommission. Lad nu denne arbejde i fred, og så kan vi diskutere resultatet, når det foreligger. Min artikel var jo netop fremkaldt af de talrige lægeindlæg, der forekom mig at smide barnet ud med badevandet.

Carl Jensen.



I de større svenske sygekasser udskrives sygemeldingerne på løbende bånd. På billedet ser man blanketbanen og højttalertelefonen. Langt de fleste sygemeldinger modtages pr. telefon, og blanket udskrives med det samme på maskine. Sygemelding fra medlemmets læge sker på et senere tidspunkt.

Sygepenge i Sverige.

Det er ganske klart, at udbetaling af sygepenge til hele befolkningen, således som det blev gennemført i Sverige fra 1. januar 1955, kræver et stort administrativt apparat, og navnlig når udbetalingen af sygepengene er varieret efter vedkommendes lønindtægt. I den udstrækning, som det er muligt, må man have maskinerne til hjælp, men naturligvis kan disse ikke klare alle problemer.



Den nye National bogføringsmaskine kan, foruden at klare den daglige bogføring, også anvendes til udskrivning af udbetalingskort og lister til giroudbetaling. Sygepengene udbetales i langt de fleste tilfælde over postvæsenet. Sygepengene i Sverige udbetales med fra 3 kr. til 20 kr. pr. dag.

Folkeforsikringsloven.

Sygekassernes og fortsættelsessygekassernes bemærkninger til socialministerens forslag til ændringer i loven.

Som omtalt i sidste nr. af Sygekassetidende har socialministeren i forbindelse med forslag til lov om folkepension fremsat forslag til en række ændringer i folkeforsikringsloven. Disse ændringer vedrører udelukkende alders- og invalideren-ten samt begravelseshjælpen.

De danske sygekassers forretningsudvalg har sammen med fortsættelsessygekassernes forretningsudvalg rettet henvendelse til det nedsatte folketingsudvalg med ønske om visse ændringer i ministerens forslag.

Ændring af lovens grundbeløb.

I den nuværende lov er alders- og invaliderentens grundbeløb fastsat på grundlag af det for januar 1946 offentliggjorte pristal, der var 290. Ud fra samme grundlag er bl. a. barselsdagpengene og fra 1. januar 1954 også begravelseshjælpen fastsat. Stiger eller falder pristallet, reguleres nævnte grundbeløb efter de i lovens § 85 fastsatte regler. Første ændring indtræder, når nævnte pristal stiger med 1 pct., d. v. s. med 2,9 points. Følgende ændringer indtræder ved 2 pct.s forhøjelse af pristallet. Med andre ord, første ændring af grundbeløbene sker, når pristallet er steget med 1 pct. (2,9 points) og følgende ændring, når pristallet ialt er steget med 3 pct. (8,7 points).

Ændres grundlaget for pristalsreguleringen nu fra pristal 290 til som i forslaget nævnt 376, vil pristalsreguleringen komme til at foregå i trin, der er højere end de nugældende, nemlig

1 pct. af 376, d. v. s. 3,76 points, og
3 pct. af 376, d. v. s. 11,28 points.

For begravelseshjælpens vedkommende vil en ændring af grundbeløbet fra det nugældende 350 kr. til forslagets 450 kr. få til følge, at der f. eks. ved pristal 398 efter den nugældende regulering skal tillægges 37 pct. til grundbeløbet, hvilket giver 350 kr. plus 129,50 kr., ialt 479,50 kr. afrundet til 500 kr. Efter forslaget kommer vi derimod til følgende resultat: 450 kr. plus 5 pct. eller 22,50 kr., hvilket er 472,50 kr. afrundet til 450 kr.

Forhøjelse af invalidepræmien.

I det fremsatte forslag er der foreslået ret store forhøjelser af invalidepræmien, idet udgiften til det pensionstillæg, som skal udbetales til invaliderentemodtagerne svarende til folkepensionen til aldersrentemodtagerne, skal dækkes gennem præmierne, dels fra de forsikrede og dels fra arbejdsgiverne. Efter de foretagne beregninger vil udgifterne til dette tillæg for en 6 årsperiode 1957—63 beløbe sig til ca. 125 mill. kr. Det er for så vidt meget interessant at lægge mærke til, at man her foretrækker at skåne skattebilletten og foreslår beløbet opkrævet over sygekassebogen. Sygekasserne har ikke gjort bemærkninger hertil.

Derimod har man henstillet, at der ved denne lejlighed sker en forenkling af de regler, hvorefter invalidepræmien fastsættes. Sygekassernes repræsentanter har gennem mange år ønsket at slippe af med de indviklede regler, så man havde kunnet forvente, at ministeriet nu havde imødekommet dette ønske.

Det har altid været noget af en gåde for sygekassernes folk, at det skulle være nødvendigt med flere satser for invalidepræmie, alt efter alderen ved tidspunktet for indtræden i invalideforsikringen (før eller efter det fyldte 21. år), og alt efter om den forsikrede har ægtefælle og samlever med denne.

Havde denne graduering haft relation til den rente, der i givet fald skal udbetales, kunne man måske have affundet sig med kineseriet, men dette er jo langt fra tilfældet. Invalidepræmien er mærkeligt nok ikke — sådan som præmien — gradueret efter de forskellige kommunegrupper. Der betales samme præmie, hvad enten man bor i hovedstaden, i en købstad eller på landet, skønt der ikke på landet kan opnås samme rente som i hovedstaden.

Sygekassernes og fortsættelsessygekassernes ledelser har derfor foreslået, at der fastsættes en ensartet præmie, og at denne bliver delelig med 60. Siden 1933 har sygekasserne haft månedlige invalidepræmier, der endte på 0 (60 øre, 70 øre og 80 øre), og selv om man skulle gå over til beløb deleligt med 5 øre, vil det være en lettelse i det daglige arbejde i stedet for at have beløb, der ender på 2, 3 eller 4. Det månedlige eller kvartårlige medlemsbidrag til sygekasserne er altid fastsat til beløb deleligt med 5 øre.

Forhøjelse af § 83-bøden.

I det fremsatte forslag er det beløb, som skal betales af personer, der ikke har opfyldt deres forsikringspligt, ikke foreslået forhøjet. Når invalidepræmien imidlertid forhøjes, vil det også være rimeligt at forhøje den fastsatte bøde på 13 kr. Bøden har altid været lidt større end invalidepræmie plus medlemsbidrag som bidragydende medlem, og sådan bør det vel også være fremover.

Sygekassernes revision.

Centralforeningen af sygekasser i Svendborg amt har udsendt en vejledning for sygekasserevisorer. Vejledningen er udarbejdet af sygehusbogholder Th. Bolvinkel, der tidligere har været ansat i Svendborg sygekasse.

Vejledningen blev udarbejdet til brug ved centralforeningens instruktionsmøder i november sidste år for sygekassernes bestyrelsesmedlemmer og revisorer.

Vejledningen giver en udførlig instruktion i revision af en sygekasses regnskabsvæsen. Den er opdelt i fire afsnit: kasseeftersyn, bilagsrevision, årsregnskabets revision samt revisionsprotokollen. I vejledningen er endvidere optrykt forskellige bilag, nemlig en revisionsplan omhandlende kasseeftersyn og bilagsrevision samt skemaer til brug ved kasseeftersyn hos såvel kasserer som opkræver.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 2/1956.

Ikke hjælp fra sygekasserne til et »Cosma« bælte.

På dertil given foranledning skal man herved meddele, at sundhedsstyrelsen har erklæret, at det såkaldte »Cosma« bælte er uden terapeutisk værdi. Der vil som følge heraf ikke af sygekasserne kunne ydes hjælp til medlemmernes anskaffelse af »Cosma« bæltet.

Nr. 3/1956.

Hotel- og restaurationsvirksomheder kan ikke henføres under § 1, stk. 1, i lov nr. 226 af 11. juni 1954 om almindelig arbejderbeskyttelse.

I forbindelse med direktoratets meddelelse nr. 17/1955 (Sygekassetidende april 1955, side 100) om, hvilke kvindelige arbejdere, der som nydende medlemmer af en statsanerkendt sygekasse i henhold til lov nr. 226 af 11. juni 1954 om almindelig arbejderbeskyttelse har ret til barselhvile, jfr. folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 4 og 5, og stk. 2, skal man meddele, at direktoratet for arbejdstilsynet har udtalt, at direktoratet, da hotel- og restaurationsvirksomhed ikke tidligere har været inddraget under almindeligt tilsyn i henhold til fabrikloven af 1913, og da de nævnte virksomheder efter direktoratets mening ikke kan betegnes som industri eller håndværk, må mene, at de pågældende virksomheder ikke kan henføres under § 1, stk. 1, i lov nr. 226 af 11. juni 1954 om almindelig arbejderbeskyttelse, men at de derimod må antages at falde ind under denne lovs § 1, stk. 2. Herfra undtages dog restaurationsvaskerier, der ligesom industrielle vaskerier må henføres under lovens § 1, stk. 1.

Det følger heraf, at de kvindelige arbejdere, der beskæftiges i de omhandlede virksomheder, som ikke falder ind under § 1, stk. 1, i nævnte lov af 11. juni 1954, ikke opfylder betingelserne for barseldagpenge i henhold til folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 4 og 5, og stk. 2.

Nr. 4/1956.

En kvinde, der dels arbejder som husmoder og dels deltager i arbejdet på en af hende og hendes ægtefælle i deres fælles hjem drevet systue, hvor der tillige er beskæftiget 7—8 andre medhjælpere, er ikke berettiget til barseldagpenge efter folkeforsikringslovens § 19.

I forbindelse med direktoratets meddelelse nr. 17/1955 (sygekassetidende april 1955, side 100) om, hvilke kvindelige arbejdere, der som nydende medlemmer af en statsanerkendt sygekasse i henhold til lov nr. 226 af 11. juni 1954 om almindelig arbejderbeskyttelse har ret til barselhvile, jfr. folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 4 og 5, og stk. 2, skal man meddele, at direktoratet for arbejdstilsynet den 17. november 1955 har tilskrevet nærværende direktorat således:

»I vedlagte, til arbejdstilsynets X kreds stilede, hertil videresendte skrivelse af 12. september 1955 (j. nr. C. 993/6) har det ærede direktorat fore-

lagt spørgsmålet om, hvorvidt en af et ægtepar drevet systue er undergivet tilsyn i medfør af lov nr. 226 af 11. juni 1954 om almindelig arbejderbeskyttelse § 1, jfr. § 37, og hvorvidt hustruen, der er beskæftiget i systuen, indtager en sådan stilling i arbejdsmæssig henseende, at hun kan betegnes som fabrikarbejderske.

Det er i skrivelse af 12. september 1955 fra N. N. sygekasse oplyst, *at* systuen drives i ægteparrets fælles hjem, *at* hustruen deltager i arbejdet på systuen, hvor der yderligere beskæftiges 7—8 fremmede medhjælpere, og *at* hun tillige varetager arbejdet i hjemmet.

I denne anledning skal man meddele, at den omhandlede virksomhed efter det oplyste er omfattet af lov nr. 226 af 11. juni 1954, § 1, stk. 1, og at bestemmelsen i § 37 derfor finder anvendelse på de i virksomheden beskæftigede arbejdere, men at direktoratet vil mene, at hustruen ikke kan betragtes som egentlig arbejder i lovens forstand, og at hun derfor ikke har ret til barselhjælp i henhold til § 37.«

Under henvisning hertil har direktoratet for sygekassevæsenet meddelt N. N. sygekasse, at der ikke vil kunne udbetales den pågældende kvinde barseldagpenge i henhold til folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 4 og 5, og stk. 2.

Nr. 5/1956.

Meddelelse til kommunalbestyrelserne (de sociale udvalg) angående forhøjelse af det beløb, der af invalide- og aldersrenten kan hensættes til eventuel beklædning for rentemodtagere, der er indlagt på anerkendte tuberkuloseinstitutioner.

I skrivelse af 22. december 1955 har indenrigsministeriet tiltrådt en indstilling fra direktoratet for sygekassevæsenet angående forhøjelse af det beløb, der af renten hensættes til eventuel beklædning for rentemodtagere, der er indlagt på en statsanerkendt tuberkuloseinstitution.

Herefter ændres den hidtil gældende ordning således, *at* det omhandlede beløb forhøjes fra 150 kr. til 175 kr., og *at* der under ophold, der strækker sig udover 1 år, kan hensættes 175 kr. for hvert påbegyndt år, medens beklædningsudgifter derudover kun vil kunne fradrages på opgørelserne til indenrigsministeriet efter godkendelse af direktoratet for sygekassevæsenet i hvert enkelt tilfælde.

Direktoratet vil herefter fremtidig i sine erklæringer om rentens anvendelse under rentemodtageres ophold på anerkendte tuberkuloseinstitutioner følge de nu fastsatte retningslinier forudsat, at betingelserne iøvrigt er til stede for, at der af renten kan hensættes beløb til anskaffelse af større beklædningsgenstande.

For så vidt angår rentemodtagere, der for tiden er indlagt på de nævnte institutioner, og hvor direktoratet i sine tidligere afgivne erklæringer har tiltrådt, at der til det omhandlede formål henstår 150 kr., vil direktoratet kunne indgå på, at beløbet forhøjes til 175 kr., ligesom direktoratet også vil kunne tiltræde, at der under ophold, der strækker sig eller allerede har strakt sig udover 1 år, og hvor betingelserne iøvrigt er til stede for hensættelse af beløb til beklædning, fremtidig kan hensættes 175 kr. for hvert påbegyndt år.

Såfremt den nu indførte ordning i det enkelte tilfælde måtte give anledning til tvivl, skal direktoratet anmode om, at sagen forelægges direktoratet til ny erklæring.

Udmærkelse.

Kongen har den 22. december 1955 tildelt kasserer for Bjerregrav-Aalum kommunes sygekasse, husejer Chr. Thomsen af Bjerregrav, under Viborg amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Husejer Chr. Thomsen, der er født den 20. september 1884 i Kragelund, valgtes til kasserer for Bjerregrav-Aalum kommunes sygekasse fra 1. januar 1916, hvilket hverv han endnu bestrider.

Foruden hvervet som tillidsmand for sygekassen har han varetaget forskellige andre offentlige hverv, bl. a. har han i 12 år været medlem af Bjerregrav-Aalum sogneråd.

Udmærkelse.

Kongen har den 17. januar 1956 tildelt fhv. formand for Bregninge og Landet sognes sygekasse, kommunekasserer N. Stenner Rasmussen af Lundby i Landet sogn under Svendborg amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Kommunekasserer Stenner Rasmussen, der er født den 30. juli 1880, valgtes til formand i Bregninge og Landet sognes sygekasse den 3. februar 1910, hvilket hverv han bestred indtil september 1955.

Foruden tillidshvervet i sygekassen har pågældende haft forskellige andre offentlige tillidshverv, bl. a. var han i årene 1929—1954 medlem af Landet sogneråd.

Dødsfald.

Revisor V. Strandvold, direktoratet for sygekassevæsenet, er afgået ved døden sidst i det gamle år. Strandvold, der var født i 1892, blev i 1922 ansat i direktoratet. I 1935 udnævntes Strandvold til revisor med bopæl i Aarhus og med de midtjydske sygekasser som sit arbejdsområde.

Fhv. sognefoged *N. P. Hansen,* Skibbinge, er afgået ved døden i en alder af 84 år den 13. januar.

Han har udført et stort arbejde i sygekassernes tjeneste. Han begyndte som formand og kasserer for Skibbinge sogns sygekasse allerede i 1902. Han har været medlem af forsikringsrådet, formand for Amtsforeningen af sygekasser i Præstø amt og revisor i centralforeningen.

Den 10. januar d. å. afgik forretningsfører for Kristrup sygekasse, Vagn Christensen, ved døden på centralsygehuset i Randers efter et længere sygeleje kun 32 år gammel.

Hans gerning i Kristrup blev ikke af lang varighed. Han kom til Kristrup sygekasse den 1. april 1954 fra Svendborg sygekasse, hvor han havde virket i 9 år.

I den korte tid, han virkede i Kristrup, opnåede han at gøre sig afholdt af både medlemmer og bestyrelse på grund af sin dygtighed og sit vindende væsen, han vidste god besked om alle forhold inden for sygekassen; man kunne altid få svar på et sygekassespørgsmål.

En uhelbredelig sygdom gjorde alt for tidlig ende på hans virke i sygekassen.

Han efterlader sig foruden sin hustru to små børn.

Fru Eva Petersen, Grenaa sygekasse, styrtede forleden med sin cykle på vej til sit arbejde i sygekassen. Fru Petersen, der tilsyneladende ikke havde taget nogen skade af uheldet, fortsatte til kontoret, men blev efter ankomsten hertil dårlig og døde pludselig. Fru Petersen havde været ansat i Grenaa sygekasse i ca. 20 år.

Mærkedage



70 år.

Den 13. februar fylder formanden for Centralforeningen af sygekasser i Ringkøbing amt, førstelærer Johs. Jørgensen, Nees, 70 år. Han har ved siden af sin lærergerning udført et stort og anerkendt arbejde i sygekassernes tjeneste.

Siden 1921 har han været formand og kasserer for Nees sogns sygekasse. Siden 1926 medlem af bestyrelsen for centralforeningen og dennes formand fra 1942. Også uden for de lokale sygekasseorganisationer er Johs. Jørgensen en værdsat medarbejder, i de danske sygekassers forretningsudvalg fra 1949 og i sygekassenævnet fra 1950.

Lærer Johs. Jørgensen er meget afholdt blandt kolleger. Hans smidige forhandlingsevne, hans rolige og venlige væsen gør, at man sætter pris på ham.

Når han nu runder de 70, sendes der ham fra nær og fjern de hjerteligste lykønskninger med håb om fortsat god lykke i arbejdet for den sag, som han har givet så meget af sin tid og sine kræfter.

70 år.

Den 26. januar 1956 fejrede formanden for Slagslunde-Ganløse sygekasse, afbygger *Fr. Pedersen,* sin 70 års fødselsdag.

Fr. Pedersen har altid vist en meget stor interesse for samfundsproblemerne og har med iver deltaget i arbejdet for at løse disse. Således har Fr. Pedersen siden 1935 været formand for Slagslunde-Ganløse sygekasse, ligesom han i 6 perioder har været medlem af det stedlige sogneråd og kommunal revisor i en periode. Også inden for husmandsbevægelsen har Fr. Pedersen gjort et fortjenstfuldt arbejde, idet han har været formand for den lokale husmandsforening i 25 år og i bestyrelsen for Husmændenes Amts-

forening i 30 år. I årene 1929 til 1937 og igen fra 1943 har Fr. Pedersen været ejendomsskyldsvurderingsmand. Endvidere har Fr. Pedersen været dels formand og dels kasserer i den stedlige sygeplejeforening i 6 år. Desuden har afbygger Fr. Pedersen i en menneskealder været primus motor i den radikale forening i Slagslunde-Ganløse.

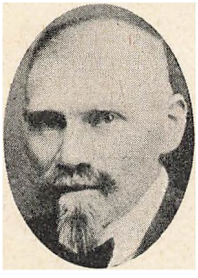
60 år.

Den 23. januar fyldte formanden for Centralforeningen af sygekasser i Thisted amt, forretningsfører i sygekassen i Nykøbing M., *A. K. Jørgensen*, 60 år.

A. K. Jørgensen har arbejdet i sygekassen i snart 25 år, heraf de sidste syv år som kassens forretningsfører. I 1934 blev han formand for ligningskommissionen i Nykøbing M., og senere næstformand i Morsø skatteråd. Siden 1945 har han været formand for centralforeningen.

40 års jubilæum.

Kasserer for Gjerlev-Enslev sygekasse, M. K. Bjerregaard, kan den 2. februar fejre 40 års jubilæum som kasserer for sygekassen. På en rolig og god måde har han røgtet dette hans kæreste hverv. Bjerregaard er tillige medlem af bestyrelsen for Centralforeningen af sygekasser i Randers amt, ligesom han beklæder talrige andre tillidshverv.



40 års jubilæum.

Kasserer *Søren Chr. Thomsen*, Bjerregrav-Aalum sygekasse i Viborg amt, fejrede nytårsdag 40 års jubilæum som kasserer. Thomsen, der har været kasserer for sygekassen siden dens oprettelse, har gennem tiden bestridt adskillige andre tillidshverv på sin egn. For Thomsen og hans hustru, der begge er meget afholdte, holdt sygekassen nytårsdag en fest i forsamlingshuset. Som nævnt andetsteds i bladet har Thomsen modtaget fortjenstmedaillen i sølv.

25 års jubilæum.

Kasserer *K. Simonsen*, Højslev sygekasse i Viborg amt, havde den 1. januar været kasserer for sygekassen i 25 år.

25 års jubilæum.

Den 15. februar har vognmand *L. C. Larsen* fungeret som formand for Tybjerg sogns sygekasse i 25 år.



Vognmand Larsen blev i 1928 valgt til næstformand for sygekassen, og i 1931 valgtes han til formand. Vognmand Larsen har varetaget arbejdet for sygekassen med den største interesse, og han har gennem sit virke i sygekassesagens tjeneste formået at skabe respekt om sin person. Ikke alene inden for sygekassebevægelsen har man lagt beslag på vognmand Larsens rige evner. L. C. Larsen har

således i en årrække været medlem af skolekommissionen og formand for folkebiblioteket, hvilke to hverv han har varetaget med samme interesse og omhu som sygekassearbejdet.

Samme dag kan medlem af bestyrelsen for Tybjerg sogns sygekasse, *Hjorchy Larsen,* ligeledes fejre 25 års jubilæum som bestyrelsesmedlem.

MILFELDT-SAGEN

De danske sygekasser har henstillet, at de begivenheder, som udviklede sig omkring et af dr. Mogens Milfeldt i Aarhuus Stiftstidende for 18. september 1955 offentliggjort strejftog »Sundhedsvæsen og Telefonautomater« optoges til overvejelse mellem hovedorganisationerne med det formål at udjævne opståede uoverensstemmelser.

Efter forhandling er man enedes om følgende udtalelse:

Hovedorganisationerne finder udsendelsen af fælleserklæringen af 22. september 1955 upåkrævet og beklager anvendelsen af udtrykket »positivt urigtige oplysninger«, der er blevet opfattet, som om dr. Milfeldt havde afgivet sine oplysninger mod bedre vidende.

Hovedorganisationerne er enige om at hævde ytringsfriheden, herunder retten til offentlig kritik af samfundsforhold, men er enige om, at en sådan kritik bør ske i en sømmelig form, der findes overskredet ved anvendelsen af flere udtryk. bl. a. »kræftbyld« og »Ebberød bank« om sygekasserne.

Hovedorganisationerne må finde det urigtigt, at det i en offentlig erklæring af 31. oktober 1955 udtales, at sygekassen Aarhus ikke har fremsat ønske om repressalier overfor dr. Milfeldt, når sygekassen har følt sig foranlediget til med lægekredsforeningen at drøfte, hvorvidt lægens optræden var forenelig med hans virke som natlæge.

København, d. 18. december 1955.

For De danske Sygekasser:

sign. *Ernst Larsen.*

For Den alm. danske Lægeforening:

sign. *Charles Jacobsen.*

Denne udtalelse tiltrædes af undertegnede, som hermed betragter de opståede uoverensstemmelser som udjævnede.

sign. *Mogens Milfeldt.*

For Sygekassen Aarhus:

sign. *S. Hedeager.*

For Aarhus og Omegns Lægekredsforening:

sign. *E. Vosbein.*

BEMÆRK:

Artikler til førstkommende nr. af bladet må så vidt muligt være redaktionen i hænde inden den 15. i den forudgående måned. Meddelelser til „Mærkedage" og „Siden sidst" senest den 20.

Red.



Thisted sygekasse fejrede den 16. januar sin 50-årsdag. Jubilæet blev markeret ved en reception på sygekassens kontor samt et fælles kaffebord for bestyrelsens og repræsentantskabets medlemmer og kassens funktionærer.

★

Sygekassen »Enigheden«, Kerteminde, har købt en ejendom på Strandvejen i Kerteminde. Der skal i ejendommen indrettes tidssvarende lokaler til sygekassen, der længe har lidt under pladsmangel.

★

Sygekassen i Taastrup, der har tumlet med planer om at bygge en ny kontorbygning, har nu slået disse ud af hovedet, idet projektet blev for dyrt. I stedet har kassen vedtaget at opføre en tilbygning til sin nuværende ejendom. Tilbygningen vil give en længe tiltrængt udvidelse af kassens kontorer.

★

Sct. Maria hospital i Roskilde vil i løbet af nogle år blive nedlagt som hospital. Nedlæggelsen skyldes, at hospitalet, der er et katolsk hospital, ikke længere mener at kunne skaffe det antal søstre som sygeplejersker, der er nødvendig for en forsvarlig drift af hospitalet.

Det er tanken efter nedlæggelsen at omdanne hospitalet til rekreations- og hvilehjem for ældre og svagelige.

★

Hillerød og Frederiksborg slotssogns sygekasse har fået den gode idé og kommunens samtykke til i selvangivelserne, der udsendes til kommunens beboere, at indlægge en meddelelse om de gældende indtægts- og formuegrænser. Efter endt arbejde kan skatteyderne således hurtigt konstatere, på hvilken side af grænsen de er kommet og foretage det videre fornødne vedrørende deres medlemsskab af den offentlige sygeforsikring. Meddelelsen giver endvidere en kortfattet oversigt over sygekassens ydelser.

★

Foreningen af sygekasseforretningsførere afholder i ugen fra den 17. til 23. juni d. å. et kursus for sine medlemmer i Middelfart ferieby. Kurset vil beskæftige sig med tre emner: social vejledning, driftsregnskab i mindre sygekasser samt kontororganisation. Endvidere vil kyndige foredragsholdere forelæse om aktuelle problemer omkring sygekasserne samt andre spørgsmål af samfundsmæssig betydning.

★

Lægernes minimaltakster. Ifølge dagspressen har monopoltilsynet afslået at godkende en forhøjelse af de gældende minimaltakster. Afslaget begrundes blandt andet med, at lægerne har et ret højt indtægtsniveau og at lægernes indtægtsforhold i de senere år har været således, at disse ikke i sig selv kan begrunde takstforhøjelser.

Klaksvig Sygekasse på Færøerne fejrede 50 års jubilæum den 1. januar. Sygekassen var den første af de færøske sygekasser, som opnåede statsanerkendelse. Kassens første formand var købmand Ole Joensen, indtil for nylig inspektør på Klaksvig sygehus. Formand gennem en lang årrække var skoleinspektør A. Enniberg. Nuværende formand Hans Buskupsstød.

★

Den almindelige sygekasse i Nakskov havde den 15. januar bestået i 100 år. Jubilæet blev fejret ved en festlighed på hotel Harmonien. Såvel samvirksomhedens formand som centralforeningens formand talte for jubilaren. Kassens formand har siden 1939 været skoleinspektør N. C. Larsen.

★

Bandholm sygekasse fejrer 100 års jubilæum den 1. februar. Gennem 40 år var nu afdøde installatør V. H. Due sygekassens formand. Sygekassens nuværende formand er vognmand Johs. Hansen.

Spørgsmål og svar

Oplæsning af bestyrelsens forhandlingsprotokol på repræsentantskabsmøde.

I en artikel i januar nr. om sygekassernes generalforsamlinger er det oplyst på side 13, at bestyrelsens forhandlingsprotokol ikke må oplæses på generalforsamlingen.

Spørgsmål:

Må bestyrelsens forhandlingsprotokol i sygekasser med repræsentantskab oplæses på repræsentantskabsmødet?

Svar:

Nej. I henhold til folkeforsikringslovens § 28, stk. 2, og vedtægtens § 30, nr. 6, er der pålagt sygekassernes bestyrelser og funktionærer tavshedspligt. Det vil være stridende herimod at oplæse bestyrelsens forhandlingsprotokol, se iøvrigt håndbog for anerkendte sygekasser, side 467.

Betaling af restance med medlemsbidrag.

I mønstervedtægt for sygekasser er det i § 12, nr. 2 d, bestemt, at medlemmer, der er i restance med betaling af medlemsbidrag for 2 måneder, mister retten til sygehjælp. Det er endvidere bestemt, at restanter på nærmere fastsatte betingelser kan indtræde i deres tidligere medlemsrettigheder, når de inden udgangen af den tredje måned betaler det skyldige medlemsbidrag.

Spørgsmål:

Kan en sygekasse, der har månedligt medlemsbidrag, nægte at modtage medlemsbidrag for een måned for en restant, der står i tre måneders restance?

Svar:

Nej, men sygekassen må gøre medlemmet opmærksom på, at han først generhverver sine medlemsrettigheder ved betaling af medlemsbidrag for to måneder.



1. **Indberetning til folkeregistrene.**

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. **Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.**

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. **Indberetninger til kommunalbestyrelserne om forsikringspligtige medlemmers restancer.**

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *snarest efter hvert års 1. januar og i hvert fald inden 1. april* tilstille vedkommende kommunalbestyrelse en i 2 eksemplarer affattet *fortegnelse (almindelig restanceliste)* over de forsikringspligtige bidragydende medlemmer, der ved det forudgående kalenderårs udgang skyldte medlemsbidrag og invalidepræmie for 3 måneder eller derover.

4. **Indbetaling af invalidepræmier til Invalideforsikringsfonden.**

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal senest på dagen for årsregnskabets afslutning til *Invalideforsikringsfondens postkonto nr. 2115* eller til fondens bankkonto i A/S »Kjøbenhavns Handelsbank«, St. Kongensgade 49, København K., indbetale de vedrørende oktober kvartal 1955 indgåede *invalidepræmier.* I beløbet skal dog forinden fradrages de udgifter til helbredelsesforanstaltninger i henhold til folkeforsikringslovens § 61, som det ikke påhviler kasserne ifølge deres vedtægter at afholde, samt de 5 pct., som tilfalder kasserne til dækning af administrationsudgifter.

5. **Opgørelse over udgifter afholdt i h. t. folkeforsikringslovens § 61.**

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal senest på dagen for årsregnskabets afslutning på dertil foreskrevne særlige blanketter til sygekassedirektoratet indsende opgørelse, bilagt kvitterede og reviderede regninger, over de udgifter, som kasserne for oktober kvartal 1955 har afholdt, og som af fonden skal godtgøres kasserne *i henhold til folkeforsikringslovens § 61.*

6. **Årsafregning for invalideforsikringen.**

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal samtidigt med indsendelse af det sædvanlige *regnskab samt status for invalideforsikringen* indsende en *årsafregning* for invalideforsikringen.

7. **Opgørelse til brug for beregning af statstilskud.**

Sygekasserne tilstiller inden 15. februar sygekassedirektoratet indberetning om *regnskabsresultatet for 1955* med angivelse af medlemsforhold ved årets udgang, til brug ved beregning af statstilskud.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schiølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . marts 1956 . nr.* **3**

Til regering og folketing.

Henvendelse angående dagpengeforsikringen.

De danske sygekasser har gentagende gange henledt lovgivningsmagtens opmærksomhed på, at sygekassernes erstatning for tab i indtægt under sygdom ikke var tidssvarende. Medens sygekassernes øvrige ydelser må siges nogenlunde at være på højde med udviklingen, gælder dette ikke for dagpengeforsikringen. Selv om man må tage i betragtning, at en del af sygekassernes medlemmer er sikret løn under sygdom eller stillet sådan, at de ikke har tab i indtægt under sygdom, er tilslutningen til dagpengeforsikringen for ringe. Det må derfor være sygekassernes opgave at søge denne del af sikringen forbedret.

En obligatorisk dagpengeforsikring, som der tidligere er stillet forslag om, ville være en effektiv løsning på spørgsmålet. Da en sådan formentlig har lange udsigter til at blive gennemført, har forretningsudvalget rettet følgende henvendelse til lovgivningsmagten om en forbedring af den gældende forsikring:

»I august 1951 rettede sygekassernes landsorganisation henvendelse til den daværende regering med ønske om, at der gennem lovgivningen blev adgang til bl. a. at gennemføre en forbedring af sygekassernes dagpengeforsikring.

Man henviste dengang til, at det var urimeligt, at der ikke i de statsanerkendte sygekasser var adgang til at sikre sig mere end 6 kr. i daglig pengehjælp, medens der under arbejdsløshed og i ulykkestilfælde var adgang til at opnå en betydelig højere pengehjælp. Dagpengene i henhold til ulykkesforsikringsloven er som bekendt stadig genstand for forhøjelse i trit med det stigende pristal og udbetales nu med 16,25 kr.

Bortset fra, at dagpengene er for lave, finder vi også, at sygekassernes dagpengeforsikring hviler på et forældet grundlag. For det første er den obligatoriske dagpengeforsikring for mænd på 40 øre ganske uden be-

tydning idag, og for det andet er det ikke gennem den frivillige dagpengeforsikring muligt at opnå en erstatning, der tilnærmelsesvis svarer til det oprindeligt fastsatte maksimum for dagpenge, nemlig 4/5 af den gennemsnitlige arbejdsfortjeneste.

Da det formentlig vil have lange udsigter med den nedsatte sygekassekommission, skal vi herved anmode regering og folketing om at træffe foranstaltninger til en forbedring af sygekassernes dagpengeforsikring.

Sygekassernes ledelse har tidligere over for embedsmandsudvalget af november 1946 fremsat forslag om en obligatorisk dagpengeforsikring for alle medlemmer med indtægtstab under sygdom. Principielt ser vi gerne dette forslag gennemført.

Såfremt lovgivningsmagten skulle mene, at der ikke for tiden er mulighed for at gennemføre dette forslag, skal vi herved foreslå, at der skabes mulighed for en forbedret dagpengeforsikring, således at der åbnes adgang for at tegne dagpengeforsikringer op til 16 kr. for personer under 40 år, samt at der åbnes adgang for kollektiv tilslutning for en virksomheds eller et fags arbejdere uanset alder, såfremt samtlige medarbejdere indtræder i dagpengeforsikringen til et nærmere fastsat beløb indtil 16 kr.

Ved gennemførelsen af sidstnævnte forslag, der er på linje med den i de svenske sygekasser gældende ordning forinden gennemførelsen af den obligatoriske dagpengeforsikring fra 1. januar 1955, vil det være muligt at imødekomme de medlemmer, der ønsker at tegne en større dagpengeforsikring end 6 kr., og det vil efter sygekassernes opfattelse navnlig være værdifuldt for udbredelsen af de kollektive forsikringer på arbejdspladserne.«

Som der henvises til i henvendelsen, gennemførte de svenske sygekasser, forinden den obligatoriske forsikring blev en realitet, en kollektiv tilslutning til sygekassernes dagpengeforsikring. Der blev dengang mulighed for i de svenske sygekasser at tegne dagpengeforsikringer helt op til 16 kr., når samtlige medarbejdere på en virksomhed tilmeldte sig. Bidragene til de forhøjede dagpenge blev udredet af arbejdsgiverne.

Med den interesse, der for tiden er på arbejdspladserne, for at udjævne forskelsbehandlingen mellem tjenestemænd og funktionærer på den ene side og andre lønarbejdere på den anden side under sygdom, har sygekassernes henvendelse til regeringen den allerstørste betydning.

BEHANDLING på sygehuse

Nogle tal.

Overlæge E. Schiødt, Aalborg, er meget ivrig med at fortælle, at sygekassernes første og sidste tanke er at få deres patienter lagt på sygehus.

Det er da i og for sig en mærkelig påstand, idet sygekasserne for det første ikke har noget som helst med indlæggelse af patienter at gøre, og heller ikke skal have det. Det må alene overlades til de praktiserende læger og sygehusenes læger at bestemme, hvilke patienter der skal ligge i sygehusenes senge. Vi har indtrykket af, at lægerne er meget omhyggelige med deres dispositioner med hensyn til sygehussengene, så der er ingen som helst grund til for sygekasserne at blande sig op i dette spørgsmål.

For det andet ved sygekasserne udmærket godt, hvad en sygehusseng koster i drift om dagen, selv om der kun gennem sygekasserne skal udredes en mindre del af disse omkostninger. Det afgørende er naturligvis, hvad det koster samfundet, og dette ved sygekasserne at tage skyldigt hensyn til.

Det mærkelige ved overlæge Schiødts bemærkninger i denne omgang er imidlertid, at han kører frem med nogle forkerte tal for at bevise sine påstande. Han siger f. eks., at der nu (1951) er flere sygedage på sygehusene end i hjemmene, medens det omvendte var tilfældet i 1933. Tallene henter han fra Statistisk Årbog, hvor der findes en opgørelse over medlemmernes sygedage i hjemmet og på sygehus. Nu er der imidlertid hertil at sige, at sygedagene i hjemmet ikke registreres fuldt ud, fordi dagpengeforsikringen ikke er effektiv. Tallene kan derfor ikke bruges til det, som overlægen ønsker, nemlig at bevise, at sygekasserne er skyld i, at sygehusene misbruges.

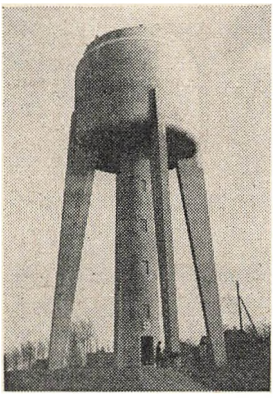
Lige så uheldig er overlægens tal om sygekassemedlemmernes benyttelse af sygehusene i forhold til ikke-sygekassemedlemmers. Overlægen fortæller her, at sygekassernes medlemmer i 1953 har haft 2,56 sygedage på sygehus i gennemsnit, medens tallet for hele befolkningen kun har været 2,0 pr. indbygger. Det skal være indrømmet, at det kan være svært at læse de statistiske tabeller. Forholdet i dette tilfælde er imidlertid, at sygekassemedlemmernes 2,56 dage omfatter ophold på samtlige helbredelsesanstalter, medens de 2,0 dage kun omfatter ophold på kirurgiske og medicinske afdelinger.

Overlægen skriver også, at sygekasserne får 227,8 mill. kr. i tilskud til sygehusbehandling. Mon ikke tilskuddet bør beregnes ud fra de fastsatte takster, og ikke ud fra de faktiske udgifter.

Det er overordentlig vigtigt, at arbejdet mellem de alm. praktiserende læger, de privat praktiserende speciallæger og sygehuslægerne fordeles rigtigt. Hertil vil sygekasserne gerne medvirke.

Korsør-ordningen
gennem 10 år.

Det er ikke almindeligt, at vi bringer omtale af et 10 års jubilæum. men i dette tilfælde vil vi gøre en undtagelse. Den 16. marts er det 10 år siden, at Korsør sygekasse påbegyndte sit tandabonnement. I dagens anledning holder sygekassen en lille sammenkomst for tandabonnenterne.



Korsørs vartegn (en kindtand).

Hvori består et tandabonnement? Det lyder måske mere indviklet end strengt nødvendigt. Ordningen består ganske simpelt deri, at de af sygekassens medlemmer, som har et velholdt tyggesæt, kan melde sig til sygekassen som tandabonnent. Sygekassen sender derefter efter aftale med medlemmets tandlæge to gange om året et kort til medlemmet med anmodning om at give møde hos tandlægen for at få efterset tænderne. De medlemmer, der på denne måde viser interesse for at holde deres tænder i orden, belønnes af sygekassen, idet sygekassen til deres tandpleje yder $^4/_5$ godtgørelse mod $^3/_5$ til øvrige medlemmer. Sygekassen betaler endvidere tandlægerne et vist beløb for eftersyn af medlemmernes tænder, uanset om eftersynet viser, at tænderne trænger til behandling eller ej.

Der er ingen tvivl om, at ideen til denne ordning, som i sin tid blev udkastet af tandlæge *Volmer Lind,* er rigtig. Ved jævnlige eftersyn af medlemmernes tænder skulle det være muligt at undgå tandudtrækninger, rodbehandlinger og større plomberinger, med andre ord: der skulle blive færre reparationer af medlemmernes tænder og mindre tidsrøvende reparationer. I det lange løb skulle medlemmerne få mere velholdte tænder, og omkostningerne ved vedligeholdelsen skulle blive mindre. Man kunne måske vende det lidt om og sige, at der for så vidt er noget ganske urimeligt i, at sygekasserne ofrer mange penge på tandplejen uden at kræve, at medlemmerne gør en indsats for at holde tænderne i orden. Forretningsfører *G. Marott,* der gennem de 10 år har gjort et stort arbejde for tandabonnement-systemet, ville udtrykke det på den måde, at det er ganske urimeligt at ofre penge på tandplejen, når medlemmerne kun søger tandlæge, når de har tandpine.

Mange medlemmer har det sikkert sådant, at de først søger tandlæge, når de har tandpine, og så er det faktisk for sent. Så er der nemlig sket en større skade på pågældende tand, end der var strengt nødvendigt. Andre medlemmer har det måske sådan, at det kniber med at tage sig sammen og gå op til tandlægen for at få efterset tænderne. Korsør-ordningen

er derfor rigtig. Den hjælper medlemmerne til at holde tænderne i orden.

Der er al mulig grund til at glæde sig over det arbejde, der er udført i Korsør sygekasse. At medlemmerne har anerkendt arbejdet, viser den kendsgerning, at godt 1.600 medlemmer havde tilmeldt sig ordningen i 1954. Den 1. januar 1956 havde man ovenikøbet tilmeldt 1.856 medlemmer eller godt og vel en fjerdedel af sygekassens nydende medlemmer. I betragtning af, at ordningen er sket på frivillig basis, er resultatet fint.

Af de godt 1.600 medlemmer, som var til eftersyn i 1954, havde ca. en femtedel overhovedet ikke behov for tandbehandling.



G. Marott.

Vi skal ikke ved denne lejlighed komme nærmere ind på de tal, der nu findes om Korsørordningen. Der er mange ting, der spiller ind ved den statistik, som kan fremvises, hvorfor en nærmere prøvning vil være på sin plads. Der er vel også visse forhold ved ordningen, som man kunne ønske lidt anderledes, men hvorom alting er, ideen er rigtig, og den fortjener større udbredelse.

Der er vel ingen, som drømmer om inden for skoletandplejen at overlade til det enkelte barn selv at afgøre, hvornår tænderne skal efterses. Det er derfor for det første ganske naturligt, at en sygekasse søger at fortsætte tandplejen ad samme spor, som skoletandplejen er inde på. for de medlemmer, der forlader skolen. Er tænderne blevet plejet i skoletiden, er det en ganske naturlig opgave for sygekassen at bygge videre herpå. For det andet er det ganske naturligt, at sygekassen hjælper de medlemmer, der er interesseret i en rationel tandpleje, når det er en kendsgerning, at medlemmerne er tilbøjelige til først at søge tandlæge, når de har tandpine.

Hvorom alting er, var det vel på sin plads snart at komme i gang med en ungdomstandpleje. Tidspunktet er måske ikke velvalgt, når forholdet er det, at der er mangel på tandlæger. Skoletandplejen er delvis lammet. fordi vi ikke har tandlæger nok. Men alligevel, en rationel tandpleje burde gå forud for tandpine-plejen, der er dyr og tidsrøvende.

Med disse ord vil vi fra Sygekassetidendes side gerne lægge et godt ord ind for en rationel tandpleje. Der er mange spørgsmål at drøfte i forbindelse hermed, og vi skal i en senere artikel søge at belyse nogle af disse, ligesom vi skal komme nærmere ind på erfaringerne fra Korsør. Vi kan iøvrigt allerede nu oplyse, at de hollandske sygekasser f. eks. kun yder tandpleje til de medlemmer, der møder op hos tandlægen med bevis for, at tænderne er efterset og bragt i orden for 6 måneder siden.

Korsør-ordningen er god, og den bør efterfølges mange andre steder.

Bekendtgørelse om de anerkendte sygekassers ydelse af medicin m. v.

I.

Livsvigtige præparater.

I folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 4, er det fastsat, *at* sygekasserne i sygdomstilfælde skal yde 3/4 af betalingen for *insulin til sukkersygepatienter* og *leverpræparater* til patienter, der lider af *farlig blodsygdom,* under forudsætning af, at lægen erklærer, at anvendelsen af disse præparater er nødvendig, og *at socialministeren* efter indstilling af sundhedsstyrelsen kan fastsætte, at sygekasserne skal yde 3/4 af betalingen for andre lignende, livsvigtige præparater.

Efter indstilling af sundhedsstyrelsen fastsætter socialministeriet herved, at de i nedenstående skema nævnte præparater (og dermed identiske mærkevarer), når de ydes til patienter, der lider af de ud for hvert præparat anførte sygdomme, henregnes til de ydelser, for hvilke sygekasserne i henhold til nævnte lovbestemmelse udreder 3/4 af betalingen, og som indbefattes i den sygehjælp, opholdskommunen yder i henhold til bestemmelserne i lov om offentlig forsorg, §§ 244, stk. 4, 248, stk. 4, og 250:

Præparater	*Sygdomme*
Mavepræparater og cykobeminpræparater (B_{12}-vitamin), der anvendes i forbindelse med eller i stedet for leverpræparater.	Farlig blodsygdom (anæmia perniciosa).
Binyrebarkhormonpræparater.	Addisons sygdom.
Præparater, indeholdende salte af dimetylkarbaminsyreesteren af 3-hydroksyfenyltrimetylammonium (f. eks. synstigmini bromidum, leostigmin, Leo og prostigmin, Roche) og salte af dimetylkarbaminsyre esteren af 1-metyl-3-hydroksypyridinium (f. eks. mestinon, Roche).	Myasthenia gravis.
Leverpræparater samt usammensatte præparater, indeholdende folinsyre.	Sygdommen »sprue«.
Opløsninger af vitamin D_2 i vegetabilsk olie, indeholdende 300.000 internationale enheder pr. g, og opløsninger af dihydrotakysterol (dikystrol).	Parathyreogen tetani.
Gonadotropiner (eventuelt i forbindelse med testishormon).	Dystrofia adiposo-genitalis, Dystrofia genitalis, Retentio testis (kryptorchismus), } fra henimod puberteten og senere
Standardiserede hypophysebaglappræparater.	Diabetes insipidus.

Præparater	*Sygdomme*
Standardiserede og ublandede præparater af gland. thyreoidea samt syntetiske præparater med tilsvarende virkning (l-thyroxin, Eltroxin).	Myxødem.
Veldefinerede (eventuelt syntetiske) hanlige og hunlige sexualhormoner samt præparater af stoffer med østrogen og androgen virkning.	Kastration med fremtrædende bortfaldssymptomer samt for de hanlige sexualhormoners vedkommende endvidere ved behandling af cancer mammae og for de hunlige sexualhormoners vedkommende ved behandling af cancer prostatae.
Fenemal, enfenemal, fenantoin og salte af disse. Endvidere etadion, isoetadion, metylfenetoin, trimetadion og forbindelser heraf samt mysoline (I. C. I.).	Epilepsi.
Corticotropin (ACTH), cortison, hydrocortison, prednison, prednisolon og dermed kemisk identiske præparater.	1) Polyarthroitis chron. prim. og periarthroitis humeroscapularis samt Hydrocortison til lokal injektion ved arthroser og periarthroser. 2) Pemphigus, lupus erythematosus disseminatus, erythrodermia exfoliativa og sclerodermia, 3) Asthma bronchiale, 4) Iridocyclitis, chorioiditis, scleritis og keratitis.
Cortison, hydrocortison, prednison, prednisolon og dermed kemisk identiske præparater.	Mb. Addisonii. børn med binyrebark-hyperfunktion, patienter, på hvem der er foretaget binyreexstirpation på grund af maligne tumorer i mammae eller prostata, patienter, på hvilke der er foretaget hypofysectomia.

Såfremt lægen erklærer, at anvendelsen af disse præparater er nødvendige, er sygekasserne forpligtede til at yde hjælpen, uanset om medlemmet iøvrigt er sygemeldt eller — bortset fra de nævnte lidelser — rask og arbejdsdygtig. Hjælpen medregnes ikke ved beregningen af de 60 ugers sygehjælp i henhold til folkeforsikringslovens § 21, stk. 2. Der kan i medfør af folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 4, kun ydes hjælp til de ovennævnte præparater. For eventuel ydelse af samtidig ordineret anden medicin gælder de nedenfor under II og III anførte regler.

Sygekassernes udgifter til den omhandlede særlige medicinydelse refunderes fuldt ud af statskassen, jfr. lovens § 13, stk. 2, sidste pkt.

II..

Særlig betydningsfuld medicin.

I folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 5, er det endvidere fastsat, at sygekasserne i sygdomstilfælde skal yde 3/4 af betalingen for anden medicin (end den i afsnit I omhandlede), som lægen ordinerer, og som må anses for særlig betydningsfuld. Socialministeren fastsætter og offentliggør efter indstilling af sundhedsstyrelsen, hvilken medicin, der skal henføres til denne gruppe.

I henhold hertil fastsætter socialministeriet efter indstilling af sundhedsstyrelsen, at de på omstående liste opførte lægemidler må betragtes som særlig betydningsfulde, således at sygekas-

serne herefter er *pligtige* til at yde tilskud til disse med 3/4 af udgiften, ligesom de indbefattes i den sygehjælp, opholdskommunen yder i henhold til bestemmelserne i lov om offentlig forsorg, §§ 244, stk. 4, 248, stk. 4, og 250.

Tilskudets ydelse er dog afhængigt af, at følgende betingelser er opfyldt:

1) De på listen optagne stoffer og præparater, herunder medicinske specialiteter samt efter lægens forskrift (magistrelt) ordinerede tilberedninger og opløsninger af enkeltstoffer, må *ikke* tilblandes noget medikament, som *ikke* findes opført på listen. Det er dog tilladt at anvende de til fremstillingen nødvendige hjælpe-stoffer, herunder opløsningsmidler, samt konserverende, stabiliserende og smagskorrigerende stoffer.

2) Når det ved et på listen opført lægemiddel står anført, at lægemidlet kun ydes i en bestemt dispenseringsform (»opløsning«, »til injektion« eller lignende), kan det omhandlede tilskud *ikke* ydes til betaling for lægemidlet i andre dispenseringsformer end de på listen nævnte.

Til betaling af midler til udvortes brug kan sygekasserne *kun* yde tilskud, såfremt vedkommende præparat er nævnt på omstående liste, eller såfremt det ordineres efter reglerne i afsnit III.

III.

Anden medicin.

I henhold til folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 12, kan der i en sygekasses vedtægt træffes bestemmelse om, at kassen ved visse sygdomstilstande betaler 3/4 af udgiften til visse arter af medicin, som lægen ordinerer, og som ikke omfattes af § 18, stk. 1, nr. 4—5, jfr. afsnit I og II. De nærmere regler om, hvilke sygdomstilstande og hvilke arter af medicin, der omfattes af denne bestemmelse, fastsættes og offentliggøres af socialministeren efter indstilling af sundhedsstyrelsen.

Efter indstilling af sundhedsstyrelsen fastsætter socialministeriet herefter, at der *i tilfælde af alvorlig og langvarig sygdom (f. eks.* kroniske og smertefulde led- og knoglelidelser, lungetuberkulose, maligne tumorer og langvarige alvorlige hud- og slimhindelidelser) kan ydes tilskud af sygekassen med 3/4 af udgiften til

1) sovemidler (hypnotica),
2) beroligende midler (sedativa),
3) feber- og smertestillende midler (analgetica, antipyretica og antirheumatica),
4) expectorerende og hostestillende midler,
5) syrebindende midler (antacida) samt
6) midler til lokal behandling af hud- og slimhinder,

alt for så vidt lægen skønner, at sygdomstilfældet *til stadighed og gennem længere tid vil kræve behandling med midler af den nævnte art.*

Ydelse af tilskud i de angivne tilfælde er som foran nævnt betinget af, at ydelsen har hjemmel i kassens vedtægt. Det kan ikke i vedtægten bestemmes, at kassen yder tilskud med en mindre eller større andel af udgiften end 3/4.

I andre tilfælde og til andre arter af medicin end de ovenanførte kan der — uanset om medicinen ordineres af lægen — *ikke ydes tilskud af sygekasserne.*

Der ydes ikke sygekasserne nogen refusion af statskassen for deres udgifter til de i afsnit II og III omhandlede arter af medicin.

Sygekasserne kan ikke yde tilskud til udgifter til emballage, porto m. v. ved indkøb af medicin.

Denne bekendtgørelse træder i kraft straks. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 355 af 18. oktober 1952 med tillæg nr. 215 af 6. juli 1953, nr. 328 af 17. december 1953, nr. 301 af 30. september 1954 og nr. 180 af 26. maj 1955.

Liste over tilskudsberettiget medicin, jfr. afsnit II.*)

Acetum sabadillae
Acetum sublimati
Acetylcholin, Roche
Acetylcholini chloridum
Achromycin Lederle (kun tabletter, kapsler, mikstur og til injektion)
Acidum amygdalicum
Acidum nicotinicum
Acidum salicylicum
Adrenalin og dets salte
Adrenoni hydrochloridum (kun i opløsning)
Adrephine, P. D. & Co.
Aethaminolum
Aether ad narcosin
Aether ad narcosin, AB, Petri
Aetherol. chenopodii
Aethyli chloridum
Aethyli p-oxybenzoas
Afadrinii, Asa
Albumini tannas
Aleudrin, Boehringer
Alfasol tabletter, AB
Algophon, Leo
Algophon 2 pct. c. scopolamino, Leo
Algospasmin, Leo
Aluminii chloridum
Alypinum
Ambinon, Organon
Amidryl, Mco.
Amidryl c. Mecodrin, Mco.
Aminosalylum og dets salte
Amylii nitris
Anautinum
Ansolysen, M. & B.
Antabus, Mco.
Anthisan, M. & B.
Antin, Asa
Antistina, Ciba
Antistina-privin, Ciba
Antoxol, Ido
Antrenyl, Ciba
Apresolin, Ciba
Ariovit, Roche (kun til injektion)
Ariovit-dråber, Roche
Arsphenoxidum og dets salte
Artane, Lederle (kun mikstur og tabletter)
Asahydrin, Asa
Asatylon, Asa
Atochinol, Ciba (kun tabletter)
Atonyl, Ido
Atropinum og dets salte
Atropini sulfatis, Mco.
Aureomycinum, Lederle
Auri chloridum
Avacan, Asta
Avimin, Ido (olie og til injektion, kun ufortyndet og ublandet)
Avital, Leo (olie og til injektion, kun ufortyndet og ublandet)
A-vitamin (ester) mindst 100.000 i. e. pr. g (ublandet som dråber og til injektion)
Azamethonum og dets salte

Balistab, Boots
Banthine, Searle
Barii sulfas
Bellafolin, Sandoz
Bellepanum, DAK
Bellergal, Sandoz
Benadryl, P. D. & Co.
Benapen, Glaxo (kun til injektion)
Bensulfamidum og dets salte
Benzocainum
Benzyli benzoas
Benzylpenicillinprocainum
Biligrafin, Schering
Bismuthi hydroxydi (til injektion)
Bismuthi subsalicylas (til injektion)
Brometholum
Buscopan, Boehringer

*) Følgende præparater er udgået af listen i nærværende bekendtgørelse:

Bisal, Leo	Neosulfosin, Leo	Synparin, Ido
Lactofer, Mco.	Nirvapon, B, Mco.	Thebaisin, Gea
Lobelin, Leo	Novadrin, Mco.	Theelin, P. D. & Co.
Metychol, Ido	Ovoculin, Mco.	Trepopal, Leo
Natrii bicarbonas (1,4 og 8 pct.) Leo	Pituin-adrenalin, Mco.	Ultranol ultraconc. spirituosum, Ido
	Spasmalgin, Roche	

Butalgin, Gea
Butolan, Bayer

Calciferolum (opl. indeh. mindst 5000 i. e. pr. g)
Calciferolum solutum
Calciferolum solutum concentratum
Calcii amygdalas
Calcii chloridum
Calcium-Diuretin, Knoll
Calomel
Capsulae aetherol. chenopodii
Capsulae extracti filicis
Capsulae tetrachloraethyleni
Carbacholini chloridum
Cardiazol, Knoll
Cardiazol-Ephedrin, Knoll
Cedinalid, Sandoz
Chemosept. Ido (kun tabl.)
Chinidini sulfas, Leo
Chinidinum og dets salte
Chiniofonum
Chloramphenicol
Chloramphenicol stearat
Chlorguanidum
Chlormethinum
Chloroformium ad narcosin
Chloromycetin, P. D. & Co.
Chloromycetin-Palmitat, P. D. & Co.
Chlorphenarsinum
Cholotrast, Gea
Cibazol, Ciba
Ciloprin, Cilag
Cincainum og dets salte
Cinchophenum
Citodan-Natrium, Leo
Cliradon, Ciba
Cocainum og dets salte
Coffeino natrii benzoas (kun til injektion)
Coffeino natrii salicylas (kun til injektion)
Colchicinum
Collamon, Leo
Combizym, Luitpold Werk
Conturex, Lundbeck
Coramin, Ciba
Corbadrinum og dets salte
Cortiron, Schering
Cortison og dets salte (kun øjendråber og øjensalve)
Cortone, Merck (kun øjendråber og øjensalve)
Crystalloviolaceum
Cutipulvis amyceni
Cutipulvis penticidi
Cyclospasmol, Brocades
Cyren B, Bayer

Decamethoni jodidum
Decorton, Organon
Desoticortonum
Devegan, Hoechst
Devital, Leo (dråber, kun ufortyndet og ublandet)
Diamox Lederle
Dicumarolum
Dienoestrolacetat
Dienoestrolum
Digalen, Roche
Digifolin, Ciba
Digilanid, Sandoz
Diginova, Gea
Digisolvin, Leo
Digitalan, Mco.
Digitalan liqv., Mco.
Digitalis, Asa (kun tabletter)
Digitoxin
Digitoxin, Merck
Digoxin, B. W. & Co.
Dihydroergotamin, Sandoz
Dihydrostreptomycin og dets salte (kun til injektion)
Dilatropon, Troponwerke
Dilaudid, Knoll
Dilaudid-Atropin, Knoll
Dimercaprolum
Dimetyladrenalinum og dets salte
Diodonum
Di-Paralene, Abbott
Dipenicillin, Leo
Diphenhydraminum
Diprovex, Leo
Disulfiramum
Ditardocillin, Leo (kun til injektion)
Diuregan, Leo
Diuretin, Knoll
Dixanthogen (kun i blandinger med vaselin)

Doryl, Merck
Dosipulvis albumini tannatis
Dosipulvis calomelanos cum jalapae
Dosipulvis calomelanos pro infantibus
Dosipulvis ferrosi tartratis
Dromoran, Roche

Eldoform, Bayer
Elkosin, Ciba (kun tabletter, mikstur og ampuller)
Elutin, Mco.
Emulsio penticidi
Enallypropymalnatrium
Enhexymalnatrium
Enibomalum
Entero-Vioform, Ciba
Ephedrini hydrochloridum, Leo
Ephedrinum og dets salte
Ephetonin, Merck (kun perler, tabletter og ampuller)
Ephetoninum
Erasol, Ido
Ergometrin og dets salte
Ergometrini, AB, Leo
Ergotamin og dets salte
Ergotoxini aethansulfonas
Erysan, Mco.
Erythromycin (kun tabletter, kapsler, mikstur og til injektion)
Esidron, Ciba
Estilbin, Mco.
Estilbin P., Mco.
Etalate, P. D. & Co.
Ethisteronum
Eticyclin, Ciba
Etinyloestradiolum
Etydan, Lundbeck
Etylon 10 pct., Asa
Eucaini hydrochloridum
Eupaverin, Merck
Evipannatrium, Bayer
Extractum filicis
Extractum fluid. secal. cornut.

Fenindion, Walker
Feniodol, Cilag
Feniodol, M. & B.
Feniodol Granulat, Cilag
Fenocyclin, Ciba
Ferrosi chloridum
Ferrosi lactas
Ferrosi sulfas
Ferrosi tartras
Festal, Hoechst
Flaxedil, M. & B.
Fluostigmin (kun øjendråber og til injektion)
Folium digitalis (kun i pulver og tabletter)
Follicyclin, Ciba
Formo-Cibazol, Ciba
Ftalysept, Ido
Fungisan, Mco. (herunder salve)
Furadantin, Asa (kun tabletter)
Furostilben, U. C. B.

Gantrisin, Roche
Gesalol comp., Gea
Geastimol, Gea
Geastimol forte, Gea
Geatrast, Gea
Gelacida, Hefa
Gentianaviolaceum
Glucosum (kun til injektion)
Glucovex, Leo
Glykresin
Glyphyllinum
Glypran, Jacobs
Granulatum calcii amygdalatis
Granulatum carbonis cum magnesii sulfate
Granulatum ferroplex
Guasept, Ido
Guttae A-vitamini (kun ufortyndet og ublandet)
Guttae bellapani, DAK
Guttae calciferoli (kun ufortyndet og ublandet)
Guttae calciferoli ultraconcentratae (kun ufortyndet og ublandet)
Guttae D-vitamini conc., DAK (kun ufortyndet og ublandet)
Guttae hyoscyami
Guttae nicethamidi
Guttae nitroglycerini fortiores
Guttae nitroglycerini mites
Guttae opiopapaverini atropicae
Guttae oxedrini
Guttae pentazoli
Guttae pethidini

Guttae roseae
Guttae roseae spuriae
Guttae tetraponi
Gynergen, Sandoz

Harrical, Gea
Hectine »A« & »B«, Mouneyrat
Hemoplastin, P. D. & Co. (kun opløsning til lokal behandling)
Heparin
Hexaminum
Hexoestrolum
Hexylresorcinum (indvortes)
Hippodin, Leo
Histaphene, U. C. B.
Homatropinum og dets salte
Husstøvallergen, renset, Allergologisk lab.
Husstøvekstrakt, Allergologisk lab.
Hydergin, Sandoz
Hydran comp., AB
Hydran pro injectione, AB
Hydrocortison (kun øjensalve)
Hydrocorton, Meck (kun øjensalve)
Hydromorphini chloridum
Hyoscyamini hydrobromidum
Hæmoclaudan-Adrenom, Leo

Idophedrin, Ido
Ilotycin, Lilly (kun tabletter, kapsler og mikstur)
Imidaminum
Immetal, Bayer
Injectabile acidi nicotinici
Injectabile adrealini
Injectabile atropini
Injectabile auri
Injectabile A-vitamini (kun ufortyndet og ublandet)
Injectabile bismuthi hydroxydi
Injectabile bismuthi subsalicylatis
Injectabile carbacholini
Injectabile chinini
Injectabile coffeini
Injectabile emetini
Injectabile enhexymalnatr. 1 g
Injectabile enhexymalnatr. 50 cg
Injectabile ephedrini
Injectabile ergometrini fortius
Injectabile ergometrini mite
Injectabile ferrosi lactat.
Injectabile glucosi 10 pct.
Injectabile glucosi 50 pct.
Injectabile invertosi
Injectabile lobelini fortius
Injectabile lobelini pro neonatis
Injectabile magnesii sulfatis
Injectabile mersalyli
Injectabile morphini
Injectabile natrii bicarbonatis isotonicum
Injectabile natrii nitritis
Injectabile natrii sulfatis
Injectabile nicethamidi
Injectabile opiopapaverini atropicum
Injectabile oxedrini
Injectabile pentazoli
Injectabile pethidini
Injectabile procain-adrenalini dentale 1 og 2 pct.
Injectabile procain-adrenalini fortius
Injectabile procain-adrenalini mite
Injectabile scopolamini
Injectabile scopolamini cum tetrapono
Injectabile scopomorphedrini
Injectabile g-strophanthini
Injectabile sulfathiazoli
Injectabile sulfuris
Injectabile synstigmini
Injectabile tetraponi
Injectabile theophyllamini fortius
Injectabile theophyllamini mite
Insipidin, AB
Intestinol, Henning
Intrafer, Asa
Inversol, Mco.
Irgafen, Geigy
Isodrinum
Isolevin, Cilag
Isoniazid
Isoprenalin og dets salte
Isosulfamethazinum (kun tabletter og til injektion)
Ivoran, Ido

Jodbismol
Jod-Calcium-Diuretin, Knoll
Jodoxyl, Boots

Jodoxyl, M. & B.
Jodozoat-Natrium (30, 50 og 70 pct.), Guerbet
Jodphthaleinum
Jodumbrin, Mco.
Joduron, Cilag

Kalii Jodidum
Kathiolan, Ido
Ketogan, Lundbeck
Klianyl, Lundbeck
Klianyl, forte, Lundbeck
Klorokin-Avlon
K-vimin, Ido
K-vital, Leo

Lanatin, AB
Largactil, M. & B.
Leocain, Leo
Leocillin, Leo
Leodrast, Leo
Leopental, Leo (kun til injection)
Leophanyl, Leo
Leostesin, Leo
Leostesin, Adrenalin, Leo
Leostesin-Nor-adrenalin, Leo
Leostigmin, Leo
Letorin, Lundbeck
Lidocainum
Linimentum benzyli benzoatis
Lipiodol
Lipiodol Ethylique Fluide
Lipiodol sulfanilamide 21 og 32 pct.
Lobelini hydrochloridum
Longifen, U. C. B.
Lucosil, Lundbeck (tabletter og til injektion)
Lucosil mikstur, Lundbeck
Lucosil, mites, Lundbeck
Luizym, Luitpold-Werk
Lutex, Leo
Lutocyclin, Ciba
Lysivane, M. & B.

Mapharsen (= Mapharside), P.D. & Co.
Marbadal, (man ikke som strøpudder), Bayer
Marbadal-Cyren Vagitorier, Bayer
Marcoumar, Roche
Menadioli natrii sulfas
Menadionacetat, B. W. & Co.
Menadioni natrii bisulfis
Menadionum
Menformon, Organon
Mepacrinum og dets salte
Mersalylum
Mestinon, Roche
Mesulfen
Metacholinum og dets salte
Metacil, Lundbeck
Methadonum
Methergin, Sandoz
Methyli p-oxybenzoas
Metropin, AB
Methylatropini bromidum
Metylscopolamin og dets salte
Metyltiouracilum
Mintacol, Bayer
Mithren, Hefa
Mitigal, Bayer
Mitostan, AB
Mixtura ammonii amygdalatis
Mixtura ammonii chloridi
Mixtura hexamethylentetramini salina
Mixtura natrii salicylatis
Mixtura natrii salicylatis alkalina
Muxtura sulfacombini
Mixtura theobromini natrii salicylatis
Moloid, Serumwerk Basel
Monamin, NDK
Morphini et atropini Sulfatis, Mco.
Morphini hydrochloridi, Mco.
Morphinum og dets salte
Mycocten, Leo (herunder salve)
Myocrisin, M. & B.

Narcodorm, Lundbeck
Narconumal, Roche
Natrii auri chloridum
Natrii jodidum
Natrii nitris
Natrii salicylas
Nebulogenum hectalini
Nebuloleum ephedrini compositum
Nematolyt, Lundbeck
Neo-Alfasol, AB (mikstur og til injektion)
Neoarsphenaminum
Neocinchophenum (kun tabletter)
Neo-Gynergen, Sandoz

Neo-Hydriol, Fluid, M. & B.
Neo-Mercazole, British Schering
Neosalvarsan, Hoechst
Neoteben, Bayer
Neptal, M. & B.
Neptusan, AB
Nicethamidum
Nicordamin, Leo
Nicordamin-Ephedrin, Leo
Niglin salve, Asa
Nilistin, Lundbeck
Nirvapon, Mco.
Nirvapon B c. Scopolamin, hydrobrom, forte, Mco.
Nirvapon c. Scopolamin, hydrobrom, Mco.
Nirvaponum, Mco.
Nitroerythrolum trituratum 10 pct.
Nitroglycerin, Leo, Mco.
Nitromannit
Nitropentytrit, Leo
Noradrenalinum og dets salte
Novarsenobillon, N. A. B., M. & B.
Nupercain Ciba

Oculoguttae aethylmorphini
Oculoguttae argenti nitratis
Oculoguttae atropihi
Oculoguttae cocaini
Oculoguttae homatropini
Oculoguttae physostigmini
Oculoguttae pilocarpini
Oculoguttae scopolamini
Oestradioli benzoas
Oestradioli dipropionas
Oestradiolum
Oestronum
Oleum calomelanos pro injectione
Oleum ricini terebinthinatum
Opium
Optochinum og dets salte
Oriblettae benzocaini, DAK
Otalgan, Serumwerk Basel
Oto-Aganal, Asa
Ouabaine, Nativelle
Ovex, Leo
Oxedrini, tartras
Oxinofen, Ferraton
Oxyper, Gea
Oxytan, Orthana

Paludrin, I. C. I.
Pamachinum
Pankreon, Rhenania
Panthesin, Sandoz
Pantopon, Roche
Papaverini hydrochloridum
Paradryl, Ido
Parpanit, Geigy
Pasido, Ido
Paspat, Luitpold Werk
Penadur, Novo (kun til injektion)
Pendiomid, Ciba
Penicillin (kun til injektion)
Penicillindamin (kun til injektion)
Pentanitrolum
Pentazolum
Penthotal-natrium, Abbott
Penticidum
Pentytrit, Leo
Peragit, Gea
Percorten, Ciba
Percorten, vandopl., Ciba
Perovex, Leo
Pethidini hydrochloridum
Phenergan, M. & B.
Pheniodolum
Phthalylsulfathiazolum
Physostigminum og dets salte
Phytomenadion, Roche
Picrotoxin
Pilocarpini hydrochloridum
Pilulae atropini majores
Pilulae atropini minores
Pilulae atroscopolamini
Pilulae colchicini
Pilulae ferrosi lactatis
Pilulae ferrosi jodidi
Pilulae gentianaviolacei majores
Pilulae gentianaviolacei minores
Pilulae hexylresorcini
Pilulae opiopapaverini atropicae
Pilulae scopolamini
Pitocin, P. D. & Co.
Pitressin, P. D. & Co.
Pituin, Mco.
Pituin, Mco. (ampuller og snuspulver)
Pituitan, Orthana
Pituitrin, P. D. & Co.
Pitupartin, AB
Pitusol, AB

Postafen, U. C. B.
Postrin, Leo
Praenitrona, Schering
Pressomin, Gea (kun til injektion)
Pressomin cum procain, Gea (kun til injektion)
Priscol, Ciba
Pro-Banthine, Searle
Probecid, Astra
Procainamidum (kapsler og tabletter)
Procainum og dets salte
Progesteronum
Progynon, Schering
Progynom B oleosum, Schering
Proluton, Schering
Proluton, C, Schering
Pronestyl (tabletter), Wyeth
Prontosil, Bayer
Pronynalin, Ido
Propylthiouracilum
Prostigmin, Roche
Protaminsulfat, Leo, Novo og Roche
Prothyran, Ido
Provagin, Leo
Pulvis barii sulfatis diagnosticus
Pyelol, Mco.
Pyribenzamin, Ciba

Quotidon, Hoechst

Rauvilid, Pharmacia
Regitin, Ciba
Relaxan, Gea
Reserpinum og salte heraf
Retamin NDK
Rigidyl, Mco.
Rimifon, Roche
Ronicol, Roche
Rutinum

Salazopyrin, Asa
Salolum
Sanocrysin, Danchemo
Santoninum
Scopermid, Roche
Scopolamini hydrobromidi, Mco.
Scopolaminum og dets salte
Septacil, Lundbeck
Serpacil, Ciba
Sexadien, Leo
Skopyl, Asa (tabletter, dråber og saft)
Skopyl mites, Asa
Solublettae hexylresorcini
Solublettae chiniofoni
Solufyllin, Asa
Solutio adrenalini
Solutio adrenalini hydrochloridi (1 : 1000) Mco.
Solutio adrenoni
Solutio aluminii chloridi
Solutio ammonii chloridi
Solutio amylii nitritis pro inhalatione
Solutio crystalloviolacei
Solutio ephedrini
Solutio hexamethylentetramini
Solutio kalii jodidi
Solutio morphini citratis fortior, DAK
Solutio morphini citratis mitior, DAK
Solutio polysulfidi camphorata
Spargan, Gea (kun til injektion)
Spiritus amyceni
Spiritus crystalloviolacei
Spiritus formaldehydi fortior
Spiritus formaldehydi mitis
Spongostan, Ido
Stilboestroli propionas
Stilboestrolum
Stovarsol, M. & B.
Streptamid, Leo
Streptomycin (kun til injektion)
g-Strophanthinum
Strophosid, Sandoz
Strypnon, Chemosan (kun i opløsning, ikke ampuller)
Succinylsulfathiazolum (kun tabletter og til injection)
Sulfaddital, Astra
Sulfaddital mites, Astra
Sulfadiazinum (kun tabletter og til injektion)
Sulfadimidinum (kun tabletter og til injektion)
Sulfaguanidinum
Sulfamerazinum (kun tabletter og til injektion)
Sulfamethizolum (kun tabletter og til injektion)
Sulfanilamidum (kun tabletter og til injektion)

Sulfathiazol (kun tabletter og til injektion)
Sulphamezatine, I. C. I. (kun tabletter, mikstur og til injektion)
Suppositoria atroscopolamini
Suppositoria mersalyli
Suppositoria morphini
Suppositoria opii
Suppositoria opiopapaverini atropica
Suppositoria theophylamini
Suppositoria theophylamini c. benzocaino
Supronal, Bayer
Suspensio barii sulfatis diagnostica
Sygkrotein, L. Gentz
Sympatol, Boehringer
Synacur, Gea
Syncordan, Mco.
Synkavit, Roche
Synstigmini bromidum
Syntex, Asa
Syntex acetat, Asa
Syntex, forte, Asa
Syrupus calcii chloridii
Syrupus ferrosi joddi
Syrupus ferrosi sulfatis

Tablettae acidi nicotinici
Tablettae aluminii subacetatis
Tablettae ammonii chloridi
Tablettae bellapani, DAK
Tablettae calcii amygdalatis, DAK
Tablettae calcii chloridi
Tablettae calcii chloridi c. salolo
Tablettae carbacholini
Tablettae chinidini
Tablettae chinini fortes
Tablettae chiniofoni
Tablettae cinchopheni
Tablettae digitalis
Tablettae ephedrini
Tablettae ergometrini
Tablettae ferroplex, DAK
Tablettae ferroplex c. frangula, DAK
Tablettae ferrosi lactatis
Tablettae ferrosi tartratis
Tablettae jodtheobromini
Tablettae methylatropini bromidi
Tablettae nitroerythroli majores
Tablettae nitroerythroll minores
Tablettae nitroglycerini
Tablettae nitromanniti, DAK
Tablettae novatrophedrini, DAK
Tablettae oxedrini
Tablettae papaverini
Tablettae pentanitroli
Tablettae pentazoli
Tablettae pethidini
Tablettae phthalylsulfathiazoli
Tablettae saloli
Tablettae stilboestroli majores
Tablettae stilboestroli minores
Tablettae sulfacombini
Tablettae sulfadiazini
Tablettae sulfamerazini
Tablettae sulfanilamidi
Tablettae sulfathiazoli
Tablettae synstigmini
Tablettae theobromini
Tablettae theobromino calcii acetatis
Tablettae theobromino calcii salicylatis
Tablettae theophyllini
Tannalbin, Knoll
Tardocillin, Leo (kun til injektion)
Tebamin, Leo
Telepaque, Winthrop
Teridax, Schering U. S. (tabletter)
Terramycinum, Pfizer
Tetracaini hydrochloridum
Tetrakain øjenlameller
Tetrachloraethylenum
Tetracyclinum (kun tabletter, kapsler, mikstur og til injektion)
Tetramoni bromidum
Tetraponum
Theobromino calcii acetas
Theobromino calcii salicylas
Theobromino calcii salicyl., Asa
Theobromino natrii acetas
Theobromino natrii salicylas
Theobrominum
Theophyllaminum
Theophyllini natrii acetas
Theophyllinum
Thephorin, Roche
Thiomerin, Wyeth
Thycapsol, Gea
Tibinid, Ferrosan
Tinctura opii

Tiomebumalnatrium (kun til injektion)
Tiomebumalnatrium, Boots (kun til injektion)
Tio-Pentemal, M. & B.
Topostasin, Roche
Trasentin, Ciba
Trepol, Toraude
Tricillin, Leo (kun til injektion)
Trihistan, Gea
Triklorætylen, Avlon
Triodan, Guerbet
Tripelenaminum
Trochisci santonini
Tropacocainum
Tryparsamide, M. & B.
Tubarine, B. & W.
Tubocuran, AB
Tubo-curarini chloridum

Ultranol, Ido (olie) (kun ufortyndet og ublandet)
Ultranol ultraconc. oleosum, Ido (kun ufortyndet og ublandet)
Unan, Hoechst
Ungventum amyceni
Ungventum hepatis sulfuris
Urethanum
Uricosid, AB

Vagitoria acetarsoli
Vallestril, Searle
Vam, M. & B.
Varex, Lundbeck
Varison, Astra
Vaselinum dixanthogeni
Vasimidum
Vasodil, Leo
Vasotan, Orthana
Vegolysen, M. & B.
Vegolysen Tartrat, M. & B.
Vinesthene, M. & B.
Vinydan, Lundbeck
Vinylaether
Viozol, Ciba

Xantoscabin, Leo
Xylocain, Astra
Xylocain-adrenalin, Astra

Yatren, Bayer

Zymopan, Mco.

Østradiol, Organon

Socialministeriet, den 14. februar 1956.

JOHAN STRØM / *Juhl-Christensen.*

Har fanden fået kolleger-?

Fra journalist Norma Bøgedal, Odense, har vi modtaget følgende:

Når man nu endelig vil stikke pressen noget i skoene, så sørg for, at halmen bliver af den rette kvalitet. Savsmuld gør ikke samme gavn i træskoene. Når »Sygekassetidende« vil indlede en debat om »Pressen og sygekasserne«, og til formålet op af skuffen henter en samling overskrifter, som revet ud af sammenhængen med artiklen fuldstændig er et slag i luften, så er det vel på tide, at »pressen«, hvad enten man bruger dette ord på rent dansk eller med Sygekassetidendes let nedladende tonefald, rører lidt på sig.

Ved siden af den ledende artikel om »Pressen og sygekasserne« havde man opstillet en samling »Udpluk fra aviser i januar måned« — og deri fandt jeg een, som forekom mig bekendt, men som jeg vidste *ikke* havde den mening, Sygekassetidende forsøgte at pådutte den. Rubriken hed simpelthen »Dansk sygeforsorg er tåbelig —!« — og det var ikke hverken pressens, journalistens eller avisens mening om den ting, men simpelthen en af de mange læger, der i øjeblikket forsøger at overgå hinanden med reformforslag. Sætningen »Dansk sygeforsorg er tåbelig —« var hentet direkte ud af et citat fra »Ugeskrift for læger«, hvori lægen Kaj Lind, Tommerup, foreslår overenskomsterne opsagt med sygekasserne.

I artiklens indledning hed det bl. a.: »... visse af indsenderne (lægerne) sparer ikke på drastiske forslag med hensyn til en nyordning...« Havde pressen, journalisten eller avisen villet »forsøge at lægge sygekasserne for had i befolkningen,« som det hedder i Sygekassetidende, så havde man nok ikke anvendt »sparer ikke på drastiske forslag...«

Læste man videre i samme artikel, havde man endvidere erfaret, at en Odense-læge gjorde sine kolleger opmærksom på visse takster i medicinernes kejserrige USA, hvortil lægen føjer en kommentar om, at »selvom man efter sigende kun skal gange dollarværdien med 2—3 for at få den tilsvarende hjemmeværdi i kroner, er det jo alligevel tankevækkende takster at studere.« *Her* sluttede citatet af lægens indlæg — og så tilføjede pressen, journalisten og avisen:

»Vel så. For hvis takster af denne størrelse blev indført overfor danske patienter, ville den overvejende majoritet simpelthen ikke have råd til at lade sig behandle. Det ville resultere i formidable — og for lægerne lidet flatterende — syge- og dødelighedsstatistiker — og venteværelserne ville formentlig blive uden trængsel —. Men så kunne lægerne naturligvis give sig til at undersøge, hvor de eventuelt kunne få et ekstrajob for at supplere deres indtægter.«

Hvis dette stadig efter »Sygekassetidende«s opfattelse er »forsøg på at lægge sygekasserne for had i befolkningen«, så — pardon. Så trænger vi såvel som fanden til et kursus i læsning — — —.

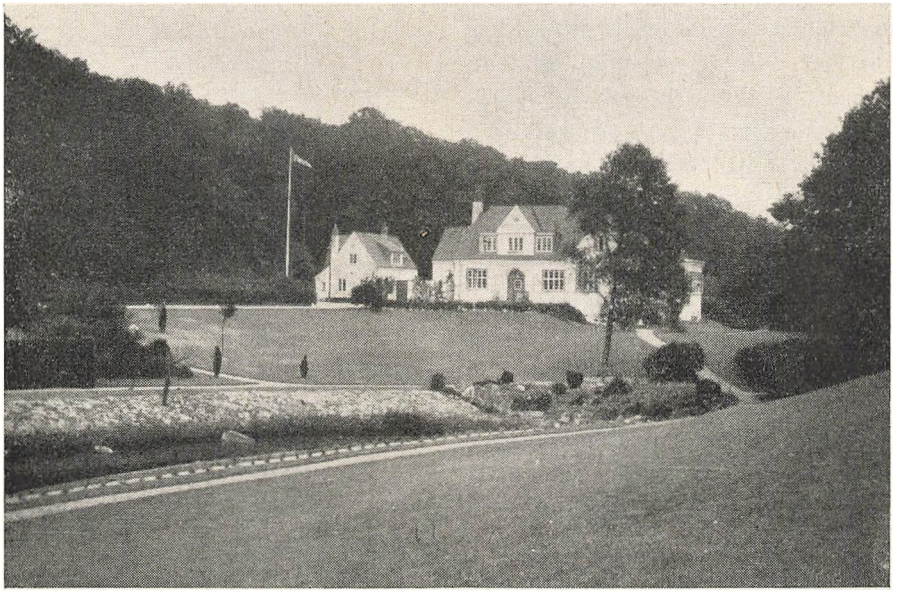
Vore bemærkninger i al beskedenhed: »Halm« eller »savsmuld« — ja.

Det er naturligvis rigtigt, at artiklen med den famøse overskrift »Dansk sygeforsorg er tåbelig —!« også indeholdt — efter vor opfattelse — fornuftige betragtninger af vedkommende journalist. Vi må også indrømme, at overskriften ikke fuldt ud dækkede hele artiklens indhold. Vi var imidlertid af den opfattelse, at det var avisen, som havde fabrikeret overskriften, og følgeligt måtte bære ansvaret for denne. Så kan man jo gøre sig sine tanker om, hvorfor overskrifterne altid skal ligge så langt fra artiklens tendens. Det er naturligvis glædeligt, at overskriften ikke dækker avisens mening, og så må man blot håbe, at læserne ikke nøjes med overskrifterne.

At der er en hel del institutioner her i landet, der opfatter sig som hellige og ukrænkelige — dette gælder pressen og andre — vidste vi. Det er måske derfor beklageligt, at vi også har tilladt os at kritisere avisoverskrifter. At være nedladende over for pressen turde imidlertid ligge langt fra os. *Red.*

MIKKELBORG og BORREBAKKEN

25 års jubilæum.



Borrebakken ved Lyngby.

Den 22. februar var det 25 år siden sygekassen »Fremtiden« indviede sine to rekonvalescenthjem Mikkelborg og Borrebakken. Mikkelborg, der modtager mandlige rekonvalescenter, og Borrebakken, der modtager kvindelige rekonvalescenter, er begge beliggende i Nordsjælland henholdsvis nord for Rungsted og mellem Brede og Lyngby i naturskønne omgivelser midt i store parker omkranset af skove. Til Mikkelborg, hvorfra der er en storslået udsigt over Øresund til Sverige, hører endvidere ½ tønde land strandgrund. Hjemmene, der har været tidligere rigmandsvillaer, købtes i sin tid for — efter vore forhold — små penge, idet begge hjem erhvervedes for 200.000 kr., hvortil kom udgifterne til montering.

Ved indvielsen var der på Borrebakken plads til 32 rekonvalescenter, medens hjemmet efter en foretagen udvidelse har plads til 50 rekonvalescenter. På Mikkelborg er der plads til 26 rekonvalescenter. Ved sammenslutningen af de københavnske sygekasser i 1951 overgik hjemmene til sammenslutningen.

Siden 1939 har frøken Ida Lundberg været bestyrerinde på Mikkelborg, medens gartner V. Hansen har været ansat ved hjemmet siden indvielsen.

Fra 1936 til 1954 har frøken Kate Andersen været bestyrerinde på Borrebakken. Nuværende bestyrerinde er frøken Edel Christiansen. Siden 1933 har sygeplejerske frøken Ingeborg Østerlund været ansat ved Borrebakken.

Til abonnenterne.

Indbind Sygekassetidende.

Da Sygekassetidende ikke alene har interesse for sygekasserne, hver gang det udkommer, men bladene på grund af deres indhold af officielle meddelelser og afgørelser samt instruktive artikler er uundværlig for sygekassernes tillidsmænd og funktionærer som opslagsbog i det daglige arbejde, er det af betydning, at Sygekassetidende opbevares på en sådan måde, at bladet til enhver tid er let at arbejde med.

Sygekassetidende skal derfor foreslå de sygekasser, som ikke allerede indbinder bladet hvert år, for fremtiden at lade bladet indbinde årgang for årgang.

Vi har overvejet, på hvilken måde dette bedst og billigst kan gøres. Naturligvis kan man lade bladet indbinde hos en bogbinder. For sygekasser, der imidlertid synes, at en sådan indbinding er for dyr, skal vi foreslå, at kassen lader bladet indbinde i det moderne Strip-bind. Vi kan stærkt anbefale sygekasserne at lade bladet indbinde i denne moderne form. Som anført i omstående annonce foregår indbinding i Strip-bind gennem samtlige landets boghandlere, der iøvrigt har prøvebind stående, så sygekasserne kan se, hvorledes bladet bliver indbundet. Indbinding af en årgang af Sygekassetidende koster 4,15 kr. Der kan vælges mellem seks farver, rød, blå, gul, hvid, grøn og sort. Endvidere påtrykkes ryggen bladets navn og årgang.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 6/1956.

Om ændring i mønstervedtægtens § 37.

I anledning af, at der overfor direktoratet er rejst spørgsmål om, hvorvidt vederlaget til de ved kasserne virkende revisorer bør kunne fastsættes af bestyrelsen alene i stedet for af generalforsamlingen (repræsentantskabet), har direktoratet udtalt, at man intet har at erindre imod, at sidste sætning i mønstervedtægtens § 37 affattes således, at den giver kasserne adgang til at vælge mellem følgende to muligheder:

»Deres vederlag fastsættes af generalforsamlingen (repræsentantskabet) efter forslag af bestyrelsen.«

eller:

»Deres vederlag fastsættes af bestyrelsen.«

Såfremt en sygekasse ønsker at benytte sig af den her givne adgang til at overlade fastsættelsen af revisorernes vederlag til bestyrelsen, må forslag herom forelægges generalforsamlingen (repræsentantskabet) til vedtagelse, ligesom oplysning om ændringen må indsendes til direktoratet, jfr. vedtægtens § 41.

Nr. 7/1956.

Godkendelse af badeanstalt.

Thisted lys- og massageklinik, Asylgade 10, Thisted, er godkendt til brug for sygekassemedlemmer.

Udmærkelse.

Kongen har den 31. januar 1956 tildelt formanden for Ørsted sogns sygekasse, mejeribestyrer *Gregers Hansen* af Ørsted i Ørsted sogn under Odense amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Mejeribestyrer Gregers Hansen, der er født den 26. maj 1885 i Gaarslev sogn, Vejle amt, valgtes til formand for sygekassen den 9. februar 1916 og har siden virket i dette hverv.

Foruden tillidshvervet i sygekassen har pågældende haft forskellige andre offentlige tillidshverv, bl. a. har han siden 1922 været medlem af bestyrelsen for Ørsted sygeplejeforening, de første 4 år som formand, og i perioden 1939—1955 var han formand for kredsforeningen af sygekasser i Baag herred.

Udmærkelse.

Kongen har den 31. januar 1956 tildelt fhv. formand for Paarup sogns sygekasse, husmand *Hans Peter Nielsen* af Villestofte i Paarup sogn under Odense amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Husmand H. P. Nielsen, der er født den 16. februar 1879 i Korup sogn, valgtes til formand for Paarup sogns sygekasse den 4. marts 1912 og virkede som sådan, indtil han ved sygekassens generalforsamling den 15. marts 1955 nedlagde sit hverv.

Udmærkelse.

Kongen har under 13. februar 1956 tildelt kasserer for Snedkersvendenes sygekasse i Odense, snedker *Christian Jørgensen* af Odense fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Snedker Chr. Jørgensen, der er født den 8. januar 1884, valgtes til kasserer for Snedkersvendenes sygekasse i Odense den 17. februar 1916, hvilket hverv han endnu bestrider.

Cirkulære vedrørende indberetning af dødsfald.

Direktoratets og invalideforsikringsrettens fælles arkiv er ved at sprænge alle rammer. Da direktoratet ikke selv har nogen mulighed for at konstatere, hvilke sager i arkivet der er døde sager og således kan fjernes, har man anmodet sygekasserne om assistance.

Sidst i februar måned udsendte direktoratet et cirkulære til samtlige sygekasser og fortsættelsessygekasser, i hvilket man anmodede kasserne om fremtidigt på brevkort at ville indsende meddelelse om samtlige dødsfald blandt de af kassernes medlemmer, der har indgivet ansøgning til direktoratet (invalideforsikringen) om invaliderente, kronisk sygehjælp eller hjælp af invalideforsikringsfondens midler.

Da sygekasserne vel som regel har noteret invalideforsikringsfondens journalnummer på de medlemmers stamkort, der har indsendt ansøgning om en af ovennævnte former for hjælp, skulle kassen ved anmeldelse af dødsfald for et sådant medlem let kunne udskrive og afsende et brevkort til direktoratet med meddelelse herom.

Brevkort, der postbesørges ufrankeret, kan rekvireres hos centralforeningen under form. nr. 222.



Nr. 5/1956.

Det ny pristal.

Som følge af, at det for januar måned 1956 offentliggjorte lønregulerende pristal (basis: juli 1914) er steget til 408, vil de for sygekasserne fra *1. april 1956* gældende honorarer, takster m. m., der reguleres på grundlag af pristallet for januar måned, være at forhøje med **40 pct.**

Endvidere vil pristalstillægget til grundbeløbet for den almene begravelseshjælp som følge af stigningen i pristallet fra 1. april 1956 udgøre 150 kr., således at den almene begravelseshjælp fra *1. april* udbetales med ialt 500 kr.

For funktionærer, der aflønnes efter overenskomsten mellem Sammenslutningen af provinssygekasser i Danmark og Dansk Funktionærbund, vil dyrtidstillægget som følge af den anførte stigning i pristallet fra *1. marts 1956* udgøre yderligere 2 portioner eller ialt 373,80 kr. månedlig. Elever 60 pct. heraf.

I Sygekassetidende for april måned 1956 vil fremkomme udførlige tabeller med de for sygekasserne fra 1. april 1956 gældende honorarer, takster m. v.

Nr. 6/1956.

Kortbølgebehandling (diatermibehandling) ydet af fysioterapeut.

Fra 1. juli 1955 traf samvirksomheden aftale med Danske Fysioterapeuter om betaling for ovennævnte behandlinger efter, at sundhedsstyrelsen havde meddelt fysioterapeuterne tilladelse til at give disse.

På given foranledning skal vi meddele, at fysioterapeuterne kun har tilladelse til at give behandlingerne på klinik. Det er iøvrigt en betingelse for, at sygekasserne kan yde godtgørelse for udgifter til nævnte behandlinger:

at den af fysioterapeuten anvendte apparattype er godkendt af sundhedsstyrelsen,

at der på hver enkelt lægehenvisning kun er adgang til 10 behandlinger, samt

at der ikke ydes vaginal diatermibehandling.

Det af fysioterapeuten anvendte apparat skal iøvrigt være under kontrol af sundhedsstyrelsen.

Der kan måske samtidig være grund til at henlede opmærksomheden på, at der kun undtagelsesvis bør ydes kombineret diatermi- og massagebehandling.

Nr. 7/1956.

Tandlægernes pensionskasse.

Ifølge meddelelse fra Dansk Tandlægeforening er tandlægernes pensionskasse ophævet, hvorfor der ikke længere af sygekasserne skal indbetales bidrag til denne. Bestemmelserne i §§ 8, stk. 6, og 9, stk. 7, er derfor atter uden betydning.

Møder.

Møde for sjællandske forretningsførere afholdes lørdag den 24. marts kl. 13 på sygekassen Roskildes kontor. Forretningsfører Børge Hansen fortæller om centralforeningens arbejde. (Madpakke medbringes.)

*

Sygekassefunktionærernes fagforening for Sjælland, Lolland-Falster og Bornholm afholder et fællesmøde den 25. marts kl. 13 på Højskolehjemmet, Adelgade 12, Roskilde. Emne: Sygekasserne og Samfundet. Indleder: Læge Mogens Milfeldt.

Dødsfald.

I en alder af godt 70 år er kasserer for Stenløse-Veksø sygekasse, *Christian Christiansen,* afgået ved døden.

Christian Christiansen var i sine unge dage landarbejder og valgtes af sine kammerater til kasserer for DAF, Veksø afdeling. I 1922 blev han statshusmand i Søsum. I 1925 blev han kasserer for sygekassen. Dette hverv har han varetaget med stor dygtighed. Han var vellidt og afholdt af medlemmerne.

Den 11. februar afgik formanden for Augustenborg sygekasse, linieassistent *Egon Møller,* ved døden, knapt 62 år gammel. En hjertelidelse i forbindelse med den stærke kulde gjorde en brat og alt for tidlig ende på denne virksomme og dygtige mands liv.

Egon Møller havde været medlem af sygekassens bestyrelse i 15 år, deraf de 12 år som formand.

Den 23. januar afgik fhv. forretningsfører ved Den gensidige kvindelige hjælpeforenings sygekasse i København, fru *Grete Gemzøe,* ved døden.

Fru Gemzøe (født Sand Larsen) blev ansat i sygekassen i 1928 og har røgtet sin gerning med dygtighed, flid og interesse.

Mærkedage

100 års jubilæum.

Hunseby sogns sygekasse på Lolland fejrer den 21. marts 100 års jubilæum. Formand for sygekassen er statshusmand Chr. Christensen.

40 års jubilæum.

Den 20. februar havde tømrermester *Johs. Mortensen* været formand for Femø sygekasse i 40 år.

J. Mortensen er født i Holeby den 23. juni 1886. I 1907 kom han til Femø, hvor han faldt så godt til, at han allerede i 1916 valgtes til formand for sygekassen, der under hans ledelse stedse har fulgt med tiden og udviklingen.

J. Mortensen har i en årrække været medlem af øens sogneråd. Foruden sin egen forretning bestrider han hvervet som bestyrer af Landmandsbankens filial på Femø.

25 års jubilæum.

Den 21. marts kan fhv. købmand *Frans Rud. Jensen,* Hundested, fejre



25 års dagen for sit valg som formand for sygekassen »Halsnæs«

Frans Rud. Jensen, der nu arbejder på kommunens socialkontor, er kendt som en socialinteresseret mand. Han nyder befolkningens tillid og agtelse. Foruden at være formand for sygekassen har Jensen været formand for Hundested vandværk og medlem af Torup sogneråd.

25 års jubilæum.

Formanden for sygekassen »Vigerslev«, bogholder ved Carlsberg Bryggerierne, *Aage Nielsen,* kan den 11. marts fejre 25 års jubilæum som sygekasseformand.



Aage Nielsen valgtes i 1930 til medlem af bestyrelsen for Handelsstandens sygekasse og året efter til formand. Ved sammenslutningen af de københavnske sygekasser i 1951 valgtes han til formand for sygekassen »Vigerslev«.



25 års jubilæum.

Skotøjshandler *O. Rønne Jensen,* Gudhjem, har 1. marts været formand for Østerlars-Gudhjem sygekasse i 25 år.

O. Rønne Jensen har været sygekassen en god formand og har gjort et stort arbejde for denne. Foruden formandshvervet i sygekassen har han fået tid til at være medlem af menighedsrådet og formand for el-værket.

25 års jubilæum.

Formanden for sygekassen »Næstved«, *Otto Verup,* kan den 12. marts 1956 fejre 25 års jubilæum. Otto Verup indvalgtes i bestyrelsen på generalforsamlingen den 12. marts 1931, allerede året efter valgtes han som næstformand, og det var da naturligt, at han i 1938 afløste havnefoged Peter Nielsen. da denne trak sig tilbage fra formandsposten på grund af alder.



Otto Verup har med stor interesse arbejdet for sygekassesagen. I alle forsamlinger, hvor sygekassespørgsmål er behandlet, har han med iver deltaget i diskussionen, og hans ord havde vægt. I året 1948 blev han valgt til formand i Amtsforeningen af sygekasser i Præstø amt og tillige som bestyrelsesmedlem i Centralforeningen De forenede sjællandske sygekasser, hvilke tillidshverv han endnu beklæder. I året 1953 trak han sig tilbage fra formandsposten i Sammenslutningen af sygekasser med fastansatte funktionærer efter 13 års virke.

Også i Næstved har der været brug for Otto Verups arbejdskraft. En årrække var han formand for papirarbejdernes fagforening, i 2 perioder medlem af ligningskommissionen, ligesom han har været formand for lejerforeningen og huslejenævnet.

Otto Verup har aldrig lagt skjul på, at af alle sine tillidshverv var sygekassesagen den, som havde givet ham størst glæde at arbejde med. Mange spørgsmål er løst i hans formandstid, bl. a. en større udvidelse af kontorlokalerne i året 1951, hvorved der blev skabt lyse, smukke rammer om arbejdet.

Der har altid været det bedste forhold til bestyrelseskollegerne og personalet.

25 års jubilæum.

Den 1. april kan gårdejer *S. L. Sørensen* fejre 25 års jubilæum som formand og kasserer for Husby sogns sygekasse i Odense amt. Samtidig kan sygekassen fejre 70 års jubilæum.



S. L. Sørensen har varetaget sit hverv med vågen interesse. Også på andre områder har han været betroet tillidshverv, bl. a. som formand og kasserer for hjælpekassen og for kvægavlsforeningen.

På grund af alder nedlægger han nu sit hverv i sygekassen.

25 års jubilæum.

Formand for Ringsted sygekasse, tømrer *Laur. Nielsen,* kunne den 27. februar 1956 fejre 25 års jubilæum som formand for sygekassen.



Med omfattende interesse for sygekassens anliggender har Laur. Nielsen varetaget sit hverv som formand på dygtig måde, og når dertil kommer, at han ved sin rolige og besindige optræden har vist evne til samarbejde, er det naturligt at fastslå, at han har præget sygekassen i heldig retning.

At der på anden vis er gjort brug af Laur. Nielsens udmærkede arbejdskraft ses af, at han er formand for Det sociale udvalg i Ringsted, formand for Amtsforeningen af sygekasser i Sorø amt, medlem af De forenede sjællandske sygekassers bestyrelse samt formand for Arbejdernes Fællesbageri i Ringsted.

25 års jubilæum.

Den 23. marts kan formanden for Skanderborg sygekasse, *Ingv. Rasmussen,* fejre 25 års jubilæum som formand for kassen.



I 1927 blev Ingv. Rasmussen indvalgt i sygekassens bestyrelse, og i 1931 blev han formand. Han har endvidere været medlem af bestyrelsen for rekonvalescenthjemmet »Boller Slot« i 24 år, deraf de sidste 15 som formand, og medlem af centralforeningens bestyrelse i 13 år, fra 1955 som kasserer. Ingv. Rasmussen er af sine fagfæller valgt til hovedkasserer for Jydsk telefonarbejderforbund og medlem af hovedbestyrelsen for Telefonstanden i Danmark.

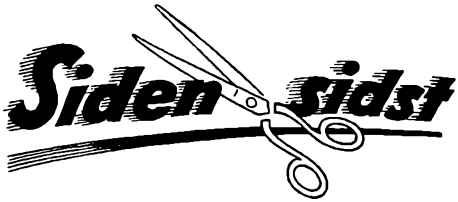
75 år.

Den 19. marts fylder kassereren for Augustenborg sygekasse, smedemester *Jørgen Sandholdt,* 75 år.



Jørgen Sandholdt kunne i januar måned fejre 35 års dagen for sit virke i sygekassens tjeneste. Ved sygekassens stiftelse 1. januar 1921 blev han valgt til formand og kasserer, et hverv, som han bestred indtil 1934, da de to poster blev delt. Jørgen Sandholdt har røgtet sine hverv på allerbedste måde, både over for bestyrelsen og over for den store medlemsstab. Han er kendt for sit gode lune og alsiske humør.

Han har fra 1938 været medlem af bestyrelsen for den sønderjydske centralforening, ligesom han har været formand for Dansk Samfund og medlem af byrådet, ligningskommissionen og skolekommissionen.



Rigshospitalets høje takster for vagt bliver ifølge dagspressen nu afskaffet. I folketingets spørgetime forleden stillede Holger Eriksen det spørgsmål til undervisningsministeren, hvorvidt man agtede at gennemføre en ændring i Rigshospitalets takst for lægebeordret sygevagt. Det er et rent fantastisk forhold, sagde Holger Eriksen. Han havde været ude for et tilfælde, hvor en patient, der havde haft en sådan vagt i 10 dage, var blevet afkrævet 1046 kr. Ministeren svarede, at ministeriet sidste år havde søgt finansudvalget om samtykke til at undlade at opkræve betaling for lægebeordret vagt. Finansudvalget havde stillet sig positivt, men ønskede at afvente en indstilling fra ministeriets udvalg angående sygehustakster. Når denne indstilling forelå, formentlig om kort tid, ville ministeren igen gå til finansudvalget.

Der er således håb om, at et af sygekaserne længe næret ønske vil blive opfyldt.

*

Formanden for Helsingør sygekasse, *folketingsmand Niels Mørk,* har i et foredrag holdt i Helsingør Rotaryklub om det danske sygekassevæsen udtalt, at det vil blive kostbart at ophæve sygekassegrænsen. Grænsen og den frie lægehjælp er et særpræg for de danske sygekasser. Ved at slette indtægtsgrænsen vil det offentliges tilskud til sygekasserne stige med mindst 35 mill. kr., hvortil kommer udgifterne til forvaltning af alle de ny medlemmer, sygekasserne vil få. Til spørgsmålet om, hvorvidt en nationaliseret sygekasseordning som den engelske ikke vil være bedre, udtalte Mørk, at alt tydede på, at sygekasserne var velegnede til at administrere den offentlige sygeforsikring.

*

Nakskov kommune åbner egen skoletandklinik. Som følge af konflikten mellem kommunerne og tandlægerne har Nakskov kommune været afskåret fra at yde skoletandpleje siden 1. april f. å. Det beløb på ca. 52.000 kr., som skoletandplejen ellers ville have kostet kommunen i det år, der er gået, vil blive anvendt til oprettelsen af en skoletandklinik. Kliniken vil komme til at beskæftige 3 tandlæger.

*

Forretningsfører Viggo Hansen, Haderslev, har ifølge dagbladet »Sønderjyden« været medlem af byrådet i 35 år.

*

Monopoltilsynet vil nu løfte sløret for det væv af konkurrencebegrænsende aftaler, der gennemfiltrer handelen med optikvarer i Danmark, skriver Samvirke i sit nr. for 1. februar. Monopoltilsynet har længe haft et godt øje til aftalesystemet inden for denne branche, og stødet til den endelige beslutning om at se branchen efter i sømmene er kommet, efter at nogle private optikere har klaget over konkurrenceindgreb i form af leveringsbegrænsninger. Bedre sent end aldrig.

Spørgsmål og svar

Begravelseshjælp ved overførelse til sygekasse.

I sygekassens vedtægt, § 8, nr. 12a, er det bestemt, at sygekassen skal yde en begravelseshjælp på 350 kr. plus dyrtidstillæg, når et ubemidlet nydende medlem afgår ved døden.

Spørgsmål:

Gælder dette også over for et nydende medlem, der er overført fra en fortsættelsessygekasse til sygekasse i en alder af 64 år, når medlemmet ikke har været sikret begravelseshjælp i fortsættelsessygekassen?

Svar:

I henhold til ovenstående bestemmelser i sygekassens vedtægt skal der efter alle nydende medlemmer udbetales begravelseshjælp. Medlemmer, der overføres fra en fortsættelsessygekasse, skal — uanset alder — sikres begravelseshjælp til et grundbeløb på 350 kr. Retten til begravelseshjælp træder i kraft fra tidspunktet for overførelsen fra fortsættelsessygekassen.

Fribefordring til og fra sygehus samt til og fra speciallæge.

Spørgsmål:

Har et ubemidlet nydende medlem af en statsanerkendt sygekasse ret til fribefordring til og fra sygehus samt til og fra speciallæge, når vedkommendes læge henviser til behandling nævnte steder?

Svar:

Et nydende sygekassemedlem har i henhold til folkeforsikringslovens § 17 — såfremt medlemmet overholder den af kommunen fastsatte fremgangsmåde med hensyn til rekvisition af befordring — altid ret til den økonomisk mest formålstjenlige befordring:

til og fra nærmeste sygehus (distriktssygehuset) *såvel ved indlæggelse som ved ambulant behandling.*

til og fra indlæggelse på det stedlige centralsygehus (d. v. s. i vedkommende amtsrådskreds). — Såfremt medlemmet af sin sygekasselæge henvises til ambulant behandling på centralsygehuset haves kun ret til fribefordring, hvis centralsygehuset er det absolut nærmeste sygehus. Ligger der således et distriktssygehus nærmere, haves der ikke ret til befordring til ambulant behandling,

til og fra speciallæge har medlemmet kun fribefordring, såfremt kassen har overenskomst med den pågældende speciallæge, men medlemmet kan kun få så meget godtgjort, som befordringen ville koste til og fra den almindelige læge, hvilket i virkeligheden vil sige, at medlemmet af kommunen som hovedregel kun kan få betalt for ialt 20 km — 10 km til og 10 km fra speciallægen.

Der henvises iøvrigt til 5. udgave af håndbog for anerkendte sygekasser side 270 m. flg.

Det tilføjes, at sager vedrørende befordring henhører under pågældende amtmands forretningsområde, hvorfor sygekassen, såfremt den i den enkelte sag måtte være i tvivl om medlemmets ret til befordring, vil kunne forelægge kommunens afgørelse for amtmanden.

Erindringsliste

1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden*. Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Indberetninger til kommunalbestyrelserne om forsikringspligtige medlemmers restancer.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *snarest efter hvert års 1. januar og i hvert fald inden 1. april* tilstille vedkommende kommunalbestyrelse en i 2 eksemplarer affattet *fortegnelse (almindelig restanceliste)* over de forsikringspligtige bidragydende medlemmer, der ved det forudgående kalenderårs udgang skyldte medlemsbidrag og invalidepræmie for 3 måneder eller derover.

4. Opgørelser til Sygekassernes udligningskasse.

Sygekasserne skal inden udgangen af marts måned indsende opgørelse til Danske sygekassers udligningskasse for begravelseshjælp over størrelsen af sikret begravelseshjælp 31. december 1955 og udbetalt begravelseshjælp i 1955. For fortsættelsessygekasser og sygekasser med repræsentantskab skal opgørelsen dog være indsendt inden udgangen af april måned.

5. Regnskab og beretning til sygekassedirektoratet.

Sygekasser, der ikke har repræsentantskab, skal inden månedens udgang til Direktoratet for Sygekassevæsenet indsende *regnskab og beretning for året 1955*.

For sygekasser, der har repræsentantskab, sker indsendelsen umiddelbart efter afholdelsen af ordinært repræsentantskabsmøde, senest inden udgangen af maj måned.

6. Valg til repræsentantskab.

Sygekasser, der har repræsentantskab, skal inden udgangen af april måned have afholdt *valg af medlemmer af repræsentantskabet* og af stedfortrædere for disse.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . april 1956 . nr.* 4

To millioner kroner venter —

Tilskud fra apotekerfonden til nedsættelse af prisen på livsvigtige eller særlig betydningsfulde lægemidler.

I den nye apotekerlov, som blev vedtaget af folketinget i sommeren 1954, er det bestemt, at indenrigsministeren af apotekerfondens midler kan yde tilskud til nedsættelse af prisen på livsvigtige lægemidler og på særlig betydningsfulde lægemidler.

Ved lovforslagets behandling i folketinget foreslog det nedsatte udvalg, at der hvert år skulle stilles et beløb på ca. 2 mill. kr. til rådighed for dette formål. Nu er det ganske vist sådant, at det er finansudvalget, der efter indstilling fra indenrigsministeren skal bevilge pengene, men det er vel ikke sandsynligt, at finansudvalget har nægtet at yde penge af apotekerfondens midler til et formål, hvorom der var enighed i folketinget. Der er imidlertid endnu ikke — godt et år efter lovens ikrafttræden — iværksat nogen nedsættelse af priserne ved tilskud fra apotekerfonden.

Med andre ord ligger der i dag i apotekerfondens kasse 2 mill. kr., som burde være udbetalt medicinforbrugerne til billiggørelse af den livsvigtige medicin eller den særlig betydningsfulde medicin. Og inden længe vil beløbet faktisk være forøget med andre 2 mill. kr.

Der har imidlertid været visse vanskeligheder med at få fordelt disse 2 mill. kr. Apotekerkommissionen var i sin tid inde på, at der kun skulle ydes tilskud til livsvigtig medicin. Til sygekassemedlemmernes forbrug af insulin m. v., hvortil det offentlige gennem sygekasserne yder en godtgørelse på 75 pct., skulle der udbetales et tilskud på ca. 1 mill. kr. Til ikke-sygekassemedlemmer skulle der ligeledes ydes et tilskud af apotekerfondens midler på 1 mill. kr. Tilskudsordningen skulle bevirke, at alle forbrugere kun skulle afholde 10 pct. af udgiften til disse præparater. Apotekerfonden skulle altså yde et tilskud til sygekassernes medlemmer på 15 pct. og 90 pct. til ikke-medlemmer.

Dette fandt man imidlertid var uretfærdigt over for sygekassernes medlemmer, da disse på lige fod med øvrige forbrugere var med til at yde bidrag til apotekerfonden.

I folketingsudvalget enedes man derfor om at ændre lovforslaget således, at der blev skabt mulighed for indenrigsministeren til også at kunne yde tilskud til særlig betydningsfuld medicin. Ved lovens 2. behandling i folketinget fastslog udvalgets ordfører, folketingsmand *Niels Mørk,* at sygekassemedlemmernes andel i udgiften til særlig betydningsfuld medicin fremtidig skulle nedsættes med 35 pct. Koster det særlig betydningsfulde præparat f. eks. 10 kr., så skulle sygekassen afholde de sædvanlige 75 pct. eller 7,50 kr., medens apotekerfonden skulle yde et tilskud på 35 pct. på de resterende 2,50 kr. For sygekassernes medlemmer ville det ikke volde særlig store vanskeligheder at gennemføre denne tilskudsordning. Derimod ville der opstå visse vanskeligheder over for ikke-sygekassemedlemmer, da tilskuddet skulle ydes over apotekerfonden.

Det siger sig selv, at det var lettere at administrere tilskudsordningen, såfremt der kun skulle ydes tilskud til de relativ få livsvigtige lægemidler. Betydeligt sværere er det at fordele pengene, når det skal ske på grundlag af forbruget af den langt større gruppe af særlig betydningsfuld medicin.

Det skulle imidlertid være muligt at komme igennem disse vanskeligheder ved at yde tilskud til sygekassemedlemmernes forbrug af særlig betydningsfuld medicin, således som det blev skitseret i folketinget. Det vil sige, at sygekassernes medlemmer ved udlevering af de særlig betydningsfulde præparater fremtidig kun skal betale 16 pct. af prisen mod nu 25 pct. Sygekasserne skal så betale 84 pct., nemlig de sædvanlige 75 pct. og 9 pct. mod refusion af apotekerfonden.

Til ikke-medlemmer af de statsanerkendte sygekasser skulle det være muligt at yde tilskud fra apotekerfonden til livsvigtige lægemidler. I øjeblikket er det sådant, at der i henhold til folkeforsikringsloven kun er adgang til at yde tilskud til livsvigtig medicin til ubemidlede nydende medlemmer af de statsanerkendte sygekasser efter bestemmelserne i lovens § 18 samt en begrænset adgang efter bestemmelserne i § 60, medens der for ikke-sygekassemedlemmer kun er sidstnævnte begrænsede adgang til af invalideforsikringsfondens midler at yde tilskud. Det vil derfor være meget værdifuldt, om apotekerfonden ville påtage sig at yde $^3/_4$ tilskud til ikke-medlemmer af sygekasserne, idet det kan være meget byrdefuldt for disse personer selv at skulle afholde hele udgiften til livsvigtige præparater gennem længere tid. Der er ganske vist som nævnt mulighed for invalideforsikringen at påtage sig denne byrde, men da der i hvert enkelt tilfælde skal fremsendes ansøgning til fonden om godtgørelse af disse udgifter, vil det være et stort fremskridt, om apotekerfonden kunne træde til her.

Der er imidlertid snart gået to år, siden det blev bebudet, at apotekerfonden skulle yde tilskud til medicin, så det er at håbe, at indenrigsministeren inden længe lader høre fra sig.

Berlins sygeforsikring gennem 10 år.

Af forretningsfører K. A. Møller-Nielsen.

Berlin — den krigsarrede by, som blev skåret over i sit centrum, byen, hvor man kan telefonere til østverdenens hovedstad Moskva, men ikke til ens forældre og søskende i karreen lige derovre på den anden side af sektorgrænsen — er noget for sig i mange og afgørende henseender.

Også socialforsikringen har her, d. v. s. i Vest-Berlin, gennemløbet en anden udvikling end i den øvrige forbundsrepublik i tiden efter 1945, idet den har haft et dristigere anstrøg, der har sit udgangspunkt i de kaotiske tilstande, det fuldstændige sammenbrud ved krigsafslutningen.

Indtil 1945 fandtes i Berlin 104 forskellige sygekasser og desuden kasser til administration af invalideforsikring og aldersrente, funktionærforsikring og arbejdsløshedsforsikring.

Ved sammenbrudet var mange af kasserne uden bygninger og arkiver og med stærkt reduceret medarbejderstab. Der var slået så meget i stykker, at det var naturligt at indlede genopbygningen med administrative reformer, som på dette tidspunkt skulle omfatte hele Berlin.

Efter forskellige stadier på omorganisationens vej blev det endelige resultat, at der blev oprettet een sygekasse i Berlin, medens Vest-Tyskland fremviser en broget mangfoldighed af almindelige sygekasser, fagkasser, funktionærkasser og minearbejderkasser inden for samme stedlige område og med betydelig indbyrdes konkurrence, hvorfor ledende vesttyske sygekassekredse da også ser hen til Vest-Berlin som forbillede for en organisatorisk reform.

Det må iøvrigt ligge nært at drage en parallel mellem den vestberlinske koncentration af den offentlige sygeforsikring og den, der fandt sted i København den 1. januar 1951 ved sammenslutningen af de københavnske sygekasser, omend afvigelserne i ledelse og administration er mange og iøjnefaldende.

Berlins sygeforsikring i dag.

I Berlin deler lønmodtagerne (fagforeningerne) og arbejdsgiverne bestyrelsespladserne, og administrationen er stærkt koncentreret i et hovedsæde, hvor alt regnskab samles, og hvor der findes et fælleskartotek over medlemmerne.

Ekspeditionen af medlemmerne foregår på distriktskontorerne, der hverken har egen bestyrelse eller anden form for administrativ selvstændighed. Der er i Vest-Berlin 28 almindelige kredskontorer og 3 kredskontorer for postfunktionærer, trafikfunktionærer og socialforsikringsfunktionærer. Det største kontor har 150.000 medlemmer og 110 medarbejdere.

Af interesse for danske læsere vil det især være at få oplyst, i hvilket omfang forsikringen yder lægehjælp, medicin og dagpenge, samt hvorledes ydelserne bliver organiseret og kontrolleret. Det vil dog for bedømmelsen af disse ydelser være nødvendigt at have retningslinierne i hele ordningen præsent.

Lovgivningsgrundlaget er i store træk stadig det af Bismarck i 1880'erne skabte, hvorved der grundlagdes en pligtforsikring for arbejderne med tilskud fra arbejdsgiverne, men uden offentlig støtte. Det er overordentlig vigtigt at slå fast, at medlemsskabet er knyttet til beskæftigelsen, altså (med få undtagelser) indtræder automatisk ved indgåelsen af et arbejdsforhold.

Hvem er medlem?

Medlemmerne opdeles i pligtforsikrede og frivilligt forsikrede.

Pligtforsikrede medlemmer er:

1. alle lønarbejdere uanset størrelsen af deres indkomst;

2. alle funktionærer, mindre håndværkere o. lign., hvis årlige *arbejds*fortjeneste ikke overstiger 9.000 DM (ca. 15.000 kr.). Der gives ikke tillæg til denne grænse på grund af forsørgerpligt.

Frivilligt forsikrede medlemmer er:

1. de bemidlede, der frivilligt lader sig videreforsikre, d. v. s. funktionærer, mindre selvstændige næringsdrivende o. lign., der hidtil har været pligtforsikret, men for hvem forsikringspligten ophører, fordi deres årlige arbejdsfortjeneste når op over 9.000 DM. En forudsætning for at få adgang til at være frivilligt videreforsikret er det dog, at de pågældende inden 3 uger efter forsikringspligtens ophør fremsætter anmodning herom.

2. de ubemidlede, der frivilligt indtræder i forsikringen, d. v. s. personer, der ikke er i et arbejdsforhold, som medfører forsikringspligt.

Ubemidlethedsgrænsen er fastsat til de nævnte 9.000 DM. Kun personer, der er under 50 år og kan præstere en tilfredsstillende helbredsattest for sig og familien (hustru og hjemmeværende børn under 18 år) kan optages som ubemidlede, frivilligt forsikrede.

Uden for den egentlige medlemsbestand står rentemodtagerne, men de får sygehjælpen gennem sygeforsikringsanstalten, der får erstatning for sine udgifter fra de respektive renteforsikringsanstalter.

Interessant ud fra et dansk synspunkt synes ved første øjekast indførelse af indtægtsgrænsen og andre bestemmelser om ophævelse af forsikringspligten for visse bedrestillede kredse af befolkningen. Det viser sig imidlertid snart, at problemstillingen er en noget anden end hos os, hvor argumentationen for grænsens opretholdelse bl. a. går ud på, at bemidlede ikke bør have adgang til sygehjælp gennem de statsanerkendte sygekasser, fordi disse direkte (ved stats- og kommunetilskud) og indirekte (ved

reducerede hospitalstakster) modtager offentlige tilskud, som befrygtes at kunne blive formindsket ved de mere bemidledes adgang til disse af det offentlige understøttede goder.

I Berlin ydes der imidlertid ikke sådanne offentlige særlige begunstigelser til sygeforsikringen. Stats- og kommunetilskud kendes ikke (bortset fra et mindre tilskud til driften af sygehuse), idet medlemmernes og arbejdsgivernes bidrag alene dækker udgifterne til sygehjælp. Hertil kommer, at medlemsbidraget beregnes som en procentdel af lønnen, hvorved de bedrestillede kommer til at betale ikke alene deres egen sygehjælp, men også en del af de dårligere lønnedes sygehjælp.

En sådan graduering af medlemsbidraget efter økonomisk evne er jo ukendt hos os, vel først og fremmest fordi medlemsbidraget ikke tilbageholdes i lønnen.

På eet — og et meget væsentligt — punkt er det dog muligt at drage en sammenligning mellem årsagen til, at der såvel i dansk som tysk lovgivning er formuleret bestemmelser, der henholdsvis forhindrer eller vanskeliggør de bemidledes forbliven i den almindelige sygeforsikring.

Det fælles sammenligningsgrundlag er forholdet til lægerne.

Her som der ønsker lægerne at have et klientel af privatpatienter, der formenes at ville give dem større indtægter end sygekassepatienterne, og i Berlin har lægerne og de private sygeforsikringsselskaber i så henseende haft held med sig, som det vil fremgå af nedennævnte data. Indtil den 31. december 1950 var alle i andres eller egen erhvervsvirksomhed beskæftigede (med undtagelse af selvstændige erhvervsdrivende med mere end 5 arbejdere eller funktionærer) forsikringspligtige. Forsikringsfrie var præster og lignende persongrupper (f. eks. sygeplejersker i tysk Røde Kors). Den 1. januar 1951 ophørte de selvstændige erhvervsdrivende (bortset fra små håndværksmestre o. lign., der selv udfører håndens arbejde) at være omfattet af forsikringspligten, men de fik dog mulighed for at forblive i sygeforsikringen som frivillige medlemmer. 70 pct. gjorde brug heraf.

Den 1. april 1953 indførtes en indtægtsgrænse, hvorved pligtforsikringen ophørte for funktionærer og tjenestemænd med en årlig arbejdsindtægt af mere end 9.000 DM.

71,5 pct. af disse benyttede sig dog af deres ret til frivilligt medlemsskab.

Den 1. oktober 1954 ophørte forsikringspligten helt for tjenestemænd og de med dem ligestillede personer.

55,2 pct. valgte at fortsætte som frivillige medlemmer, skønt tjenestemændene af arbejdsgiveren (stat eller kommune) får dækket 60—80 pct. af personlige sygehjælpsudgifter.

Flertallet af de bedrestillede, der blev fritaget for forsikringspligten, valgte således at forblive i sygeforsikringen som frivillige medlemmer,

skønt de måtte betale maksimumskontingent, og skønt sygehjælp ydedes i samme form og omfang som for pligtmedlemmerne. Således skal de bemidlede frivillige medlemmer også møde med sygeseddel.

Ganske kort nogle medlemstal:

I juli 1955 fik 85 pct. af Vest-Berlins befolkning (indbyggerantal 2,2 mill.), når rentemodtagerne medregnes, sygehjælp fra den offentlige sygeforsikring, eller ialt 1.406.000 hovedpersoner. Heraf var 852.000 pligtforsikret (61 pct.), 99.000 frivilligt forsikret (7 pct.), 455.000 rentemodtagere (32 pct.).

Ved bedømmelse af tallene må erindres, at ikke alene børnene, men også de ikke-udearbejdende hustruer forsikres som »familiemedlemmer«, der ikke er indregnet i ovennævnte medlemstal, og for hvilke der ikke betales særskilt kontingent.

Hvor meget skal medlemmet betale?

Lad det være sagt straks: De bidrag, der skal ydes til sygeforsikringen og den øvrige socialforsikring er, set med danske øjne, svimlende store, men skal vi drage en virkelig sammenligning med vore forhold, må vi have følgende in mente:

1) De sociale udgifter, der i Danmark i overvejende grad financieres gennem skatter, bæres i Tyskland for en stor del af de bidrag, som arbejdere og arbejdsgivere indbetaler til forsikringsinstitutionerne.

Skatterne medgår altså i Tyskland kun i mindre grad til sociale udgifter, eller med andre ord: det beløb, den danske arbejder betaler i skat til sociale formål, betaler den tyske arbejder gennem sine forsikringsbidrag.

2) Den tyske arbejder betaler kun forsikringsbidrag i de perioder, for hvilke han oppebærer arbejdsfortjeneste.

For arbejdsløse ydes sygekassekontingent af arbejdsløshedsforsikringen, for rentemodtagere af renteforsikringen, og under arbejdsudygtighed på grund af sygdom får sygeforsikringen ikke kontingent noget steds fra.

3) Der betales intet særskilt for hustru, der ikke har udearbejde.

4) Sygekassekontingent såvel som andre socialforsikringsbidrag tilbageholdes i lønnen. Der er altså ingen mulighed for, at lønarbejderen kan komme i restance.

Hvordan ser da den berlinske arbejders lønningspose ud?

Gennemsnitslønnen for en ufaglært arbejder er ca. 70 DM pr. uge og for en faglært arbejder ca. 90 DM. Murersvendene tjener dog indtil 200 DM pr. uge.

For samtlige medlemmer, lærlinge og erhvervsbeskæftigede kvinder medregnet, er den månedlige indtægt 280 DM.

Højeste kontingent beregnes dog af en månedlig løn på 600 DM.

Her er lønningsposen for en faglært arbejder med 90 DM pr. uge:

Arbejdsfortjeneste			90,00 DM	
Forsikringsbidrag:				
Sygeforsikring:	3½ pct. af 90 DM	=	3,15 DM	
Renteforsikring:	5½ pct. af 90 DM	=	4,95 DM	
Arbejdsløshedsf.:	1½ pct. af 90 DM	=	1,35 DM	
	10½ pct.		9,45 DM	÷ 9,45 DM
			At udbetale	80,55 DM

Da arbejdsgiveren betaler et tilsvarende beløb, vil det sige, at socialforsikringsbidragene udgør 21 pct. af lønnen eller i ovennævnte tilfælde 18,90 DM pr. uge.

Det samlede sygeforsikringskontingent er således 7 pct. af lønnen eller 6,30 DM pr. uge.

Pr. måned ca. 28 DM eller omregnet efter kursen (100 DM = 165 danske kroner) ca. 46 kr., hvoraf de 23 kr. altså er fragået i arbejderens løn.

For bemidlede medlemmer (disse får ikke pengehjælpsydelser) er kontingentet 21 DM pr. måned eller ca. 35 kr. Arbejdsgiverne yder intet bidrag hertil.

Afsluttende bemærkninger.

Mangt og meget i det foran skitserede er forskelligt fra det danske sygekassesystem.

Det tyske system bærer således præg af, at der er blevet organiseret fra oven. Det var staten, der tog initiativet. Ordningen blev ligesom mere håndfast, skal vi sige mere systematisk trukket op end herhjemme.

Der skal i denne forbindelse blot fremhæves den tyske pligtforsikring for alle lønarbejdere og kontingentets tilbageholdelse i lønnen. Herhjemme begyndte det med en sygekassebevægelse, en folkerørelse på helt frivilligt grundlag, og kun nølende gav sygekasserne sig ind under den lovgivning og det statstilsyn, der var en nødvendig betingelse for at få offentlige tilskud.

Årene har imidlertid bragt ordningerne nærmere hinanden.

Den tyske sygekasse har nu ikke alene pligtmedlemmer, men også frivillige, og den danske sygekasse har fået sine pligtmedlemmer, de bidragydende, og endog visse nydende pligtmedlemmer som rentemodtagere og lærlinge.

Der er med andre ord så mange lighedspunkter i de to ordninger, at det kan have interesse at drage en sammenligning mellem dem og konstatere: »Nå ja, sådan kan det jo også gøres.« Nogle vil måske mene, at vi kunne bruge visse ting i den tyske sygeforsikring, medens andre vil finde vor egen ordning bedst.

Det er vel til syvende og sidst et spørgsmål om temperament.

Lidt om lægehjælpen!

En samtale med læge Sven Dahl, Samsø.

Lægen på Samsø, eller rettere sagt en af lægerne på Samsø, dr. Sven Dahl, har adskillige gange gjort sig til talsmand for en ændring af »systemet«. Vi er ikke enig med Sven Dahl i alle hans synspunkter, men en samtale om spørgsmålene kunne måske belyse nogle af de problemer, der er så overordentligt vigtige for den fremtidige sygebehandling. Dr. Sven Dahl har velvilligst stillet sig til rådighed for en samtale med os.

»Hvorfor angriber De egentlig »systemet« så hårdt, dr. Dahl,« spørger vi.

»Der er ingen tvivl om,« svarer doktoren, »at vore ældre og ældste læger har meget at takke sygekasserne for, og jeg tvivler heller ikke om, at »samarbejdet« mellem disse generationer af læger og sygekasserne har været godt — måske endda ualmindeligt godt — med kun få gnidninger. Når f. eks. jeg er gået hårdt til angreb på sygekassesystemet i sin helhed, så er det ikke for at så splid mellem lægerne indbyrdes og for så vidt heller ikke mellem lederne af sygekasserne og lægerne, selv om der er faldet ret drøje knubs, men jeg havde nær sagt, af bitter nødvendighed.«

»Af bitter nødvendighed, det forstår vi ikke rigtigt.«

»Jo, der er siden 1933 sket store fremskridt for alt lægearbejde, og især er disse forandringer efter 2. krig blevet så voldsomme, at man overhovedet ikke kan sammenligne en læges opgaver i året 1933 med opgaverne i 1953.«

»Er dette ikke lidt mildt overdrevet?«

»Nej, i 1933 var det »den egentlige lægegerning«, som behandling af skader, infectionssygdomme o. s. v., der udfyldte lægens tid, og på det tidspunkt svarede sygekassernes love til de opgaver, som lægen forestod. I 1953, da jeg forsigtigt begyndte mine stiklerier imod sygekassesystemet, var lægearbejdet forandret en hel del. Sygdomme som blærebetændelse, lungebetændelse, betændelse i fingrene, bylder og meget andet, der for 20 år siden var vanskelige opgaver, er i dag reduceret til mindre tidskrævende problemer. Idag kommer patienterne med en masse ubestemte klager, der måske nok kan rubriceres under de kendte sygdomsgrupper, men som ved nærmere undersøgelser viser sig at bunde i sociale forhold, i økonomiske forhold, i familjeinterne forhold og i en masse andre bekymringsforhold.«

»Er sygdom et socialt anliggende?«

»Ja, i meget høj grad. Det er f. eks. et spørgsmål om gode og hensigtsmæssige boliger. Det er ikke nok for lægen at have sin store viden om

menneskenes sygdomme, han må også vide en masse om de sociale foranstaltninger og andre rent praktiske forhold, samt som tidligere være »et menneske«.«

»Det er vel sådan,« fortsætter vi, »at lægens arbejde på en række områder måske er blevet sværere, fordi vi er kommet længere frem i sygdomsbekæmpelsen, medens det på andre områder er blevet lettere, f. eks. når det drejer sig om lungebetændelse.«

»At vi nu bedre er i stand til at nedkæmpe en lungebetændelse, gør i og for sig ikke lægens arbejde lettere, men der skal nok være visse områder, hvor vi måske har opnået lettelser, men af en eller anden grund har de økonomiske og sociale fremskridt forårsaget voldsomme splittelser i det enkelte menneske. Da de ikke mere har præster eller venner at snakke ud med, som i gamle dage, går de til lægen. Vi mennesker er blevet mere ensomme i velfærdsstaten.«

»Dette med velfærdsstaten, er det ikke en moderne cliché, som man tager frem for lige som at sætte bremserne i for videre social udvikling? Vi i sygekasserne synes egentlig ikke, at man kan tale om velfærdsstat. Vi møder elendighed og nød mange steder, så efter vor opfattelse er det for tidligt at tale om, at vi lever i en velfærdsstat.«

»De har ret i Deres betragtninger. Det er derfor vore patienter mange gange er syge på en ganske anden måde end den, der er tænkt på i sygekassevedtægterne. Disse mennesker kræver en behandling, der for lægen er langt mere trættende end det er at behandle en finger eller en lungebetændelse — og som fremfor alt kræver tid.«

»Det er vist næppe sådan, at nogle sygdomme falder ind under sygekassevedtægten og andre falder udenfor. Vi kan gå med til, at lægens arbejde er undergået en forandring. Alt levende forandrer sig, altså også arbejdet med levende væsener. Der må også være lettelser. Disse lægger man måske ikke så meget mærke til, da man vel er tilbøjelig til at bide sig fast i vanskelighederne.«

»Det kan imidlertid ikke siges for tit, at en læges sværeste opgave er at bevise, at et menneske er raskt. Disse mennesker kræver det tid at undersøge, og de kræver ikke sjældent endnu mere tid at overbevise, at de er raske — i hvert fald for den kræft, de tror at lide af.«

»Er dette med lægens store arbejde ikke en tale om lægens pengepung. Man hører ofte nævnt lægens store arbejde i forbindelse med hans sygekassepatienter, men sjældent eller aldrig i forbindelse med hans privatklientel.«

»For læger er der naturligvis økonomiske spørgsmål, som der er det for andre mennesker. De yngre læger, der starter idag, har imidlertid større økonomiske byrder end dem, deres ældre kolleger har kendt. Det er netop den økonomiske spændetrøje, der får os yngre læger til at gøre status op. Vi synes ikke, vi kan se et rimeligt forhold mellem arbejdspresset og økonomien. Det sker, at en og anden, der således er hårdt belastet, glemmer selvdiciplinen og giver ondt af sig. Der er vel heller ikke noget at sige til, at de yngre praktiserende læger lader deres galde gå ud over sygekasserne, der i deres øjne er behæftede med fejl. Sygekasserne dækker jo ca. 3/4 af lægens indtægter.«

»At sygekasserne har fejl, dr. Dahl, er De ikke ene om at mene. Sygekasserne er ganske klar over dette, herom kan vi være ganske enige. Men, for der er et »men«, hertil er bl. a. at sige tre ting. For det første er vort system sådant, at det står fuldt på højde med, hvad man kender andre steder, og så er vi endda en smule beskedne. For det andet er sygekasserne gået ind for en modernisering, og ændringerne kan ikke ske for hurtigt. For det tredje er sygekassernes virksomhed også underkastet visse økonomiske betingelser.«

»Vi yngre læger, der er midt i arbejdet, har imidlertid hurtigt fundet ulemperne for os ved det nuværende system. Det kan godt være, at nogle af lægerne er ensidige i deres tankegang og ikke helt har tænkt over konsekvenserne for sygekassernes medlemmer. Vi synes, at de nuværende sygekasser er bygget op over principper, der ikke er helt tidssvarende, og da vi er meget bange for lapperier, vil vi helst se helt nye former for sikringssystemer. Vi har ikke noget mod at bevare sygekasserne, men vi mener, at aftalerne mellem disse og lægerne bør reduceres en hel del, fordi vi betragter sygekasserne som en slags forsikringsselskaber.«

»Hvad sygekasserne mener herom, skal vi ikke kunne sige, men for os ligger det da sådant, at dette sidste ville betyde et tilbageskridt. Skal et sikringssystem være effektivt, må det omfatte så stor en del af sygebehandlingen som muligt og ikke vælte mere økonomi over på det enkelte medlem, der rammes af sygdom, end højst nødvendigt. Der er ganske vist læger, som mener, at medlemmerne skulle bære en større økonomisk risiko selv, medens andre læger er af den opfattelse, at sygekasserne idag ikke er effektive nok. Hvad mener De, Sven Dahl?«

»Sygekassesystemet skal naturligvis være så effektivt som muligt, men lægerne burde have adgang til at foretage mange flere behandlinger. Det er, som om sygekassernes økonomi er for snæver. Man kan ikke komme udenom, at sygekasserne har for snævre grænser, hvorved det kan være noget vanskeligt at kalkulere en bæredygtig økonomi. Jeg tror ikke, at mine planer vil blive til ugunst for medlemmerne.«

»En sammenslutning af sygekasserne til større enheder ville ikke efter vor opfattelse løse noget økonomisk spørgsmål.«

»De københavnske sygekasser er da sammensluttet. Nå, principielt skulle det heller ikke vedkomme lægerne, hvordan sygekasserne ordner deres økonomi,« fortsætter dr. Dahl, »men vi er så vant til at måtte give vort besyv med, så hvorfor ikke være med til at diskutere sygekasseøkonomien, selv om vi har mere end nok med at klare vore egne økonomiske problemer.«

»Det kunne jo være, at der var et vist sammenhæng mellem lægernes økonomi og sygekassernes økonomi. Lægerne og sygekasserne er sammen om løsningen af samme opgave, nemlig at hjælpe de medlemmer, der bliver syge. At vi har modstridende opfattelser af økonomien, er en sag for sig, men om opgaven er vi fælles hver på sit felt.«

»Om det sidste er vi enige, men man kunne f. eks. tænke sig, at sygekassekontingentet kunne være delt efter indtægtsgrupper, således at medlemmer med større indtægter betalte noget mere end medlemmer med små indtægter.«

»Vort svar herpå, Sven Dahl, må blive, at en yderligere gruppering af befolkningen i indtægtsklasser vil støde på store vanskeligheder. Medlemsbidraget i sygekasserne må være ens. Sygekassernes øvrige indtægter, nemlig tilskuddet fra det offentlige, er derimod gradueret, eftersom det fremkommer gennem skatterne.«

»Ja, sygekasserne er jo en slags halvoffentlige organer. Det er vel grunden til, at mange læger ønsker dem overført til kommunerne. Det er en mulighed, men om den er gennemførlig, ved jeg ikke. Iøvrigt tror jeg ikke, at det ville blive til nogen større fordel for lægerne, og for patienterne er goderne ret tvivlsomme. Det skulle dog være muligt at forbedre sygekassernes økonomi uden at gøre dem kommunale, selv om de nok bliver mere »offentlige«.«

»Hvis det skulle være muligt at skabe en bedre sikring gennem kommunerne, har sygekasserne, der jo er medlemmernes egne foreninger, ikke noget imod at vige pladsen for kommunerne, dr. Dahl. Men vi er altså enige om, at sygekasserne så vidt muligt bør bevares, og vi for vor part mener det ud fra den betragtning, at der bl. a. opnås bedre sikring af et organ, der kun har den ene opgave at hjælpe i tilfælde af sygdom. Der er mange andre årsager til, at vi mener, at det ikke vil være nogen fordel at overlade den offentlige sygeforsikring til kommunerne, men nok om det.«

»Jeg må også stille Dem et spørgsmål til sidst,« siger Sven Dahl, »hvilke tanker har sygekasserne egentlig om fremtidens lægegerning, hvor står I egentlig?«

»Ja, det er jo et større spørgsmål at få stukket ud, men mon ikke de fleste sygekassefolk er enige om, at de alment praktiserende læger, som efter vor opfattelse er højt placeret uddannelsesmæssigt set, bør være midtpunktet i sygdomsbehandlingen. Der bør være en fast tilknytning mellem læge og patient på grundlag af overenskomster mellem sygekassernes organisationer og lægernes organisationer. I mangel af sådanne overenskomster må lægerne ansættes af staten, og denne må derefter fastsætte vilkårene for lægernes arbejde på samme måde, som det sker for statens øvrige tjenestemænd. Statsansatte læger vil næppe få bedre vilkår end vore læger har det under det nuværende system. For medlemmernes vedkommende er sagen ganske oplagt, men der kan jo komme den dag, hvor det ikke længere er muligt, at lægegerningen udføres som et frit erhverv med forholdsvis fri konkurrence. I det hele taget bør man ikke glemme, at frit lægeerhverv i forbindelse med et effektivt sikringssystem er en balancekunst på en ganske tynd tråd. Vi håber på en snarlig ændring af det nuværende system og på gode vilkår for såvel patienter som læger.

Tak for samtalen.«

Direktørens møder i 1956.

For sygekassernes og fortsættelsessygekassernes tillidsmænd (herunder revisorer, forretningsførere og kasserere) lader Direktøren for Sygekasseväesenet afholde møder ved tjenestemænd i direktoratet:

Onsdag d. 2. maj kl. 15^{00}	*Kolding*, Industrirestauranten ...	Direktør Alice Bruun
Fredag d. 4. maj kl. 14^{00}	*Haderslev*, Hotel »Norden«	Direktør Alice Bruun
Tirsdag d. 15. maj kl. 14^{00}	*Esbjerg*, Paladshotellet	Direktør Alice Bruun
Torsdag d. 17. maj kl. 15^{00}	*Holstebro*, Knudsens Hotel.....	Direktør Alice Bruun
Onsdag d. 23. maj kl. 13^{00}	*Viborg*, Håndværkerforeningen ..	Direktør Alice Bruun
Fredag d. 25. maj kl. 14^{00}	*Thisted*, Afholdshotellet	Direktør Alice Bruun
Mandag d. 28. maj kl. 13^{30}	*Hjørring*, »Svanelunden«	Direktør Alice Bruun
Lørdag d. 9. juni kl. 10^{00}	*Nexø*, Holms Hotel	Direktør Alice Bruun
Onsdag d. 13. juni kl. 14^{00}	*Odense*, Fyns Forsamlingshus ...	Kont.ch. Wassard Jørgensen
Torsdag d. 14. juni kl. 14^{00}	*Skanderborg*, Håndværkerforen. .	Kont.ch. Wassard Jørgensen
Lørdag d. 16. juni kl. 10^{00}	*København*, Studenterforeningen, H. C. Andersens Boulevard (De sjællandske sygekasser).....	Direktør Alice Bruun
Tirsdag d. 19. juni kl. 11^{00}	*Aarhus*, »Folkets Hus«, Amalieg.	Kontorchef G. L. Dam
Torsdag d. 21. juni kl. 14^{00}	*Randers*, Forsamlingsb. »Jylland«	Kontorchef G. L. Dam
Tirsdag d. 3. juli kl. 13^{00}	*Nørresundby*, »Centrum«	Kontorchef V. Ammentorp
Fredag d. 21. sept. kl. 15^{00}	*Maribo*, Byfogedgaarden	Kontorchef V. Ammentorp

Mødet med de københavnske sygekasser vil senere blive bekendtgjort.

Invalideforsikringsretten.

Beretning for året 1954.

Invalideforsikringsretten har udsendt en kortfattet beretning for året 1954. I årets løb er behandlet følgende rentesager:

Sager angående	Overført fra 1953	Indgået (rejst) i 1954	Tilsammen	Afsluttede sager i 1954	Overført til 1955
Begæring om invaliderente...	1.956	9.952	11.908	9.823	2.085
Tillæg til invaliderente.....	681	1.356	2.037	1.458	579
Kontrol med rentemodtagere.	3.698	4.437	8.135	4.374	3.761
Hjælp til kronisk syge.....	233	429	662	420	242
Bistands- og plejeydelse.....	1	25	26	26	—
Ialt...	6.569	16.199	22.768	16.101	6.667

Til sammenligning kan anføres, at der i 1953 indgik 9827 begæringer om invaliderente, 1492 begæringer om tillæg til invaliderente samt 34 begæringer om bistands- og plejeydelse.

I årets løb afgjorde retten 15.233 sager angående helbreds- og erhvervsmæssige foranstaltninger, der fordeler sig med hjælp til medicin, kure, erhvervsmæssige foranstaltninger m. v. i 4.716 tilfælde, proteser, bandager m. v. i 9.720 tilfælde og sygevogne i 797 tilfælde. Der afgjordes 8.063 sager angående høreapparater samt 316 sager angående ydelse af batterier alene. Der er saaledes af retten afgjort ialt 23.612 helbreds- og erhvervsmæssige sager. Det tilsvarende tal for 1953 udgjorde 27.763. De sociale udvalg har afgjort 11.327 sager angående proteser, bandager og sygevogne. Det tilsvarende tal for 1953 udgjorde 12.076. Af retten og kommunerne er der saaledes tilsammen afgjort 34.939 sager angående helbreds- og erhvervsmæssige foranstaltninger mod 39.839 i 1953.

I henhold til folkeforsikringslovens § 63 er der indgivet indberetning om invaliditet af personer under 30 år i 1605 tilfælde. Ved årets begyndelse henstod 5.016 af denne art sager uafsluttede. Da der kun afsluttedes 1373 sager i årets løb, blev der overført 5.248 sager til 1955.

Der blev afholdt 147 retsmøder og i disse afgjort 9.782 sager. Det gennemsnitlige antal afgjorte rentesager i hvert retsmøde udgjorde 66. Af rentekendelserne lød 26,7 pct. på »ikke-invaliditet«; i 1953 udgjorde denne procent 30. 41 rentesager afsluttedes uden kendelse.

Til sidst oplyses i rettens beretning, at der i 1954 blev afsendt 235.869 skrivelser mod 264.855 i 1953.

Antibiotica.

Tabletter	Stk.	Aureomycin	Terramycin	Chloromycetin	Chloramphenicol
50 mg	25	23,40	22,05	13,90	7,00
100 mg	25	43,65	42,75		12,70
250 mg	8	34,65	31,90		9,85
—	12			26,35	14,45
—	16	61,65	57,30		19,05
Mixtur			30 ml 29,85	60 ml 19,05	60 ml 13,55
Øjendråber		5 g 14,10	5 g 13,90	5 g 9,00	10 g 1,35
Øredråber		10 ml 16,60	5 ml 8,85	5 ml 10,95	10 g 5,55
Stikpiller				6 stk. 18,55	6 stk. 7,55
Sugetabletter		9,90	9,55		

Kemoterapeutica.

ml	Mixtura Neo-Alfasol	Mixtura Lucosil	Mixtura Elkosin	Mixtura Sulfacombini
30	3,85			1,70
50	5,95	5,85		2,40
100	10,65	9,15	10,00	3,60
250		19,25		8,05

Stk.	Tabl. Lucosil mites	Tabl. Sulfamethizoli minores	Besparelse i pct.
25	2,30	2,05	11
50	4,35	3,40	22
75	6,65	4,80	28
100	8,70	5,55	36
200	17,40	10,45	40
250	18,30	12,90	30

Stk.	Tabl. Elkosin	Tabl. Gantrisin	Tabl. Sulfacombini
20	6,95	6,90	3,15
40	13,90	13,80	5,65
50	13,55	13,50	6,90
100	27,10	27,00	11,65

Der er forskel

Som det vil være almindeligt kendt, er der af forskellige grunde — som vi ikke skal komme ind på her — ofte en ret stor prisforskel på lægemidler med stort set samme virkning.

Nu er det imidlertid også sådan, at det ikke altid er lige let at holde rede på priserne på de forskellige lægemidler. De samvirkende centralforeninger har derfor som et led i sit arbejde for at holde sygekassernes medicinudgifter nede ladet fremstille en lille pjece med opstilling over meget brugte lægemiddelgrupper. — Man har, som de anførte skemaer viser, ladet foretage en sammenligning af priser på de oftest ordinerede fabriksfremstillede præparater og de identiske eller med samme terapeutiske værdi billigere apotekerfremstillede præparater. Som det vil ses af opstillingerne, er det ikke få penge, sygekasserne og medlemmerne vil kunne spare, såfremt der sker en omlægning af forbruget til de billigere præparater.

Vi skal ikke her sige mange ting om den udsendte pjece, som samvirksomheden håber, at sygekasserne vil gøre de praktiserende læger bekendt med.

Til orientering skal anføres, at de nyere antibiotica f. eks. sluger ca. en fjerdedel af de penge, sygekasserne giver ud til medi-

på priserne.

cin, medens de forskellige kemoterapeutica tegner sig for ca. en femtedel af udgifterne.

Foruden de her anførte opstillinger findes i pjecen en opstilling over »andre præparater«. Blandt mange af disse, der også hyppigt ordineres, vil der ved ordination af de billigere præparater kunne spares fra 50 til 75 pct.

Endelig omtaler pjecen et forhold, der er medvirkende årsag til, at medicinudgiften ved ordination af visse specialiteter bliver uforholdsmæssig stor. Visse specialiteter findes kun i små og store pakninger, f. eks. for tabletternes vedkommende i 20 stk. og 100 stk. pakninger. Hvis der i et sådant tilfælde ordineres et mellemliggende kvantum, f. eks. 60 tabletter, vil der ved ekspeditionen blive udleveret 3 × 20 stk., hvorved prisforskellen mellem specialitet og magistrel medicin, der kan ordineres i vilkårlig mængde med stadig stigende kvantumrabat, bliver endnu mere iøjnefaldende.

Naturligvis ligger det helt uden for sygekassernes opgave at blande sig i lægernes ordination af medicin, men det er sygekassernes håb, at lægerne ved deres fremtidige ordinationer af medicin vil have den udsendte vejledning i venlig erindring.

Antiallergica.

Stk.	Tabl. Amidryl	Tabl. Diphenhydramini	Besparelse i pct.
10	2,25	1,00	56
25	4,60	1,55	66
50	8,40	2,40	71
100	15,15	3,80	75
200	30,30	6,95	77
250	30,90	8,55	72

Andre præparater.

Stk.	Tabl. Butalgin	Tabl. Methadoni	Besparelse i pct.
15	1,25	0,95	24
30	2,50	1,25	50
50	3,05	1,65	46
100	5,30	2,50	53
Stk.	Tabl. Estilbin 0,1 mg	Tabl. Stilboestroli minores	Besparelse i pct.
50	1,35	1,15	15
100	2,25	1,60	29
200	4,50	2,55	43
500	7,65	5,40	29
Stk.	Tabl. Estilbin 1 mg	Tabl. Stilboestroli majores	Besparelse i pct.
25	1,80	1,05	42
50	3,60	1,40	61
100	5,30	1,90	64
250	9,90	3,80	62

Dispensationsmedicin.

Stk.	Tabl. Saridon	Tabl. Codazon	Besparelse i pct.
20	3,55	2,15	39
50	8,00	4,40	45
100	16,00	7,20	55
200	32,00	13,75	57
250	33,85	17,05	50

Sociale love.

Enlige mødre.

Med loven om hjælp til enlige mødre, der vedtoges af folketinget den 30. april 1955 og trådte i kraft den 1. maj samme år, indtraf en skelsættende begivenhed i den sociale lovgivning.

Med lovens vedtagelse er der åbnet adgang til at yde økonomisk støtte til enker med børn under 18 år i den første svære tid efter mandens død. Endvidere er der i loven fastsat regler for ydelse af hjælp til fraskilte og fraseparerede mødre, løbende underholdshjælp til enlige mødre samt hjælp til uddannelse af enlige mødre.

Vel havde det hidtil været muligt for enker og fraskilte m. v. at opnå hjælp fra det offentlige som foran anført, men hidtil var hjælpen blevet ydet som kommunehjælp, som skulle tilbagebetales. Efter de nye lovbestemmelser er dettte ikke længere tilfældet. Hjælpen ydes som særhjælp, og der er adgang til at yde en rundeligere hjælp end tidligere.

Hjælp til enlige mødre.

Til enker med børn under 18 år kan der i trangstilfælde ydes hjælp i indtil 13 uger efter ægtefællens død til underhold og til hjemmets opretholdelse. Der vil således kunne ydes hjælp til betaling af husleje og til afdrag på gæld stiftet til erhvervelse af genstande til pågældendes husholdning. Hjælp kan ydes i det omfang, det sociale udvalg skønner, at familien normalt ville have kunnet afholde disse udgifter. Har den afdøde alene eller sammen med hustruen drevet en mindre erhvervsvirksomhed (butik), kan der ydes hustruen hjælp til fortsættelse heraf, såfremt det skønnes, at hun vil være i stand til at videreføre forretningen på egen hånd. Det er dog en forudsætning for hjælpens ydelse, at virksomheden har vist at kunne afkaste et rimeligt udbytte og må antages at kunne gøre det i fremtiden.

Såfremt en enke på grund af sygdom eller andre utilregnelige årsager ikke er i stand til at påtage sig eller skaffe sig arbejde, eller hvor økonomisk støtte vil være af afgørende betydning for fortsættelse af en mindre virksomhed, vil hjælp kunne ydes i indtil 1/2 år efter ægtefællens død. Enker, der er gravide ved ægtefællens død, vil videre kunne ydes hjælp fra mandens død og indtil 1/2 år efter barnets fødsel.

Fraskilte og fraseparerede mødre.

Kvinder med et eller flere børn under 18 år, som bliver skilt uden forudgående separation, kan efter de nye lovbestemmelser ydes hjælp i samme omfang som enker. Det sociale udvalg træffer i hvert enkelt tilfælde afgørelse af, om det er rimeligt at yde en sådan hjælp. Ved afgørelsen af, om hjælp skal ydes og i hvilket omfang, tages hensyn til, om moderen ved skilsmissen er blevet udsat for særlige vanskeligheder, som det ikke har været muligt at forudse eller forebygge. Der vil kun undtagelsevis kunne ydes hjælp til betaling af afdrag på gæld, der er stiftet på et tidspunkt, hvor skilsmissen måtte kunne forudses. Iøvrigt vil hjælpen naturligvis kun kunne ydes til betaling af afdrag på genstande, såfremt de pågældende

ejendele tilfalder hustruen ved bodelingen.

Som følge af risiko for misbrug ved separationstilfælde vil hjælp efter lovens bestemmelser kun i ganske særlige tilfælde kunne ydes til fraseparerede mødre med børn under 18 år.

Overgangshjælpens størrelse.

Ved beregning af hjælpens størrelse vil der være at tage hensyn til eventuelle indtægter som enken eller den fraskilte oppebærer. Ved ydelse af hjælpen er der tale om at afhjælpe en trangssituation, hvorfor der ikke vil kunne udbetales hjælp til en enke, der modtager efterløn. Pension udelukker ikke, at hjælp kan opnås, men ved fastsættelsen af hjælpens størrelse vil der være at tage hensyn til pensionen. Det samme gælder for enkens eller den fraskiltes indtægt ved eget arbejde eller arbejdsløshedsunderstøttelse.

Er enken eller den fraskilte i besiddelse af en mindre formue, udelukker den ikke fra at oppebære hjælp. Det vil ofte være af vigtighed for pågældende at have en skilling at falde tilbage på, når overgangshjælp ikke længere kan ydes. Derimod må der tages hensyn til den indtægt, formuen afkaster.

Med hensyn til størrelsen af den underholdshjælp, der bør ydes, henviser ministeriet de sociale udvalg til de for værnepligtige m. fl. angivne vejledende satser for månedlig underholdshjælp og beklædningshjælp. Herudover vil der kunne ydes hjælp til betaling af husleje, lys, gas, brændsel, kontingenter, forsikringspræmier samt eventuelle afdrag på gæld.

Hvad angår størrelsen af hjælp til fortsættelse af mindre erhvervsvirksomhed fastsættes denne i hvert enkelt tilfælde. Men der vil kunne ydes hjælp til betaling af husleje, prioritetsrenter og ejendomsskatter samt hjælp til betaling af midlertidig medhjælp.

Løbende underholdshjælp og hjælp til uddannelse.

Til enlige mødre med børn under 18 år, der har modtaget førnævnte hjælp, samt til ugifte mødre med børn under 18 år kan der efter lovens bestemmelser i trangstilfælde ydes hjælp, såfremt de pågældende på grund af børnenes pasning, sygdom eller fordi de gennemgår en uddannelse ikke er i stand til at påtage sig arbejde.

Hjælpen ydes som særhjælp, og den vil som hovedregel ikke kunne overstige, hvad der kan ydes i kommunehjælp.

Da det er af vigtighed, at en enke eller fraskilt søges placeret i erhvervslivet således, at hun kan forsørge sig selv og sine børn, kan der efter lovens bestemmelser ydes enlige mødre med børn under 18 år støtte til en rimelig uddannelse eller omskoling. Uddannelseshjælp ydes dog kun, såfremt det må skønnes, at den pågældende moder efter sine evner, helbred og alder vil kunne forventes at gennemføre uddannelsen og få udbytte heraf.

For sygekasser, der kommer i berøring med mødre med børn under 18 år, som vil kunne hjælpes efter foranstående bestemmelser, vil det være naturligt at vejlede de pågældende herom.

Sygekassernes honorarer, takster m. v.

Gældende fra 1. april 1956.

I nedenstående og omstående tabeller er samlet nogle af de for sygekasserne vigtigste honorarer og takster.

Som følge af, at det for januar måned 1956 offentliggjorte lønregulerende pristal (basis: juli 1914) er steget til 408 ,vil de for sygekasserne gældende grundhonorarer fra 1. april 1956 være at forhøje med 40 pct.

I omstående tabel er foruden forskellige honorarer meddelt størrelsen af de fra 1. oktober 1955 gældende indtægts- og formuegrænser (Socialministeriets bekendtgørelse af 5. december 1955, Sygekassetidende for januar måned 1956).

	København		Københavns amt		Øvrige Sjælland, Bornholm, Lolland-Falster, Fyn og Jylland	
	Takst I kvartårlig kr.	Takst II tillæg pct.	Takst I kvartårlig kr.	Takst II tillæg pct.	Takst I kvartårlig kr.	Takst II tillæg pct.
Alm. praktiserende læger	6,43	40	5,51	40	5,51	40
Ørelæger	0,55	40	0,605	40	0,56[1])[3]) 0,4375[2])[3])	40
Øjenlæger	0,49	40	0,49	40	0,525[1])[4]) 0,42[2])[4])	40
Tandlæger	—	—	—	40	—	40
Hudlæger	—	—	—	40	—	40
Nervelæger	—	—	—	—	—	40

1) I de byer, hvor ørelægen/øjenlægen bor, samt i tilgrænsende kommuner.

2) Andre sygekasser.

3) Hvor der til det for sygekassen bestemte offentlige sygehus er knyttet specialafdeling i øre-, næse- og halssygdomme, nedsættes honorarerne med 10 pct.

4) For sygekasser, der har indlæggelsesret på et sygehus, til hvilket der er knyttet en af det offentlige direkte eller indirekte drevet specialafdeling i øjensygdomme, nedsættes honoraret med 15 pct.

		I København, Frederiksberg og Gentofte m. fl. kommuner kr.	I købstæder, Marstal samt i flækker og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indbyggere kr.	I det øvrige land kr.
Indtægtsgrænser[1])		12.700[2])	11.700[2])	10.700[2])
Formuegrænser[1])	Enligtstillede	31.000	31.000	31.000
	Familieforsørgere	44.000	44.000	44.000
Barseldagpenge		7,10	5,70	4,30
Jordemoderhonorar	Fødsel	107,80[3])	91,00[3])	75,60[3])
	Påbegyndt fødsel	67,20	58,80	42,00

Massage	Hos fysioterapeut	I patientens hjem	På landet i over 4 km's afstand
	3,50	5,25	8,66
Begravelseshjælpen (den almene)	Grundbeløb	Pristalstillæg	Ialt
	350	150	500
Badebehandling (normaloverenskomsten)	Grundhonorarer med tillæg af 40 pct.		
Landkasserernes løn (standardoverenskomsten)	Grundhonorarer med tillæg af 40 pct.		
Provinssammenslutningens lønoverenskomst	Fra 1. marts 1956. Overenskomstens dyrtidstillæg med tillæg af 51,00 kr. — Elever dog 60 pct. heraf.		
Statens honorarer	Grundhonorarer med tillæg af 95 pct.		

1) Gældende fra 1. oktober 1955.
2) + tillæg 900 kr. for hvert barn under 15 år.
3) Ved mere end 1 fødsel (tvillinger m. fl.) + 50 pct.

Invalide- og aldersrente efter 1. april 1956.

	I København, Frederiksb. og Gentofte m. fl. komm.	I købstæder, Marstal samt i flækker og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indb.	I det øvrige land
	kr. årlig	kr. årlig	kr. årlig
Grundbeløbene.			
Til *ægtepar,* når begge opfylder betingelserne for at opnå rente	3.348,00	3.060,00	2.652,00
Til *enlige* rentemodtagere samt ægtepar, når kun den ene ægtefælle opfylder betingelserne	2.232,00	2.052,00	1.776,00
Tillæggene.	kr. månedlig	kr. månedlig	kr. månedlig
Ventetillæg til ægtepar, hvor begge er renteberettigede:			
Ved opsættelse af begæringens indgivelse til den ældste ægtefælles fyldte 67. år	14,00	13,00	10,00
70. år	28,00	25,00	20,00
Ventetillæg til enlige personer og ægtepar, hvor kun den ene ægtefælle er renteberettiget:			
Ved opsættelse af begæringens indgivelse til det fyldte 67. år.....	10,00	8,00	7,00
70. år.....	20,00	17,00	14,00
Invaliditetstillægget udgør	25,00	24,00	23,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til invaliditetstillæg, udgør det ialt	50,00	48,00	46,00
Ægteskabstillægget udgør	47,00	41,00	35,00
Tillægget til efterlevende ægtefælle udgør maksimalt	36,00	34,00	31,00
Bistandstillægget udgør	72,00	68,00	62,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til bistandstillæg, udgør det ialt	108,00	102,00	93,00
Plejetillægget udgør	120,00	113,00	103,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til plejetillæg, udgør det ialt	180,00	170,00	155,00
Når den ene ægtefælle er berettiget til plejetillæg og den anden til bistandstillæg, udgør disse tillæg tilsammen	144,00	136,00	124,00
Børnetillæg for hvert barn, såfremt indtægten ikke overstiger — årlig..	6.660,00	5.870,00	4.930,00
2—18 år	74,00	65,00	55,00
0— 2 år	89,00	78,00	66,00

	Hl koks årlig	Hl koks årlig	Hl koks årlig
Brændselstillæg.			
Ægtepar og enlige med beregnet indtægt indtil 50 pct. af rentens grundbeløb	18	18	18
Ægtepar og enlige med beregnet indtægt mellem 50 og 75 pct. af rentens grundbeløb	15	15	15
Tillægget bortfalder, såfremt rentemodtagerens beregnede indtægt overstiger 75 pct. af grundbeløbet.			
Særlige ydelser til ikke rentemodtagere.	kr. månedlig	kr. månedlig	kr. månedlig
Bistandsydelsen udgør	134,00	125,00	112,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til bistandsydelse, udgør den ialt	201,00	187,00	167,00
Plejeydelsen udgør	182,00	170,00	153,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til plejeydelse, udgør den ialt	273,00	255,00	229,00
Når den ene ægtefælle er berettiget til plejeydelse og den anden til bistandsydelse, udgør den ialt	237,00	221,00	198,00

Fra det daglige arbejde.

Kasserer-kontrolapparat.

Som et led i bestræbelserne for at rationalisere ind- og udbetalingerne i større virksomheder har firmaet Frode Thingsig sendt en ny særlig udbygget model af Regna-kasseapparatet på det danske marked.

I sygekasser vil apparatet kunne anvendes på den måde, at kassereren ved ind- og udbetaling afstempler bilagene i maskinen. Samtidig med, at beløbet registreres på en strimmel, påføres bilaget dette med særlige perforerende checktyper, der giver absolut sikkerhed mod rettelser. Blot ved at trykke på tasten S har kassereren saldoen stemplet på kasselisten, så alene af den grund er apparatet sikker på succes hos enhver ansvarlig kasserer. Kasselisten er iøvrigt anbragt under aflåset låg, og kun forretningsføreren eller revisionen kan nulstille apparatet.

På apparatet er anbragt en række symboler, der kan anvendes sammen med opslagene. Symbolerne kan for sygekassernes vedkommende anvendes henholdsvis ved ind- og udbetalinger til sygekassen, invalideforsikringen o. s. v. Endelig påfører maskinen bilagene og strimmel fortløbende numre.

Ved brug af Regna kasserer-kontrolapparat sparer sygekassen kassekladden. Apparatet er, som omstående annonce viser, fremstillet enkelt og moderne, og prisen er opgivet til ca. 2.400 kr. for den håndrevne model og ca. 2.900 kr. for den elektriske udgave. Begge kan leveres med eller uden pengeskuffe. Frode Thingsig har eneforhandling og service af maskinen.

Samlemapper og tillægsblade.

Som bladets læsere vil have bemærket, har der ikke i år været udsendt tillægsblade med Sygekassetidende.

Dette forhold skyldes, at bladets redaktionsudvalg har vedtaget at ændre formen for udsendelsen af tillæggene. Gennem længere tid har man haft den opfattelse, at tillæggene måske i første række var beregnet til sygekassernes daglige medarbejdere, medens man næppe kunne forvente, at bladets øvrige læsere har haft så stor interesse i opbevaring af tillægene. Hertil kommer videre, at det har betydet en ikke ringe udgift for Sygekassetidende at udsende tillægsbladene i den hidtil foreliggende form.

Efter aftale med De samvirkende centralforeninger har udvalget derfor vedtaget, at tillægsbladene fremtidig skal indgå som materiale til sygekassernes røde samlemapper og udsendes til kasserne hvert kvartal i et antal svarende til kassernes eksemplarer af samlemapperne.

Da mapperne herved vil blive belastet med så meget materiale, at dette ikke længere vil kunne rummes i kassernes nuværende røde bind, har De samvirkende centralforeninger vedtaget at udsende et rødt supplementsbind til sygekasserne. Endvidere har samvirksomheden påtaget sig fremover i lighed med, hvad der er tilfældet for samlemappernes øvrige materiale, at holde sygekasserne underrettet om, hvilke tillægsblade, der bliver ugyldige, så kasserne kan tage disse ud af mapperne.

Med denne ændring har samlemapperne fået en værdifuld forøgelse af sit materiale. Men det er naturligvis en forudsætning for at kunne være sikker på materialets pålidelighed, at sygekasserne ordner dette i henhold til de udsendte retteblade. Gør kasserne det, vil man i samlemapperne have en pålidelig medhjælp i det daglige arbejde.

Iøvrigt vil der i løbet af foråret blive tilsendt sygekasserne et stikordsregister over de gennem Sygekassetidende siden 1933 meddelte afgørelser, således at kasserne ved hjælp af registret hurtigt vil være i stand til at finde frem til de enkelte afgørelser i bladet. Af hensyn til, at en del af Sygekassetidendes hidtidige udsendte tillægsblade er ugyldige, skal vi endelig fraråde kasserne at sætte disse tillæg ind i samlemapperne.

Til orientering for sygekasser, der eventuelt vil anskaffe sig yderligere eksemplarer af samlemapperne, kan vi oplyse, at der endnu er et mindre oplag tilbage. Formedelst 20 kr. pr. sæt vil mapperne kunne rekvireres hos De danske sygekasser, Nyropsgade 37, København V.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 8/1956.

Om feriepenge til kontingentopkrævere.

Direktoratet for arbejdstilsynet har i anledning af, at en sygekasse havde forelagt spørgsmålet om, hvorvidt en kontingentopkræver er berettiget til feriepenge, tilskrevet sygekassen således:

»I skrivelse af 30. december 1955 har N. N. sygekasse i anledning af, at den agter at oprette ny overenskomst med sin kontingentopkræver, forespurgt direktoratet, om en kontingentopkræver er berettiget til feriepenge,

1) hvis han lønnes procentvis af alle indkomne penge,
2) hvis han kun får løn af de penge, han indkræver.

I denne anledning skal man med bemærkning, at direktoratet i tilfælde af, at der opstår uenighed mellem sygekassen og kontingentopkræveren om, hvorvidt pågældende er omfattet af ferieloven, kun kan træffe afgørelse af dette spørgsmål, efter at begge parter har udtalt sig i sagen, meddele, at direktoratet er af den opfattelse, at opkrævere, der lønnes med procenter af de opkrævede beløb, er berettiget til feriegodtgørelse. For så vidt angår opkrævere, der lønnes med et bestemt årligt beløb pr. medlem, må man mene, at i de tilfælde, hvor det således beregnede honorar udbetales regelmæssigt med et bestemt beløb for en vis periode uden hensyn til, om der er holdt ferie i perioden, vil de pågældende, sålænge arbejdsforholdet består, ikke have krav på feriegodtgørelse, idet de under ansættelsen kan anses for holdende ferie med løn, medens der i tilfælde af fratrædelse må beregnes feriegodtgørelse på sædvanlig måde, jfr. ferielovens § 5, stk. 2.

Om den af sygekassen under 1) angivne aflønningsform kan sidestilles med tilfældet, hvor aflønning sker med et fast beløb pr. medlem, skal direktoratet ikke kunne udtale sig om, idet den endelige afgørelse af spørgsmålet om, hvorvidt den pågældende i et sådant tilfælde kan betragtes som holdende ferie med løn under ansættelsen, henhører under domstolene.«

Nr. 9/1956.

Om sygekassernes og fortsættelsessygekassernes adgang til at få oplysning om diagnose fra sygehuse.

Man skal herved meddele, at Sundhedsstyrelsen efter forhandling med Direktoratet for sygekassevæsenet og Den almindelige danske lægeforening har udtalt, at de i et sygehus stillede diagnoser vedrørende patienter ikke bør stilles til rådighed for sygekasser eller forsikringsselskaber, og at det bør pålægges vedkommende patient at foranledige de for sygekassen eller forsikringsselskabet strengt nødvendige oplysninger fremskaffet gennem sin læge eller hospitalslægen.

Direktoratet har herefter forhandlet med De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og De samvirkende statskontrolerede fortsættelsessygekasser i Danmark om, hvorvidt det i det hele taget er nødvendigt for sygekasser og fortsættelsessygekasser at indhente oplysning fra sygehuse om diagnose for sygehusbehandlede medlemmer.

Når kasserne hidtil i et vist omfang har set sig nødsaget til at indhente oplysning om de nævnte diagnoser, står det bl. a. i forbindelse med, at der i Tillægsskema til begæring om invaliderente m. v., side 4, post 6 c, kræves oplysning om, for hvilke sygdomme renteansøgeren i løbet af de sidste to år har modtaget sygehjælp.

Da besvarelsen af det nævnte spørgsmål ikke skønnes at være af større vigtighed, har direktoratet overfor De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark udtalt, at man ikke fremtidig vil afkræve en sygekasse oplysning om, for hvilke sygdomme der af kassen er ydet en renteansøger sygehjælp.

Under hensyn til den af direktoratet således afgivne udtalelse har de to hovedorganisationer for sygekasser og fortsættelsessygekasser erklæret fremtidig at kunne klare sig med de fra medlemmerne og disses pårørende modtagne oplysninger om diagnose.

Direktoratet er for sit vedkommende enigt heri og skal anmode sygekasserne om fremtidig at indhente de oplysninger om diagnose, som måtte anses for nødvendige, fra medlemmerne selv eller disses pårørende.

Nr. 10/1956.

Forhøjelse af takst for ophold på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på rekonvalescenthjemmet »Hellas«, Lunderskov, er fra 1. marts 1956 at regne forhøjet til 10 kr. pr. døgn.

Meddelelse

fra

Danske sygekassers udligningskasse for begravelseshjælp.

Som følge af, at det for januar måned 1956 offentliggjorte pristal er steget til 410, vil reguleringstillægget til den i Folkeforsikringslovens § 20, 1. stk., omhandlede begravelseshjælp i medfør af bestemmelserne i lovens § 85 være at udbetale med 150 kr. for dødsfald, som indtræffer fra og med 1. april 1956, jfr. § 5 i vedtægten for »Danske sygekassers udligningskasse for begravelseshjælp.«

Ledige STILLINGER

Kontorist.

Brøndbyvester Sygekasse søger til snarlig tiltrædelse sygekasseuddannet kvindelig eller mandlig kontorist. Løn i henhold til overenskomst med Sygekassefunktionærernes fagforening.

Ansøgning bedes senest den 15. april 1956 fremsendt til sygekassens bestyrelse, Kirkebjergallé 58, Glostrup.

Honorar for jordemoderhjælp.

Nye takster fra 1. januar 1956.

Sidste efterår modtog De danske sygekasser opsigelse af den med Dansk Jordemoderforening i 1947 indgåede overenskomst om ydelse af jordemoderhjælp til medlemmer af de statsanerkendte sygekasser.

Efter indgående forhandlinger lykkedes det imidlertid ikke at nå til enighed inden 1. januar 1956, fra hvilket tidspunkt overenskomsten var opsagt. Jordemødrene indgik på at arbejde videre efter overenskomsten mod regulering af taksterne fra 1. januar 1956, dog ikke ud over 1. marts 1956.

Sidst i februar blev forhandlingerne bragt til ende, idet man opnåede enighed om følgende grundtakster:

I. *Ved ydet fødselshjælp.*
   a. I København m. v.... 77 kr.
   b. I købstæder m. v..... 65 kr.
   c. I det øvrige land .... 54 kr.

II. *Ved tilkaldelse til fødsel, når den fødende på jordemoderens eller lægens foranledning indlægges på sygehus (fødehjem), hvor vedkommende jordemoder ikke benyttes.*
   a. I København m. v.... 48 kr.
   b. I købstæder m. v..... 42 kr.
   c. I det øvrige land .... 30 kr.

Til ovennævnte grundtakster skal der i januar kvartal 1956 ydes et dyrtidstillæg på 36 pct. Fra 1. april 1956 udgør tillægget 40 pct. De herefter fremkomne tal afrundes til nærmest med 5 øre delelige beløb. Angående honorarerne fra 1. april d. å. se side 103.

Mærkedage

25 års jubilæum.

Den 17. marts d. å. havde 2 af tillidsmændene ved Sygekassen for Tårnby kommune virket i 25 år. Det drejer sig om garagemester ved brandvæsenet *Carl Haack,* der i alle årene har været bestyrelsesmedlem og har udført et yderst påskønnelsesværdigt arbejde. Han har også i de nævnte år været medlem af sygeplejeforeningens bestyrelse.

Den anden jubilar var socialinspektør *Laurits Jørgensen,* der fra 1931 til 1935 var medlem af bestyrelsen, de sidste 2 år som næstformand. Siden 1935 har han været revisor ved kassen og har altid røgtet sine hverv på allerbedste måde.

Fratræden.

Efter 40 års virke i sygekassens tjeneste fratrådte pens. landpostbud *Chr. Andersen,* Hørning som formand for Blegind-Hørning sygekasse ved generalforsamlingen den 2. marts.



Chr. Andersen blev under første verdenskrig valgt til formand og kasserer for sygekassen. I 1934, da formands- og kassererposten blev adskilt, valgtes han til kasserer for sygekassen.— Dette hverv nedlagde han i 1944, for derefter at blive valgt til formand. I Andersens tid er sygekassens omsætning vokset fra 4.000 kr. til 120.000 kr. Da han holdt 25 års jubilæum, blev han hyldet og takket for sit arbejde. Ved sin afsked fra postvæsenet blev han dekoreret med Dannebrogsordenen.

ISSA Nyt

Holland.

Sygekasserne i Amsterdam har, efter at det havde vist sig umuligt at afslutte en tilfredsstillende overenskomst med de private optikere, stiftet et aktieselskab under navn »Unie-optiek«.

Aktieselskabet har foreløbig åbnet 4 forretninger.

Da aktieselskabet var en kendsgerning, tilbød de private optikere briller til meget lave priser, men da var det for sent. Fra de private optikeres side har der endvidere været ført en meget kraftig pressekampagne mod sygekasserne. Denne har imidlertid haft omvendt virkning, idet der er strømmet sympatitilkendegivelser til fra alle sider.

Israel.

Fra Kupat Holim (organisationen til sikring af hjælp i tilfælde af sygdom), Israel, har vi modtaget en lille beretning om året 1954—55. Organisationen, der er oprettet og til dels drives af fagforeningerne, havde juni 1955 ialt godt 1 mill. forsikrede. Den startede i 1912 med 150 medlemmer og har altså nu passeret 1 mill.

Kupat Holim sikrer medlemmerne hjælp i sygdomstilfælde, dels ved egne læger, sygehuse, apoteker m. v. Ved udgangen af 1954 havde organisationen 852 lægestationer, 180 børneplejestationer, 5 revalideringsinstitutter, 45 tandlægekliniker og 12 kliniker for tandteknik. Ved udgangen af 1955 nåede man til at have 14 sygehuse i drift med ialt godt 2.000 senge. Af de 14 sygehuse er de 6 specialsygehuse, d. v. s. 2 sygehuse for tuberkuløse og 4 for sindssyge. De to tuberkulosesanatorier vil i den nærmeste fremtid blive afløst af et nyt sanatorium med 400 senge. De to gamle bygninger med 235 senge vil derefter blive indrettet til plejehjem for kronisk syge.

Foruden ovennævnte har organisationen bygget og driver 7 rekonvalescenthjem og feriehjem. På disse er der plads til godt 1.400. (Så vidt det vides, er forholdet det, at hjemmene i ferietiden anvendes til ferieophold, og uden for ferietiden til rekonvalescentophold, yderst realistisk.)

Kupat Holim opøver selv sit personale. Der er således oprettet kurser for såvel læger som sygeplejersker og kontorfolk. Ved organisationen er ansat 7.066 personer, heraf 1.400 læger og 2.100 sygeplejersker.

Siden sidst

Ydelser efter *ulykkesforsikringslovens* bestemmelser. Ved bekendtgørelse af 2. januar 1956 har socialministeriet meddelt, at de for ulykkestilfælde indtruffet den 1. april 1956 og senere gældende ydelser vil være følgende: Begravelseshjælpen 472,50 kr., maksimumsbeløb og minimumsbeløb for beregning af dagpenge henholdsvis 6.750 kr. og 3.240 kr. Maksimumsdagpengene udgør herefter 16,88 kr.

*

Sygekassernes Optik har i marts måned åbnet to nye butikker i Storkøbenhavn. Den ene er beliggende på Frederiksberg, Gl. Kongevej 177 (ved Allégadekrydset), og den anden

er beliggende Søborg Hovedgade 69 i Søborg. Sygekassernes Optik har herefter 10 forretninger i Storkøbenhavn og 3 uden for København.

*

Bestyrelsen for *Kristrup sygekasse* ved Randers har besat den ledige stilling som forretningsfører ved kassen med assistent Valter Sørenen, Randers. Sørensen har været beskæftiget i sygekassen »Randers« de sidste ni år. Der var 25 ansøgere til stillingen.

*

Natlægerne i Århus bliver nu dirigeret rundt på sygebesøg pr. radio. Når natlægen kører ud om aftenen, sættes en transportabel sender og modtager ind i hans bil. Efter hvert besøg sætter lægen sig over radioen i forbindelse med Falcks Redningskorps, der formidler natlægehjælpen. Stationen sender derefter lægen ud på næste besøg. Kalder stationen lægen, medens han ikke er i bilen, tændes en lampe i vognen, så lægen, når han kommer tilbage, kan se, at stationen vil tale med ham.

*

Østerlars-Gudhjem sygekasse på Bornholm har på sin generalforsamling vedtaget at indføre tandpleje i løbet af året.

*

Plejehjem for kronisk syge. Som tidligere omtalt under denne rubrik er 17 sognekommuner i Bjerre-Hatting herreder gået sammen om at oprette et plejehjem for kronisk syge i Hornsyld. Hjemmet, der er det første hjem i landet, der er oprettet efter loven af 2. marts 1955, blev den 2. marts i år indviet ved en stilfuld festlighed. Hjemmet har ti patientværelser med plads til 18 patienter.

Foreningen af spastisk lammede arbejder for tiden med planer om at oprette et spastikerhjem ved Hobro.

*

Særlig ydelse til invalide- og aldersrentemodtagere m. fl. Folketinget vedtog den 5. marts, som tidligere år, et forslag til lov om særlige ydelser til invalide- og aldersrentemodtagere m. fl. Ifølge loven vil samtlige rentemodtagere, personer, der oppebærer kronisk sygehjælp, samt enlige mødre få udbetalt en ydelse, der er ens for enlige og ægtepar, på 40 kr. Dette beløb forventes snarest udbetalt de pågældende. Endvidere vil der med renten for juni og december måned i år blive udbetalt samme kreds af personer en ydelse for ægtepar og enlige på henholdsvis 80 kr. og 40 kr.

*

Efterbehandlingshospital ved Aarhus. En plejer i Aarhus påtænker at opføre et efterbehandlingshospital med 44 enestuer, et byggeri til mellem 600.000 og 700.000 kr. Hospitalet, der ventes færdigt til 1. juli, regnes med at kunne drives for 20 kr. pr. seng om dagen.

*

En narkoman, der i over 50 tilfælde landet rundt har opgivet at være medlem af Sydsamsø sygekasse, når han hos lægerne søgte at skaffe sig recepter, er blevet anholdt af politiet hos en af Samsøs læger. Sygekassen ånder lettet op, manden var nemlig ikke nydende medlem af sygekassen.



1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Indsendelse af invalidepræmie til Invalideforsikringsfonden.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal inden 20. april indbetale den beholdning af *invalidepræmier og evt. krigsulykkesforsikringsbidrag,* som den 31. marts beroede hos dem, til *Invalideforsikringsfondens postkonto nr. 2115* eller til fondens bankkonto i A/S Kjøbenhavns Handelsbank, St. Kongensgade afdeling, St. Kongensgade 49, København K.

4. Opgørelse over udgifter afholdt i h. t. folkeforsikringslovens § 61.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal inden 20. april på de dertil foreskrevne særlige blanketter til *Direktoratet for Sygekassevæsenet* indsende opgørelse, bilagt kvitterede og reviderede regninger, over *udgifter* vedrørende januar kvartal, afholdt i *h. t. folkeforsikringslovens § 61.* Er der af en sygekasse ingen udgifter afholdt i henhold til nævnte lovbestemmelse, for så vidt angår nævnte kvartal, skal opgørelsesblanket *ikke* indsendes.

5. Repræsentantskabsvalg.

Sygekasser, der har repræsentantskab, skal inden udgangen af april måned have afholdt *valg af medlemmer af repræsentantskabet* og af stedfortrædere for disse.

6. Opgørelser til Sygekassernes udligningskasse.

Sygekasser med repræsentantskab og fortsættelsessygekasser skal inden udgangen af april måned indsende opgørelse til Danske sygekassers udligningskasse for begravelseshjælp over størrelsen af sikret begravelseshjælp 31. december 1955 og udbetalt begravelseshjælp i 1955.

7. Regnskab og beretning til Sygekassedirektoratet.

Fortsættelsessygekasserne skal inden 1. maj til Direktoratet for Sygekassevæsenet indsende *regnskab og beretning* for året 1955.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . maj 1956 . nr.* **5**

Dagpenge i sygdomstilfælde

i henhold til mæglingsforslaget af 31. marts 1956.

I det mæglingsforslag, som forligsmanden fremsatte den 31. marts, og som blev ophøjet til lov den 13. april, er fastsat bestemmelser om ydelse af dagpenge i sygdomstilfælde.

Det må hilses med glæde, at spørgsmålet om erstatning for tabt arbejdsindtægt under sygdom blev optaget i forhandlingerne mellem Dansk Arbejdsgiverforening og De samvirkende Fagforbund. — Selv om det opnåede resultat, således som det har fundet udtryk i det fremsatte mæglingsforslag, ikke tilnærmelsesvis er tilstrækkeligt til at skabe grundlag for en virkelig sygeløn, er det dog altid et lille, meget lille skridt, i den rigtige retning.

Mæglingsforslagets bestemmelser, der nu er optrykt som bilag til lov om afgørelse af de mellem visse organisationer af arbejdsgivere og arbejdere bestående overenskomster, er sålydende:

Der gennemføres en ordning, hvorefter arbejdsgiveren har pligt til at yde sine arbejdere dagpenge i sygdomstilfælde, der på nærmere angivet måde er dokumenteret over for arbejdsgiveren. Forudsætningen for en sådan ydelse er dog, at arbejderen selv har sikret sig en dagpengehjælp i sygdomstilfælde, om hvis størrelse forholdes som nærmere nedenfor angivet.

Da begge parter er interesseret i, at den økonomiske bistand, der herigennem ydes af arbejdsgiverne, virker fuldtud efter sit formål, og at en så ringe del heraf som muligt medgår til administrationsudgifter o. lign., nedsættes der omgående af hovedorganisationerne et fællesudvalg til udarbejdelse af de detaillerede bestemmelser om en ordning af dagpenge i sygdomstilfælde.

Udvalget skal bl. a. tage stilling til, hvor stor en dagpengehjælp arbejderen selv skal sikre sig, hvorvidt hjælpen fra arbejdsgiveren skal være betinget af en vis tids forudgående beskæftigelse i vedkommende virksomhed og — i bekræftende fald — hvilken, hvorledes løsarbejdere indpasses i ordningen, hvilket antal karensdage der skal gælde i hvert enkelt sygdomstilfælde, hvilket beløb der skal

ydes i dagpenge, og for hvilket samlet antal dage inden for 12 på hinanden følgende måneder dagpengehjælpen skal ydes, samt hvorvidt og på hvilke betingelser ydelsen af dagpengehjælpen kan ske på forsikringsmæssig basis.

Udvalget skal endvidere tage stilling til, hvorvidt og i hvilket omfang allerede bestående, overenskomstmæssigt eller ved lokal aftale mellem parterne fastsatte »sygelønsordninger« skal opretholdes, eller om de — obligatorisk eller efter arbejdernes valg — skal indgå i den generelle ordning af dagpenge i sygdomstilfælde.

Endelig skal udvalget overveje, hvorvidt og — i bekræftende fald — i hvilket omfang de fra arbejderside fremsatte krav om kompensation inden for områder, hvor arbejderne allerede nu får overenskomstmæssig eller ved lovgivningen fastsat hjælp af arbejdsgiveren i sygdomstilfælde, skal imødekommes.

Udvalget består af 6 medlemmer, hvoraf hver af de to hovedorganisationer udpeger 3, samt af en af hovedorganisationerne i fællesskab udpeget formand.

Udvalgets betænkning skal afgives senest den 15. november 1956 til de to hovedorganisationer. Disse optager umiddelbart efter indbyrdes forhandlinger om ordningen af dagpenge i sygdomstilfælde. Disse forhandlinger ledes af en af hovedorganisationerne i fællesskab udpeget forhandlingsleder, der tillige i givet fald virker som opmand og med bindende virkning for hovedorganisationerne og deres tilsluttede underorganisationer og enkeltvirksomheder afgør foreliggende uoverensstemmelser. Forhandlingerne skal være afsluttet senest den 31. december 1956.

Udbetaling af dagpenge i sygdomstilfælde begynder fra og med den 15. januar 1957, og fra samme tidspunkt ydes eventuel kompensationsbetaling.

Arbejdsgivernes bidrag til sygelønsordningen fastsættes til 2 øre pr. præsteret arbejdstime. Beløbet for tiden fra mæglingsforslagets ikrafttræden til 15. januar 1957 indbetales til Dansk Arbejdsgiverforening, der lader disse midler indgå i en garantifond, om hvis statutter der forhandles i forannævnte udvalg og derefter mellem hovedorganisationerne i overensstemmelse med foranstående regler. For tiden efter 15. januar 1957 anvendes arbejdsgivernes bidrag til ydelse af dagpenge i sygdomstilfælde.

For de af sygekassernes tillidsmænd, som har interesseret sig stærkt for en effektiv hjælp til alle i sygdomstilfælde, vil det første spørgsmål naturligvis være, om denne nye lov kommer til at berøre sygekassernes dagpengeforsikringer. Sygekasserne har nu snart gennem mange år arbejdet for, at der burde gennemføres en effektiv sikring mod tabt arbejdsindtægt. Fra lægeside har man gang på gang gjort opmærksom på, at vi i vort sikringssystem manglede erstatning for tab af indtægt under sygdom. Mange medlemmer havde simpelt hen ikke råd til at blive væk fra arbejdspladsen og var på den måde afskåret fra at komme under nødvendig sygebehandling.

Det er ganske naturligt, at man ude i sygekasserne i dag spørger, om vi skal deltage i denne nye sikring, om denne skal supplere sygekassernes

dagpenge o. s. v. Det vigtigste spørgsmål er imidlertid, at der bliver skabt en bedre sikring end den, som vi har, for den del af befolkningen, som i dag står uden sygeløn.

For funktionærer og tjenestemænd findes forholdsvis vidtgående bestemmelser om sygeløn, og mange erhvervsdrivende er således stillet, at de ikke har nævneværdigt tab under mindre sygeperioder og er nogenlunde stillet selv under langvarig sygdom, men for flertallet af lønarbejdere er forholdet ikke godt. Vi har tidligere i artikler her i bladet belyst dette spørgsmål, bl. a. i artiklen om indtægtstab under sygdom, marts 1955, side 68, og i artiklen: Sygelønnen — et problem, der bør løses nu, december 1955, side 300.

Man kan vist med nogen ret sige, at dagpengeforsikringen i sygekasserne ikke har undergået nogen særlig heldig udvikling. Den første sygekasselov var konsekvent, da den bestemte, at alle mænd over 18 år skulle være sikret 40 øre pr. dag, hvilket var en relativ god erstatning dengang for en tabt dagløn. Senere fastholdt man desværre ikke den obligatoriske forsikring, men gav adgang til frivillige forsikringer, efter loven af 1915 til højest 3 kr. pr. dag og efter loven af 1921 til højest 6 kr. pr. dag. Den frivillige forsikring har aldrig rigtigt interesseret vore medlemmer før i de senere år. Tilslutningen har imidlertid selv i de seneste år ikke været særlig stor, oftest med den begrundelse, at der nu i sygekasserne alligevel ikke var mulighed for en effektiv sikring.

Blandt de ugelønnede arbejdere er der dog vist nu en ikke ringe interesse for spørgsmålet. Dette har givet sig udslag i oprettelsen af forskellige sygehjælpekasser. Inden for forskellige fag findes ret gode hjælpekasser, hvortil arbejdsgiverne yder et nogenlunde tilfredsstillende bidrag. Andre steder er der lokale kasser på arbejdspladserne, og endelig er der steder, hvor de lokale fagforeninger har oprettet hjælpekasser. Bortset fra den første gruppe af kasser er det økonomiske grundlag for hjælpekasserne yderst spinkelt.

Hvor langt mod en effektiv sikring bringer den nye lov med mæglingsforslagets bestemmelser os nu. Lad det være sagt straks, ikke særlig langt. Mæglingsforslaget er også på dette område noget af en skuffelse. Man havde vel en vis grund til at tro, at arbejdsgiverforeningen ville have medvirket til at skabe en større tryghed for virksomhedernes arbejdere, selv om man naturligvis ikke var så stor en optimist, så man troede, at der ved denne lejlighed ville blive oprettet en egentlig sygelønsordning som den, funktionærer og tjenestemænd har.

I henhold til mæglingsforslaget skal arbejdsgiverne bidrage 2 øre pr. præsteret time. Da man kan regne med ca. 2.400 arbejdstimer pr. år, vil det sige, at man kommer op på et årligt bidrag på ca. 48 kr. — siger og skriver otte og fyrre kroner. Det vil med andre ord sige, at der skal betales

et bidrag, der svarer til en eller to daglønninger. Da det gennemsnitlige antal sygedage ikke kan holdes nede på 2 dage, er det ganske klart, at nogen sygeløn i den forstand, som funktionærer og tjenestemænd kender det, kan der ikke blive tale om.

Hvad kan der da fås for de nævnte 2 øre? Ja, dette kan man vel ikke helt svare på i dag. Mæglingsforslaget indeholder da fornuftigvis heller ikke oplysninger herom. Mæglingsforslaget siger heller ikke noget om, hvordan man har tænkt sig dagpengene administreret ud over bemærkningen om, at så ringe en del af beløbet som muligt skal anvendes til administration. Denne bemærkning kunne tyde på, at der ikke skal oprettes en selvstændig administration, idet denne naturligvis bliver kostbar. Har man tænkt sig, at sygekasserne skulle administrere ordningen, vil det blive billigt, da sygekassernes udgifter til administration ikke vil blive væsentligt forøget ved en forhøjelse af de bestående dagpenge.

Skal der oprettes en selvstændig dagpengeforsikring, vil beløbet på de 48 kr. kunne strække til ca. 3,00 kr. i daglig sygepenge til mænd og ca. 2,50 kr. til kvinder, og så er der ikke regnet med udgifterne til administration. Til alt held skal der ydes samme bidrag af arbejdsgiverne for mænd og kvinder, men da kvinderne har et større antal sygedage end mændene, vil der kun kunne ydes et mindre beløb pr. dag til kvinder.

Skal beløbet derimod under en eller anden form indbetales til en sygekasse eller en fortsættelsessygekasse, vil der efter de bestående medlemsbidrag for dagpenge kunne opnås ca. 4 kr. pr. dag. Dette forudsætter, at sygekasserne får lovhjemmel til at udbetale et højere beløb end 6 kr. pr. dag. Bemærkningen i mæglingsforslaget om, at det udvalg, som skal nedsættes, skal tage stilling til, hvor stor en dagpengehjælp arbejderen selv skal sikre sig, kunne tyde på, at man under forhandlingerne har været inde på, at bidraget skulle anvendes til en forhøjelse af bestående dagpengehjælp, f. eks. sygekassernes.

På den anden side er der flere bemærkninger, der tyder på, at man ikke har tænkt sig beløbet anvendt til en forhøjelse af dagpengene i sygekasserne og fortsættelsessygekasserne. Det er muligt, at man har tænkt sig ordningen administreret gennem arbejdsløshedskasserne. I så fald skal man, således som det er nævnt i mæglingsforslaget, tage stilling til antallet af karensdage og antallet af sygedage inden for 12 på hinanden følgende måneder. Spørgsmålet om antallet af karensdage er iøvrigt af stor betydning, dels af økonomisk betydning og dels af betydning for hele kontrollen med ordningen.

Sygekasserne vil med interesse følge udviklingen af spørgsmålet, da enhver forbedring af befolkningens sikring i sygdomstilfælde er af betydning.

Offentlig sygeforsikring i Holland.

Af overassistent Allan Gersnov.

På tidspunktet for invasionen i 1940 havde Holland forskellige sociale love om ulykkesforsikring, alders- og invaliderente, enkepension, moderskabs- og begravelseshjælp. Disse mindre godt koordinerede love, der ikke indeholdt bestemmelser om statstilskud af væsentlig betydning, administreredes af de frivillige hjælpeforeninger og arbejdskontorerne med flere. I 1941 udstedte tyskerne imidlertid en forordning om udvidet sygeforsikring, baseret på de planer, som den hollandske regering havde udarbejdet før krigen, og skønt den tvungne forsikring gennemføres på okkupationsmyndighedernes foranledning, blev systemet efterhånden populært og bibeholdtes efter befrielsen.

Efter krigen har regeringen til stadighed arbejdet med planer om en mere omfattende og enkel sociallovgivning med statstilskud, således er for nylig en folkepensioneringsordning blevet indført.

For at lette sammenligning med danske forhold anføres, at Hollands indbyggertal er ca. 10,5 millioner. 1 gylden = 1,83 kr.

Administration.

Den obligatoriske sygeforsikring administreres i henhold til 2 love: sygepengeloven af 1929 (revideret i 1935), der omfatter erstatning for tabt arbejdsfortjeneste på grund af sygdom, og forordningen af 1941 om sygebehandling.

Dagpengeydelsen forvaltes hovedsagelig af 24 distrikts-arbejdskontorer samt af de anerkendte industri-hjælpeforeninger. Arbejdskontorerne, der repræsenterer både arbejdere og arbejdsgivere, har f. eks. også udbetalingen af invaliderente og den nye folkepension samt børnepenge. De er undergivet tilsyn af Den nationale Forsikringsfond og dennes 11-mands råd.

Ydelsen af sygebehandling hører under det særlige sygekasseråd. Dets 35 medlemmer, der udpeges for 5 år ad gangen, repræsenterer blandt andet socialministeriet, lægerne, arbejder- og arbejdsgiverorganisationerne og endelig sygekasserne.

Administrationen af den obligatoriske sygehjælpsforsikring blev overgivet til de allerede eksisterende frivillige sygekasser, der opfyldte betingelserne for at opnå statsanerkendelse efter de nye regler. Den 1. januar 1954 var antallet af anerkendte kasser, de såkaldte almindelige sygekasser, kun 131, skønt der før 1941 fandtes over 650 frivillige kasser; forklaringen på denne store forskel i tal må sikkert søges i, at anerkendelse ikke blev givet til sygekasser, drevet på forretningsbasis.

De almindelige sygekasser falder i flere grupper. Den største består af kasser, som er stiftet af lægeforeningen og ledes af læger, apotekere og forsikrede i fællesskab. Den næste kategori, der hyppigt kaldes gensidige sygekasser, svarer nærmest til de herhjemme kendte kasser. Dernæst kommer fabrikssygekasserne, oprettet af arbejdsgivere. En fjerde gruppe af kasser, der oprindelig blev stiftet med forretning for øje, men som altså ikke mere må indtjene udbytte; der er her normalt tale om særlige afdelinger af livsforsikringsselskaber, et fænomen der f. eks. også kendtes i England indtil 1947. De resterende kasser er tidligere filantropiske institutioner og karakteriseres i øvrigt ved, at medlemmerne ikke har hovedindflydelsen på ledelsen.

Forsikrede.

Lovene af 1929 og 1941 om obligatoriske forsikringer omfatter praktisk talt samme befolkningsgrupper, nemlig lønmodtagere, der ikke tjener over 6.000 gylden om året (1955) og er under 65 år. Forsikredes ægtefælle og eventuelle hjemmeværende børn under 16 år er samtidig sikret sygebehandling; det samme kan i nogle tilfælde gælde forældre, sviger- og bedsteforældre. Den tvungne sygeforsikring omfatter godt 5,5 millioner mennesker, men visse andre grupper har mulighed for at tegne frivillige forsikringer i sygekasserne og arbejdskontorerne. Nu er 70 pct. af befolkningen forsikret, enten ved den obligatoriske ordning eller frivilligt. Blandt de personer, der ikke er forsikringspligtige, bemærker vi særligt statens og kommunens tjenestemænd og visse lærlinge.

De forsikringspligtige skal selv drage omsorg for tilmelding i en sygekasse, og sygeforsikringen gælder udover den direkte forsikrede kun tilmeldte bipersoner. Hvis man ikke arbejder i en virksomhed med etablissementskasse, har man ved indmeldelse frit valg mellem sygekasserne på stedet og kan i øvrigt skifte kasse efter mindst eet års medlemsskab.

Økonomi.

Præmien for dagpengeforsikring og sygeforsikring under de obligatoriske ordninger udgør tilsammen 7 pct. af totallønnen, dog beregnes indtægten højst til 16 gylden pr. dag. Den forsikredes andel er 3 pct., og arbejdsgiveren, der også sørger for indbetaling af beløbene til de respektive institutioner, yder resten. I særlig farlige industrier betales af arbejdsgiveren, og denne alene, et risikotillæg til præmien.

De frivillig forsikredes præmie for sygeforsikringen ligger tilsyneladende omkring 1,50 gylden pr. uge og indbetales til sygekassens inkassator.

Systemet for indbetaling af præmie for den tvungne sygeforsikring fortjener særlig omtale. Første led i forretningsgangen er, at arbejdsgiveren på

posthuset køber kuponbøger med kvitteringsformularer. Disse kuponer udleveres ugentlig eller månedlig til de ansatte som bevis for, at fradrag i lønnen er foretaget, og kuponerne bliver dernæst afhentet af sygekassens inkassator, som kvitterer forsikredes medlemskort for den omhandlede periode. Loven giver dog mulighed for at fritage virksomheder, der har oprettet etablissementssygekasse, for pligten til at udlevere kvitteringskuponer.

De samlede forsikringsbidrag med fradrag af depositum for kuponhefter indbetales periodevis til arbejdsgiverens brancheorganisation, som snarest videresender sygekassebidragene til den statskontrollerede udligningsfond. Dertil indbetales endvidere efter særlig bevilling et årligt statstilskud blandt andet med den motivering, at staten ikke betaler arbejdsgiverbidrag, da dens funktionærer ikke er forsikringspligtige.

Brancheforeningerne er med i ordningen, fordi de i forvejen havde med dagpengeforsikringen at gøre. Man forudsætter, at de på grundlag af indsendte lønningslister øver en vis kontrol med arbejdsgivernes indbetalinger.

Tanken var oprindelig, at midlerne i fonden skulle fordeles blandt de almindelige sygekasser med samme beløb pr. obligatorisk forsikret. Imidlertid varierer udgifterne pr. medlem jo stærkt landet over, f. eks. i 1953 fra 27 gylden (i landdistrikterne) til 47 gylden pr. år (i byerne), og man har derfor måttet opgive den første plan, uden endnu at have fundet en endelig form. Arbejdskapital tildeles derfor sygekasserne som »lån« for 1 år ad gangen efter forud indgivet ansøgning til sygekasserådet. Rådet gennemgår kassernes regnskaber og udøver kontrol.

Tilskud til den frivillige sygeforsikring var ukendt indtil 1941. Efter den tid har man dog nogenlunde konstant på særlig bevilling ydet tilskud af udligningsfonden.

Huslægerne, der ikke må have et klientel på over 3.000 medlemmer, modtager et fast årligt beløb for hver forsikret, der er tilmeldt. Foruden dette honorar, der varierer fra egn til egn og gradueres nedefter for patienter udover et vist antal, kan læger, der nedsætter sig i tyndt befolkede distrikter, få et tilskud fra staten. Speciallægerne oppebærer normalt betaling pr. ydelse. I byerne indbetaler sygekasserne til kommunen et fast beløb pr. forsikret for sygehusbehandling, og myndighederne fordeler dernæst beløbet blandt sygehusene efter ydelse. Nogle kasser driver egne tandklinikker.

Sygehjælp.

Den forsikrede med familie får fri lægehjælp ved den almindelig praktiserende læge, hos hvem man er tilmeldt. Lægeskifte kan højst ske

2 gange om året. Speciallægebehandling, der hyppigt gives på et sygehus' ambulante klinik, er ligeledes fri, dog kun inden for det beløb, huslægens henvisning lyder på. Medicin ydes normalt fuldt ud, men der findes en kvantumsbegrænsning, og det er specielt forudsat, at en række kendte mærker af fabriksfremstillede præparater kun må ydes, når erstatningspræparater med samme virkning ikke findes.

Sygekassen yder frit sygehusophold på fællesstue i indtil 70 dage i een sygeperiode. Der kan eventuelt ydes delvis betaling for behandling efter den 70. dag, dog aldrig for nerve- og sindslidelser. Det skal her bemærkes, at kommunernes pligt til at sørge for sygehuspladser netop kun omfatter psykiatriske og epidemiske lidelser.

I de fleste kasser gives mulighed for tegning af en frivillig ekstraforsikring for sygehusbehandling.

Normalt skal lægens indlæggelsesseddel inden indlæggelsen forevises den kontrollerende læge, der afgør, om opholdet kan ydes. Ved øjeblikkelig indlæggelse må henvendelse til kontrollægen dog ske inden 24 timer efter indlæggelsen; denne kan i givet fald afgøre, at ophold og behandling helt eller delvis er sygekassen uvedkommende.

Ophold og behandling i tuberkulosesanatorium ydes efter takster, der stort set dækker fire femtedele af de faktiske udgifter, så også på dette punkt må den, der ønsker at sikre sig helt, altså tegne en tillægsforsikring i sygekassen.

Man har ret til ca. 75 pct. refusion af udgifter til bind og bandager og til brilleglas, men ikke til stel. For kunstige lemmer godtgøres den fulde anskaffelsessum, dog kun op til visse fastsatte beløb.

Halvårlig undersøgelse ved den tandlæge, hos hvem man er indskrevet, ydes frit. Støbte plomper, broer og proteser betales delvis af medlemmet, medens anden hjælp og behandling hos tandlægen er fri, hvis man er i besiddelse af en højst 6 måneder gammel tandattest, gående ud på, at tænderne på udstedelsesdatoen ikke trængte til behandling. I modsat fald betaler medlemmet helt eller delvis for nødvendig konserverende behandling.

Ligesom der findes kontrollerende læger, som har tilsyn med de fleste ydelser, findes også kontrollerende tandlæger, der f. eks. afgør, om tandkirurgisk behandling er nødvendig, og om reparation af protese kan bevilges.

Jordemoderhjælp og nødvendig lægeassistance ved fødsel betales af sygekassen, medens den kontante moderskabshjælp på 55 gylden ligesom enhver form for dagpengeydelser hører under arbejdskontorerne.

De ovennævnte ydelser gælder for alle de obligatorisk forsikrede. De frivillige medlemmer er ikke givetvis berettiget til samme hjælp, da deres rettigheder varierer fra kasse til kasse efter dennes økonomiske stilling.

Statistik vedrørende de almindelige sygekasser.

Oversigt over antal almindelige sygekasser og antal medlemmer, såvel obligatorisk som frivillig forsikrede, pr. 1. januar 1954.

Antal sygekasser	*Antal forsikrede*
56 lægeforeningskasser	3.847.000
38 gensidige kasser	2.322.000
24 fabrikskasser	228.000
5 aktieselskabskasser	437.000
8 andre kasser	928.000
131	7.762.000

Præmien for den obligatoriske sygeforsikring er 4 pct. af lønnen, og i 1952 var den samlede indtægt heraf 204 mill. gylden, medens samtlige udgifter udgjorde 217 mill. gylden; de tilsvarende tal for alle frivillig forsikrede var 70 mill. og 72 mill. For året 1953 mangler oplysning om den tvungne forsikrings præmier, men udgifterne har været 240 mill. gylden. For den frivillige forsikring foreligger begge tal, nemlig 69 mill. henholdsvis 77 mill. Over en årrække udgør administrationsomkostningerne for begge forsikringsarter 8—9 pct. af samtlige udgifter.

Oversigt over den offentlige sygeforsikrings udgifter i 1952 og 1953.

	Millioner gylden				*Udgift pr. medlem, i gylden*			
	Obl. fors.		Frivill. fors.		Obl. fors.		Frivill. fors.	
	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953
Almindelig lægehjælp..	31,2	36,4	11,4	12,8	5,70	6,40	5,65	6,36
Medicin etc.	34,7	36,4	12,2	12,3	6,35	6,41	6,08	6,11
Speciallægehjælp	30,2	36,5	11,0	12,3	5,53	6,43	5,45	6,10
Tandlægehjælp	14,5	16,3	5,5	5,8	2,64	2,88	2,72	2,89
Fødselshjælp	3,0	3,4	1,2	1,3	0,55	0,59	0,58	0,65
Sygehusbehandling	58,1	66,1	20,2	21,8	10,62	11,63	10,06	10,80
Kortbølge, massage etc.	2,2	2,6	0,9	1,0	0,40	0,46	0,45	0,50
Bandager	0,7	0,9	0,3	0,4	0,14	0,16	0,16	0,18
Kørsel	1,9	2,2	0,7	0,8	0,34	0,39	0,35	0,38
Sanatoriebehandling ..	14,2	14,1	4,1	4,4	2,57	2,48	2,07	2,20
Anden sygehjælp.....	6,0	4,1	0,0	0,1	1,10	0,71	0,03	0,03
Administr. og kontrol..	20,1	20,8	4,6	4,5	3,68	3,66	2,28	2,23
Særlige omkostninger..	0,7	0,5	0,1	0,1	0,13	0,09	0,07	0,04
	217,5	240,3	72,2	77,6	39,75	42,29	35,95	38,47

Almindelige betragtninger.

Et par enkeltheder ved det hollandske system er vel værd at tage med i den øjeblikkelige diskussion om Danmarks offentlige sygeforsikring fremover.

Det, en dansker først lægger mærke til, er formentlig, at den obligatoriske forsikring bygger på sygekasser og ikke statslige eller kommunale kontorer som den engelske. Dernæst bemærker man, at dagpengeforsikringen er skilt ud og ekspederes af de institutioner, som har med arbejdsløsheds-, ulykkes- og invalideforsikringen at gøre. Begrundelsen herfor har været, at sygepengeforsikring kun havde interesse for lønmodtagere, medens adgangen til sygebehandling burde omfatte flere samfundsgrupper. Arbejdsgivernes væsentlige bidrag til sygeforsikringen — såvel som til dagpengeforsikringen — er ligeledes af interesse.

Selv om der er sket visse forbedringer siden 1941, forekommer hjælpen til sygehusbehandling ikke tilstrækkelig, men baggrunden herfor er, at der ikke på langt nær gives så store offentlige tilskud til sygehusdrift, som man kender det fra de skandinaviske lande.

I forbindelse med den hyppige kritik af den danske »sygekassegrænses« placering vil jeg til slut gerne gøre opmærksom på en detalje i en artikel om Holland skrevet til Svenska Läkortidningen af bureauchef Håkon Rahm fra den svenske medicinalstyrelse. Han omtaler den hollandske indtægtsgrænse fra januar 1955, i danske kroner ca. 11.000, altså på et tidspunkt, hvor de danske indtægtsgrænser var 12.000, 11.100 og 10.100 kr. Det hedder i artiklen, at denne grænse kan synes lav, men at man må huske, at hollændernes levestandard ikke er særlig høj, og i alt fald afspejler bestemmelsen tydeligt det hollandske samfunds ønske om først og fremmest at lade ordningen omfatte dem, der trænger mest til forsikring og ikke er dækket på anden måde.

SYGEKASSER OG SPECIALLÆGEHJÆLP.

I »Ugeskrift for læger«, nr. 12, fandtes følgende indlæg:

Der synes ringe grund til uenighed, endsige skænderier, sygekasser og læger imellem. Begge parter arbejder vi sammen for sygekassemedlemmernes vel, helbred og arbejdsevne og søger at undgå misbrug af denne storslåede hjælp. Samarbejdet er næsten uden undtagelser overalt i landet fortrinligt. Men — og her er det, vi er uenige.

Sygekasselederne (ikke sygekassemedlemmerne) synes kontra hospitals/sygehuslæger, speciallæger og praktiserende læger, ja vel endog kontra deres egne medlemmer i hospitals/sygehusbestyrelser mere end tøvende med at ville yde speciallægehjælp.

Da sygekasserne jo efterhånden næsten udelukkende ledes af gode socialdemokrater (dog uden at kræve politisk medlemskontingent), måtte der dog være stor mulighed for enighed også på dette punkt — specielt da lederne har så let adgang til regeringen, og denne dog også har både økonomiske og sociale interesser, ja antagelig endog ville få enstemmig støtte fra samtlige andre partier.

Hvorfor søger sygekasserne da ikke lidt større statstilskud, så de kan yde medlemmerne i al fald delvis fri speciallægehjælp i alle specialer efter henvisning fra deres læger — ikke blot som nu hos øre-, næse-, hals- og øjenlæger?

Vore kloge sygekasseledere er dog ikke så ubegavede eller eenøjede, at de ikke også ved, at der derved kunne spares millionbeløb til hospitals/sygehusbehandling og hospitalsbyggeri. Et stort antal hospitalspatienter kunne behandles hjemme gennem intimt samarbejde mellem speciallæger og praktiserende læger, talrige patienter kunne måske endog helt eller delvis bevares i produktionen til gavn for både dem selv og samfundet. — Og vi ville udnytte den rigdom, vi har her i landet i vore højt kvalificerede speciallæger.

Selvom sygekasserne nu — velvilligst — refunderer medlemmet halvdelen af den direkte udgift til speciallægeundersøgelse første gang, er restbeløbet, ca. 25 kr. + rejseudgifter, dog en udgift svarende til en dags fortjeneste, ja for tyende og lærlinge indtil een måneds »løn«. Så hellere den (for sygekasserne omtrent) gratis undersøgelse eller behandling på hospitalerne, som ganske vist koster samfundet — altså også sygekassemedlemmerne — ca. 50 kr. pr. dag!

Diskussionen i snart årevis i »Ugeskrift for Læger« har vist, at lægerne spørger, men hidtil intet svar har kunnet få fra sygekasselederne. Som samfundsmedlemmer og skatteborgere må vi gentage:

Vil sygekasselederne gå ind for og søge støtte til, at sygekassemedlemmer kan få speciallægehjælp i alle specialer?

Svar udbedes, *asocialt* eller *socialt*, blot klart — uden omsvøb!

Axel Larsen,
Rødding.

Sygekassernes svar:

En sådan udfordring kan man ikke sidde overhørig, selv om den kommer på et lidt ubelejligt tidspunkt.

Det er sygekassernes opgave at yde nødvendig hjælp til medlemmerne, altså også nødvendig speciallægehjælp. I henhold til folkeforsikringsloven har sygekasserne pligt til at yde lægehjælp ved alment praktiserende læger, hvorimod det er frivilligt for sygekasserne at yde hjælp ved speciallæge. Som Axel Larsen ganske rigtigt bemærker i sit indlæg, yder sygekasserne da også speciallægehjælp under forskellige former, dels i henhold til overenskomster med forskellige speciallægegrupper (øjenlæger, øre-, næse-

og halslæger, hudlæger samt nervelæger) og dels på områder, hvor der ikke er afsluttet overenskomster. Nu er det imidlertid sådan, at det ikke er alle sygekasser, der har tiltrådt de gældende overenskomster, og dette er vel i de fleste tilfælde en brist. Og det er rigtigt, at sygekassernes almindelige bestemmelser om ydelse af speciallægehjælp, hvorefter der f. eks. ydes delvis godtgørelse for udgifter til speciallægehjælp, heller ikke er fuldt ud tilfredsstillende.

Axel Larsen ønsker et svar uden omsvøb. Vi skal prøve på at give et sådant. Sygekassernes ledere er godt klar over, at speciallægehjælpsydelsen ikke er tilfredsstillende, at den ikke er fuldt ud på højde med udviklingen, men der ligger så mange problemer i dette spørgsmål, at det ikke har været muligt for forretningsudvalget til dato at trænge til bunds i spørgsmålet. Der er forholdet til den alment praktiserende læge, og der er forholdet til sygehusbehandlingen at tage hensyn til. Der er endvidere et ret kompliceret økonomisk problem at tage stilling til, et økonomisk problem ikke alene for sygekasserne, men også for samfundet. Uden at røbe hemmeligheder kan det imidlertid oplyses, at de danske sygekassers forretningsudvalg i marts måned har taget hele spørgsmålet op til en fordomsfri behandling. Vi kan ikke give et klart svar i dag, men vi kan sige så meget, at vi arbejder for en forbedring af medlemmernes adgang til speciallægehjælp.

De danske sygekasser:

Ernst Larsen,
formand.

Fra CHRISTIANSBORG

Lov af 21. december 1955 om ændringer i lov om offentlig forsorg.

Ved ovennævnte lov er der bl. a. foretaget nogle ændringer i forsorgslovens bestemmelser om medicinhjælp.

Til § 244, stk. 4, er tilføjet:

»samt betaling for anden medicin, som lægen ordinerer, og som må anses for særlig betydningsfuld, jfr. lov om folkeforsikring, § 18, stk. 1, nr. 4—5«.

Samme tilføjelse er gjort til § 248, stk. 4.

Bestemmelserne i § 250 får følgende affattelse:

»I trangstilfælde, og når en læge erklærer det for nødvendigt, kan der som særhjælp ydes hjælp til betaling af livsvigtige præparater og særlig betydningsfuld medicin, udover hvad der måtte blive betalt af sygekassen i henhold til lov om folkeforsikring, § 18, stk. 1, nr. 4 og 5, eller af kommunen i henhold til nærværende lovs § 244, stk. 4, og § 248, stk. 4«.

Til ovenstående lovændringer har socialministeriet i cirkulære af 31. januar 1956 fremsat følgende bemærkninger:

Den ændrede affattelse af bestemmelserne i *§§ 244, 248 og 250* står i forbindelse med de ved lov nr. 231 af 25. maj 1951 gennemførte ændringer i folkeforsikringsloven,

hvorefter de statsanerkendte sygekasser har pligt til udover hjælp til betaling af livsvigtig medicin at yde samme hjælp til betaling af anden medicin, som lægen ordinerer, og som må anses for særlig betydningsfuld. Der har også hidtil været hjemmel i forsorgsloven til at yde hjælp til denne særlig betydningsfulde medicin, men man har anset det for hensigtsmæssigt nærmere at præcisere, at der med hensyn til ydelse af hjælp til sådan medicin skal følges samme regler som med hensyn til den livsvigtige medicin. Forøvrigt henledes opmærksomheden på, at bestemmelserne i socialministeriets cirkulære af 28. juni 1951 om ydelse af medicinhjælp fortsat er gældende.

Med hensyn til hvilke præparater, der betragtes som særlig betydningsfuld medicin, henvises til de af socialministeriet i medfør af folkeforsikringslovens § 18 udsendte bekendtgørelser, jfr. bekendtgørelse af 18. oktober 1952 med senere tillæg, senest bekendtgørelse af 26. maj 1955 (nu ministeriets bekendtgørelse af 14. februar 1956).

Forhøjelse af statstilskudet til sygehusene.

Den 11. april fremsatte indenrigsministeren i folketinget forslag om, at det tilskud, som staten yder til sygehusenes drift, blev forhøjet med 1,25 kr. til 16,90 kr. pr. indbygger og at sygedagstilskudet blev forhøjet med 90 øre til 9 kr. pr. sygedag.

Herefter vil kommunernes samlede tilskud fra udligningsfonden til nedbringelse af sygehusudgifterne i finansåret 1956—57 ialt udgøre ca. 150 mill. kr. Forslaget vil betyde en forhøjelse af tilskudet på ca. 16 mill. kr.

Kommunernes samlede tilskudsberettigede nettoudgifter for sygehusene beløb sig i 1954—55 til 250 mill. kr.

Tilskud til nedsættelse af prisen på medicin.

Som svar på en forespørgsel fra folketingsmand Niels Mørk, Helsingør, oplyste indenrigsministeren i folketingets spørgetime den 5. april, at der nu ville blive gennemført en tilskudsordning til nedbringelse af priserne på medicin. I nær fremtid træder apotekerfondens tilskud til livsvigtig og til særlig betydningsfuld medicin i kraft, hvilket vil betyde en årlig prisnedsættelse på ca. 3 mill. kr.

Forslaget går ud på følgende:

1. *Til livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin til sygekassernes medlemmer, der selv betaler 25 pct. af prisen, ydes et tilskud, så deres egen betaling nedsættes til 19 pct.*
2. *For ikke-sygekassemedlemmer, hvoraf mange selv må betale hele udgiften til livsvigtig medicin, skal ydes et tilskud på 75 pct.*

Man må herefter håbe, at indenrigsministeriet snart vil udsende meddelelse om tilskuddet.

Medicinydelsen.

Udgifter i 1955.

I lighed med tidligere år har samvirksomheden for året 1955 indhentet oplysninger om diverse bysygekassers udgifter til medicin.

Over de indkomne oplysninger er som tidligere udarbejdet tre statistiker omfattende henholdsvis 1) sygekasser i København, der alle yder dispensationsmedicin, 2) diverse bysygekasser uden for København, der yder dispensationsmedicin, samt 3) diverse bysygekasser uden for København, der ikke yder dispensationsmedicin.

Tabel I	År	Antal sygekasser	Antal medlemmer	Gruppe I livsvigtig medicin kr.pr.medl.	Gruppe II særlig betydningsf. medicin kr.pr.medl.	Gruppe III dispensationsmedicin kr.pr.medl.	Gruppe II og III ialt kr.pr.medl.
Københavnske sygekasser	1955	22	462.639	1,84	6,77	2,46	9,23
	1954	35	483.448	1,62	6,40	2,26	8,66
	1953	35	483.038	1,35	5,97	2,09	8,06
Diverse sygekasser uden for København, der yder dispensationsmedicin	1955	132	855.232	1,87	7,78	2,50	10,28
	1954	133	842.876	1,71	7,31	2,27	9,58
	1953	104	687.249	1,42	6,87	2,21	9,08
Diverse sygekasser uden for København, der ikke yder dispensationsmedicin	1955	31	101.494	2,20	7,82	—	—
	1954	35	110.232	1,94	7,61	—	—
	1953	25	84.359	1,75	7,42	—	—

Tabel I viser antallet af sygekasser og antallet af medlemmer den 31. december, der omfattes af statistiken samt den gennemsnitlige udgift pr. medlem til livsvigtig medicin, særlig betydningsfuld medicin og dispensationsmedicin for årene 1953, 1954 og 1955.

For den livsvigtige medicins vedkommende vil det ses, at den gennemsnitlige udgift pr. medlem fra 1954 til 1955 er steget for samtlige grupper af sygekasser. Stigningen udgør gennemsnitligt pr. medlem i samtlige sygekasser 11,1 pct. Stigningen skyldes formentlig, at ACTH-præparaterne i 1955 er ordineret i større udstrækning end i 1954.

Den gennemsnitlige udgift pr. medlem til særlig betydningsfuld medicin er ligeledes steget fra 1954 til 1955. I gennemsnit pr. medlem for de kasser, der yder dispensationsmedicin, udgør stigningen 6,4 pct., og for de kasser, der ikke yder dispensationsmedicin, 2,8 pct. Endelig er den gennemsnitlige udgift pr. medlem til dispensationsmedicin fra 1954 til 1955 steget med 9,3 pct.

Stigningen i udgiften til såvel særlig betydningsfuld medicin som dispensationsmedicin skyldes formentlig den stedse større anvendelse af dyre patentmediciner.

I tabel II er anført diverse bysygekassers gennemsnitlige udgift pr. medlem til medicin i årene 1953, 1954 og 1955.

Tabel II	Kasser med dispensationsmedicin			Kasser uden dispensationsmedicin		
	1953 kr.	1954 kr.	1955 kr.	1953 kr.	1954 kr.	1955 kr.
Gruppe II, særlig betydningsfuld medicin	6,50	6,98	7,43	7,42	7,61	7,82
Gruppe III dispensationsmedicin	2,16	2,27	2,48	—	—	—
	8,66	9,25	9,91	7,42	7,61	7,82

Sygekasser, der foretager kontrol af deres medicinudgifter i henhold til den fra samvirksomheden udsendte vejledning vedrørende kontrol med kassernes medicinudgifter (Sygekassetidende februar måned 1955, side 40), bør erstatte de i vejledningen anførte gennemsnitstal med de i tabel II for året 1955 anførte gennemsnitstal.

Sygekasser, hvis gennemsnitsudgift pr. medlem til medicin for året 1955 ligger over de af samvirksomheden udarbejdede gennemsnitstal, bør foretage en nøje kontrol af deres medicinudgifter i overensstemmelse med ovennævnte revisionsvejledning. Til brug ved eventuel forhandling med kassernes læger om disses medvirken for nedbringelse af kassernes medicinudgifter, skal vi henlede opmærksomheden på den ved samvirksomhedens foranstaltning udarbejdede og i Sygekassetidende for april måned 1956, side 98, omtalte medicinpjece.

FOLKEFORSIKRINGEN
og invalidepræmierne.

I anledning af bladets artikel i februar-nr., side 46, om sygekassernes og fortsættelsessygekassernes bemærkninger til socialministerens forslag til ændringer i folkeforsikringsloven, bl.a. forslag om forhøjelse af invalidepræmierne, har vi modtaget følgende.

Alle kan vist dele forretningsudvalgenes ønske (jfr. Sygekassetidende 1956, nr. 2) om forenkling vedrørende invalidepræmierne samtidig med, at en forhøjelse eventuelt skal finde sted. Et gammelt ord siger noget om, at rækker man en vis mand lillefingeren, vil han forsøge at tage hele hånden, og i dette tilfælde tør man måske bede om lidt mere end lillefingeren, selv om man nødigt vil sammenlignes.

Følgende er mit forslag til en ændring af vedtægtens afsnit II, § 28:

Det påhviler de invalideforsikrede fra

a) optagelsen i sygekassen eller
b) kalenderårets begyndelse i det år, medlemmet fylder 18 og indtil udgangen af det kalenderår, hvori medlemmet fylder

a) 64 år eller
b) 59 år

inkluderet i sygekassemedlemsbidraget årligt at betale en ensartet præmie

fra 1. januar 1957 på kr. 14,40 (nærmest delelige med 120!),
fra 1. januar 1960 på kr. 18,00 (nærmest delelige med 120!).

Invalidepræmien fordeles ligeligt over sygekassens normale betalingsterminer.

Sådanne betalingspligtige medlemmer benævnes P.-medlemmer og bidragene (såvel nydende som bidragydende) for P.-bidrag.

Undtagne fra betalingspligten er:

1) medlemmer, der ikke ved optagelsen kunne indtræde i invalideforsikringen; dog at senere indtræden medfører betalingspligt (P.-bidrag) fra følgende normale betalingstermin.
2) medlemmer, der oppebærer invaliderente eller hvis invaliderente holdes hvilende; dog kun fra det kalenderårs begyndelse, hvori meddelelse om tilståelse af invaliderente fremsendes.
3) medlemmer, der aftjener værnepligt; dog højst 24 måneder.

Sådanne fritagne medlemmer benævnes U.-medlemmer, og bidragene (såvel for nydende som bidragydende) benævnes U.-bidrag.

Man vil bemærke, at præmien er beregnet på at være delelig med 120, hvorved undgås måneds- eller kvartalsbidrag endende på 5 øre. Alle bidrag bør fremtidig ende på 0! En lille ændring med stor virkning.

Man vil også bemærke, at der er 2 forslag vedrørende medlemmernes betalingspligtige perioder. Forslag a medfører en længere betalingsperiode, men medfører samtidig en betydelig lettelse, idet man ved en sådan ændring kun skal finde de medlemmer, der i det følgende kalenderår fylder 65 år, og ved årsskiftet overføre disse til U.-

medlemmer. Alle andre ÷ de få undtagelser, der har særrettigheder, vil være betalingspligtige.

Præmiestørrelsen er kun skitsemæssigt anført og vil naturligvis være afhængig af betalingsperiodens længde. Beløbene er delelige med 120, og opfylder således kravene med hensyn til det ønskværdige i, at alle medlemsbidrag skal ende på 0 øre.

Hensigten med dette forslag er at omlægge sygekassens afregning med invalideforsikringen således, at betalingen sker efter beregnet sum i årsregnskabet skema II: Invalideforsikringen.

Summen udregnes ved at gange antallet af præmiebetalende invalideforsikrede medlemmer under punkt A med den fastsatte årspræmie. Fremtidige opgørelser vil ske på grundlag af antallet af P.-medlemmer; dog at der i begge tilfælde fratrækkes antallet af restanter overgivet til kommunen, samt tidligere forgæves udpantede, der ikke ved nytårsskiftet har afregnet. For restanter m. m. afregnes senest følgende 1. september.

Fordelene opnået ved en sådan ændring er følgende:

I) ingen opdeling efter (eller i forbindelse med) modtagelsen af de daglige indbetalinger af medlemsbidrag,

II) et meget reduceret antal ændringer i årets løb vedrørende medlemsbidrag. (Antagelig kun for dagpengeforhøjelser — invaliderentebevillinger eller det modsatte),

III) mulighed for mere effektiv kontrol med indgåede medlemsbidrag, idet en eller anden form for anvisning af indeværende års medlemsbidrag så vil kunne gennemføres uden større besvær. Her tænkes på, at sygekasserne på grundlag af årsopgørelsen kan udlede den samlede sum for årets bidrag (forventet), og at tilgang af medlemmer tilføres med beløb samt at afgang af medlemmer fratrækkes med beløb. Udført rigtigt vil man ved årsafslutningen have nået en sum, der svarer til indgåede indeværende års medlemsbidrag + opgjorte restancer.

Forslaget vil for enkelte kasser virke uheldigt. Det er kasser, hvis medlemstal er unormalt stort ved årsafslutning som følge af vinterkursers afholdelse indenfor kassens område. Sådanne kasser bør gives adgang til at dokumentere skævheden, og at en eventuel udligning bør finde sted. Det drejer sig om ganske få kasser, som regel af en mindre størrelse, hvorfor det ville være urimeligt at gøre en uret imod dem.

Muligheder for endnu større lettelser er muligvis til stede, men bare denne forholdsvis beskedne reform vil betyde et stort fremskridt i en forenkling af det daglige arbejde, og et fremskridt, der ikke behøver større omlægning.

Med tak for optagelsen.

G. Marott,
Korsør.

Karnov's lovsamling.

Anmeldelse.

Karnov's lovsamling, 5. udgave, foreligger nu komplet.

For de, som stadig er henvist til at søge oplysninger i de gældende love, er lovsamlingen en uvurderlig hjælp. Mindre sygekasser kan vel klare sig med at anskaffe folkeforsikringsloven og forsorgsloven og måske et par enkelte love til, men de større sygekasser, som jævnligt står i den situation at skulle hente oplysninger snart i en lov og snart i en anden, må nødvendigvis have samtlige love ved hånden.

For disse sygekasser er det så heldigt, at Karnov indeholder gældende love med fuldstændig lovtekst og i tilgift fortrinlige kommentarer. Det vil sige, at den ikke særlige lovkyndige her kan hente oplysninger ikke blot om loven, men også kan få oplysninger om fortolkninger til lovene, oplysninger om domme samt oplysninger om bekendtgørelser og cirkulærer, der er udstedt i forbindelse med de forskellige love.

Til lovsamlingen er udarbejdet ikke mindre end tre registre således, at det er forholdsvis let at finde frem til den lov, som man søger. Ikke mindst sagregistret er værdifuldt for den, som ikke har særligt kendskab til lovgivningen.

Karnov's lovsamling har endvidere den fordel, at man gennem tillæg, som man kan få månedligt eller en gang om året, holdes à jour med de nye love. I selve lovsamlingens to bind findes samtlige gældende love fra 1665 til 1955 og gennem tillæggene bliver man bekendtgjort med nye love.

Lovsamlingen redigeres af professor, dr. jur. Stephan Hurwitz og professor, dr. jur. W. E. Eyben, og der har medvirket et halvt hundrede kvalificerede specialister som medarbejdere på de omfattende kommentarer, som alle love er forsynet med.

Generalforsamlinger og repræsentantskabsmøder landet rundt.

Februar og marts er status-måneder for sygekasserne. Efter den store travlhed med afslutning af regnskaberne og bestyrelsens vurdering af resultaterne lægges virksomheden i det forløbne år frem til godkendelse af medlemmerne.

Men årsmøderne beskæftiger sig som bekendt ikke alene med den afsluttede virksomhed. På møderne forelægger bestyrelserne deres planer for det kommende år. Det kan være forslag til forbedring af sygekassernes ydelser, forslag om kontingentforhøjelse eller ændring af forvaltningen. Endelig er generalforsamlingerne en slags skiftedag for sygekassernes tillidsmænd, hvor der tages afsked med ældre veltjente tillidsmænd og vælges nye for de kommende år.

Også i dette forår har der været en livlig virksomhed på generalforsamlingerne og repræsentantskabsmøderne landet rundt. Gennem klip fra dagspressen har vi haft lejlighed til at følge denne virksomhed i en del af sygekasserne. I det følgende skal vi fortælle lidt herom.

På repræsentantskabsmødet i Rønne sygekasse vedtog man at tiltræde overenskomsten med Provinsøjenlægernes Organisation, samt forhøje kassens tilskud til køb af briller. Som følge af øgede udgifter til disse ydelser samt stigning i kassens udgifter til sygehjælp iøvrigt vedtoges en kontingentforhøjelse på 1 kr. månedlig.

Allinge-Sandvig sygekasse vil ligeledes tiltræde øjenlægeoverenskomsten i løbet af året. Da der havde fundet en forholdsvis stærk stigning sted af kassens sygehjælpsudgifter, stillede formanden en kontingentforhøjelse i udsigt. Et medlem efterlyste indførelse af fuld tandpleje, men bestyrelsen havde besluttet at undersøge, hvad dette ville koste, forinden man stillede forslag om denne ydelse.

På generalforsamlingen i Den almindelige sygekasse i Nakskov udtalte formanden, at der var grund til at råbe et kraftigt vagt i gevær over for de stigende udgifter til tandpleje. Kommer der ikke andre priser på tandbehandling, må sygekassen muligvis gå samme vej som kommunen, der som følge af konflikten vedrørende skoletandplejen har oprettet en skoletandklinik.

På årsmødet i Rudkøbing sygekasse drøftede man navnlig sygekassens udgift til medicin, der gennemsnitlig pr. medlem er en af de højeste i landet. Trods lægernes tilsagn om at være behjælpelig med at bringe medicinudgifterne ned, stiger disse stadig. Som følge af stadigt stigende sygehjælpsudgifter iøvrigt vedtoges en kontingentforhøjelse på 1 kr. månedlig.

Formanden for Marstal sygekasse sagde i sin beretning på generalforsamlingen, at året 1955 var forløbet roligt. Bestyrelsen havde beskæftiget sig med spørgsmålet om revision af regnskaberne; direktoratet havde ønsket statsautoriseret revision, men dette var afslået gennem centralforeningen, der ikke ønskede at give afkald på valgte revisorer blandt medlemmerne. Man måtte i den forbindelse også huske, at 3/4 af de penge, der går ind, er medlemmernes egne penge. Også i denne kasse stilledes en kontingentforhøjelse i udsigt.

1955 havde også været et nomalt år for Ærøskøbing sygekasse. Bestyrelsen havde i årets løb søgt at få adgang til indlæggelse af sine medlemmer på sygehuset i Svendborg, når deres speciallæge fandt det nødvendigt at foretage operation. En tilfredsstillende ordning var ikke opnået, men bestyrelsen fulgte stadig sagen.

I Dalum sygekasse vedtog man at forhøje såvel sygekassens tilskud til briller som børnebegravelseshjælpen. Forretningsføreren påtalte skarpt visse medlemmers misbrug af lægernes aftenkonsultation. En enkelt læge var blevet misbrugt så stærkt, at han ved sin aftenkonsultation sendte de medlemmer hjem, som han vidste havde tid til at møde i dagkonsultation.

På Næstved sygekasses repræsentantskabsmøde takkede formanden Næstved kommune for en forhøjelse af kommunens tilskud til 1,50 kr. pr. indbygger til hjemmesygeplejen og 2,50 kr. pr. nydende medlem til kassens drift, ialt en forhøjelse på ca. 10.000 kr. Sygekassen havde i 1955 tilsluttet sig centralforeningens overenskomst med hudlægerne. Som følge af stigende udgifter vedtoges kontingentforhøjelse med 1 kr. pr. medlem.

På repræsentantskabsmødet i sygekassen Enigheden i Holbæk meddelte formanden, at året 1955 havde artet sig således, at kassen kunne undgå kontingentforhøjelse; der havde kun været et mindre underskud på regnskabet. En indgået overenskomst mellem bylægerne og sygekassen godkendtes.

Formanden for Fakse kommunes sygekasse omtalte på generalforsamlingen, at sygeligheden inden for sygekassen var væsentlig større end inden for de øvrige sygekasser, der betjenes af lægerne i Fakse. Således lå udgiften til lægehjælp, tandpleje, sygehusbehandling og medicin over gennemsnitsudgiften inden for området.

Sygekassen havde forsøgt at få udgiften bragt ned. Således var kassens recepter for tiden til revision hos cen-

tralforeningen. Man drøftede videre en udvidelse af kassens ydelser til speciallægebehandling.

På Sorø sygekasses generalforsamling drøftede man et forslag fra nogle medlemmer om indførelse af aftenkonsultation hos lægerne. Forslaget ville sikkert ikke kunne gennemføres, da lægerne kun har pligt til at have aftenkonsultation i byer med over 15.000 indbyggere. Der måtte regnes med kontingentforhøjelse i løbet af 1/2 år.

På Blovstrød-Lillerøds sygekasses generalforsamling godkendtes, at bestyrelsen havde tilsluttet sygekassen overenskomsten mellem centralforeningen og hudlægerne.

Skagen sygekasse vedtog på sin generalforsamling at forhøje kassens tilskud til briller, samt ændre pengehjælpens varighed til 182 dage uden ophold. Man drøftede videre spørgsmålene om afskaffelse af kontrolafgifterne; sygekassen havde søgt om direktoratets tilladelse hertil, men fået afslag. En henvendelse til lægerne om aftenkonsultation var ligeledes blevet afvist.

På Struer sygekasses generalforsamling meddeltes, at kassen havde tilsluttet sig centralforeningens overenskomst med hudlægerne. På grund af lavere indtægter og større udgifter vedtoges en kontingentforhøjelse på 50 øre månedlig.

Også Silkeborg sygekasse har vedtaget at forhøje sit kontingent, og det med 1 kr. månedlig. Forhøjelsen skyldtes de stigende udgifter til sygehjælp, hvorimod forvaltningsudgifterne var faldet.

Repræsentantskabet for sygekassen »Århus« vedtog en kontingentforhøjelse på 90 øre månedlig. Denne rammer dog ikke alle medlemmer fuldt ud, men kun medlemmer med lave dagpenge. For medlemmer med dagpengesatser, der hidtil havde givet overskud, ville kontingentet blive sat ned fra 10 til 50 øre månedlig. Formanden udtalte håbet om, at denne nedsættelse af kontingentet for de større dagpengesatser ville bevirke, at medlemmerne i stigende grad ville sikre sig højere pengehjælp.

På generalforsamlingen i sygekassen Sct. Clemens i Århus henstillede formanden til lægerne, at disse ved ordination af lægemidler tog hensyn til sygekassens økonomi ved at ordinere de billigst mulige lægemidler. Det vedtoges at forhøje kontingentet med 75 øre månedlig.

I Odder har sygeligheden i 1955 ikke været større end årene forud, udtalte formanden for Odder kommunes sygekasse på generalforsamlingen. Bestyrelsen havde ønsket at stille forslag om forhøjelse af kassens tilskud til massage og briller, men havde af hensyn til de stigende udgifter afstået herfra.

På generalforsamlingen i Skibet sogns sygekasse i Vejle amt beklagede formanden, at kassens antal af nydende medlemmer var gået ned som følge af, at mange var blevet slettet på grund af restance. Det vedtoges at forhøje kassens maksimumstilskud til bade og massage til 75 kr. inden for 12 måneder, ligesom bestyrelsens beslutning om, at kassen skulle abonnere på HELSE til samtlige medlemmer fra 1. april og året ud, godkendtes.

Ejstrup sogns sygekasse i Skanderborg havde større tilslutning til sin generalforsamling end sædvanlig. Årsagen hertil var behandling af et indsendt forslag om, at kassen skulle yde fuld tandpleje. Forslaget blev vedtaget. I anledning af, at sygekassen i år har bestået i 50 år, blev mødedeltagerne budt på kaffe efter mødet.

Skanderup sogns sygekasses generalforsamling formede sig i år som en afskedsfest for en ved kassen praktiserende læge gennem 40 år. Lægen, der var mødt op, blev takket for godt sam-

arbejde af såvel formand som kasserer, ligesom flere medlemmer takkede lægen for god behandling gennem tiden. Lægen havde enkelte steder været familiens læge gennem fem generationer.

Kolding sygekasses repræsentantskab vedtog at forhøje kontingentet med 1 kr. månedlig. Forhøjelsen skyldtes stigende udgifter. Kassen havde således i 1955 haft et driftsunderskud på 92.000 kr. Kassen har ca. 15.000 medlemmer.

På generalforsamlingen i den almindelige sygekasse i Ribe meddeltes, at medicinudgiften stadig var kassens ømme punkt. Man havde sendt en skrivelse ud til lægerne med opfordring til at ordinere den billigst mulige medicin.

Fredericia sygekasse har også for 1955 kunnet notere en mindre, men glædelig nedgang i medicinudgifterne, oplystes det på kassens repræsentantskabsmøde. Året var sluttet med et overskud på ca. 92.000 kr. Trods stigende udgifter kunne man således undgå en kontingentforhøjelse foreløbig.

Udover de allerede nævnte spørgsmål var der tre spørgsmål, som blev behandlet på så godt som samtlige sygekassers årsmøder. Disse tre spørgsmål var De samvirkende centralforeningers henvendelse til regering og folketing om ændring af sygekassernes dagpengeydelse. På alle møder udtaltes håbet om, at lovgivningsmagten snarest tog problemet op til løsning. Det andet spørgsmål var de angreb, sygekasserne havde været ude for fra visse lægers side. Man kunne ikke godkende denne kritik, som efter alles mening skød langt over målet og i alt fald ikke kunne virke befordrende for et godt forhold læger og sygekasser imellem. Det tredie og sidste fællesspørgsmål, der behandledes på møderne, var sygekassernes nye blad HELSE. De fleste steder var bladet blevet godt modtaget af medlemmerne.

Uddannede husmoderafløseres løn fra 1. april 1956.

Socialministeriets cirkulære af 21. marts 1956.

Efter de fra 1. april 1956 gældende ændringer af reguleringstillæggene m. v. til statens tjenestemænd udgør de grænser for den samlede refusionsberettigende løn til uddannede husmoderafløsere og dermed ligestillede, der til vejledning er angivet i cirkulære nr. 119 af 12. juni 1952 om husmoderafløsning, følgende beløb for husmoderafløsere i København, Frederiksberg og Gentofte:

	Årsløn kr.	Timel. kr.
Forsørgere i tjenestemandslovens forstand	10.572,00	4,24
Ikke-forsørgere over 30 år.....	9.412,08	3,77
Ikke-forsørgere mellem 25 og 30 år	8.476,08	3,40
Ikke-forsørgere under 25 år	8.284,08	3,32

I de øvrige dele af landet formindskes de nævnte lønningsgrænser på grund af forskellen i stedtillæg med følgende beløb:

Stedtillægssats	Årsløn kr.	Timeløn kr.
b	144	0,06
c	282	0,11
d	384	0,15
e	540	0,22
intet stedtillæg ..	648	0,26

For husmoderafløsere, der ikke har gennemgået den i arbejds- og socialministeriets cirkulære af 12. juni 1952 omhandlede uddannelse, kan til refusion fremdeles kun anmeldes en lønning af samme størrelse som den løn, der normalt ydes på den pågældende egn for tilsvarende husligt arbejde.

Ulykkesforsikringsloven.

Forhøjelse af erstatningerne som følge af pristallets stigning.

I april nr. bragte vi på side 110 visse oplysninger om størrelsen af de erstatninger, der fra 1. april d. å. kan udbetales i henhold til lov om ulykkesforsikring. Efter opfordring skal vi bringe følgende:

Som følge af pristallets stigning stiger erstatningerne efter ulykkesforsikringsloven fra 1. april d. å., idet dyrtidstillægget fra nævnte dato stiger fra 30 til 35 pct., således at maximumårslønnen, hvis grundbeløb er 5.000 kr., i det kommende finansår bliver 6.750 kr.

Det betyder, at den højeste dødserstatning bliver 27.000 kr. til en enke, og 47.250 kr., når der foruden enke efterlades andre erstatningsberettigede.

Ved fuld invaliditet bliver den årlige rente maximalt 4.500 kr., hvilket for en yngre mand svarer til et eengangsbeløb på ca. 88.000 kr. Dagpengenes maximum bliver kr. 16,88 og begravelseshjælpen kr. 472,50.

Satserne kommer uden videre til anvendelse på alle ulykkestilfælde, der sker efter 1. april 1956, men får også virkning for løbende renter og dagpenge for skader, der er sket siden 1. april 1947.

De anerkendte ulykkesforsikringsselskaber er berettiget til at foretage en forhøjelse af præmien svarende til de forhøjede erstatninger.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 11/1956.

Ny affattelse af mønstervedtægtens § 8, nr. 11, om massage, sygegymnastik, diatermi og bade.

Efter forhandling med De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark skal direktoratet herved meddele, at bestemmelsen i § 8, nr. 11, i vedtægten for de kasser, der har denne bestemmelse, fremtidig bør affattes således:

»*Nr. 11). Massage, sygegymnastik, diatermi, bade.*

a) Erklærer sygekasselægen massagebehandling eller sygegymnastik nødvendig, yder kassen .... (2/3) af den i landsoverenskomsten mellem »De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark« og »Danske fysioterapeuter« fastsatte betaling.

Kassen yder ligeledes .... (2/3) af af den i landsoverenskomsten fastsatte betaling for diatermi, der efter sygekasselægens ordination ydes på dertil godkendt klinik og med benyttelse af apparater, der er godkendt af sundhedsstyrelsen.

Kassen betaler kun for behandling, der er givet efter reglerne i landsoverenskomsten, og den yder ialt til massage, sygegymnastik og diatermi højst .... kr. indenfor 12 på hinanden følgende måneder for et medlem eller hvert barn.

b) Erklærer sygekasselægen badebehandling nødvendig, yder kassen

.... (2/3) af udgiften til sådan behandling på den eller de bade- eller kuranstalter, med hvilke centralforeningen har en af direktøren godkendt overenskomst. Kassen yder dog til badebehandling højst.... kr. indenfor 12 på hinanden følgende måneder for et medlem eller hvert barn.«

Bestemmelsen — som altså kun gælder de kasser, der i forvejen har § 8, nr. 11a og/eller b i deres vedtægt — bør noteres i bestyrelsens forhandlingsprotokol og forelægges førstkommende generalforsamling i kassen til bekræftelse, således at bestemmelsen dog træder i kraft straks efter modtagelsen af dette nr. af Sygekassetidende. Såfremt kassen i nær fremtid skal trykke nyt oplag af vedtægten, bør bestemmelsen medtages i den nye affattelse. Skal der derimod ikke i det første års tid trykkes nye vedtægter, vil kassen kunne vente med at trykke tillægsblade, indtil der på grund af andre ændringer af vedtægten alligevel skal trykkes tillægsblade til fordeling blandt medlemmerne.

Nr. 12/1956.

Meddelelse af 28. marts 1956 fra direktoratet for sygekassevæsenet til de anerkendte sygekasser, fortsættelsessygekasser og kommmunalbestyrelserne (de sociale udvalg) angående forhøjelse af de månedlige beløb, der af invalide- og aldersrenten kan ydes rentemodtagende patienter på anerkendte tuberkuloseinstitutioner til småfornødenheder.

I skrivelse af 23. marts 1956 har socialministeriet tiltrådte en indstilling fra direktoratet for sygekassevæsenet angående forhøjelse af de månedlige beløb, der af renten kan ydes til småfornødenheder for rentemodtagere, der er indlagt på en statsanerkendt tuberkulosestation.

Det anførte månedlige beløb har hidtil været 40 kr., og det har været en forudsætning, at patienten af dette beløb afholdt udgiften til sygekassekontingent.

Socialministeriet har nu ved fornævnte skrivelse udtalt, at ministeriet intet finder at erindre imod, at der fra 1. april 1956 at regne ydes rentemodtagende patienter på de omhandlede tuberkulosehelbredelsesanstalter et månedligt beløb til småfornødenheder på indtil 45 kr., og at der herudover af renten ydes disse patienter hjælp til betaling af kontingent som nydende eller bidragydende sygekassemedlemmer.

Direktoratet vil herefter fremtidig i sine erklæringer i medfør af folkeforsikringslovens § 53 om rentens anvendelse under rentemodtageres ophold på anerkendte tuberkuloseinstitutioner fra 1. april 1956 at regne følge de nu fastsatte retningslinier forudsat, at betingelserne iøvrigt er til stede for, at der af renten kan ydes beløb til de anførte formål.

For så vidt angår rentemodtagere, der for tiden er indlagt på de nævnte institutioner, og hvor direktoratet i sine tidligere afgivne erklæringer har tiltrådt, at der ydes patienten det hidtil fastsatte beløb på 40 kr., vil direktoratet kunne indgå på, at beløbet fra 1. april 1956

forhøjes til 45 kr., og at der derudover af renten ydes hjælp til betaling af sygekassekontingent.

Såfremt den nu indførte ordning i det enkelte tilfælde måtte give anledning til tvivl, skal direktoratet anmode om, at sagen forelægges direktoratet til ny erklæring.

Nr. 13/1956.

Forhøjelse af takst på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på rekonvalescenthjemmet »Trelde Sande« ved Fredericia er fra 1. maj 1956 at regne forhøjet til 10 kr. pr. døgn.

Nr. 14/1956.

Om henførelse af den bymæssigt bebyggede del af Dronninglund kommune til en gruppe med højere indtægtsbeløb med hensyn til alders- og invaliderente, jfr. folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, samt til en deraf følgende højere indtægtsgrænse med hensyn til ubemidlethed i folkeforsikringslovens forstand, jfr. folkeforsikringslovens § 6, stk. 2.

I skrivelse af 26. marts 1956 har socialministeriet meddelt, at den bymæssigt bebyggede del af Dronninglund kommune i henhold til folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, jfr. lov om offentlig forsorg, § 194, stk. 6, vil være at henføre til kommunegruppe II fra 1. april 1956 at regne.

Det tilføjes, at ministeriets samtykke tillige omfatter tilladelse til at anvende den for købstæder m. v. gældende indtægts- og formuegrænse ved bedømmelsen af de indtægts- og formueforhold, der som regel betinger en persons optagelse eller forbliven i statsanerkendt sygekasse som nydende medlem, jfr. socialministeriets bekendtgørelse af 5. december 1955.

Nr. 15/1956.

Godkendelse af badeanstalt.

Den fysioterapeut Ingeborg Wikkelsø-Rasmussen tilhørende badeanstalt, Alfred Christensens Vej 6, Nærum, er godkendt til brug for sygekassemedlemmer.

Nr. 16/1956.

Ændring i reglerne for anvendelsen af folkeforsikringslovens § 53, for så vidt angår invaliderente under kortvarige ophold på anerkendt anstalt, etableret inden invalideforsikringsrettens invaliditetskendelse foreligger.

Når invalideforsikringsretten har afsagt invaliditetskendelse, har direktoratet efter hidtil gældende praksis afgivet § 53-erklæring, hvad enten opholdet var af langvarig eller kortvarig karakter, d. v. s., at erklæring også har været afgivet, for så vidt angår ophold, der ikke har strakt sig udover indlæggelsesmåneden og den følgende måned.

I skrivelse af 3. april 1956 har socialministeriet nu godkendt en indstilling fra direktoratet for sygekassevæsenet om ændret praksis, således at § 53-vurdering fremtidig kun skal finde sted, når anbringelsen strækker sig udover indlæggelsesmåneden og den følgende måned.

Reglen bliver herefter den, at invaliderenten ved sådanne kortvarige ophold, etableret før invaliditetskendelsen, udbetales rentemodtageren, såfremt betingelserne herfor iøvrigt måtte være til stede.



Samvirkende Centralforeninger

Nr. 8/1956.

Dyrtidstillægget fra 1. april 1956.

Som meddelt i Sygekassetidende for marts måned d. å., side 78, samvirksomhedens meddelelse 5/1956, er pristalstillægget til grundhonorarerne i en række overenskomster på grundlag af det i januar måned d. a. meddelte lønregulerende pristal 408 udregnet til 40 pct.

Da Dansk Tandlægeforening over for samvirksomheden har gjort gældende, at dyrtidstillægget vil være at udregne til 42 pct. på grundlag af det almindelige pristal (410), og det ikke har været muligt at opnå enighed om spørgsmålet, er dette af parterne indbragt til afgørelse af en særlig voldgiftsret.

Meddelelse om voldgiftsrettens kendelse vil formentlig foreligge i begyndelsen af maj måned.

Nr. 9/1956.

Konflikten mellem Dansk Tandlægeforening og flere kommuner om ydelse af skoletandpleje.

I fortsættelse af vor meddelelse 8/1955 i Sygekassetidende for september 1955, side 227, skal vi herved meddele, at forhandlingerne mellem Købstadsforeningen, De samvirkende sognerådsforeninger og Foreningen af kommuner med bymæssig bebyggelse på den ene side og Dansk Tandlægeforening på den anden side om overenskomst vedrørende ydelse af skoletandpleje ved deltidsbeskæftigede kliniktandlæger og privatpraktiserende tandlæger er genoptaget.

Sygekasserne kan derfor ikke, så længe der føres forhandlinger, påtage sig at yde tandpleje til børn, der normalt ville være omfattet af skoletandplejen.

Færøerne.

Indtægts- og formuegrænser.

Ifølge bekendtgørelse af 22. marts 1956 fra socialministeriet er der med gyldighed fra 1. oktober 1955 fastsat følgende indtægts- og formuegrænser for medlemmer af sygekasserne på Færøerne på grundlag af faglærte arbejderes årsindtægt ved fuld beskæftigelse:

Indtægt ..... 9.500 kr.

For forsørgere af et barn eller flere børn under 15 år forhøjes ovenstående beløb med 900 kr. for hvert barn.

Som maksimum af formue for ubemidlede nydende medlemmer fastsættes:

For enligtstillede personer 31.000 kr.
Familieforsørgere ..... 44.000 kr.

Dødsfald.

I begyndelsen af marts måned afgik formand for Hellebæk-Aalsgaarde sygekasse i Frederiksborg amt, lagerarbejder *Harald Jensen,* ved døden. Harald Jensen havde været formand for sygekassen i 17 år.

Mærkedage

35 års jubilæum.



For kort tid siden kunne landpostbud *P. A. Hjuler* fejre 35 års dagen for sin tiltrædelse som formand og kasserer for Hygum sygekasse i Haderslev amt. Han var medstifter af sygekassen i 1920 og var indtil 1938 formand for denne. Ved deling af formands- og kassererposten i 1938 blev han kasserer for sygekassen.

P. A. Hjuler er endvidere filialbestyrer for Rødding sparekasse, ligesom han i en årrække har været medlem af sognerådet.

25 års jubilæum.

Den 23. marts var det 25 år siden, bogtrykker Joen A. Rasmussen blev indvalgt i bestyrelsen for Torshavn sygekasse. I 1935 blev han formand for sygekassen og i 1950 valgtes han til formand for Centralforeningen af sygekasser på Færøerne.

I marts 1931 indtrådte ligeledes byrådsformand J. P. Henriksen i bestyrelsen for Torshavn sygekasse. Han valgtes senere til næstformand.

Fratræden.

Med afslutningen af regnskabet for 1955 fratrådte snedker *P. Lysgaard* efter eget ønske som revisor for Brovst sogns sygekasse. Efter i en kort årrække at have været medlem af bestyrelsen blev han i 1928 valgt til revisor. Snedker P. Lysgaard omfattede sit arbejde i sygekassens tjeneste med stor interesse og var ved sin dygtighed med til at skabe respekt for sygekassesagen. På generalforsamlingen blev han udnævnt til æresmedlem af sygekassen.

På repræsentantskabsmødet den 23. marts fratrådte murerformand Svend Hedeager, Århus, som formand for sygekassen »Århus«. Hedeager er født 5. december 1881. Blev indvalgt i bestyrelsen i 1926 og har været formand siden 1940. I Hedeagers formandstid har sygekassen gennemgået en betydelig udvikling. Straks ved hans tiltræden blev sygekassens forretningsgang moderniseret, idet sygekassen »Århus« som en af de første indførte maskinkvitteringssystemet og maskinbogholderi. Hjemmesygepleje indførtes i 1942 og husmoderafløsning i 1945.

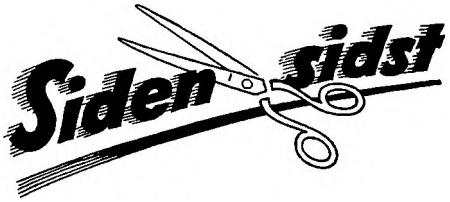


Også fra anden side har man lagt beslag på Hedeagers arbejdskraft. Han har således været formand for murernes hjælpesygekasse i 35 år og har i de sidste 13 år siddet i tilsynsrådet for Arbejder Spare- og Laanekassen for Århus og Omegn.

I sine yngre år var Hedeager aktiv inden for sporten og har gennem 30 år haft tillidshverv inden for Århus atletklub, Jydsk atletunion og i hovedbestyrelsen for Dansk atletunion. Han er æresmedlem af disse 3 sportsorganisationer og modtog i 1928 Dansk idrætsforbunds hæderstegn.

Trods sin alder er Hedeager stadig aktiv inden for sit fag og anerkendt som en dygtig arbejdsleder.

Til ny formand i sygekassen »Århus« valgtes maskinmester Waldemar Laursen, født 19. december 1898. Han indvalgtes i repræsentantskabet i 1940 og i bestyrelsen i 1945.



Bestyrelsen for *Værløse sygekasse* har som forretningsfører fra 1. juli ansat assistent Helge Højstrup, sygekassen »Vigerslev«, København. Højstrup har været ansat hos de københavnske sygekasser siden 1938. Der var 24 ansøgere til stillingen.

★

Tømrer *E. W. Hansen,* formand for Bælum-Solbjerg sygekasse og kasserer for Centralforeningen af sygekasser i Aalborg amt, havde den 1. april været medlem af Bælum-Solbjerg sogneråd i 35 år.

★

Centralforeningen af sygekasser i Hjørring amt afholder i weekenden den 12. og 13. maj et kursus i sygekasseproblemer for kassernes tillidsmænd i feriebyen Skallerup Klit. Der er lagt et omfattende program for kurset. Lørdag eftermiddag samles deltagerne i grupper til drøftelse af forskellige praktiske problemer. Om aftenen taler samvirksomhedens forretningsfører H. C. Hansen om »Sygekassernes stilling i sygdomsbekæmpelsen«. Søndag formiddag indleder landsformand Ernst Larsen om muligheden for sygekasserne at yde bedre sygehjælp under den nuværende lovgivning. Over middag bliver der foredrag af en sygehuslæge, hvorefter kurset afsluttes.

Bestyrelsen for *centralforeningen i Ringkøbing amt* arbejder for tiden med planer om oprettelse af et sygekassernes rekonvalescenthjem i amtet.

★

Nordisk samarbejde. Med mellemrum mødes repræsentanter for de nordiske sygekasseorganisationer for at udveksle erfaringer. I begyndelsen af maj måned samles man atter til sådan drøftelse, denne gang i København.

★

I Tidens Kvinder har den tidligere læge, nu godsejer *C. U. Salk,* i et interview beskyldt sygekasserne for at ville have medlemmerne indlagt på sygehus, for at slippe for at betale lægehjælp. Kommentarer til denne bemærkning er overflødige.

★

Arbejdet med opførelsen af sindssygevæsenets nye *plejehjem i Ballerup* er foregået i et så stærkt tempo, at der sidst i marts holdtes rejsegilde på hjemmet. Hjemmet, der får plads til 250 patienter, ventes klar til brug til foråret 1957.

★

Viborg amt får privat *hvilehjem.* Viborg amtsråd har godkendt een mellem Roslev sogneråd og bestyrerinde Kirstine Jespersen, Roslev, indgået aftale om oprettelse af et hvilehjem i Roslev.

Nyt initiativ i kampen mod arbejdsulykkerne.

Tidsskriftet »Pas På«, der som bekendt igennem en årrække har gjort en indsats i bekæmpelsen af færdselsulykkerne, er fra januarnummeret blevet stærkt udvidet og vil fremtidig gå ind for ulykkesbekæmpelse over en bred front, idet dog navnlig arbejdsulykkerne vil komme i ilden.

I modsætning til de fleste industrilande har Danmark ikke hidtil haft noget arbejderbeskyttelsestidsskrift, men efter at »Arbejderbeskyttelsesfondet« har indledet samarbejde med »Rådet for større Færdselssikkerhed« om udgivelsen af »Pas På«, er dette savn afhjulpet, og det er af stor værdi, at arbejdstilsynet herigennem får et meddelelsesblad, hvor arbejderbeskyttelsesproblemer kan diskuteres og belyses.

Det første nummer af »Pas På« i dets nye, moderniserede skikkelse foreligger nu, og det behandler dels sagligt og dels populært så forskelligartede emner som byggeplaner, sikkerheden i landbruget, støj, elektriske uhyrligheder i grusgravene og meget andet, foruden at der som sædvanlig er aktuelt færdselsstof.

Bladet er trykt i et oplag af 10.000 eksemplarer, som i løbet af den nærmeste tid vil blive fordelt til steder, hvor man tænker sig, at der vil være interesse for at tegne abonnement på bladet. Der er ingen tvivl om, at et blad som »Pas På« har en mission, og man kan absolut anbefale enhver, der vil være med til at bekæmpe ulykkerne, og som måske har savnet sagkyndig vejledning på dette område, at holde bladet.

Erindringsliste

1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Regnskab og beretning til Sygekassedirektoratet.

Sygekasser, der har repræsentantskab, skal umiddelbart efter afholdelsen af ordinært repræsentantskabsmøde, senest inden udgangen af maj måned, tilstille Direktoratet for Sygekassevæsenet *regnskab og beretning for året 1955.*

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schiølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . juni 1956 . nr.* **6**

Nye veje til sociale reformer.

Fra formanden for De samvirkende fagforbund, Eiler Jensen, har vi som svar på visse bemærkninger i vor artikel i maj-nr. om dagpenge i sygdomstilfælde modtaget nedenstående indlæg.

Med gennemførelsen af en sygelønsordning i denne overenskomstsituation er der principielt opnået et socialt gode af betydelig værdi, og der er vist nye veje for en videreudvikling af den sociale tryghed. Fra fagbevægelsens side skal det erkendes, at mange gerne havde set en bedre ordning med et større bidrag fra arbejdsgiverside end de gennemførte 2 øre pr. præsteret arbejdstime, men vi er så realistisk indstillet, at vi ved, at fremskridt ofte må ske trin for trin. Grunden er lagt, og en forbedring og udbygning af sygelønsordningen må ske efterhånden.

På den anden side skal man nu være varsom med at fremstille den gennemførte sygelønsordning ringere, end den er i virkeligheden. Vi kan godt forestille os, at nogle kredse bevidst søger en sådan fremstilling, men det undrer os unægteligt meget, at »Sygekassetidende«, der er udgivet af Sygekassenævnet, i en ledende artikel i maj-nummeret af bladet melder sig til denne kreds.

Vi skal ikke her gå ind på alt det, der skrives i den nævnte ledende artikel, men når det vedrørende sygelønsordningen hedder: »Mæglingsforslaget er også på dette område noget af en skuffelse«, spørger man sig selv, hvad mæglingsforslagets øvrige indhold vedrører »Sygekassetidende«. Men tendensen er anslået. Det er derimod forståeligt og naturligt, at »Sygekassetidende« beskæftiger sig med den nu etablerede sygelønsordning, men det er til gengæld helt uforståeligt, når man fremstiller denne således, at arbejdsgiverbidraget — endda uden, at der regnes med administrationsomkostninger — kun kan dække en dagpengeydelse på 3,00 kr. pr. sygedag til mænd og noget mindre til kvinder.

For at nå til dette resultat må »Sygekassetidende« regne med gennemsnitlig 16 sygedage pr. år for voksne mænd svarende til en årlig udgift på 48,00 kr. Dette forekommer mildest talt mærkeligt, når De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark så sent som i et notat i februar måned 1956 oplyser, at man kan regne med gennemsnitlig 13 sygedage pr. år for voksne mænd. Hvorvidt denne statistik endda er korrekt, når det alene gælder lønarbejderes sygdom, er vel tvivlsomt, og det kan op-

lyses, at Dansk Typograf-Forbund, som siden 1952 har haft en sygelønsordning, som arbejdsgiverne betaler, efter deres erfaringer regner med gennemsnitlig 10 sygedage pr. år for faglærte arbejdere.

Selv om det gennemsnitlige antal sygedage pr. år er af stor betydning for dagpengehjælpens størrelse, er det endnu mere afgørende, at man ved en beregning tager hensyn til, om dagpengehjælpen skal ydes fra første sygedag eller først efter en vis karenstid. For fagbevægelsen står det helt klart, at det, vi tilsigter med en sygelønsordning, først og fremmest er at hjælpe de arbejdere, som gennem sygdom af længere varighed får deres økonomi slået fuldstændig i stykker, hvis der ingen hjælp findes, medens det i første omgang næppe er så påtrængende at yde hjælp til f. eks. de arbejdere, der er forkølet i 3—4 dage, idet det indtægtstab, der herved pådrages den enkelte, nok er betydeligt, men ikke i samme grad vil kunne slå en families økonomi i stykker. Tager man derfor hensyn til disse kendsgerninger, er det givet, at den dagpengehjælp, som kan ydes på grundlag af det nu fastsatte arbejdsgiverbidrag, vil blive ca. 3 gange højere end det beløb, »Sygekassetidende« opererer med.

Hvilket formål, »Sygekassetidende« har haft med sin artikel, og hvilken kraft, der har stået bag, ved vi ikke, men til gengæld ved vi, at bladet — der vel af mange opfattes som en autoritativ kilde, når det gælder spørgsmål vedrørende sygeforsikringer o. lign. — gennem en bevidst forkert fremstilling har opnået at vildlede offentligheden. Har vi ikke fra fagbevægelsens side vidst det før, så ved vi nu tilstrækkeligt tydeligt, at den etablerede sygelønsordning, hvis regler i løbet af året nærmere skal udarbejdes, i hvert fald ikke skal administreres gennem sygekasserne, for så bliver der kun en meget lille dagpengehjælp til arbejderne — for slet ikke at tale om, når der tages hensyn til de administrationsomkostninger, sygekasserne har.

Som nævnt i indledningen har dansk fagbevægelse ved den nu gennemførte sygelønsordning vist nye veje for sociale reformer. Før krigen — ved tredivernes reformlovgivning — stod Danmark som et eksempel på et socialt foregangsland, og mange besøgende fra alverdens lande kom for at studere og lære af dansk sociallovgivning.

Efter krigen har dette billede ændret sig. Adskillige andre lande har overfløjet Danmark, hvad angår udvikling af den sociale standard, og man må vel også erkende, at lovgivningsmæssig er der siden krigens ophør på dette område ikke opnået så store fremskridt her i landet. Arbejderbeskyttelsesloven, som allerede før krigen var forældet, fordi den stammede helt tilbage fra 1913, er blevet revideret, og på andre områder — f. eks. vedrørende erhvervshemmedes tilpasning i erhvervslivet, lovgivning for hjælp til enlige mødre og enker m. v. — er der opnået anerkendelsesværdige forbedringer. Men store forbedringer har det ikke været muligt at opnå. Fra fagbevægelsens side erkender vi de vanskeligheder, der for Socialdemokratiet har været på dette område, dels som følge af et borger-

ligt flertal i folketinget, men også som følge af, at statsmagten iøvrigt i tiden efter krigen har påtaget sig andre og meget udgiftskrævende opgaver, således at det økonomiske grundlag — ud fra det givne skatteniveau — ikke har været til stede i samme omfang som tidligere.

Skatteniveauets højde er ikke på forhånd givet, men der er mange, som i øjeblikket mener, at skatterne er for store, uden at de, der råber højst om skattenedsættelse, dog på noget område anviser reelle veje for besparelser på statsbudgettet. Men der er grænser for alt — også for skatteudskrivningens størrelse, og det er vel derfor nærliggende at forestille sig, at fremtidige betydelige sociale reformer bør søges løst ad de veje, fagbevægelsen i tiden efter krigen har anvist, og hvorved arbejdsgiverne bidrager. Gennem de faglige forhandlinger i de forskellige overenskomstsituationer efter krigen er opnået: Nedsættelse af arbejdstiden for grupper med mere end 48 timers arbejdsuge, bestemmelser om opsigelsesvarsel, dagpenge i ulykkestilfælde betalt af arbejdsgiverne — og det endda på et tidspunkt, hvor den lovpligtige ulykkesforsikring først trådte i kraft 13 uger efter ulykkestilfældet — gennemførelse af den 3. uges ferie, indførelse af søgnehelligdagsbetaling og nu gennemførelse af en sygelønsordning betalt af arbejdsgiverne. En ordning, der vil komme til at danne grundlag for lignende ordninger i andre skandinaviske lande.

Vi tror, at denne udvikling, som også har været fulgt i udlandet og vel netop i de lande, der har overfløjet Danmark i social henseende, på længere sigt er den mest fremkommelige, og den, der — kombineret med lovgivningsforanstaltninger — har størst udsigt til at sikre lønmodtagerne en social tryghed; men vi ved også, at det kun kan ske gennem en samling om og yderligere styrkelse af fagbevægelsen.

Vort svar:

Adskillige bemærkninger i den del af indlægget, som er svar på vor artikel, forekommer os vel hårde. De kunne derfor let give anledning til tilsvarende hårde bemærkninger. Vi skal undlade dette. Lad det ligge.

Vi har ikke bevidst søgt at gøre sygelønsordningen ringere, end den er. Vi har ingen interesse heri, lige så lidt som vi har interesse i at bringe en »bevidst forkert« fremstilling eller at vildlede offentligheden. Lige så lidt tror vi, at formanden for De samvirkende fagforbund bevidst har interesse i at antyde, at sygekassernes administrationsomkostninger skulle være af en sådan størrelse, at dette skulle være en hindring for, såfremt det iøvrigt var hensigtsmæssigt, at overlade sygekasserne administrationen af den nye sygepengeordning.

Vi har altså ikke haft noget ondt i sinde med vor artikel, og der står heller ikke nogen »kraft« bag ved med skadelige hensigter. Vort formål med artiklen var simpelt hen den at orientere vore læsere om mæglingsforslagets sygepengeordning.

Sygekasserne er til enhver tid interesseret i en forbedring af dagpengehjælpen. — Om den nye ordning bør fagforeninger og sygekasser finde hinanden til gavn for medlemmerne. *Red.*

Den offentlige sygeforsikring.

Sygekasser og fortsættelsessygekasser.

I den diskussion, som siden »den gule betænkning«s fremkomst i 1948 med mellemrum er trukket frem om sygekassegrænsens afskaffelse, bliver overskridelse af denne grænse ofte fremstillet som en fuldstændig udstødelse i sygeforsikringsmæssigt mørke. Er dette nu også rigtigt? Er fortsættelsessygekassernes ydelser så ringe, at det end ikke lønner sig at opretholde medlemsskab i disse? Skulle det bedre kunne betale sig at spare kontingentet til fortsættelsessygekasse ved selv at tage risikoen? Er der overhovedet ikke sørget for, at den økonomisk bedst stillede del af befolkningen får mulighed for at forsikre sig på betryggende måde? Svaret herpå fås vel bedst ved at foretage en sammenligning mellem de vilkår, der bydes sygekassernes medlemmer, og de vilkår, der bydes fortsættelsessygekassernes medlemmer, altså pligter og rettigheder hos begge.

Helbredsbetingelser ved optagelse og kontingentets størrelse.

Ved optagelse i sygekasse eller i fortsættelsessygekasse har den optagelsessøgende pligt til at præstere helbredserklæring. Sygekassernes helbredsbetingelser er dog noget lempeligere end fortsættelsessygekassernes, dette gælder også ved genoptagelse som nydende medlem. Hertil kommer endvidere mere adgangsbegrænsende aldersbetingelser i fortsættelsessygekasserne.

Bundkontingentet (d. v. s. kontingent for de rene sygehjælpsydelser, altså uden dagpengeforsikring) ligger vel i det store og hele ret ens i sygekasserne og i fortsættelsessygekasserne, selv om der i fortsættelsessygekasserne betales et selvstændigt, dog ret lavt kontingent for børn. I forbindelse med kontingentindtægten må det nævnes, at sygekasserne i offentlige tilskud modtager beløb, der udgør ca. 31 pct. af medlemmernes egne bidrag, og at fortsættelsessygekasserne ikke modtager offentlige tilskud. Sygekasserne har altså et langt større beløb pr. medlem til rådighed til ydelserne. Til gengæld er sygekassernes risiko måske noget større end fortsættelsessygekassernes.

Forsikringsprincippet både i sygekasse og fortsættelsessygekasse.

I begge forsikringer er der gensidig ret til overflytning af nydende medlemsskab uden hensyn til alder og helbred og uden ventetid. Kun de økonomiske forhold er bestemmende for, om det nydende medlemsskab skal opretholdes i sygekasse eller i fortsættelsessygekasse.

Forinden en sammenligning af sygekassernes og fortsættelsessygekassernes ydelser foretages, må det være på sin plads allerførst at slå fast, at forsikringsprincippet gælder for såvel den ene som den anden forsikring. Under begge former er muligheden tilstede for enten slet ikke at få noget for sit kontingent eller også få langt mere, end man har betalt. I begge forsikringer gælder, at ingen skal profitere af dem. Der tages ikke større kontingent end nødvendigt til at klare forpligtelserne.

Tilsyneladende skulle forskellen mellem de 2 forsikringer så blot være den, at sygekasserne i kraft af de større kontingentindtægter og statstilskuddet skulle kunne yde det mere, der kan fås for merindtægten. Men der er andre ting, der spiller ind. Medens sygekasserne har indgået overenskomster med læger, tandlæger, jordemødre o. a. og således har faste rammer for ydelserne på mange områder, har fortsættelsessygekasserne ikke indgået egentlige overenskomster med læger, jordemødre o. a., og bemidlede får ikke nedslag i sygehustaksterne. Dette forhold er selvfølgelig også medvirkende årsag til, at sygekasserne bliver i stand til at byde medlemmerne væsentlig større fordele end fortsættelsessygekasserne. På den anden side giver sygekassernes overenskomster ikke den samme smidighed med hensyn til valg af læge og sygehus som fortsættelsessygekassernes medlemmer har. Fortsættelsessygekassernes ydelser gives stort set efter refusionsprincippet, medens sygekasserne i langt større grad lægger vægt på naturalydelser.

Sygekassernes hjælp er tidsbegrænset — Fortsættelsessygekassernes pengemæssigt begrænset.

I henhold til folkeforsikringslovens § 21 er der sat 2 grænser for varigheden af *sygekassernes* ydelser. Paragraffens 2. stk. bestemmer for det første, at et medlems ret til hjælp fra sygekassen ophører, når det i løbet af 3 på hinanden følgende regnskabsår har nydt sygehjælp i ialt 60 uger (420 dage). Desuden findes i samme paragrafs stk. 1 en mere speciel bestemmelse om retten til at nyde pengehjælp. Denne ret skal omfatte et tidsrum af 26 uger (182 dage) i løbet af 12 på hinanden følgende måneder.

For *fortsættelsessygekasserne* er forholdet det, at erstatning for udgift til lægehjælp og sygehusophold for et enkelt medlem ydes efter vedtægterne, der på dette punkt stort set er ens for samtlige landets statskontrollerede fortsættelsessygekasser, nemlig med 1500 kr. i løbet af 12 på hinanden følgende måneder for et enkelt medlem og 750 kr. for et medlems barn og for en hel familie 3.000 kr. Hvis et medlem i løbet af 3 på hinanden følgende år har modtaget erstatning for udgifter til lægehjælp og sygehusophold for sig selv til et beløb af 4.000 kr. eller 2.000 for et af sine børn, ophører retten til erstatning for vedkommende. Ved beregningen af disse beløb medtages ydet dagpengehjælp ikke.

Da sygekassehjælpen er fastsat i tid og fortsættelsessygekassernes ydelse i penge, er det ikke muligt rent umiddelbart at foretage sammenligning mellem grænserne for de 2 forsikringers hjælp, men det gælder i begge tilfælde, at grænserne ligger så langt ude, at kun meget få medlemmer når dem.

Dagpengehjælp yder fortsættelsessygekasserne almindeligvis i højst 200 dage i løbet af et år, og 500 dage i løbet af 3 år, mod henholdsvis 182 dage og 420 dage i sygekasserne. I begge forsikringer kan i dagpenge højst sikres kr. 6,00.

Sygekassernes lægehjælp er naturalydelse — Fortsættelsessygekasserne yder lægehjælp efter refusionsprincippet.

I henhold til folkeforsikringslovens § 18 er *sygekasserne* forpligtigede til at yde fri lægehjælp ydet af alment praktiserende læger. Fri lægehjælp skal vel forstås som vederlagsfri lægehjælp, og når bortses fra visse kontrolafgifter, som afkræves for at forhindre misbrug af lægehjælp i særlige tilfælde, er hjælpen vederlagsfri i tilfælde af sygdom. Som følge af denne store forpligtelse er der for sygekassernes medlemmer opnået det uvurderlige gode, at der ikke kommer penge mellem patient og læge.

Speciallægehjælp er ikke nogen obligatorisk ydelse for sygekasserne, men langt det overvejende flertal af sygekasserne yder dog denne form for hjælp. Særlig i hovedstaden er speciallægeordningen stærkt udbygget, men også uden for hovedstaden vinder speciallægeordninger frem i takt med speciallægernes udflytning. Sygekassernes speciallægehjælp ydes — alt efter de enkelte kassers vedtægter — enten som naturalydelse eller som delvis betaling af hjælpen.

For *fortsættelsessygekasserne* er lægehjælpen som i sygekasserne langt den vigtigste ydelse. Medlemmerne er som nævnt normalt ikke bundet til nogen bestemt læge. Hjælpen ydes af alle de statskontrollerede fortsættelsessygekasser med $^4/_5$ af den i vedtægten fastsatte takst, der for tiden andrager 8,00 kr. for konsultation, 14,00 kr. for sygebesøg med tillæg af 1,00 kr. pr. tilbagelagt km's afstand fra lægens bolig, dog ikke udover 24,00 kr.

Refusion kan altså højst andrage henholdsvis 6,40 kr., 11,20 kr. og 19,20 kr. Denne refusion gælder også for sygebesøg om natten og ekspres-tilkaldelser, uagtet lægen herfor tager sig betalt med højere takster end de ovenanførte. Fortsættelsessygekassernes medlemmer må selv udlægge betalingen til lægen og får så udgiften delvis refunderet af forsikringen.

Udgiften til speciallægehjælp refunderes i fortsættelsessygekasser med samme maksimumbeløb som almindelig lægehjælp. I enkelte fortsættelsessygekasser ydes dog en større refusion for speciallægehjælp, herunder også røntgenbehandling og -undersøgelse. Udgiften til operation refunderes

fuldt ud inden for 15, 30 og 60 kr., henholdsvis for mindre og større operationer uden assistance af anden læge og for operationer, hvor sådan assistance er nødvendig, ligesom der ydes fuld refusion for lægehjælp, der af jordemoderen skønnes nødvendig ved fødsel, inden for et beløb af 75 kr. Erstatning for alle de nævnte ydelser udredes almindeligvis kun for 1 ydelse pr. døgn — ved lægehjælp, der inden for samme døgn er ydet imod betaling til forskellige læger, dog for 2 ydelser — og kun for 15 ydelser i løbet af 30 dage.

Sygehusophold betales fuldt ud af sygekasserne — Fortsættelsessygekassernes refusion dækker ofte den fulde betaling.

I henhold til folkeforsikringsloven har *sygekasserne* pligt til at yde fri sygehusbehandling på det sygehus eller offentlige sindssygehospital, som er bestemt for det distrikt, hvor vedkommende medlem bor. Endvidere skal sygekasserne betale for behandling på Rigshospitalet og statshospitalet i Sønderborg. Sygehusbehandling sker efter indstilling fra medlemmets læge. Endvidere har sygekasserne pligt til på grundlag af lægeerklæring at yde behandling på anerkendte helbredelsesanstalter for tuberkuløse. Sygekassernes pligt til at yde fri sygehusbehandling består ikke blot i, at de betaler for indlæggelse, men også i, at de i et vist omfang betaler for ambulant behandling på sygehuset. Herudover yder sygekasserne almindeligvis frivillig hjælp til behandling på fremmede sygehuse og privatklinikker med samme beløb, som til behandling på det for kassen bestemte sygehus, til behandling på radiumstationer og på visse særforsorgsanstalter samt til ophold på godkendte rekonvalescenthjem.

Fortsættelsessygekasserne refunderer udgiften til sygehusophold med regningens fulde pålydende, for så vidt dette ikke overskrider visse nærmere fastsatte takster, der varierer med sygehustaksterne i de pågældende områder. Med Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse og Landsforeningen til bekæmpelse af Børnelammelse består overenskomster, hvorefter fortsættelsessygekasserne betaler et vist beløb for medlemmers behandling på disse institutioners helbredelsesanstalter.

Fortsættelsessygekassernes medlemmer er altså godt dækket ind ved sygehusindlæggelse.

Bade- og fysiurgisk behandling uden for sygehus.

Disse behandlinger ydes såvel af sygekasserne som af fortsættelsessygekasserne. I nogle sygekasser ydes behandlingen fuldt ud, men ofte er tilfældet dog det, at der gælder visse begrænsninger. For fortsættelsessygekassernes vedkommende ydes behandlingen med delvis refusion.

Fortsættelsessygekasserne yder ligesom sygekasserne en effektiv hjælp i barseltilfælde.

Ved fødsel yder *sygekasserne* jordemoder- og lægehjælp samt visse forbindsstoffer, en såkaldt fødepakke. Til alle kvinder ydes der i 14 dage efter fødslen en dagpengeydelse af samme størrelse som den, den pågældende har sikret sig i tilfælde af sygdom.

Kvinder, hvem det i medfør af lovgivningen er forbudt at arbejde en vis tid efter fødslen, har af hensyn til diegivningen endvidere ret til i 3.—6. uge efter fødslen at få udbetalt den såkaldte barselhvilehjælp, der p. t. i hovedstaden udgør 7,10 kr. daglig. Samme ydelse kan udbetales i et tidsrum af indtil 8 uger før fødslen, for så vidt det ved lægeattest godtgøres, at moderen af hensyn til den forestående fødsel ikke kan tåle at udføre sit sædvanlige arbejde, uden at svangerskabet dog kan siges at være sygeligt forløbende.

Fortsættelsessygekasserne yder jordemoderhjælp med 75 kr., og for lægehjælp ved fødsel kan som nævnt refunderes 75 kr.

Udgift ved ophold på fødehjem godtgøres med 6 kr. pr. dag. Ligesom i sygekasserne ydes en daglig pengehjælp i de første 14 dage efter fødslen med det beløb, pågældende har sikret sig i tilfælde af sygdom.

Når bortses fra den særlige barselhvilehjælp, står fortsættelsessygekassernes ydelse ved fødsel ikke tilbage for sygekassernes.

Almindeligvis ingen medicinydelse i fortsættelsessygekasserne.

Det er i folkeforsikringsloven pålagt *sygekasserne* at yde $^3/_4$ af udgiften til grupperne livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin.

Som frivillig ydelse kan sygekasserne endvidere påtage sig at yde den såkaldte dispensationsmedicin, ligeledes med $^3/_4$. Hvilken medicin eller hvilke grupper af medicin og ved hvilke sygdomme, der må ydes, fastsættes af socialministeren.

Langt de fleste *fortsættelsessygekasser* yder overhovedet ikke tilskud til medicin, og kun ganske få yder en vis dækning for medicin, der er ordineret på recept. Refusion ydes dog kun inden for visse absolutte grænser.

Fortsættelsessygekasserne yder begravelseshjælp på linie med sygekasserne.

I tiden før 1. januar 1954 havde *fortsættelsessygekasserne* ikke adgang til at yde deres medlemmer begravelseshjælp. Indtil dette tidspunkt havde medlemmerne alene ret til at opretholde en i en sygekasse forud tegnet begravelsesforsikring ved at forsikringen administreredes af fortsættelsessygekassen for den da bestående »Genforsikring af begravelseshjælp«.

Ved ændringer i folkeforsikringsloven blev der fra 1. januar 1954 bl. a. truffet den ordning, at »Genforsikringen« blev omformet til »Udligningskasse«, og at fortsættelsessygekasserne fik adgang til at yde begravelseshjælp stort set på linie med *sygekasserne*.

Hjælp, som alene ydes af sygekasserne.

Andre former end de forannævnte ydelser findes ikke i fortsættelsessygekasserne.

Sygekasserne derimod har yderligere mulighed for som frivillig ydelse at yde tandbehandling og hjemmesygepleje.

Slutbemærkninger.

Denne summariske gennemgang viser klart, at sygekasserne i ydelser ligger noget forud for fortsættelsessygekasserne. Man må vel have lov til at gå ud fra, at der i de fleste tilfælde er størst økonomisk bæreevne hos de bemidlede. Endelig er der jo ikke noget som helst i vejen for, at fortsættelsessygekasserne kunne udvide deres ydelser, så de kommer til at ligge tættere op ad sygekassernes. Det vil medføre et større kontingent for medlemmerne, men det vil den udvidede, forsikringsmæssige hjælp vel også være værd.

Forbedringer tiltrænges såvist også i nogle af sygekassernes ydelser, vel ikke mindst i dagpengeydelsen.

Når fortsættelsessygekasserne i dag for et rimeligt kontingent kan give medlemmerne en lægehjælpsydelse på refusionsbasis, der ikke står tilbage for, hvad man i nylig indførte udenlandske sikringssystemer byder hele befolkningen, når medlemmerne ved sygehusindlæggelse og ved barsel får en så omfattende hjælp fra forsikringen, som tilfældet er, når begravelseshjælp kan sikres som i sygekasserne, når der endelig er overflytningsret mellem de 2 forsikringer, så kan man ikke med rette sige, at den bemidlede del af befolkningen er sygeforsikringsmæssigt forsømt.

Det vil derfor heller ikke være rimeligt, hvis ny lovgivning slår de 2 forsikringsformer sammen, og dette sker på bekostning af den ubemidlede del af medlemmerne.

Centralforeningernes årsmøder.

Lørdag d. 2. juni kl. 16^{00}	*Aarhus*, Forsamlingsbygningen, Østergade	Aarhus amt
Lørdag d. 9. juni kl. 14^{30}	*Nexø*, Holms hotel	Bornholms amt
Fredag d. 15. juni kl. 12^{00}	*København*, Studenterforeningen, H. C. Andersens boulevard 6	De forenede sjællandske sygekasser
Onsdag d. 20. juni kl. 10^{00}	*Odense*, Fyns forsamlingshus	Odense amt
Torsdag d. 21. juni kl. 13^{30}	*Silkeborg*, »Sønderport«	Skanderborg amt
Lørdag d. 30. juni kl. 14^{00}	*Maribo*	De forenede sygekasser på Lolland-Falster
Søndag d. 1. juli kl. 10^{30}	*Svendborg*, Forsamlingsbygningen	Svendborg amt

En voldgiftssag

mellem Dansk Tandlægeforening og De danske sygekasser.

Det lønregulerende pristal 408 skal anvendes i april og juli kvartaler 1956.

Siden bestemmelserne om det lønregulerende pristal blev gennemført i lov om forhøjelse af afgifter på stærke drikke (hvilken lov iøvrigt udløb med udgangen af marts måned) har sygekasserne anvendt dette særpristal ved udregning af dyrtidstillæg til lægehonorarer, tandlægehonorarer m. v.

I nævnte lov blev det pålagt det statistiske departement i forbindelse med beregning af detailpristallet at udarbejde et særpristal, der skulle anvendes ved reguleringer af lønninger og pensioner, hvor disse var genstand for pristalsregulering i henhold til lov, overenskomster eller arbejdskontrakter.

Skønt loven har været gældende siden 1951, har det lønregulerende pristal ikke haft nogen praktisk betydning ved regulering af tjenestemændenes lønninger eller hovedoverenskomsternes lønninger. For sygekassernes overenskomster fik det lønregulerende pristal imidlertid betydning ved udregning af dyrtidstillæg på grundlag af januar-pristallet. Ved anvendelse af det lønregulerende pristal 408 tilkom der læger, tandlæger m. fl. et dyrtidstillæg på 40 pct., medens det almindelige pristal 410 ville give 42 pct.

I februar måned gjorde sygekasserne såvel læger som tandlæger bekendt med, at man fortsat var af den opfattelse, at dyrtidstillægget skulle udregnes på grundlag af det lønregulerende pristal, hvorefter tillægget var 40 pct.

Dansk Tandlægeforening protesterede herimod og gjorde gældende, at dyrtidstillægget skulle udregnes på grundlag af pristal 410 og således udgøre 42 pct.

Da man ikke ved forhandling mellem parterne kunne blive enige, blev spørgsmålet indbragt til afgørelse af en voldgiftsret. Til medlemmer af denne blev af sygekasserne udpeget landsformand *Ernst Larsen* og skatterådsmedlem *Vald. Rasmussen*. Fra tandlægeside blev udpeget tandlæge *Børge Ingerslev* og tandlæge *Carl Tuxen*. Til opmand valgtes retspræsident *Robert Hove*.

Sagen blev behandlet den 3. maj. For sygekasserne mødte forretningsfører *P. Friis Olsen* og for tandlægerne højesteretssagfører *E. Helsted*.

Af voldgiftsrettens kendelse, der blev afsagt den 12. maj, skal vi bringe følgende uddrag.

Klageren (sygekasserne) gør gældende, at man altid har været af den opfattelse, at reguleringen til enhver tid skulle ske efter det pristal, som var udregnet til brug ved regulering af lønninger m. v., og at dette også følger af overenskomstens ordlyd. Spørgsmålet har ikke fået aktuel betydning før i denne sag, da det tillæg, som hidtil er ydet til tandlægernes grundhonorarer, har været lige stort, hvad enten man brugte det almindelige pristal eller særpristallet. Havde man været klar over, at der kunne rejses tvivl om spørgsmålet, ville man fra sygekassernes side have præciseret i overenskomsten, at særpristallet skulle anvendes.

Klageren henviser iøvrigt til den af overenskomstnævnet af 1939 i skrivelse af 19. august 1940 truffet afgørelse, hvorefter overenskomsterne mellem sygekasserne og tandlægerne m. fl. omfattedes af lov nr. 276 af 30. maj 1940 om regulering af arbejdslønninger.

Klageren hævder, at lovene af 1954 om særpristallet rent bortset fra formuleringen af den mellem parterne gældende overenskomst må føre til en afgørelse i overensstemmelse med klagerens påstand. Dette ligger allerede i ordlyden »hvad enten reguleringen sker i henhold til lov, lønregulativ, overenskomst, arbejdskontrakt eller anden hjemmel.« At loven kun taler om reguleringer af »lønninger og pensioner« er uden betydning. At der i overenskomsten tales om honorarer, kan ikke holde denne uden for loven, hvis særpristallet også omfatter de honorarlønnede i statens tjeneste.

Klageren henviser til de under behandlingen af det første lovforslag i 1951 i folketinget fremsatte udtalelser om lovens forbrugsbegrænsende virkninger.

Hvad endelig angår spørgsmålet om bortfaldet den 31. marts 1956 af lovene af 1954, bestrider klageren, at dette kan føre til et ændret resultat. Det afgørende må være, at særpristallet forelå offentliggjort i januar 1956, og at dette pristal efter overenskomsten skal være bestemmende for reguleringen af honorarerne i tidsrummet 1. april—30. september 1956.

Indklagede (tandlægerne) fremhæver, at § 9, stk. 2, i den mellem parterne gældende overenskomst af 15. marts 1954 efter sin ordlyd angår regulering efter detailpristallet (husholdningsbudgettet), og at forandring i denne overenskomst kun kan ske ved lovindgreb. Indklagede bestrider, at foreningen, såfremt spørgsmålet om særpristallets anvendelse var kommet på tale under forhandlingerne om oprettelsen af overenskomsten af 1954, ville have accepteret dette pristal som reguleringsgrundlag.

Indklagede hævder, at der intet bidrag kan hentes til spørgsmålets løsning fra foreningens holdning over for overenskomstnævnets foran anførte afgørelse af 19. august 1940 på parternes dagældende overenskomst.

Hvad dernæst angår spørgsmålet om, hvorvidt den efter lovene af 1954 gældende særpristalsordning griber ind i den gældende overenskomst mellem parterne, bestrider indklagede, at dette er tilfældet. Dette følger allerede af den pågældende lovbestemmelses formulering. Ganske vist tales der om pritalsregulering i henhold til overenskomst, men der tales kun om regulering af lønninger og pensioner, og dette dækker ikke den aftalte vederlagsordning.

Indklagede hævder endelig, at loven er ophørt med at have gyldighed med udgangen af marts måned.

I tilslutning til det fremkomne udtaler voldgiftsretten følgende.

Voldgiftsmændene Ernst Larsen og Valdemar Rasmussen og opmanden Robert Hove lægger afgørende vægt på, at parterne ifølge overenskomsterne gennem længere tid har lagt til grund for honorarreguleringen det for lønninger gældende pristal, udarbejdet efter husholdningsbudgettet. Indklagede er herved indgået på reguleringsmæssigt at lade sig sidestille med lønmodtagere, og de af indklagede fra tandlægernes stilling som selvstændige erhvervsdrivende hentede argumenter findes herved at tabe i Kraft. Sygekasserne har derfor haft grund til at gå ud fra, at når pristallet modificeres som sket ved indførelse af det lønregulerende særpristal i lovene af 1951, ville det sidstnævnte pristal være at lægge til grund ved reguleringen af honorarerne i henhold til overenskomsten. Disse medlemmer finder, at såfremt tandlægerne efter det lønregulerende særpristals fremkomst ikke mente, at tandlægerne burde følge denne fase af pristalsreguleringen for lønmodtagere, burde dette være præciseret under forhandlingerne om overenskomsten af 17. november 1951 og bragt til udtryk i denne.

Hertil kommer så, at lovene om særpristalsordningen efter de nævnte medlemmers opfattelse må antages at gælde for parternes overenskomst. Dette følger af, at loven ved sin formulering »hvad enten reguleringen sker i henhold til lov, lønregulativ, overenskomst, arbejdskontrakt eller anden hjemmel« inddrager under loven alle forhold, hvor regulering finder sted efter pristallet for lønmodtagere, hvilket som nævnt er tilfældet for indklagedes vedkommende. At loven kun taler om et særpristal, der danner grundlag for lønninger og pensioner, kan efter de nævnte medlemmers opfattelse ikke føre til et andet resultat. Der er her kun tale om et knapt beskrivende udtryk, — området for loven er givet ved det førstnævnte citat, der åbenbart tilsigter at fastslå lovområdet. Også formålet med loven taler efter disse medlemmers opfattelse for den vide afgrænsning af lovområdet.

Hvad angår betydningen af bortfaldet af lovene om det lønregulerende særpristal med udgangen af marts 1956, finder de nævnte medlemmer af voldgiftsretten anledning til at fremhæve den situation, der for parternes vedkommende forelå ved de nævnte loves udløb. Den lønregulerende pristalsordning havde da såvel ifølge overenskomsten mellem parterne som efter lovene om denne ordning været bestående fra 1951 — det har kun ikke haft praktisk betydning, fordi det gav samme stigning som detailpristallet (husholdningsbudgettet). Der var i januar måned 1956 i henhold til de da endnu gældende love offentliggjort et særpristal, og klageren havde i skrivelse af 18. februar 1956 til indklagede udregnet, at tallet ville give en stigning på 40 pct. i den efter overenskomsten følgende reguleringsperiode.

periode 1. april—30. september 1956. De nævnte medlemmer finder, at dette med hjemmel i overenskomsten og lovene om særpristalsordningen skabte retsgrundlag ikke kan bortelimineres ved lovenes udløb, idet der herved ville blive tale om at give lovenes bortfald tilbagevirkende kraft på et forinden etableret retsgrundlag. Det bemærkes herved, at skiftet i reguleringsperioderne af praktiske grunde er lagt et vist tidsrum efter pristallets offentliggørelse, og en sådan rent praktisk foranstaltning, der i det foreliggende tilfælde bevirker, at lovenes bortfald falder sammen med indtræden af en ny reguleringsperiode findes ikke at kunne influere på parternes retsstilling. Voldgiftsmændene Børge Ingerslev og Carl Tuxen vil give indklagede medhold i dennes standpunkt. Idet disse medlemmer i det store og hele henholder sig til indklagedes argumentation herfor, fremhæver de, at den gældende overenskomst af 1954 kun giver hjemmel for at regulere honorarerne efter detailpristallet (husholdningsbudgettet), og at der derfor måtte foreligge særligt grundlag for at underkaste indklagedes medlemmer en anden reguleringsordning end denne. Et sådant grundlag kan efter disse medlemmers mening ikke findes i lovene om særpristalsordningen, idet disse love såvel efter deres formulering som efter det til grund for lovene liggende formål ikke kan omfatte indklagedes medlemmer, der er selvstændige erhvervsdrivende, for hvis vedkommende de dem påhvilende driftsudgifter afgørende adskiller dem fra almindelige lønmodtagere, ligesom de heller ikke under nogen form får feriegodtgørelse. I hvert fald må lovenes bortfald før indtræden af en ny reguleringsperiode bevirke, at særpristalsordningen ikke kan gælde for indklagede for denne reguleringsperiode, idet det eneste argument for, at særpristalsordningen skulle gælde, måtte søges i lovens påbud herom, men dette påbud er bortfaldet med loven.

Der vil være at afsige kendelse efter flertallet. Medens udgifterne til de af parterne udpegede voldgiftsmænd og til anden af parterne benyttet assistance vil være at bære af hver part for sig, vil udgiften til opmanden, der fastsættes til 8.000 kr., være at bære af parterne med halvdelen af hver.

Thi bestemmes:

Den regulering, som i henhold til § 9, stk. 2, i den mellem klageren, De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark og indklagede, Dansk Tandlægeforening, afsluttede overenskomst af 15. marts 1954 skal finde sted af ydelserne til indklagedes medlemmer, bør fra 1. april 1956 beregnes på grundlag af pristal 408.

Vederlaget til opmanden — 8.000 kr. — bæres af parterne med halvdelen af hver, medens hver part iøvrigt bærer sine omkostninger. Kendelsen vil være at opfylde inden 15 dage fra afsigelsen.

Ligbrændingsbevægelsen

passeret 75 års dagen.

For et par måneder siden passerede ligbrændingsbevægelsen i Danmark 75-års dagen for sin organisationsmæssige fremtræden.

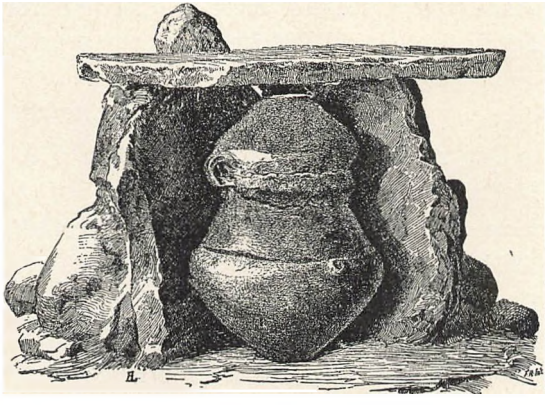
Dagen blev markeret på forskellig måde, og Dansk Ligbrændingsforening, som gennem alle disse år har været bevægelsens kerneformation, udsendte samtidig en statelig bog indeholdende ligbrændingsbevægelsens historie med mange navne på idealistiske mennesker, der har været med i arbejdet, med mange tal og meget erindringsstof om den ofte heftige polemik, som har måttet stå på for at få fodfæste.

Denne jubilæumsbog er et så sobert arbejde og så tiltalende og så smittende i sin godartede pågåenhed, at den dels bliver en bekræftelse på, at ligbrændingsbevægelsens arbejde har været gjort rigtigt, dels rummer den megen af overbevisningens kraft til at skaffe bevægelsen yderligere tilslutning. Det fremgår af bogen, at Danmark procentvis ligger forrest blandt lande, hvor begravelsesformen brænding peger på helt at ville afløse jordbegravelsen.

Jordproblemerne, det at skulle skaffe stadig mere jord til en voksende befolkning, når det gælder kistebegravelser, omtales, og tallene, som bringes, gør det indlysende, at ændrede begravelsesformer er i nærheden af nødvendighedens love.

Nødvendighed må dog kives med æstetiken. Renlighed indtager en central plads inden for ligbrændingsbevægelsens kreds. Renlighed er et udpræget folketræk hos danske. Vi har aldrig herhjemme tøvet længe med at følge vore hygiejniske foregangsmænd.

Tilhængere som modstandere af ligbrændingsbevægelsen har måttet indrømme, at det menneskelige legeme efter død ved brænding bliver destrueret renligt og noget nær fuldstændigt. Folk, som har med kirkegårdsarbejde at gøre, ved at fortælle om meget ved jordbegravelsen, der kan få det til at krympe sig i os, når vi hører det, og adskillige, som efter gammel tradition har besluttet sig for jorden, kan i det stille glæde sig over, at der dog findes anden tilflugt, og beslutninger bliver taget op til overvejelse og ofte ændret.



Urnebegravelse fra forhistorisk tid.

Også kirkens stilling til ligbrændingsbevægelsen, det religiøse islæt, har man haft både mod og med sig.

Det skal noteres, at den største kristne kirke, romerkirken, (over 360 millioner trostilhængere), er begyndt at tolerere ligbrænding, og der udtales åbent forventning om, at romerkirken inden for en overskuelig fremtid vil give sit minde til brænding som begravelsesform.

Ilden, den levende flamme, er da heller ikke for romerkirken mere hedensk, end at den efter romersk katolsk lære *skal* bruges til at tilintetgøre resterne af olie og vat efter en sakramental oliesalvning.



»Pige, der fletter en mindekrans.« Bronzefigur udført af billedhugger Elo. (Urnehaven i Horsens.)

Til ilden iøvrigt tyer mange af os, når det gælder vore kæreste brevskaber og lignende personlige værdier, når vi føler, at det bærer imod slutningen. — Derfor skulle det heller ikke, hvilket Dansk Ligbrændingsforenings skrift vidner om, være nogen alt for stor overvindelse at beslutte sig til brænding ved død.

Det kan egentligt siges, at ligbrændingsformen har sejret i Danmark. Her og der mangler krematorier. Og det kan diskuteres om fællesgrav, urnehave med enkeltgrave eller columbarier eller den i England så udbredte askespredning for blæsten, bør have fortrinet, men det er altsammen mindre spørgsmål. Følelse, temperament. Hovedsagen, jord eller brænding, synes for vor tid og langt fremover at være afgjort.

Meget er der herefter at sige ligbrændingsfolkenes ledere tak for. Stor tak. Fordi talen om død og begravelsesform krævede sine særlige agitatorer, som forstod, at opgaven kun kunne løses med varsomhed og takt.

Det skal slutteligt nævnes, at ligbrændingsfolkene aldrig standsede ved ovnristene. Nej, vi kan alle se, hvor man har ømmet for at gøre alle steder med askegrave skønnest mulige efter vort klima.

Gartnerkunst og skulptur er i rigt mål med til at ære mindet om vore kære døde. Se bare til den lille blomsterbinderske fra Horsens, som vi bringer en beskeden gengivelse af. Den taler meget lidt om død og glemsel. Meget, meget om, at her er, uagtet ild og aske, noget, som endnu har forbindelse med dagens levende liv.

Sygekassens regresret i erstatningssager.

Af afdelingsleder H. Mikkelsen.

I § 8, nr. 13 c, i mønstervedtægten er det pålagt medlemmet at give sygekassen de fornødne oplysninger til gennemførelse af kassens krav over for skadevolder om godtgørelse af afholdte sygehjælpsudgifter i anledning af indtruffet ulykkestilfælde.

De nærmere regler om omfanget af kassens regres findes dels i lovgivningen og dels i retspraksis.

Kassens regresret i ulykkesforsikringssager, der henhører under den lovpligtige ulykkesforsikring og den militære ulykkesforsikringslov, findes omtalt i disse love og giver så godt som aldrig anledning til nogen tvivl.

Anderledes hvor talen er om den lange række af ulykkestilfælde, der uden for arbejdsforhold indtræffer på den ene eller den anden måde i dagliglivet.

Selve erstatningsgrundlaget i disse tilfælde vil i reglen være at finde inden for en af følgende grupper:

Færdselsloven (herunder motorsager),
Jernbaneerstatningsloven,
Sporvejskoncessionerne,
Luftfartsloven,
Stærkstrømsloven,
Hundeloven,
Culpa-reglen (den almindelige erstatningsregel i dansk ret).

Man vil ofte være udsat for, at det fra modpartens side fremføres, at sygekassens eller fortsættelsessygekassens regreskrav må bortfalde i overensstemmelse med bestemmelserne i Forsikringsaftalelovens § 25, men hertil er blot at svare, at det i lovens § 1 udtrykkelig er anført, at dens bestemmelser ikke kommer til anvendelse over for de statsanerkendte sygekasser eller over for de statskontrolerede fortsættelsessygekasser.

Som afledet af det tilskadekomne medlems erstatningskrav vil kassens krav komme til at dele skæbne med dette, men der må dog foretages en sondring mellem krav om tilbagebetaling af udbetalte dagpenge og af andre sygehjælpsudgifter og inden for disse sidste endvidere mellem direkte afholdte udgifter og takst-I-ydelserne.

Et indtruffet ulykkestilfælde vil jo ikke medføre nogen forøgelse af kassens udgift for så vidt angår *takst-I-ydelserne* (ydelser omfattet af det faste honorar), og der bliver derfor ikke anledning for kassen til at fremkomme med noget krav.

Andre sygehjælpsudgifter, dagpenge undtaget, må kræves tilbagebetalt hos skadevolder eller forsikringsselskab i samme forhold, som erstatning kommer til udbetaling til medlemmet, således at kassen får fuld refusion, hvis medlemmet får fuld erstatning o. s. v.

Begrebet »Fuld erstatning« skal

forstås således, at der ikke er pålagt medlemmet nogen del af ansvaret med deraf følgende nedsættelse af erstatningen; det er vist en kendt sag, at det, en skadelidt og en skadevolder respektive forsikringsselskabet forstår ved fuld erstatning, ikke altid er det samme.

Når tilbagebetalingen af *dagpenge* falder uden for de ovennævnte betragtninger, skyldes det bestemmelsen i folkeforsikringslovens § 18, stk. 8, jfr. mønstervedtægtens § 8, nr. 3e, hvorefter dagpenge kun udbetales, når medlemmet lider et indtægtstab ved sygemeldingen. Heraf følger, at kassen må kræve dagpengene tilbagebetalt ved indeholdelse i medlemmets erstatning for mistet arbejdsfortjeneste, når der tilkommer ham fuld erstatning.

Ydes der kun delvis erstatning, må man se nærmere på regnskabet, for medlemmets tilbagebetalingspligt opstår kun, såfremt den udbetalte, nedsatte erstatning for mistet arbejdsfortjeneste sammenlagt med de udbetalte dagpenge overstiger den mistede arbejdsfortjeneste, og da kun for så vidt angår dette overskydende beløb. Har et medlem f. eks., der har haft et indtægtstab på 1.200 kr. og i dagpenge fra sygekassen oppebåret 200 kr., kun opnået $^2/_3$ erstatning, vil han ved sagens afslutning kun have oppebåret 800 kr. i erstatning og 200 kr. i sygekassedagpenge, eller ialt 1.000 kr. Han har således stadig et udækket tab, og kassen kan ikke fremkomme med noget krav om tilbagebetaling af dagpengene.

Dagpengene til medlemmer, der lever af alders- eller invaliderente eller hjælp i henhold til Forsorgslovens § 247, kan ikke kræves tilbagebetalt.

Et særligt problem, der ifølge sagens natur ikke har den store praktiske betydning, men som jo skal have sin løsning, når tilfældet foreligger, er sygekassens stilling, når erstatning skal ydes i henhold til Justitsministeriets cirkulære af 30. oktober 1953 om skader forvoldt af ukendte motorkøretøjer. I det tidligere cirkulære var det bestemt, at i det erstatningskrav, skadelidte havde på Dansk forening for international motorkøretøjsforsikring, Tordenskjoldsgade 10, København, der administrerer disse forhold, skulle fragå, hvad den skadelidte havde oppebåret fra anden side (sygekasse, privat ulykkesforsikring, privat hjælpekasse eller lignende), men denne bestemmelse findes ikke i det nye cirkulære, hvorfor den skadelidte må være berettiget til at få dækket indtægtstabet fuldt ud, og sygekassen dermed til at få tilbagebetalt ydede dagpenge. Dette standpunkt har foreningen hidtil ikke villet acceptere, hvorfor det ved den første passende lejlighed vel må søges løst ad rettens vej.

En udførlig omtale af sygekassernes regresret findes i Sygekassetidende for juli 1938, side 188: Erstatning til sygekasser og fortsættelsessygekasser for udgifter til sygehjælp (A. Mossfeldt).

Red.

Medicin-bekendtgørelsen

af 14. februar 1956.

Medicinudvalgets vejledende bemærkninger.

Foranlediget af en henvendelse fra læge Henrik Møller, Svendborg, har medicinudvalget i Ugeskrift for læger, nr. 15, 1956, fremsat nogle bemærkninger i anledning af en nyskabning i sidste bekendtgørelse fra socialministeriet vedrørende sygekassernes medicinydelse. Ved revision af sygekassernes recepter vil det være gavnligt at have opmærksomheden henledt på forholdet.

Redegørelsen bringes hermed i udrag.

Under afsnit II i bekendtgørelsen er anført vedrørende »Særlig betydningsfuld medicin«, at »tilskuddets ydelse er dog afhængig af, at følgende betingelser er opfyldt:

1) De på listen optagne stoffer og præparater, herunder medicinske specialiteter samt efter lægens forskrift (magistrelt) ordinerede tilberedninger og opløsninger af enkeltstoffer må ikke tilblandes noget medikament, som ikke findes opført på listen. Det er dog tilladt at anvende de til fremstillingen nødvendige hjælpestoffer herunder opløsningsmidler, samt konserverende, stabiliserende og smagskorrigerende stoffer.

2) Når det ved et på listen opført lægemiddel står anført, at lægemidlet kun ydes i en bestemt dispenseringsform (»opløsning«, »til injektion« eller lignende), kan det omhandlede tilskud ikke ydes til betaling for lægemidlet i andre dispenseringsformer end de på listen nævnte.

»Til betaling af midler til udvortes brug kan sygekasserne kun yde tilskud, såfremt vedkommende præparat er nævnt på omstående liste, eller såfremt det ordineres efter reglerne i afsnit III.«

Med den givne anledning finder medicinudvalget det nødvendigt at understrege, at sidste stykke i det ovenfor citerede afviger principielt fra bestemmelsen i den sidste hovedbekendtgørelse af 18. oktober 1952. Dengang lød det pågældende stykke som følger: »Til betaling af salver, pastaer, cremer og lignende kan sygekasserne kun yde tilskud, såfremt vedkommende præparat er nævnt på omstående liste, eller såfremt det ordineres efter reglerne i afsnit III.«

Man vil heraf se, at for »midler til udvortes brug« kræves det nu, at midlerne udtrykkeligt skal være nævnt på listen.

Medicinudvalget skal for at undgå mulige misforståelser vedrørende spørgsmål om, hvornår der er tale om midler til udvortes brug vedrørende legemets naturlige åbninger, gøre opmærksom på følgende bestemmelser:

Øredråber er midler til udvortes brug og skal af apoteket forsynes med rød etikette.

Øjendråber og øjensalve er midler til udvortes brug og skal forsynes med rød etikette.

Salver, linimenter og lignende, der skal anvendes uden på næsen eller lige i tilslutning til næseborernes åbning, er midler til udvortes

brug og skal forsynes men rød etikette.

Næsedråber og salver til indførelse i næsen er midler til indvortes brug og skal forsynes med hvid etikette.

Midler, der er beregnet til lokal virkning i mundhulen eller svælget, er midler til udvortes brug, men skal undtagelsesvis forsynes med hvid etikette.

Vagitorier og andre midler til indførelse i vagina er midler til udvortes brug og skal forsynes med rød etikette.

Suppositorier og andre midler til indførelse i rectum er midler til indvortes brug og skal forsynes med hvid etikette.

Denne klassificering af midlerne er utvivlsomt ikke alle present og vil utvivlsomt vække modsigelse mange steder, men er ikke desto mindre gældende i henhold til Pharmacopoea Danica.

Det ses af det anførte, at efter bekendtgørelsen af 14. februar 1956 kan Chloromycetin øjendråber ikke mere skrives som tilskudsberettiget medicin, idet der på listen i bekendtgørelsen kun står Chloromycetin og ikke er tilføjet »også som øjendråber«.

Når det apotek, som dr. Møller har henvendt sig til, har oplyst, at Chloromycetin øjendråber sammen med flere andre præparater var streget af listen den 5. marts, 14 dage efter bekendtgørelsens udsendelse, er dette forkert. Det, som apoteket kunne have oplyst dr. Møller om, var, at »Archiv for Pharmaci og Chemi«, der er Danmarks Apotekerforenings medlemsblad, for 3. marts 1956 i et følgeblad, dateret 5. marts 1956, til orientering for apotekerne gjorde opmærksom på, hvilke præparater der efter den nye bekendtgørelse af 14. februar ikke mere kunne skrives som tilskudsberettiget medicin i henhold til den nye bestemmelse om, at midler til udvortes brug skal være nævnt på listen, for at sygekasserne skal yde tilskud til deres betaling.

Det vil heraf ses, dels at der ikke har været nogen grund til at opsætte udsendelsen af listen i 14 dage, dels at U.f.L. af 8. marts 1956 ikke har indeholdt nogen vildledende meddelelse, samt at der ikke har været nogen anledning til at bringe nogen korrektion i U.f.L. af 15. marts, og endelig, at alle interesserede: læger, apotekere, sygekassefolk m. v. selvfølgelig kan være trygge ved socialministeriets meddelelse.

Vedrørende dr. Møllers konkrete tilfælde: patienten, hvortil der blev skrevet Chloromycetin øjendråber, og som måtte betale dem med 9 kr. den 13. marts, skal udvalget erindre om sit svar til dr. Sten Hanum i U.f.L. nr. 49/1955, side 1610, hvor udvalget henledte opmærksomheden på, at man kunne ordinere Oculoguttae chloramphenicoli ½ % som det billigste præparat.

Efter de ændringer, der er sket i apotekernes takster siden, kan det oplyses, at 20 g Oculoguttae chloramphenicoli ½ % i dag koster patienten 1,30 kr., medens 10 g (altså kun den halve mængde) Chloromycetin øjendråber koster patienten 9 kr. For en ordens skyld skal tilføjes, at Chloromycetin og Chloramphenicol er helt identiske stoffer, idet Chloromycetin kun er P. D. & Co.'s indregistrerede Særnavn for Chloramphenicol.

Det skal tilføjes, at der ikke er sket nogen ændring i reglerne vedrørende midler til lokal behandling af hud- og slimhinder ordineret som dispensationsmedicin.

For en ordens skyld skal til orientering fra ovennævnte følgeblad til »Archiv for Pharmaci og Chemi« af 5. marts 1956 citeres de dispenseringsformer af præparater, som apotekerforeningen gør apotekerne opmærksom på ikke længere efter den nye bekendtgørelse af 14. februar 1956 kan ordineres som tilskudsberettiget medicin.

Achromycin, øjendråber, Lederle
Achromycin, øredråber, Lederle
Aureomycin, strøpudder, Lederle
Aureomycin, vagitorier, Lederle
Aureomycin, øjendråber, Lederle
Aureomycin, øredråber, Lederle
Chloromycetin, øjendråber, PD&Co.
Etinylóstradiol, vagitorier, Organon
Oculoguttae chloramphenicoli 0,5 %
Oculoguttae tetracaini
Otoguttae chloramphenicoli 10 %
Prostigmin, øjendråber, Roche
Terramycin, strøpudder, Pfizer
Terramycin, vagitorier, Pfizer
Terramycin, øjendråber, Pfizer
Terramycin, øredråber, Pfizer

Endvidere følgende indskrænkninger i de hidtil gældende bestemmelser:

Aureomycin, solubletter, Lederle, kun indvortes
Nupercain, opløsning, Ciba, kun indvortes
Nupercain, tabletter à 10 cg, Ciba, kun indvortes
Priscol, liquid, Ciba, kun indvortes
Terramycin, solubletter, Pfizer, kun indvortes

Gammel Slesviger.

Det er Frederiksberg Begravelseskasse i Slesvig by. Den er fra 1638, bare 318 år. Med rødder tilbage i 30 års krigenes verden. For tiden medlemstal lidt under 400, begravelseshjælp 200 DM. Ved dødsfald blandt medlemmer er hver broder under 55 år forpligtet at følge og bære. Af gammel skik holdes endnu i hævd, at broderskabets ældgamle marskalstav omvundet med sørgeflor føres foran båren.

En gang om året fejrer broderskabet sin gamle fest, hovedforsamlingen, sådan som man har gjort det gennem de over 300 år. Festen varer 3 dage og begynder med plukning af grønne grene i skoven ved Hedeby en lørdag. Under musikledsagelse og med brændende fakler vender man tilbage med skovens hilsener, og festlokalet på »Prinsens Palæ« smykkes med alt det grønne. Om søndagen går medlemmers børn i optog til festlokalet, hvor de bliver beværtet med saft, kringel og andre søde sager.

Mandag slutter og kulminerer festen. Man mindes årets døde, man optager nye medlemmer, man spiser og holder derefter bal. Når violinernes sidste toner dør ud, følger broderskabet sin formand hjem. Der danses en dans af foran formandens hjem, medens melodien »Freut Euch des Lebens« lyder over gaden.

Medlemsskabet koster 8 DM årligt. *y.*

Diverse sygekassers indtægter, udgifter og formue gennemsnitlig pr. medlem for året 1955.

	GLADSAXE	HILLERØD OG FREDERIKSBORG	KØGE	NÆSTVED	SLAGELSE	SØLLERØD
INDTÆGTER.						
Medlemsbidrag (nyd.)	82,60	81,68	78,33	86,50	76,49	88,58
Off. tilskud	29,88	26,16	27,29	30,66	27,84	27,29
Renter m. m.	1,30	1,04	1,86	2,50	3,07	1,08
ialt	113,78	108,88	107,48	119,66	107,40	116,95
UDGIFTER.						
Lægehjælp	35,43	33,64	32,52	33,95	31,95	35,11
Tandlægehjælp	12,13	11,96	5,93	8,64	10,03	11,18
Medicin	11,69	11,40	13,88	15,88	8,52	11,98
Sygehusbehandling	12,58	17,31	18,15	21,59	15,17	14,09
Pengehjælp	5,44	2,96	4,54	5,31	4,69	4,11
Begravelseshjælp	2,89	4,72	5,59	5,61	5,52	3,64
Barselhjælp	7,38	3,08	3,04	3,88	2,96	4,98
Hjemmesygepleje og massage	10,90	4,54	3,94	9,30	6,74	3,93
Briller og bandager	4,08	2,31	1,91	4,03	2,25	3,60
Forvaltningsudgifter	12,70	11,10	10,81	10,69	12,52	18,98
ialt	115,22	103,02	100,31	118,88	100,35	111,60
Formue den 31/12	51,74	51,89	68,80	72,06	85,55	57,21
Antal nydende medlemmer	18480	8776	6618	10843	11076	3892

	„ÅRHUS"	HERNING	KOLDING AF 1884	Svendesygek. KOLDING	„VIBORG"	SKANDERBORG
INDTÆGTER.						
Medlemsbidrag (nyd.)	64,22	65,53	73,46	75,11	68,53	78,65
Off. tilskud	28,83	34,87	36,50	35,64	28,08	29,89
Renter m. m.	1,68	1,09	0,56	1,20	2,64	0,91
ialt	94,73	101,49	110,52	111,95	99,25	109,35
UDGIFTER.						
Lægehjælp	31,65	35,50	34,09	34,29	33,60	34,92
Tandlægehjælp	9,48	9,56	10,97	11,51	7,85	8,87
Medicin	11,65	9,86	10,85	11,28	12,78	11,29
Sygehusbehandling	13,90	18,78	25,61	24,23	21,21	22,27
Pengehjælp	4,68	3,86	8,26	8,43	1,85	2,11
Begravelseshjælp	4,36	3,83	5,34	3,48	4,93	4,36
Barselhjælp	3,38	6,67	5,12	3,65	3,73	3,77
Hjemmesygepleje og massage	6,62	7,13	4,05	4,08	4,16	1,67
Briller og bandager	1,39	2,51	2,54	2,36	1,57	1,65
Forvaltningsudgifter	7,98	7,59	10,61	11,22	8,65	16,34
ialt	95,09	105,29	117,44	114,53	100,33	107,25
Formue den 31/12	45,63	39,37	32,83	45,85	73,12	46,16
Antal nydende medlemmer	62562	11097	15227	4174	11213	2725



Sveriges sygekasser. — Oplysningsvirksomheden.

Det svenske sygekasseforbund har i de senere år arbejdet med planer om en oplysningsvirksomhed for sine tillidsmænd og funktionærer. Et af forbundet nedsat udvalg fremsatte ved kongressen i 1955 forslag til afhjælpning af det mest aktuelle behov for oplysningsvirksomhed samt planer for arbejdet på længere sigt. På grund af den store udvikling, som den svenske sygeforsikring har gennemgået i de sidste par år, har kun få af planerne kunnet føres ud i livet. For imidlertid at få gang i arbejdet har forbundet ansat en studiesekretær.

Fra forbundets studieudvalg foreligger nu en plan for den fremtidige oplysningsvirksomhed. Ved siden af en treårig grundskole er det tanken at afholde forskellige specialkurser, f. eks. i kontororganisation, bogføring og revision, sygekontrol og arbejdsledelse. Endelig vil man fra tid til anden lade afholde nyhedskurser, hvor funktionærerne på en let måde kan komplettere deres kundskaber.

For de første to skoleårs vedkommende vil grundskolen blive drevet som brevkursus. Det er dog meningen, at kursets deltagere skal samles lokalt i studiekredse til drøftelse af opgaverne, men disse skal indsendes til pådømmelse hos forbundet. Hvert års undervisning skal afsluttes med et kortere repetitionskursus med eksamen. Grundskolens sidste års undervisning, der skal foregå på skole, tager sigte på at bibringe deltagerne sådanne kundskaber, der kvalificerer til ledende stillinger. Udover, at deltagerne i dette kursus skal have gennemgået grundskolens to øvrige års undervisning, fordres, at de har gennemgået visse specialkurser.

Ved siden af nævnte planer er det hensigten at afholde kurser for de forskellige tillidsmænd og revisorer.

Bortset fra grundskolens toårige undervisning, der ledes af centralsygekassen og afholdes inden for dennes område, vil samtlige øvrige kurser blive administreret af forbundet. Til støtte for studiesekretæren ved dette arbejde vil der blive udpeget lokale kontaktmænd.

Som lærere ved samtlige kurser skal virke kræfter fra det svenske statstilsyn og fra sygekasserne. Til visse specialkurser vil lærere blive hentet uden for sygekasserne.

Inden arbejdet sættes i gang er det tanken at samle lærerkræfterne til et lederkursus, så undervisningen kan blive så ensartet som muligt.

Med undtagelse af brevkursus, til hvilke deltagerne skal bidrage med mindre beløb, vil udgifterne ved samtlige kurser blive afholdt af forbundet og sygekasserne.

Det svenske sygekasseforbund venter at kunne sætte oplysningsarbejdet i gang i september måned i år.

Tyskland.

Ifølge oplysninger i de tyske sygekassers tidsskrift Die Ortskrankenkasse nr. 3, februar 1956, fandtes der ved udgangen af 1954 i Den tyske forbundsrepublik 3.325 sygehuse med tilsammen 524.196 senge. Ved udgangen af 1953 var der 3.306 sygehuse med 513.104 senge. For hver 1.000 indbyggere var der således ved udgangen af 1954 ialt 10,5 senge, ved udgangen af 1953 ialt 10,4 senge. I 1938 var der i det tyske rige 9,3 senge pr. 1.000 indbyggere.

I 1954 blev der behandlet ca. 6 mill. indlagte syge. Antallet af sygehusdage udgjorde 169 mill. Hver seng var belagt i 324 plejedage, en udnyttelsesprocent på 88,7.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 17/1956.

Om henførelse af den bymæssigt bebyggede del af Nr. Vium-Herborg kommune til en gruppe med højere indtægtsbeløb med hensyn til alders- og invaliderente, jfr. folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, samt til en deraf følgende højere indtægtsgrænse med hensyn til ubemidlethed i folkeforsikringslovens forstand, jfr. folkeforsikringslovens § 6, stk. 2.

I skrivelse af 13. april 1956 har socialministeriet meddelt, at Videbæk stationsby i Nr. Vium-Herborg kommune i henhold til folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, jfr. forsorgslovens § 194, stk. 6, vil være at henføre til kommunegruppe II fra den 1. april 1956 at regne.

Det tilføjes, at ministeriets samtykke tillige omfatter tilladelse til at anvende den for købstæder m. v. gældende indtægts- og formuegrænse ved bedømmelse af de indtægts- og formueforhold, der som regel betinger en persons optagelse eller forbliven i statsanerkendt sygekasse som nydende medlem, jfr. socialministeriets bekendtgørelse af 5. december 1955.

Nr. 18/1956.

Om henførelse af Nordborg kommune til en gruppe med højere indtægtsbeløb med hensyn til alders- og invaliderente, jfr. folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, samt til en deraf følgende højere indtægtsgrænse med hensyn til ubemidlethed i folkeforsikringslovens forstand, jfr. folkeforsikringslovens § 6, stk. 2.

I skrivelse af 13. april 1956 har socialministeriet meddelt, at Nordborg kommune i henhold til folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, jfr. forsorgslovens § 194, stk. 6, vil være at henføre til kommunegruppe II fra 1. april 1956 at regne.

Det tilføjes, at ministeriets samtykke tillige omfatter tilladelse til at anvende den for købstæder m. v. gældende indtægts- og formuegrænse ved bedømmelse af de indtægts- og formueforhold, der som regel betinger en persons optagelse eller forbliven i statsanerkendt sygekasse som nydende medlem, jfr. socialministeriets bekendtgørelse af 5. december 1955.

Nr. 19/1956.

Ikke tilskud til leje eller anskaffelse af transportable iltapparater.

Invalideforsikringsretten har overfor direktoratet rejst spørgsmålet om, hvorvidt der af sygekasserne kan ydes disses medlemmer hjælp til leje af transportable iltapparater.

I denne anledning har direktoratet, efter at have brevvekslet med sundhedsstyrelsen over sagen, udtalt, at der, under hensyn til den af sundhedsstyrelsen påpegede risiko ved anvendelsen, hverken kan ydes tilskud til leje eller anskaffelse af omhandlede apparat.

Nr. 20/1956.

Godkendelse af badeanstalt til at give diatermibehandlinger.

Sønderborg kur- og badeanstalt, Jernbanegade 7, Sønderborg, der er godkendt til at yde almindelige badebehandlinger til sygekassemedlemmer, er godkendt til også at yde diatermibehandlinger til sygekassemedlemmer.

Nr. 21/1956.

Badeanstalt godkendt til at yde diatermibehandling til sygekassemedlemmer.

Varde Bad, Lundgade 10, Varde, der er godkendt til ydelse af almindelige badebehandlinger, er godkendt til også at yde diatermibehandlinger til sygekassemedlemmer i henhold til den mellem De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og foreningen Danske fysioterapeuter afsluttede landsoverenskomst om takster m. v. vedrørende diatermibehandlinger.

Nr. 22/1956.

Sygekassemedlemmers kontingentforhold under militærtjeneste.

Som det vil være sygekasserne bekendt, blev den tidligere fulgte praksis, jfr. håndbog for anerkendte sygekasser, 6. udgave, side 436, hvorefter militære personer fritoges for at svare medlemsbidrag og invalidepræmie under tvungen tjeneste, ændret ved socialministeriets skrivelse af 21. april 1948, Sygekassetidende 1948, side 202—03, og socialministeriets skrivelse af 3. juli 1950, Sygekassetidende 1950, side 203 f. f.

Det afgørende for, hvilke militære der fritages for at betale kontingent under tjenesten, er herefter, om de pågældende i sygdomstilfælde med hensyn til behandling og udgifterne herved iøvrigt er stillet på samme måde, som værnepligtige menige, med andre ord, om de pågældende har krav på fuld sygehjælp fra militæret i den forstand, at der efter approbation af lægekorpset foruden almindelig lægehjælp og sygepleje også ydes speciallægehjælp og vederlagsfri almindelig lægebehandling under privat ophold udenfor garnisonen.

Da det imidlertid for mange sygekasser har vist sig vanskeligt at kontrollere, hvilke militærpersoner, der har fået fuld sygehjælp i ovennævnte forstand, og da sygekasserne i mange tilfælde har fået modstridende oplysninger ved henvendelse til de pågældendes tjenestesteder, har direktoratet forhandlet med forsvarsministeriet om, hvorvidt det skulle være muligt at finde frem til klare retningslinier.

Forsvarsministeriet har meddelt direktoratet, at ministeriet i lang tid har arbejdet med en revision af reglerne vedrørende sygehjælp m. v. for forsvarets personel, og at de reviderede regler kan forventes at fremkomme i indeværende kalenderår, men hovedlinierne er nu fastlagt.

Efter disse vil som hidtil fuld sygehjælp i ovennævnte forstand blive ydet militært personel, der er til pligtig tjeneste, og som aflønnes med dagløn, d. v. s. værnepligtige befalingsmænd — indtil disses eventuelle overgang til månedsløn — samt værnepligtige menige og mathelever. Som det fremgår heraf, er det praktiske kriterium for retten til fuld sygehjælp, at den pågældende er daglønnet.

Mather opnår månedsløn ved udløbet af elevtiden, der for tiden er ca. 12 måneder, medens sergenter som almindelig regel overgår til må-

nedsløn efter en samlet tjenestetid på for tiden 18 måneder fra indkaldelsen, med mindre de pågældende forinden indtræder som elever på officersskolen eller udnævnes til (tekniske) løjtnanter, hvilket for personel med særlig civil uddannelse kan finde sted efter 10—14 måneders samlet tjenestetid.

Medens det således vil være muligt for sygekasserne at kontrollere, hvornår en mathelev overgår til månedsløn, og dermed hvornår pligten til påny at betale kontingent til sygekassen indtræder, vil dette være vanskeligt for så vidt angår sergenter og (tekniske) løjtnanter.

Forsvarsministeriet vil derfor i forbindelse med udgivelsen af de reviderede sygeplejebestemmelser pålægge de militære enheder i hvert enkelt tilfælde at give de respektive sygekasser fornøden underretning om disse gruppers overgang til månedsløn.

Når en sygekasse herefter er kommet til kundskab om, at et værnepligtigt medlem er overgået til månedsløn, vil pågældende være at tilbageføre til sit tidligere medlemsskab, hvad enten dette var nydende eller bidragydende, og derefter, såfremt medlemmet under tjenesten har ophold udenfor kassens område, at overflytte til den sygekasse, indenfor hvis område han bor.

Pligten til påny at betale medlemsbidrag og invalidepræmie til sygekassen indtræder fra begyndelsen af den betalingstermin, der følger efter den, hvori overgang til månedsløn har fundet sted.

Nr. 23/1956.

Forhøjelse af takst for ophold på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på Dansk sygeplejeraads rekreationshjem ved Vedbæk er forhøjet til 11 kr. pr. døgn fra 1. maj 1956 at regne.

Nr. 24/1956.

Forhøjelse af takst på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på Comtesse Agnes Lerches rekonvalescenthjem i Jyderup er forhøjet til 11 kr. pr. døgn fra 1. maj 1956 at regne.

Udmærkelser.

Kongen har den 23. april 1956 tildelt kasserer for Allesø-Broby sygekasse, pens. landpostbud Hans Peter Eriksen af Næsbyhoved-Broby under Odense amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Hans Peter Eriksen, der er født 1879 i Søndersø, valgtes til formand og kasserer for Allesø-Broby sygekasse den 26. januar 1916 og virkede i disse hverv indtil 1934, hvorefter han siden har virket som sygekassens kasserer.

Foruden disse tillidshverv har Hans Peter Eriksen haft forskellige andre tillidshverv, bl. a. har han været medlem af bestyrelsen for sygekassernes rekonvalescenthjem ved Odense »Dallund Slot« i tiden 1931 til 1939, hvorefter han indtil 1. januar 1955 har været revisor for dette hjem.

Kongen har den 1. maj 1956 tildelt formand for Agger sygekasse, strandfoged Christian Christensen af Agger under Thisted amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Christian Christensen, der er født 1873 i Aalum, valgtes til formand og kasserer i Agger sygekasse den 23. februar 1907 og virkede i begge disse hverv indtil 1943, da posterne på grund af sygekassens størrelse deltes. Christian Christensen har derefter siden virket som formand for sygekassen.

Kongen har den 9. maj 1956 tildelt kasserer for Gerlev-Enslev sygekasse, husmand Marius Krestensen Bjerregaard af Gerlev i Gerlev-Enslev sogn under Randers amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Marius Kr. Bjerregaard, der er født 1882 i Gerlev, valgtes til kasserer for Gerlev-Enslev sygekasse den 1. februar 1916 og virker stadig i dette hverv.

Foruden dette hverv har Marius Bjerregaard haft forskellige andre tillidshverv, bl. a. er han formand for Gerlev brugsforening og var i en periode medlem af Gerlev-Enslev sogneråd.

Udnævnelse.

Kongen har under 7. februar 1956 udnævnt assistent under direktoratet for sygekasseväsenet Jørgen Kühn til revisor sammesteds fra den 1. februar 1956 at regne.

Revisor Kühn vil fortrinsvis gøre tjeneste i Aarhus, Skanderborg og Randers amter.

Hans Bolig er: Bispeparken 7, København N. V., telefon Ta. 4726.

Fratræden.

Ved generalforsamlingen i Odder kommunes sygekasse ønskede kassens formand, *J. Nørgaard,* på grund af svigtende helbred ikke at tage mod genvalg.

J. Nørgaard blev valgt til revisor ved sygekassen i 1925 og til dennes formand i 1928. Nørgaard har endvidere været medlem af bestyrelsen for Centralforeningen af sygekasser i Århus amt.

Dødsfald.

Den 16. april afgik kommunekasserer *Jens Kramer,* Ødis Bramdrup, Vejle amt, ved døden godt 70 år gammel.

Jens Kramer har været medlem af bestyrelsen for Ødis sogns sygekasse siden 1928, og dennes formand siden 1933.

Den 5. maj afgik forretningsfører *Einer Bech,* Svendesygekassen i Kolding, ved døden i en alder af 44 år.

Forretningsfører Bech var i medarbejderes kreds kendt som en meget interesseret mand, der gik op i sin gerning med ildhu. Svendesygekassen hører ikke til de større sygekasser, men den hører til de kasser, hvor det daglige arbejde var vel tilrettelagt. Bech havde sin store andel heri.

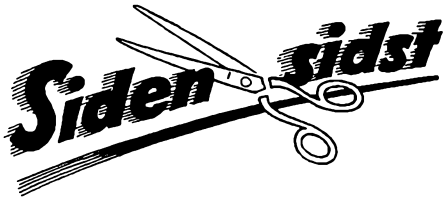
I 1950 blev Bech indvalgt i Kolding byråd. Også i dette arbejde kom hans interesse for samfundsproblemerne til udtryk.

Den 9. maj afgik forretningsfører *Hans Hansen,* Hellerup sygekasse, ved døden.

Et hjerteslag bragte hans virke til afslutning. Han var kendt i sygekassekredse som en dygtig mand, hvis ord man med udbytte kunne lytte til. Altid velvillig, altid hjælpsom over for dem, som søgte hans råd og vejledning.

Den 13. maj afgik kasserer for Taars sogns sygekasse, *Carl Hagensen,* ved døden kun 58 år gammel.

Carl Hagensen, der stammede fra Bindslev, var i en lang årrække lagerforvalter i Taars brugsforening. I 1943 blev han ansat som kasserer i sygekassen, hvilket hverv han bestred med stor dygtighed. Han vil blive savnet i Taars, hvor man satte stor pris på ham.



Nervesanatorium i Jylland. Bestyrelsen for det planlagte nervesanatorium i Jylland har nu truffet bestemmelse om at overtage Vejlefjord sanatorium ved Vejle og ombygge dette til nervesanatorium i stedet for at bygge et helt nyt sanatorium ved Skanderborg. Overtagelsen ventes at finde sted ved nytårsskiftet 1957, og ombygningen, der vil koste ca. 6 mill. kr., skal straks derefter påbegyndes. Nervesanatoriet får plads til 97 patienter.

★

I. S. S. A. Den permanente komité for sygeforsikring under det internationale forbund for social sikkerhed afholder i dagene 18. til 21. august i år møde i København. Mødet afholdes i forbindelse med et af I. S. S. A. i samarbejde med I. L. O. (den internationale arbejdsorganisation) og den tekniske komité for bistand til underudviklede lande planlagt kursus i socialpolitiske problemer.

Fødsel i hjemmet eller på sygehus. Læge Liebmann i Odense skriver i Ugeskrift for læger: »De tider er forbi, da stammens kvinder, når de skulle føde, gik om bag en busk og ordnede sagen og derefter drog videre med stammen og dens nye medlem«. Fyns Social-Demokraten bringer videre referat: »Alligevel mener han, at fødsler er en absolut normal foreteelse, der uden nogen fare kan foregå, om ikke bag en busk og alene, så dog i den fødendes egen seng og eget hjem under bistand af en flink jordemoder og eventuelt af den fødendes egen læge«.

★

På årsmødet i *Sammenslutningen af købstædernes sociale udvalg* blev det udtalt, at socialkontorerne bør være det sted, hvor samfundets indsats til afhjælpning af den enkelte borgers trang, uanset trangens årsag, koncentreres og koordineres. Socialkontoret skal være det sted, hvor råd og vejledning i sociale spørgsmål ydes borgerne, og her gøres det sikkert ofte bedre end selv gennem den mest velmenende sociale brevkasse.

★

Radiumstationen i Århus udvides til det dobbelte. I begyndelsen af maj måned holdtes rejsegilde på tre nybygninger, der opføres i forlængelse af radiumstationens nuværende bygninger. I de nye bygninger, hvoraf een bliver i fem etager, skal bl. a. være modtagelsesrum for røntgen- og radiumpatienter, operationsstuer og røntgenafdeling.

Legat.

Johan L. Sørensens Mindelegat.

Af ovennævnte legat vil der den 20. august d. å. blive uddelt indtil 550 kr. i portioner på ikke under 100 kr. til hjælp til betaling for ophold på helbredelsesanstalt eller et af socialministeriet godkendt rekonvalescenthjem.

I betragtning kan komme sådanne medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af fortsættelsessygekassen »Sjælland«, som har eller i årets løb har haft ophold på en helbredelsesanstalt eller på et af socialministeriet godkendt rekonvalescenthjem, og som har opbrugt retten til hjælp fra den anerkendte sygekasse eller fra fortsættelsessygekassen »Sjælland«, samt nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af fortsættelsessygekassen »Sjælland« til supplering af hjælpen til ophold på helbredelsesanstalter i tilfælde, hvor sygekassen eller fortsættelsessygekassen ikke betaler hele udgiften for opholdet.

Ansøgning, som må være ledsaget af lægeerklæring samt erklæring angående medlemsforholdet fra den sygekasse, af hvilken ansøgeren er medlem, må indsendes inden 1. august d. å. til legatets bestyrelse under adressen: »Danske sygekassers udligningskasse for Begravelseshjælp«, Nyropsgade 37, København V., hvor også ansøgningsskema fås.

P. b. v.

Fr. Hansen.



1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Endelig slettelse af medlemsskab af sygekassen på grund af restance.

Sygekasserne skal inden 1. juli meddele sådanne bidragydende medlemmer, som er fyldt 40 år og efter at være forgæves udpantet skylder medlemsbidrag for de nærmest forudgående 5 regnskabsår, at de, såfremt indbetaling ikke sker inden 1. juli, udslettes af forsikringen og fortaber adgangen såvel til påny at indtræde i forsikringen som til invalide- og aldersrente.

Enhver sygekasse bør tegne abonnement på bladet til sygekassens repræsentantskab, bestyrelse og funktionærer.

Abonnement tegnes ved bladets ekspedition: Nyropsgade 37, København V. Abonnementsprisen er 6,00 kr. for et år.

Redaktion og ekspedition:

Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75

Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . juli 1956 . nr.* 7

Den norske sygeforsikring.

Ny lov træder i kraft 1. juli.

Det norske storting vedtog i marts en ny lov om sygeforsikring, der træder i kraft den 1. juli i år. Gennemførelsen af denne lov markerer en milepæl i norsk socialpolitik. Med gennemførelsen af denne lov har Norge som det andet land i Norden indført obligatorisk sygeforsikring for landets borgere. Herved vil ca. 300.000 nye medlemmer strømme til de norske sygekasser.

Forsikringens omfang.

I henhold til den nye lovs bestemmelser vil fremtidigt enhver norsk statsborger samt udlændinge, der har fast bopæl i Norge, have pligt til at være medlem af en trygdekasse. Undtagen fra denne pligt vil for så vidt kun være fremmede statstjenestemænd og de hos dem ansatte, som ikke har norsk indfødsret. De personer, der omfattes af den nye lov, skal enten være forsikret som medlemmer eller familiemedlemmer (bipersoner). Enhver, der er fyldt 18 år, skal være forsikret som medlem. Det samme gælder personer under 18 år med en årlig arbejdsindtægt på over 1.000 kr.

Medlemmerne inddeles i følgende grupper:

a) lønmodtagere,
b) ikke-lønmodtagere,
c) fiskere, fangstmænd samt øvrige personer, der omfattes af loven om ulykkesforsikring for fiskere,
d) sømænd i udenrigs fart, offentlige tjenestemænd uden for Norge samt visse andre norske statsborgere, der opholder sig uden for landet,
e) militærpersoner.

Forsikret som familiemedlem (biperson) er ægtefælle, der forsørges af medlemmet, samt børn under 18 år uden arbejdsindtægt. Den hidtil gældende aldersgrænse for børns adgang til at være forsikret som bipersoner var 16 år.

For lønmodtageres vedkommende har arbejdsgiverne som hidtil pligt til at sørge for, at forsikringspligten overholdes. Arbejdsgiverne skal således drage omsorg for, at de personer, der er beskæftiget hos dem, er tilmeldt forsikringen. For alle øvrige forsikringspligtiges vedkommende påhviler det pågældende selv at sørge for at blive medlem af sygeforsikringen, når forsikringspligt indtræder.

Lønmodtagerne skal være medlem af sygekassen i den kommune, inden for hvilken arbejdsgiveren har sin forretningsadresse, hvorimod alle øvrige skal være medlem af sygekassen i den kommune, hvor de har fast bopæl.

Medlemmerne opdeles i 6 klasser efter deres årsindtægt. Ændring i arbejdsindtægten skal anmeldes til sygekassen for eventuel overførelse til anden indtægtsklasse.

Sygehjælpen.

Sygehjælpen omfatter bl. a. følgende ydelser:

1. lægehjælp,
2. tandlægehjælp,
3. fysiurgisk behandling,
4. livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin,
5. kur og pleje på sygehuse og rekonvalescenthjem,
6. sygepenge,
7. jordemoderhjælp, ophold på fødehjem og barseldagpenge,
8. begravelseshjælp med 300 kr.

For læge- og tandlægehjælpens vedkommende ydes denne ikke som fri hjælp. De forsikrede må selv betale for den ydede hjælp og får derefter refunderet visse andele efter nærmere af det norske sygekassetilsyn fastsatte takster. For lægehjælp ved fødsel samt lægehjælp i ulykkestilfælde, der kan henføres under ulykkesforsikringslovgivningen, ydes dog fuld refusion.

Udgifterne ved kur og pleje på sygehus og kursteder afholdes fuldt ud af sygekasserne, hvorimod hjælp til fysiurgisk behandling samt lægemidler ydes efter regler og takster fastsat af tilsynet.

Sygepenge.

Ret til sygepenge har medlemmer, der er forsikret som lønmodtagere, og medlemmer, der er forsikret som ikke-lønmodtagere, såfremt pågældende har tegnet særskilt sygepengeforsikring. Endvidere har enhver for-

sikret ret til sygepenge i ulykkestilfælde, såfremt tilfældet kan henføres under ulykkesforsikringslovene.

Statstjenestemænd har ikke ret til sygepenge, og det samme kan fastsættes for personer ansat ved amter, kommuner eller andre offentlige institutioner, når pågældende er sikret løn under sygdom svarende til den sygeløn, der ydes efter tjenestemandsloven.

Sygepengene udgør følgende beløb:

Klasse	1,	årlig	indtægt	over	1.000	kr.	—	2.000	kr.,	3	kr.	pr.	dag
-	2.	-	-	-	2.000	-	—	4.000	-	5	-	-	-
-	3,	-	-	-	4.000	-	—	6.000	-	7	-	-	-
-	4,	-	-	-	6.000	-	—	8.000	-	9	-	-	-
-	5,	-	-	-	8.000					10	-	-	-

For forsørgere kommer hertil et tillæg pr. dag for første forsørgede på 2 kr. og 1 kr. for hver af de øvrige forsørgede. Under ophold på sygehus foretages en mindre nedsættelse af sygepengene. Pengehjælpen kan aldrig udgøre over 90 pct. af pågældendes arbejdsindtægt. For ydelse af pengehjælp gælder 3 karensdage, og der udbetales ikke pengehjælp for søndage. Hjælpen kan ydes i indtil 52 uger for samme sygdom. For medlemmer, der lider af tuberkulose, kræft, polio eller kronisk leddegigt, ydes sygepenge dog i 104 uger for samme tilfælde. Tilkendes et sygemeldt medlem invaliderente, ophører retten til sygepenge fra den dag, rente bevilges. Oppebærer en forsikret fuld løn under sygdom, har arbejdsgiveren ret til at få sygepengene udbetalt eller foretage fradrag i lønnen svarende til sygepengenes størrelse.

For medlemmer forsikret som ikke-lønmodtagere kan tillægsforsikring for dagpenge tegnes med foran nævnte 3 dages karenstid eller med 90 dages karenstid.

Barselhjælp.

I barseltilfælde yder sygekassen fri jordemoderhjælp og nødvendig lægehjælp. Føder pågældende på fødehjem, betaler kassen for opholdet der i indtil 8 uger.

Barseldagpenge udbetales til alle fødende med mindst 150 kr. Er medlemmet berettiget til sygepenge som lønmodtager eller gennem tegning af tillægsforsikring, ydes barseldagpenge i 12 uger med det sikrede sygepengebeløb pr. dag. Under ophold på fødehjem bortfalder retten til barseldagpenge.

Financiering.

For hver enkelt sygekasse fastsættes en præmietarif, der skal godkendes af tilsynet. Tariffen skal fastsættes således, at der kan tilvejebringes et reservefond, og den skal revideres hvert 5. år. Iøvrigt er for hele sygeforsikringen oprettet et reguleringsfond, hvor sygekasserne i påkommende tilfælde kan optage lån.

I tilskud til sygekasserne betaler arbejdsgiverne et beløb, der svarer til 60 pct. af lønmodtagernes kontingentindbetalinger. Kommunernes og statens tilskud for disse medlemmer udgør henholdsvis 22 pct. og 20 pct. af det indbetalte kontingent. Kommunernes og statens tilskud til sygekasserne for ikke-lønmodtagerne udgør henholdsvis 22 pct. og 20 pct. af den af disse medlemmer indbetalte kontingentindtægt. Lønmodtagernes kontingent tilbageholdes af arbejdsgiveren og indbetales af denne med arbejdsgiverbidraget kvartalsvis bagud.

Ikke-lønmodtagere betaler medlemsbidrag kvartårlig forud. Kommunernes tilskud indbetales til sygekasserne kvartalsvis forud, medens statens bidrag indbetales kvartalsvis forud til tilsynet og indgår i reguleringsfondet.

Efter gennemførelsen af den nye lov regner man med, at sygeforsikringen vil koste landet ca. 500 mill. kr. om året. Heraf er ca. 80 mill. kr. merudgift som følge af udvidelser af den hidtil gældende lov.

Forvaltningen.

Den enkelte sygekasse skal ledes af en bestyrelse på 5 medlemmer valgt af kommunalbestyrelsen for den kommunale valgperiode. Kommunalbestyrelsen vælger såvel formand som næstformand. Bestyrelsesmedlemmerne skal være bosat inden for sygekassens område, og et af bestyrelsesmedlemmerne skal være en arbejdsgiver, der har beskæftiget forsikrede i kassen. For hver kasse ansætter tilsynet efter indstilling af bestyrelsen forretningsfører og revisorer. Øvrige funktionærer ansættes af bestyrelsen. Ved kasserne kan ligeledes ansættes læger, tandlæger m. v.

Foruden bestyrelsen skal der ved hver sygekasse være et nævn bestående af 3 medlemmer, der vælges af kommunalbestyrelsen. Nævnet skal bl. a. afgøre eventuelle stridigheder mellem en forsikret og sygekassen. Nævnets afgørelser kan indankes for tilsynet.

Centralstyret for sygekasserne er Rigstrygdeverket, som ledes af et styre på 5 medlemmer. Styret består af direktøren for Rigstrygdeverket samt 4 medlemmer, som med personlige suppleanter udnævnes af kongen. Centralstyret fører kontrol med sygekassernes ledelse og virksomhed og iøvrigt med lovens gennemførelse i det hele taget.

Lidt om lægegerning idag —.

Af læge Hellan Kolbye.

»Tidens Kvinder« bragte i marts måned en artikel om en læge, der byttede stetoskop og receptblok med køer, svin og høns. Som svar herpå optog bladet i uddrag nedenstående artikel af praktiserende læge Hellan Kolbye, Odense.

»Tidens Kvinder« er ikke et forum for polemik, men bladet har jo før vist sig villigt til at modtage kommentarer til en eller anden artikel, og da det ligger fremme i størstedelen af de praktiserende lægers venteværelse og dèr ugentlig læses af op til et par hundrede patienter hvert sted, er motiveringen for et svar på en ret udfordrende artikel i »Tidens Kvinder« nr. 13 af 27. marts vist god nok.

I indholdsoversigten hedder den famøse artikel »en læge bliver landmand«, men over den lange, illustrerede og unægtelig righoldige artikel står som titel (men det er måske for journalist Gregorius' egen regning) »Byttede stetoskop og receptblok med køer, svin og høns«.

Efter læsningen af artiklen vil jeg tro, at størstedelen af bladets tænkende læsere vil lægge det fra sig og sige: »Nej, han byttede jo *mennesker* med disse køer, svin og høns — oven i købet uden at slutte sig til den højagtede dyrlægestand.« Højdepunktet af ubehag ved at læse artiklen føler man ved en af de sidste repliker, hvor ex-lægen erklærer, at »endelig føler han sig virkelig som læge« — efter at have unddraget sig alt samarbejde med kolleger og sundhedsautoriteter og som patient har en ko!

Alle har jo lov til at skifte erhverv, men lad det dog foregå i stilhed! Man bliver ilde tilpas, hvis der kastes for meget skarn i ens rede, specielt af en, der er fløjet derfra, og som nu ifølge det gode billedmateriale »residerer« på den smukke, godslignende hovedbygning, som han »by the way« har foruden sin egen gård.

Jeg kender talrige gamle kolleger, som, efter et langt virke fuldt af anstrengelser, vrøvl og glæder, på grund af alder eller helbred måtte afhænde deres elskede praksis og trække sig nøjsomt tilbage til den treværelsers — uden at residere, de *boede* der bare!

Medens de virkede i fuldt flor, havde de en dejlig konsultation og tilhørende privatbolig, som krævede god og rigelig hjælp, og den dermed følgende husførelse blændede nogen, der ikke, som *de,* vidste, at her var tale om en privat »embedsbolig« med de og de krav fra omverdenen til properhed, beredvillighed på alle tider o. s. v. De fik slet ikke så mange og luksuøse nydelser, som man tiltænkte dem, men hvis det *lå i dem selv,*

havde de mulighed for en smule »livskunst« og poesi i privatlivet — sene aftentimer med improviseret festligt samvær, gerne akkompagneret af vidunderlig, ædel musik fra diskoteket, eller *hans* lytten til *konens* referat af de bøger, *han* ønskede sig — og *fik* — til jul og fødselsdag, men aldrig selv så mulighed for at komme igennem. Disse øjeblikke var belønning nok for mange timers »rutinearbejde«, og de besværlige og ansvarsfulde tilfælde, hvor man skulle spænde al viden og erfaring an, var kun »godter« — bollerne på rutinesuppen.

A propos rutinearbejde: er polyper og mandler ikke »rutine« for en øre-, næse-, halslæge? Tilpasning af briller for en øjenlæge? Og uden for faget: kender mon ikke enhver læser en dygtig ung mand med ekstrafin eksamen fra »Niels Brock« og uddannelse i udlandet, som måtte krybe ind under vilkårene i den »plads«, han fik, da han kom hjem, og hende — pigen med sprogtalentet, som blev udenlandsk korrespondent — men selvfølgelig måtte øve sig på skrivemaskinen samtidig — blev det ikke mest maskinskrivning på dansk, selv om det livede vældigt op, når der var et par udenlandske breve at skrive. Det er mærkeligt, at det at være »rutineret« i et arbejde er anerkendelsesværdigt — medens rutinearbejde — det vante arbejde, man let magter — er det modsatte.

I artiklen ser man den unge ex-læge give en ko en injection — på et andet kæle for en kalv i kostalden, mærkeligt nok iført en dejlig tweedfrakke.

På det største af billederne ser man kun horn og rumper af køer, hvis ydeevne ganske vist omtales som overgående nogen patients.

Der tales gennem hele artiklen usømmeligt mange gange om *penge, ydeevne og udbytte.*

I det hele taget er der 17 punkter, jeg understregede ved anden gennemlæsning — efter det første chok — som jeg havde lyst til at kommentere, men det vil føre for vidt.

Det er rigtigt nok, at vi læger, som endnu ikke er flyttet til øde øer eller godser, har vanskelige arbejdsvilkår, som kan drive desperate naturer til uoverlagte handlinger og udtalelser. De mere besindige (alderen? jeg er 49 og har det faktisk dejligt midt i malstrømmen) ræsonnerer som så: Vi har i vor fremragende lægeforenings bestyrelse fine, kloge og retsindige hoveder, valgt af os selv til disse opgaver, og de søger at opnå ændringer, der er i pagt med tiden, på en retfærdig måde.

I undertitlen hedder det: Hvorfor afbryder man pludselig en gerning, der for mange mennesker står som noget uopnåeligt(?), noget næsten helligt?

Svaret finder De på side 61, hvor han siger: »Jeg er så liberal, at jeg altid har ønsket at være min egen herre (?), og jeg har altid ønsket at

komme til landbruget.« At dette ikke skete straks, tilstår han ærligt skyldes, at »ydeevnen« på den tid ikke var så god!

Altså reduceres hele historien til et menneske, der ikke har været på sin rette hylde, men nu er kommet det, og hjertelig til lykke dermed!

Vi andre føler det som et privilegium, at vi er bundne og ikke kan tage fri når som helst. Det viser os jo, at der er brug for os. Helt at være sin egen herre kan ikke forenes med en smule »tjenersind«, denne skjulte understrøm, som er et nødvendigt træk i den praktiserende læges psyke — ligesom en usentimental forståelse af, at vort arbejde er både et *kald* og et *erhverv*.

Disse vilkår er der jo også andre, der har — og har gjort sig klart. Jeg er så heldig at kende mange unge kunstnere. Der er musikere, der gerne halvsulter for at få fremført et af deres slidsomt indstuderede koncertprogrammer, malere med snesevis af talentfulde lærreder, ventende på deres chance for en gennembrudsudstilling — og de mest indlysende talenter, der er dukket op i teatrets verden, hvor de har haft de forfærdeligste startvilkår, men de blev ved, til det lykkedes, fordi der ikke var tale om lydende malm eller klingende bjælde, men om *kærlighed til faget*.

I det omtalte tilfælde er det imidlertid lykkedes at gå fra læge til landmand — og unægtelig standsmæssigt — det må man sige.

Jeg selv, med en praksis godt over middelstørrelse, har ikke drevet det længere end til en dejlig konsultation, et smukt, hyggeligt hjem og et bondehus, skønt min dag er denne — bevidnet af patienter og husstand: Konsultation $8^1/_4$—10 (i telefonbogen står $8^1/_2$—9), i reglen en halv snes sygebesøg til få minutter i 13, og så et par mundfulde mad, håndvask og kitlen på — konen spiser sødt resigneret videre. Og konsultationen (13—15) *går* til 17 — den sidste time er aftalte tider til besværlige ting — så igen et par besøg suppleret af dem, aftenen bringer, hvis man ikke har »stillet om« til en kollega. Der er rig lejlighed daglig til selvopdragelse ved ikke at jamre eller blive selvmedlidende, fordi jeg virkelig synes, jeg får brugt mine evner — af og til i hvert fald. Og rundt om os er der mennesker, der slider og slæber med noget, der ikke vil gå, skønt indsatsen er stor.

Tilfredsheden med tilværelsen afhænger vist i højere grad af, om man får brugt sine evner og får luft for sin virketrang end af det økonomiske problem.

Et af de mennesker, jeg har mest ondt af, er en lille, ung pige, som tager recepturtelefonen på et apotek. Jeg har set, at hun er sød og livslysten, men det eneste, hun siger, er »Et øjeblik« — der er forbud mod at sige andet, og hen på eftermiddagen, når hun har sagt det 3—400 gange, lyder hun så bedrøvet. Der siges, at hun ind imellem »øjeblikkene« klistrer etiketter på et eller andet. Jeg tænker tit: Hvad kunne Branner, Leck Fischer eller Soya ikke få ud af denne lille anelse af desperation!

Men så den unge ex-læges dag. Det var, da han *både* læste til landmand *og* praktiserede som læge. Hans dag var: Landbrugsskole kl. 7, konsultation 9—10, og minsandten allerede 10,15 på skole igen, så sygebesøg 12—14, landbrugsskole 14—17 og sygebesøg 17—20 og så lektier et par timer — altså i alt 6 timers lægegerning og 8—9 timers hobby — eller studium, om man vil.

Hvorfor i alverden brugte han ikke lidt af den megen tid på studiet af sit aktuelle fag — det er jo et af dem, hvori man *aldrig* bliver udlært. Og tænk, at det kunne blive til to gårde med så lille indsats! Vi andre sover ofte halvbesvimede ind med »Ugeskrift for Læger« eller »Praktisk Lægegerning og social Medicin« på dynen, til en kærlig hånd tager det forsigtigt fra den indsovede doktormand og slukker lyset.

Men det er heldigvis ikke tilfældet hver aften. Det *kan* lade sig gøre at få en friaften selv i en by, hvor der ikke er fast fremmed natlægevagt. For eksempel er vi fem kolleger, der har fundet sammen i et ideelt kollegialt samarbejde. Efter alfabetisk turnus har vi hver femte dag vagt fra kl. 18 til 7 for »kredsen« og har for øvrigt ønsket at have en fin og erfaren *ældre* kollega som en slags æresgæst i kredsen. Han må henvise til os uden at have pligter over for os. Man kan så de mellemliggende fire dage bruge vagten eller lade være — eventuelt bruge den de timer, man er i teatret eller lignende.

Sådan et par friaftener ugentlig giver mulighed for en smule privatliv, fredelig syslen med attestbunken eller regnskaber eller dyrkelse af private laster såsom kammermusik eller kort.

Før 8 næste morgen ringer vi og meddeler aflagte besøg, en gang i kvartalets første uge mødes vi over et par snitter til saglig diskussion af »problempatienter« inden for hver enkelts praksis, en gang årligt »konemiddag« på skift — ikke uden betydning, at de kender hinanden personligt, så ofte de må søge at skaffe øjeblikkelig hjælp hos hinanden i mandens fravær.

Denne lille, intime natlægeordning bevirker, at patienterne ikke næste dag træffer et udkørt, medynksvækkende skrog (undtagen måske efter en nattevagt, hvor alle i kredsen har henvist), men en veloplagt prakticus, som på forhånd vidste, at han gik ind til den livsgerning, som har den laveste levealder og det farligste virkefelt på nærmeste hold af livsfarlige infectioner — for ikke at tale om faren i trafikken ved under nervepres at nå så hurtigt ud til en fødende eller f. eks. et hjertetilfælde. Og det er vist meget få, der drømmer om at nøjes med at virke fra 8—16.

Hvis det går en godt i et sådant one-man-show, koster det dyrt, pligter og afsavn vokser proportionalt med medgangen og skatten. *Derfor* nægter man at se en ex-kollega reducere den praktiserende læges gerning til at være »ekspeditionssekretær for sygekasserne, terapeut eller socialrådgiver — en slags samarit« o. s. v. Yderligere siger han — også ordret citeret fra

artiklen: »Alle — også hospitalslægerne — taler om den praktiserende læge som den centrale skikkelse inden for lægestanden. Det er jo camouflage, falsk reklame.«

Min herre! Reklame er noget selvforantaltet, i reglen købt, og er jo som bekendt forbudt i standen. Nej, denne karakteristik af den praktiserende læge, som De har ret i, man må anstrenge sig meget for at leve op til, er gang på gang tildelt os offentligt af vor egen stands koryfæer ved deres samtaler med pressen i anledning af deres folkeoplysende virke — lad mig blot blandt de mange nævne navne som Warburg, Foged, Jens Nielsen og medicinaldirektør Frandsen.

Og ser man ikke i ca. 90 pct. af besvarelserne i ugebladenes »lægebrevkasse« og andre »sundhedsblade« den stereotype sætning: »Henvend Dem til Deres læge« — og det snart med alle tænkelige problemer.

Det er sandsynligt, at læserne synes, jeg hidtil kun har talt — og for meget — om vor stands etik og det til gerningen nødvendige sind, og havde kunnet nøjes med at påpege, at mange udmærkede »forskere« på et videnskabeligt institut er rene umuligusser i almindelig lægepraksis — og omvendt, en del kan begge dele og har prøvet een retning, før de fandt sig til rette i den anden.

Privat forskning er en ret farlig ting. Vi almindelige og måske lidt ortodokse læger udvider vor horisont ved meddelelser i fagskrifter fra vort rigshospital og landets øvrige sygehuse samt fra seruminstituttet og embedslægerne. Man lærer faktisk efterhånden, at det *ikke* er bedst for patienterne at have en ultramoderne læge men en besindig »trekvartmoderne«, o: besindig, som ved, at der f. eks. et halvt år efter jubelskrigene over et nyt antibioticum kommer en opgørelse over farer og bivirkninger derved.

Selv bliver jeg nødt til at besvare et spørgsmål, som ligger i luften: om jeg synes, jeg økonomisk får det, jeg skulle have, ud af den praksis, jeg har? Den har for øvrigt det særpræg, at ca. $^3/_5$ er sygekasse- og socialpraksis og de $^2/_5$ »privatpraksis« — sådan må det udtrykkes, *selv om en patient i alle tilfælde er en patient.*

Jeg kan således tillade mig at tale lidt med om disse to forskellige former for honorar.

Lad mig sige *som helhed,* at man har nøjagtig de samme problemer som alle andre nu til dags med at finde balancen mellem de gode indtægter og de endnu mere overraskende udgifter, som et lægehjem notorisk kræver.

Jeg ved, at de par læger, der kom i mit barndomshjem, havde praksis af nøjagtig samme type og stabile størrelse som min. Det blev dem forundt at betrygge deres pårørende og erhverve sig en privatbolig, de havde

råd til at *blive* i, når de ikke mere kunne slæbe sig op og ned ad trapperne. Det har jeg ingen illusioner om, men jeg opfatter mig som et af de mange »ofre«, hvis bedste virkeår falder i en vanvittig skatteepoke.

Men for at blive ved indtægterne: Jeg synes ikke, der er noget forkert i at være tilfreds med at vide, at de store udgiftsposter på budgettet er sikrede gennem sygekasse og socialkontor.

Angående de private, den såkaldte »praxis elegans« — folk, som enten er i sygeforsikring eller går uden om sygekassen — eller slet ikke er i noget.

Her er jo netop tale om honorar pr. ydelse — det nye ideal; men de naive forudsætter jo, at regningerne bliver betalt. Det gør de i ca. $^2/_5$ af tilfældene, men der er i tiltagende grad i de senere år mange restanter, som bogholdersken må sende kvartalsregning til op til 6—8 gange. Årsagen er vel, at lægens økonomiske stilling som sædvanligt overvurderes, så »han kan godt vente lidt endnu«, hvis man trænger til en god, lang ferie eller en festlig jul.

Forrige sommer var denne tendens så udpræget, at da jeg begyndte at følge de alt for ringe indbetalinger for ydet arbejde og så, at restancerne i flere tilfælde gik adskillige kvartaler tilbage, og hader »pengevrøvl« selv af denne berettigede art, afbestilte jeg resolut de forlængst reserverede værelser ved Bodensøen og i Vorarlberg, skønt vi aldrig havde forberedt nogen ferie som denne ved hjælp af kort og Baedecker.

Lisbeth på 5 år havde særligt hæftet sig ved at skulle lære at jodle og gå med gemsefjer i hatten; hendes yndlingssang er imidlertid den om bageren i Nørregade med den gode moral, hun ved gælder, når det ikke drejer sig om absolutte livsfornødenheder, »at har du penge, så kan du få, og har du ingen, så kan du gå« — og så gik hun glad med gemsefjeren i vort kære Ærøskøbing og trallede — på grund af svigten af »praxis elegans«, om end ikke arbejdsmæssigt.

Håndværkerne, som huserede herhjemme imedens, har jo store udlæg, så de skal jo have deres penge inden for rimelig tid. Men jeg tog mig sammen og fik vor sagfører til at sende en lille, alvorlig hilsen til 3—4 fra Italien hjemvendte restanter. Nu hilser de meget afmålt på os, når vi ses ved premierer eller af og til på »Grand Hotel«. Og jeg *har* sat et par lus i skindpelsen hos den flinke, unge kollega, der for nylig har nedsat sig sindssvagt dyrt, og som de nu »søger« — og han var endda så beæret over, at de gik til ham.

Nej, honorar pr. ydelse og i »frit forhold« uden administration er *for tiden* ikke af 100 pct.s pålidelighed — skønsmæssigt en 60—70 pct.s — og det er jo disse manglende sidste par tusinde, man kan »solde« for. Opsparede, bundne værdier lader sig ikke øjeblikkeligt realisere, og det var jo heller ikke meningen med dem.

Angående den praktiserende læges noksom omtalte overdimensionerede arbejde: Det skyldes bl. a. det ideelt udtænkte folkeoplysende arbejde gennem skrifter, foredrag og radio — måske også pressens store interesse for sygdom — særligt om søndagen. Ingen læge formår mere at have tal på gennemfølte bryster eller foretagne gynækologiske undersøgelser, endsige blodtryksmålinger, der som en flodbølge vælter ind over læger — og over »almindelige« medpatienter i venteværelserne efter et folkeoplysende foredrag eller et sygdoms-søndagsnummer. *Og det er jo netop meningen dermed,* så der er efter min opfattelse ikke andet at gøre end, som Dostojevski siger »tage lidelsen på sig« — og så for øvrigt skærpe alle sanser for at fange den ene af de hundrede ængsteligt fremmødte, hvor der er noget patologisk til stede; men jeg tror, der er mange læger, der ville føle sig meget ubehagelig til mode, hvis de skulle lukrere af denne desværre påførte men ikke tilsigtede angst. Og forøvrigt har patienten medbragt sin sygekassebog og har krav på undersøgelse, så der er ikke andet at gøre end at tage fat — og så sende en venlig tanke til de mange raske unge mennesker ved Teknisk skole, vi ofte slet ikke ser i de år, de er her i byen.

Men det er ofte nemmere at holde foredraget end at tage konsekvenserne.

Det er rigtigt, at der skal behandles (ikke ekspederes) alt for mange patienter i konsultationen nu til dags for at eksistere, men det bevirker, at lægen udvikler et særligt instinkt for, hvad der er væsentligt eller uvæsentligt, »stort« eller »småt« — og her er det let at indvende, at det er individuelt, hvad der er uvæsentligt eller småt. Subjektivt følt er det jo det modsatte.

Sommetider kan man fristes til at sukke med Shakespeares Hertug Orsino og sige: »Nok! — Nok! Det er ej mer så lifligt, som det var.« Men det er helt forkert, det er blot blevet så meget *anderledes,* det meste står ikke i de bøger, vi lærte efter på universitetet. Vi *må* regne med svævende begreber som »tidens problemer« og »tendenser«.

Det raske og sunde er ikke mere tidens ideal. Der udføres daglig landet over et kæmpearbejde af læger for næsten som i en fægtematch at afparere mange patienters hårdnakkede ønske om at flygte ind i »neuroser« eller »nervesvækkelse« — denne diagnose har mange ikke spor imod, tværtimod. Det giver anseelse i familien og kræver hensyn og forståelse på arbejdspladsen, og hvem vil ikke gerne have det?

Læseren forstår forhåbentlig, at jeg ikke taler om de reelle, alvorlige og tids*krævende* — ikke *-røvende* tilfælde, men om *parodierne* derpå, som også er blevet en daglig oplevelse i konsultationen. Ordet »nerver« udtales ofte med et strålende smil og krav om øjeblikkelig underkastelse

af omgivelserne, og den selvdiagnosticerede neurose kan meget ofte oversættes til dansk ved, at patienten er »hed om ørerne« af en eller anden grund — samt i pengeforlegenhed.

Der var *intet* kynisk eller sarkastisk i den søde lille bemærkning, som en sygehuslæge for nylig skrev på udskrivningskortet over en dame, som to gange havde været på hospitalet for at blive rodet igennem med alle tekniske hjælpemidler. Hendes symptomer var mærkelige og ukarakteristiske; men både sygehuset og jeg var bange for at »gøre skarn uret«:

»Alt tyder på, hun er rask, men står det til hende selv, kommer hun sig jo ikke foreløbig!« skrev han.

En anden patient talte jeg længe med forleden, og han havde unægtelig skabt sig en hel kæde af »konfliktsituationer« — det vidste jeg både fra hans kone, hans kæreste og hans arbejdsgiver. Han var som sagt ganske naturligt »hed om ørerne« og erklærede med effekt, at »nu var han så nær et *totalt* nervesammenbrud, som et menneske kunne være«. Han accepterede mig imidlertid fuldstændigt, da jeg sagde: »Sludder, hr. Andersen — det har De jo hverken tid eller råd til — De er jo provisionslønnet,« og nu prøver han selv at rede trådene ud og få orden i sagerne, selv om det jo havde været meget nemmere at flygte på en nerveafdeling eller et hvilehjem, oven i købet med en antydning af en glorie om hovedet.

Brochurerne angående nyheder fra vore medicinalfabrikker er snart hele små kunstværker i udstyr. En af de smukkeste er en om et nerveberoligende middel. På en midnatsblå baggrund ser man en lille, fredelig ø — der er lys i det ene af husene, og en klar stjerne står over det. Det var så smukt, at jeg skar det til, lod det ramme ind i en fin hvid liste, og det hænger i mit soveværelse side om side med andre tossede ting, jeg føler noget for.

Man behøver slet ikke pillerne, for der ånder en sådan fred og ro ud fra det lille billede, og der behøves vist ingen dybdeanalyse for at gøre sig klart, at når man af og til ser på denne lille øde ø i natten, er det, fordi man et øjeblik får en længsel efter at være alene med sine kære — uden de mange forpligtelser og gerne i det lille hus under stjernerne — men det er blot et par rare, trætte minutter, hvor man aner, at meget værdifuldt af livet kan løbe forbi en, hvis man ikke passer på; men så hænger man det op og siger: »Gu vil jeg ej!« og lister ind til telefonblokken og ser, hvor meget der allerede er aftalt for i morgen.

Og jeg har så megen kollegial kontakt, at jeg ved, at sådan forholder det sig — gudskelov — de fleste steder i et lægehjem — endnu da.

Og kloge hoveder arbejder stadig videre for at forbedre vilkårene for både patienter og læger.

Hellan Kolbye.

Skoletandplejen.

Konflikten er stadig løbende.

I januar måned blev forhandlingerne mellem de kommunale organisationer og Dansk Tandlægeforening efter tilskyndelse fra sygekasserne genoptaget. Der var dengang en lille mulighed for, at skoletandplejen skulle blive genoptaget. Dette håb om, at de deltidsbeskæftigede tandlæger og de privatpraktiserende tandlæger skulle genoptage deres arbejde ved skoletandplejen efter overenskomst med de kommunale organisationer, er atter bristet. I øjeblikket ydes der kun skoletandpleje på de kommunale tandklinikker af de tjenestemandsansatte tandlæger.

De privatpraktiserende tandlæger ophørte med skoletandpleje i august måned i fjor, og de deltidsbeskæftigede tandlæger sagde deres stillinger op fra 1. oktober i fjor.

Når tandlægerne ikke ønskede at behandle skolebørnene, var det hovedsageligt på grund af, at de fandt den fastsatte betaling for behandling af 1. klassernes børn for lav. Tandlægerne har her henvist til, at børnenes tænder nu er betydeligt dårligere end tidligere. Skolebørnene har i dag ca. 40 pct. flere huller i tænderne end for blot 8 år siden. Det er vist iøvrigt almindeligt kendt, at børnenes tænder under krigen var friskere, end de er nu.

Tandlægerne har endvidere stillet krav om, at taksten for behandling af børn fra 2. skoleår blev forhøjet. Denne har hidtil været ca. 25 kr. pr. barn om året.

For udenforstående kan det jo se lidt mærkeligt ud, at tandlægerne har sagt nej til at lade de uløste spørgsmål afgøre ved en voldgift. Det er her i landet almindeligt, at stridigheder om løn for udført arbejde afgøres ved mægling eller voldgift, men dette har tandlægerne altså ikke ønsket.

De har her henvist til, at den hidtil for de privatpraktiserende skoletandlæger anvendte betalingsform ikke har været egnet til at fremme en effektiv tandpleje. Tandlægerne er af den opfattelse, at skoletandplejen fremover må udføres på kommunernes egne klinikker. En del kommuner har da også efter konfliktens udbrud oprettet skoletandklinik, og der er næppe tvivl om, at det er den vej, man skal ud. I det lange løb vil det være utilfredsstillende for alle parter at lade skoletandplejen udføre af privatpraktiserende tandlæger.

Det næste spørgsmål er derefter, om der er tandlæger nok til at bemande sådanne kliniker.

For sygekassernes vedkommende bliver det, når Købstadforeningen på sit årsmøde den 21. juni har taget endelig stilling til konflikten, nødvendigt at gøre op, hvorledes man i fremtiden vil stille sig til tandplejen.

Arbejdet for de høreskadede.

Denne artikel, der er skrevet af socialrådgiveren ved Erhvervs- og vejledningskontoret for tunghøre og døvblevne, *Inger Tuxen,* fortæller om det arbejde, der idag udføres for de høreskadede.

Skillelinien i forsorgen for de høreskadede er loven om foranstaltninger for døve og tunghøre af 27. januar 1950, hvorved *alle* høreskadede nu omfattes af denne forsorg, mens det tidligere stort set kun var de døve, se §§ 260—261 i lov om offentlig forsorg.

Samme år ændredes § 60 i Folkeforsikringsloven således, at den tidligere erhvervsmæssige betingelse bortfaldt, hvorved alle, der iøvrigt opfylder lovens betingelser kan søge gratis høreapparat gennem invalideforsikringsfonden.

Rent statistisk regner man med, at der her i landet findes ca. 200.000 mennesker med nedsat hørelse, heraf ca. 100.000 i så høj grad, at en eller anden foranstaltning er påkrævet. Ca. 1 pct. af disse vil være helt uden hørerest, ca. 4 pct. vil have en hørerest, der ikke kan tilpasses høreapparat, mens resten vil kunne få hel eller delvis gavn af et sådant apparat.

I de 6 år, loven har virket, har ca. 40.000 søgt om høreapparat, heraf er ca. 30.000 undersøgt. De høreskadede udgør den største af samtlige invalidegrupper, hvorfor det er af største betydning, at sygekasserne forstår vanskelighederne og vejleder dem rigtigt.

Det må derfor slås fast, at høreapparat tildeles efter folkeforsikringslovens § 60 gennem invalideforsikringsretten efter ansøgning på de grønne skemaer, mens den øvrige forsorg for de høreskadede hører under særforsorgen. Hverken sygekasse, kommunekontor eller læge skal derfor afgøre, om høreapparat er påkrævet, ligesom der ikke skal anlægges trangsbedømmelse i forsorgslovens forstand. Eventuelle oplysninger om ansøgeren anføres på det grønne skema, der indsendes til Hørecentralen i København, som er centralregistrant, og som videresender det til invalideforsikringsretten. Denne afgør, om de forsikringsmæssige betingelser er til stede, og er dette tilfældet, indkaldes ansøgeren til den hørecentral, han tilhører, når det bliver hans tur. Er dette forbundet med rejseudgifter, afholdes disse af invalideforsikringsfonden. Der findes hørecentral i København, Odense og Århus.

Socialudvalg, læger og lærere har indberetningspligt til socialministeriet af sådanne personer, der på grund af stærk nedsat hørelse måtte være trængende til denne forsorg.

Ansøgning om høreapparat bør indgives, såsnart der er *mistanke* om eller vished for hørenedsættelse. Med de forbedrede høreapparater kan selv tilsyneladende helt døve få gavn af et apparat. Selvom de med høre-

apparat kun kan opfatte lyde og sprogrytme, kan dette lette sprogforståelsen væsentligt og bidrage til bibeholdelse af forståelig tale samt virke psykisk stimulerende. At en person kan høre tilsyneladende normalt i en tomandssamtale, er ingen garanti for normal hørelse. Enhver, der klager over vanskeligheder ved at følge en samtale mellem flere personer indbyrdes, bør søge høreapparat. Børn helt ned til 1 års alderen kan i egnede tilfælde forsynes med apparat, og der sættes ind med forældrerådgivning,



Studiekreds i tunghøreforeningen.
Bemærk mikrofonen foran lederen og telefonerne til de tunghøre.

speciel skoleundervisning m. m. for at hjælpe de høreskadede børn. Kun på hørecentralerne findes det nødvendige apparatur til en forsvarlig undersøgelse.

Enhver akut ørelidelse skal naturligvis omgående under lægebehandling; men hvis denne ikke afhjælper hørenedsættelsen, bør ansøgning om høreapparat indgives. Tunghøre, der i årevis går til lægebehandling uden at hørelsen bedres, spilder tid, nerve- og arbejdskraft ved at udskyde anskaffelse af apparat.

Takket være penicillin og sulfapræparaterne er øreinfektionernes antal nu væsentlig nedsat; før udgjorde de over halvdelen af årsagerne til hørenedsættelse. Operative indgreb kan foretages over for lidelser i mellemøret, men ørekirurgien er dog endnu i sin vorden. Adskillige af disse indgreb mislykkes, hørelsen kan yderligere forværres derved, og smerter, øreflod og svimmelhed kan holde sig længe efter operationen og forårsage langvarig arbejdsudygtighed, ligesom langtfra alle lidelser i mellemøret er egnet til operative indgreb. Da høreapparat er særlig effektiv ved lidelser i mellemøret, bør dette ofte tilrådes fremfor operation.

Beskadigelser i det indre øre eller i hørecentret i hjernen kan have mange årsager, og de kan være vanskelige at afgøre. Fra det indre øre udgår ca. 24.000 hørenerver. Der findes ikke apparater til at måle deres funktioner, og så vidt vides kan beskadigede eller ødelagte hørenerver ikke bringes til at fungere normalt igen. Årsagerne kan bl. a. være arve-

lige faktorer, infektioner i fostertilstand, læsioner af hovedet under fødsel eller ved ulykkestilfælde eller langvarig påvirkning af stærk støj. Visse medikamenter som kinin, streptocymin o. a. kan påvirke hørenerverne, muligvis også tobak og alkohol. Infektioner i blodet, rygmarven og hjernen eller svulster kan ligeledes være årsager til sådanne hørenedsættelser.

Sygekasserne bør have opmærksomheden henvendt på, om der er opstået hørenedsættelse ved ulykkestilfælde, således at der kan sættes ind over for dette fra begyndelsen, ligesom det kan have betydning ved afgørelsen af erstatningskravet.

På hørecentralen undersøges de høreskadede først af en ørespeciallæge og henvises til behandling hos egen ørelæge, hvis dette er påkrævet, idet der ikke foretages nogen behandling af øresygdomme på centralerne. Derefter undersøges høreevnen indgående, og høreapparat tildeles, hvor dette er påkrævet. For at få det fulde udbytte af apparatet henvises de høreskadede til tunghørepædagogisk undervisning (mundaflæsning, høretræning, talekorrektion m. v.). Der findes to skoler for voksne — en i København og en i Fredericia — samt kurser i de fleste større byer landet over. Rejseudgifter kan søges betalt af særforsorgen efter indstilling af tunghørepædagogen.

For alle, der begynder at bruge høreapparat, er der en tilvænningsperiode, kort eller lang, afhængig af høretabets art, omfang og varighed, samt den pågældendes egen evne og vilje til medvirken. De tunghøre, der har indre ørelidelser, har særlig store vanskeligheder ved at bruge høreapparat, idet de hører tale og lyde forvrænget. Dette gælder ikke mindst alderstunghørheden, der er en forkalkning af hørenerverne.

Hørenedsættelse kan altså ikke altid overvindes effektivt med et høreapparat. Der kan være store og i nogle tilfælde uovervindelige vanskeligheder, således at apparatet kun kan yde begrænset hjælp eller helt må opgives. Det er ikke mindst denne gruppe, der har stærk behov for forståelse og vejledning, således at bedst mulig revalidering kan opnås trods vanskelighederne.

Men der kan opstå andre vanskeligheder end de direkte høremæssige, som direkte eller indirekte er forårsaget af hørenedsættelsen. Det kan gælde erhvervsvalg, arbejdsansøgning, problemer på arbejdspladsen, forhandlinger med offentlige institutioner, juridisk rådgivning o. m. a. — måske også rent personlige problemer i familie og omgangskreds, der står uforstående overfor de høremæssige problemer. Henvis derfor alle med hørenedsættelser til Erhvervs- og vejledningskontoret for tunghøre og døvblevne, Tordenskjoldsgade 22, København K. Personalet er selv tung-

høre og bruger høreapparat. Der rejses landet rundt i bil, så alle kan betjenes herfra. Al assistance er gratis, da socialministeriet afholder kontorets udgifter.

Oprindelig påbegyndte Dansk Tunghøreforening arbejdet for de høreskadede ved at oprette apparat-samlinger, mundaflæsningskurser og vejledningskontor. I tale og skrift har foreningen opfordret det offentlige til at overtage arbejdet, da de private midler langt fra var tilstrækkelige til at løse opgaverne tilfredsstillende, og dette skete ved loven af 27. januar 1950. Foreningen har to repræsentanter i tunghørenævnet, der varetager de tunghøres interesser i forsorgen. Desuden findes 54 lokalkredse landet over. Disse kredse afholder møder, fester, ferie- og rejseophold i ind- og udlandet m. m., hvor programmet tilrettelægges efter de tunghøres særlige behov.

Danmark har verdens bedst organiserede forsorg for de høreskadede, men den bliver først virkelig effektiv, når alle, der har behov for den, bringes i kontakt med den, såsnart høreskaden opstår, således at alle kræfter forenes til opnåelse af den bedst mulige rehabilitering af alle landets høreskadede.

Inger Tuxen.

Forhøjelse af priserne på medicin.

Ifølge cirkulære fra sundhedsstyrelsen er priserne på medicin blevet forhøjet fra 15. juni d. å.

For ekspedition af et lægemiddel — med undtagelse af medicinske specialiteter — har der hidtil været fastsat et gebyr på 65 øre. Dette forhøjes nu til 85 øre.

Som noget nyt indføres endvidere ekspeditionsgebyr på specialiteter. Foruden den ret høje avance, specialiteterne hidtil har været belastet med, skal der yderligere for ekspedition af en receptpligtig medicinsk specialitet — herfra dog undtaget følgende livsvigtige præparater »insulinpræparater, usammensatte leverpræparater, usammensatte ventrikelpræparater samt kombinationspræparater af lever, ventrikel og cykobemin«, hvor der ikke findes andre terapeutiske virksomme bestanddele — for hver pakning opkræves 15 øre.

Det vil sige, at priserne fra 15. juni er forhøjet med 20 øre for de apotekerfremstillede lægemidler og med 15 øre for de fabriksfremstillede lægemidler.

Forhøjelserne, der er begrundet i lønstigninger for det på apotekerne ansatte personale, vil medføre en stigning i sygekassernes udgifter til medicin på ca. 1 mill. kr. årlig.

Kursus i Skallerup klit.

Det er efterhånden blevet almindeligt, at centralforeningerne afholder kurser for sygekassernes tillidsmænd og funktionærer. Gennem de senere år er der afholdt adskillige gode kurser rundt omkring i landet, sidst i Hjørring amt, og vi vil gerne benytte lejligheden til at slå et slag for disse kurser.

De sjællandske sygekasser har således to gange med held afholdt 8-dages kurser, første gang i feriebyen ved Middelfart og anden gang på »Æblely« i Faxe Ladeplads. Også funktionærernes organisationer har med mellemrum afholdt 8 dages kurser.

Centralforeningen i Svendborg amt har to gange arrangeret weekend kurser i Ollerup med stor tilslutning. Den københavnske centralforening har holdt weekendkursus på den internationale højskole ved Helsingør og på Bellahøj, begge gange med meget stor deltagelse. Andre centralforeninger, det gælder således centralforeningerne i Sønderjylland, Viborg amt, Skanderborg amt og Ringkøbing amt, har forsøgt sig med efterårsmøder med instruktive foredrag og gruppearbejde. I Vejle amt er der efterhånden skabt tradition for, at man samles en gang om efteråret til foredrag om et aktuelt emne og spørgetime.

I Hjørring amt begyndte man for et par år siden kursusvirksomheden med et 1 dags kursus med gruppearbejde om formiddagen (lægeoverenskomsterne, bogholderi og organisationsspørgsmål) og et foredrag om eftermiddagen med efterfølgende spørgetime. I år syntes centralforeningens bestyrelse imidlertid, at man ville gå et skridt videre og indbød derfor i maj måned til et weekend kursus i feriebyen ved Skallerup klit.

Nu er det naturligvis lettere at samle sygekassernes tillidsmænd til kursus en enkelt dag frem for til et kursus, der strækker sig over to dage. På den anden side giver et to dages kursus langt større udbytte. For det første kan man gennemgå et større pensum på to dage end på een dag, og for det andet giver et to dages kursus bedre tid for tillidsmændene til at udveksle erfaringer og tid til at lære hinanden at kende. Kursernes værdi ligger jo ikke mindst i de samtaler, som bliver ført mand og mand imellem.

Fremgangsmåden, som centralforeningen i Hjørring amt havde valgt, var imidlertid rigtig, nemlig først at begynde med en enkelt dag og derefter at forsøge med et weekend kursus. Selv om begge kurser i Hjørring forløb tilfredsstillende, er man vist enige om, at man bør foretrække weekend kurserne. I Hjørring prøvede man iøvrigt noget nyt, idet man havde indbudt hjælpekassererne (kassernes koner) til kursus. Da det rent praktisk ligger sådant, at det mange steder er kassererens kone, som må give et nap med til daglig, er det såre na-

turligt, at konerne også får lejlighed til at deltage i kursus.

Kurset havde samlet 80 deltagere til nedenstående program. Betalingen for kurset var fastsat til 30 kr. pr. deltager. I denne betaling var inkluderet kørsel fra Hjørring til feriebyen og retur samt ophold og forplejning fra lørdag eftermiddag til søndag eftermiddag.

Program:

Lørdag:

Kl. 16: Gruppearbejde:
a. Hvad bør en tillidsmand vide om sygekasserne? (især for nye tillidsmænd).
b. Hvorledes kontrolerer vi regningerne?
c. Social vejledning i sygekasserne.

\- 20: Sygekassernes stilling i sygdomsbekæmpelsen. (foredrag).

\- 21: Kammeratligt samvær.

Søndag:

Kl. 9: Er der under den nuværende lovgivning mulighed for at forbedre sygekassernes ydelser. (indledningsforedrag).

\- 9,45: Diskussion i grupperne over indledningen.

\- 11: Fællesmøde. En indleder fra hver gruppe redegør kort for diskussionen i sin gruppe.

\- 13,30: Sygehusbehandling. (foredrag).

Deltagerne kunne selv vælge, hvilken gruppe de ønskede at deltage i. Grupperne valgte selv en gruppeformand, medens de samvirkende centralforeninger havde stillet indledere til rådighed.

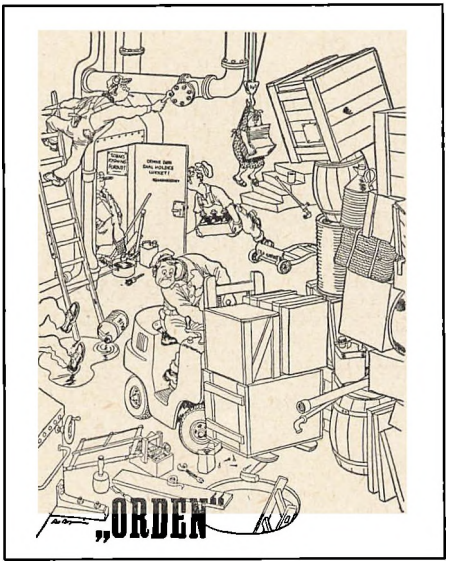
Kursets første foredrag blev holdt af forretningsfører H. C. Hansen, de samvirkende centralforeninger.

Foredraget om søndagen blev holdt af landsformand Ernst Larsen. Efter foredraget drøftede man emnet i grupperne, idet erfaringen har vist, at man får en mere alsidig drøftelse i en mindre gruppe end i den større forsamling. Efter gruppearbejdet var der atter fællesmøde, hvor en af gruppen valgt indleder gjorde rede for de synspunkter, som var kommet frem i gruppen.

Kurset sluttede med et foredrag af narkoseoverlæge ved centralsygehuset i Hjørring, Erik Lundstrøm.

Kursets gode forløb tjener centralforeningens bestyrelse og dennes formand, Harding Larsen, til ære. Centralforeningens bestyrelse kan roligt driste sig til en anden gang at indbyde til weekend kursus i Skallerup klit.

Plakater med bud til enhver arbejdsplads.



Ved at tage den moderne plakatkunst i sikkerhedens tjeneste forsøger »Arbejderbeskyttelsesfondet« nu et fremstød mod arbejdsulykkerne og de dårlige arbejdsvaner. Fondet har som en begyndelse ladet udarbejde en serie på 8 farverige plakater, og det er tanken at udsende sådanne plakatserier med passende mellemrum, såfremt denne indledningskampagne møder den interesse, man håber.

Plakaterne behandler overvejende deres emne humoristisk — Bo Bojesen og Storm P. er således med blandt de anvendte tegnere — men der er i høj grad alvor bag smilet. Arbejdsulykkerne koster hvert år det danske samfund alt for store menneskelige og økonomiske ofre, og det er »Arbejderbeskyttelsesfondet«s håb, at mange arbjdspladser vil gøre en indsats i kampen mod ulykkerne ved at ophænge disse plakater på egnede steder. Hele serien sælges for kun 6 kr., et beløb, som enhver virksomhed må kunne ofre på denne sag. De, der vil være med til at gøre endnu mere ud af propagandaen, kan efter anmodning vederlagsfrit få tilsendt mærkater med samme motiver til påklæbning på lønningsposer, korrespondance og lign.

Størrelsen af plakaterne er 24,5 × 34,5 cm, et format, der ikke kræver megen plads og derfor gør det muligt at lade plakaterne opslå mange andre steder end sædvanligt. Gentagelsesvirkningen er jo af stor værdi i enhver propaganda, og man opfordrer derfor større virksomheder til at anskaffe flere sæt plakater og sprede dem bedst muligt, ligesom man håber, at sygekasserne vil lade dem ophænge på kontorerne.

Centralforeningernes årsmøder.

Torsdag d. 12. juli kl. 14^{00}	*Hobro*	Randers amt
Lørdag d. 14. juli kl. 13^{00}	*Struer*, Teglgården	Ringkøbing amt
Lørdag d. 14. juli kl. 13^{30}	*Nykøbing Mors*, Centralhotellet	Thisted amt
Lørdag d. 14. juli kl. 13^{00}	*Viborg*, Afholdshotellet	Viborg amt
Lørdag d. 28. juli kl. 14^{00}	*Aabenraa*	Sønderjylland
Søndag d. 29. juli kl. 12^{00}	*Vejen*, Hansens hotel	Ribe amt
Lørdag d. 11. aug. kl. 13^{45}	*Hjørring*, Forsamlingsbygningen	Hjørring amt

Sygekasse-rekonvalescenthjem gennem 25 år.



»Boller Slot« ved Horsens.

I et lille bramfrit skrift har fhv. borgmester *J. Chr. Juliussen,* Horsens, tegnet en minderune i anledning af 25 årsdagen — den 28. maj — for indvielsen af Boller Slot som statsanerkendt rekonvalescenthjem.

Det var store besværligheder, man skulle igennem, for at nå frem til indvielsen af dette gamle herresæde som hvilehjem for syge medlemmer. Centralforeningerne i Vejle og Skanderborg amter havde ikke ønsket at gå ind i arbejdet for et rekonvalescenthjem. Det blev derfor bysygekasserne i nævnte amter, som formanden for sygekassen »Horsens«, *Erik N. Sørensen,* søgte at samle til løsning af denne opgave. Efter frafald blandt disse stod sygekasserne i Horsens, Kolding og Skanderborg ene om opgaven.

For 40.000 kr. købte man slottet med 3 tdr. land park af landbrugsministeriet. For andre 70.000 kr. bragte man slottet i stand. Sygekasser i Skanderborg amt, som ikke var med i interessentskabet, ydede 10 øre pr. medlem, og sygekassen »Horsens«' begravelseskasse gav et lån på 20.000 kr.

Den 1. juni 1931 kunne hjemmet modtage de første gæster. Siden starten har hjemmet været besøgt af ca. 15.000 rekonvalescenter, der har fundet ro og hvile på det gamle, skønne og skøntbeliggende slot.

Det daglige arbejde er indtil 1955 udført under ledelse af bestyrer *Andreas Christensen og hustru.* Som bestyrerpar efter Christensens afgang er ansat *Heinrich Madsen og hustru,* tidligere Kolding.

Som læge ved hjemmet virkede først kredslæge *E. Bondo* og derefter læge *Svend Kraunsøe,* Horsens.

Formand for hjemmets bestyrelse er *Ingv. Rasmussen,* Skanderborg.

Takstregulativ for fødselsanstalten i Jylland.

Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 2. maj 1956.

§ 1.

Betalingen fastsættes således pr. dag:

A. *For patienter, der er hjemmehørende her i landet, samt for danske statsborgere bosat i udlandet.*

I. På fællesstue.
   a. Almindelig takst .... 10 kr.
   b. For ubemidlede, nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse erlægges en betaling, der svarer til den takst, som er gældende på det lokale sygehus i den egn, hvor patienten er hjemmehørende, dog ikke over 5 kr. og ikke under 4 kr. pr. dag.
   c. Ugifte kvinder, enker, fraskilte, fraseparerede og forladte hustruer, der indlægges på svangreafdelingen eller føde- og barselafdelingen, behandles, når de ønsker det, uden vederlag.

II. På enestue (efter patientens derom fremsatte begæring) 20 kr.

B. *For andre patienter, med hensyn til hvilke der ikke i medfør af internationale aftaler gælder særlige regler.*

I. På fællesstue.
   a. Almindelig takst .... 40 kr.
   b. For patienter, der under midlertidigt ophold her i landet er blevet trængende til sygehusbehandling, kan betalingen efter anstaltens bestemmelse i hvert enkelt tilfælde nedsættes, når hensigten med opholdet ikke har været at opnå indlæggelse på hospitalet, og der foreligger lægeattest for, at patienten ikke tåler at flyttes til noget sygehus i hjemlandet. Betalingen vil normalt ikke blive fastsat til mindre end 20 kr. og aldrig til mindre end 10 kr.

II. På enestue (efter patientens derom fremsatte begæring): 60 kr.

C. *For børn, der fødes på fødselsanstalten,*
betales, sålænge de forbliver sammen med moderen, halvdelen af den betaling, for hvilken moderen henligger på anstalten. For børn, der ligger alene, betales fuld takst.

D. *Ledsagere.*
For sunde børn, der for diegivningens skyld indlægges sammen med moderen, betales halvdelen af den betaling, for hvilken moderen henligger på fødselsanstalten. For sunde mødre, der for diegivningens skyld indlægges sammen med deres barn, betales halvdelen af den betaling, for hvilken barnet henligger.

§ 2.

Ved betalingens beregning betragtes en del af et døgn som et helt døgn, således at både indlæggelses- og udskrivningsdagen medregnes.

For den fastsatte betaling nyder patienten alle ydelser, som ikke kræves særligt betalt i henhold til stk. 4, pkt. 1 og 2, herunder lægehjælp, jordemoderhjælp, operationer, forbindsstoffer, bandager til benyttelse på fødselsanstalten, medicin, røntgenundersøgelser og behandlinger, massage, desinfektion, almindelige bade, lys, varme, vask, pleje, bespisning efter reglementet eller efter lægens forskrift, opvarlning og endelig ekstravagter, som er ordineret af fødselsanstaltens læger.

Særlig betaling udredes for følgende ydelser:

1. For kunstige lemmer, bandager, beklædningsgenstande og andre rekvisitter, som medgives patienten til vedvarende benyttelse efter udskrivningen fra fødselsanstalten, betales efter regning af alle patienter.

2. For ekstravagter, der ikke er ordineret af fødselsanstaltens læger, betales særskilt og fuldtud af alle patienter.

§ 3.

Transport til og fra fødselsanstalten er denne uvedkommende.

§ 4.

I tilfælde af, at betalingen ikke erlægges, kan fødselsanstalten lade sit tilgodehavende inddrive ved udpantning hos den pågældende patient eller hos dennes kautionist.

§ 5.

Dette regulativ træder i kraft den 1. april 1956.

Fra samme tidspunkt ophæves de i §§ 9—14 i indenrigsministeriets regulativ af 30. marts 1939 med senere ændringer fastsatte takster for indlæggelse og behandling på Fødselsanstalten i Jylland.

Finseninstitutet og Kysthospitalet på Refsnæs.

Forhøjelse af takster fra 1. juli 1956.

Fra 1. juli d. å. er fastsat følgende takster for kur og pleje for *indlagte* patienter på *Finseninstitutet* og *Kysthospitalet* på Refsnæs:

A. For patienter, der indlægges i h. t. lov af 7. marts 1952 om statsstøtte til behandling og pleje af tuberkuløse m. m., er taksten den til enhver tid i h. t. nævnte lov fastsatte.

B. For patienter, der ikke henhører under tuberkuloseloven:

1. På fællesstue:
   a. Grundtakst..... 6 kr. pr. dag.
   b. For ubemidlede nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse og deres børn (herunder plejebørn anbragt i familiepleje) under 15 år .... 3 kr. pr. dag.
2. På enestue .... 20 kr. pr. dag.

For *ambulant* behandling på *Finseninstitutet* fastsættes taksten for patienter, der ikke henhører under tuberkuloseloven, til *6 kr. pr. ambulant sygedag,* for ubemidlede nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og statsbanepersonalets sygekasse og deres børn (herunder plejebørn anbragt i familiepleje) under 15 år til *3 kr. pr. ambulant sygedage.*

De tidligere fastsatte takster for ambulant behandling erstattes således fra 1. juli med en enhedstakst.

Formandsskifte i centralforeningen i Århus amt.

På centralforeningens generalforsamling den 2. juni fratrådte driftsbestyrer J. Belter, Aabyhøj, efter eget ønske sin stilling som centralforeningsformand. Til ny formand valgtes forretningsfører P. Friis Olsen, Aarhus.



J. Belter har deltaget i sygekassebevægelsen i en lang årrække. Fra 1928 har han været medlem af centralforeningens bestyrelse og dennes formand fra 1940.



Forretningsfører P. Friis Olsen behøver ingen nærmere præsentation. Hans navn er velkendt i sygekassekredse. Han er medlem af De danske sygekassers forretningsudvalg, medlem af sygekassenævnet, medlem af overflytningsudvalget og af Sygekassetidendes redaktionsudvalg. Han er desuden medlem af voldgiftsrådet for sygekasser og læger og var i en årrække vicepræsident i I. S. S. A.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 25/1956.

Fornyet godkendelse af badeanstalt.

Østsjællands Lysbadeanstalt i Køge, der den 1. juli 1955 har skiftet indehaver, er pånyt godkendt til brug for sygekassepatienter til såvel bade- som diatermibehandlinger.

Nr. 26/1956.

Ny takst for lægeerklæringer til brug ved begæring om invaliderente m. v.

I forbindelse med tidligere meddelelser om taksten for lægeerklæringer ved begæring om invaliderente m. v., senest direktoratets meddelelse nr. 42/1955 i »Sygekassetidende«, oktober 1955, side 258, skal man meddele, at taksten for nævnte erklæring (den »hvide« erklæring, mrk. D. II. 3) fra 1. april 1956, d. v. s. erklæringer, der udstedes fra og med nævnte dag, er steget fra 31 kr. 20 øre til 32 kr., idet statens honorartillæg fra 1. april 1956 er steget fra 95 pct. til 100 pct.

Taksten for den lægeerklæring, der benyttes ved ansøgning om hjælp i henhold til folkeforsikringslovens § 60, stk. 1 a), til anskaffelse af kunstige lemmer m. v. (den »røde« erklæring, mrk. R. 106) er ikke ændret; d. v. s., at taksten stadig er 20 kr.

Nr. 27/1956.

Angående civile værnepligtige, der på hjemsendelsestidspunktet er sygemeldte.

Under 24. maj 1956 har indenrigsministeriet efter indhentet udtalelse fra direktoratet tilskrevet cheferne for samtlige lejre for civile værnepligtige således:

»På dertil given foranledning skal man herved fastsætte følgende retningslinier for, hvorledes lejrledelsen skal forholde sig ved værnepligtiges sygdom på hjemsendelsestidspunktet:

Syge værnepligtige, der ikke er indlagt på sygehus eller infirmeri, hjemsendes på sædvanlig måde, medmindre de er angrebet af smitsomme sygdomme, i hvilke tilfælde de først hjemsendes, når lejrlægen finder hjemsendelsen forsvarlig.

Værnepligtige, der er indlagt på sygehus eller infirmeri, hjemsendes først, når sygehuset eller lejrlægen har godkendt hjemsendelsen.

Hjemsendte værnepligtige har, for så vidt de er medlemmer af en sygekasse, ikke krav på hjælp af statskassen til dækning af udgifter til sygebehandling efter hjemsendelsen, selv om det kan konstateres, at deres sygdomstilfælde er en fortsættelse af en i tjenesten pådragen sygdom.

Hvis en på sygehus eller infirmeri indlagt værnepligtig fremsætter ønske om hjemsendelse, inden han er bestemt til at udskrives, og vedkommende sygehus eller lejrlæge skønner, at dette kan ske uden fare og derfor giver tilladelse dertil, skal det samtidig skriftligt meddeles den syge, at han intet krav har på hjælp fra staten til bestridelse af udgifter ved den fortsatte sygebehandling. Den værnepligtige må i så fald rette henvendelse om hjælp

til sin sygekasse. Tilbageholdes den syge mod sin vilje, skal lejrledelsen straks indberette dette til ministeriet.

Hvis en værnepligtig i overensstemmelse med ovenstående bestemmelser tilbageholdes efter den normale hjemsendelsesdag, betragtes han først som hjemsendt, når hjemsendelsen rent faktisk finder sted, og indtil dette tidspunkt vil udgifter i forbindelse med sygdommen være at afholde af lejrens kasse, ligesom der i samme tidsrum vil være at udbetale den værnepligtige lønning m. v. i overensstemmelse med de herom i almindelighed gældende bestemmelser.«

Hvilket herved meddeles til underretning, idet man samtidig henleder opmærksomheden på sygekassernes pligt til at overtage sygehjælpsudgifterne, såfremt et medlem, der før indkaldelsen var nydende medlem, inden 14 dage efter hjemkomsten melder sig hos kassens formand eller vedkommende kredsforstander, jfr. vedtægtens § 15.

Nr. 28/1956.

Badeanstalt godkendt til at yde diatermibehandlinger til sygekassemedlemmer.

Kolding kur- og badeanstalt, Mazantigade 1, Kolding, der er godkendt til ydelse af almindelige badebehandlinger, er godkendt til også at yde diatermibehandlinger til sygekassemedlemmer.

Nr. 29/1956.

Badeanstalt godkendt til at yde diatermibehandlinger til sygekassemedlemmer.

Nakskov Kurbad, Jernbanegade 2, Nakskov, der er godkendt til ydelse af almindelige badebehandlinger, er godkendt til også at yde diatermibehandlinger til sygekassemedlemmer.

Nr. 30/1956.

Godkendelse af tandlægeoverenskomsten for sygekassemedlemmer på Færøerne.

Socialministeriet har under 18. juni 1956 godkendt den mellem centralforeningen af sygekasser på Færøerne og Dansk Tandlægeforenings 2. kreds indgåede overenskomst om tandbehandling af medlemmer af sygekasser på Færøerne som gældende fra 1. april 1956 og indtil videre.

Meddelelse fra Direktoratet for Statens sindssygehospitaler.

Takst for ophold på statens sindssygehospitaler gældende fra 1. juli 1956.

Ved indenrigsministeriets bekendtgørelse af 1. juni 1956 er taksten for nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser forhøjet fra 2 kr. til 3 kr. pr. dag fra 1. juli 1956 at regne.

Endvidere er reglen om, at der i visse tilfælde kan ydes patienter vederlagsfri behandling i 3 måneder, bortfaldet fra samme dato at regne.

Samvirkende Centralforeninger

Nr. 10/1956.

Betaling for vagt på Rigshospitalet.

Som det vil være sygekasserne bekendt, er der hidtil blevet afkrævet de på rigshospitalet indlagte patienter betaling for særlige sygeplejevagter, hvad enten disse har været ordineret af vedkommende læge eller alene etableret efter patientens eller de pårørendes ønske.

Ifølge meddelelse fra rigshospitalet har undervisningsministeriet fra 1. april d. å. at regne ophævet den nævnte betalingsordning for så vidt angår lægeordineret vagt.

Der vil herefter ikke være at afkræve patienterne betaling for vagter, der er ordineret af vedkommende overlæge (eller dennes stedfortræder) som nødvendige af hensyn til patientens behandling.

Betaling for vagt ydet efter ønske fra patienten eller dennes pårørende er sygekasserne uvedkommende.

Repræsentantskabsmøde

afholdes i De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark lørdag den 4. august d. å. kl. 10 i Studenterforeningens bygning, H. C. Andersens Boulevard 6, København, med følgende foreløbige dagsorden:

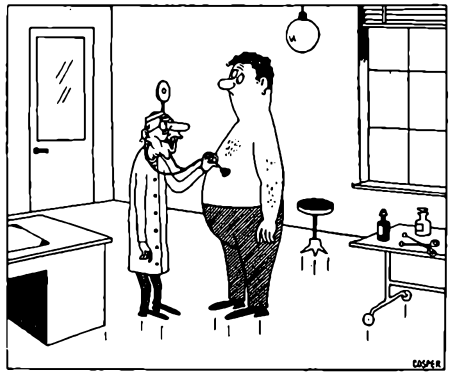
1. Valg af dirigent.
2. Beretning om virksomheden.
3. Fremlæggelse af det reviderede regnskab for året 1955.
4. Regnskab for Sygekassernes udligningskasse for året 1955.
5. Eventuelt.

Samvirkende statskontrolerede Fortsættelsessygekasser.

Repræsentantskabsmøde.

Ordinært repræsentantskabsmøde afholdes fredag den 3. august 1956 kl. 14 i Studenterforeningen, H. C. Andersens Boulevard 6, København V., med følgende foreløbige dagsorden:

1. Forhandlingsprotokollen.
2. Beretning om virksomheden i året 1955.
3. Fremlæggelse af det reviderede regnskab for året 1955 med budget for året 1956.
4. Beslutning om godkendelse af regnskab for året 1955 over Udligningskassen for Begravelseshjælp.
5. Eventuelt forslag angående ændring af begravelsesforsikringen.
6. Valg af:
   a. Formand.
   b. 2 medlemmer af forretningsudvalget.
   c. 2 suppleanter for medlemmer af forretningsudvalget.
   d. 2 revisorer.
   e. 2 revisorsuppleanter.
   f. 2 medlemmer af voldgiftsudvalget angående overflytning af medlemmer mellem statskontrolerede fortsættelsessygekasser.



De er skam ikke syg. De er jo lige så frisk og rask, som jeg selv er.

Mærkedage

40 års jubilæum.

Den 1. juni kunne revisor i direktoratet for sygekassevæsenet *Poul Andersen* fejre 40 årsdagen for sin ansættelse i direktoratet.



Poul Andersen har siden juni 1930 været ansat som revisor og har på direktoratets vegne foretaget eftersyn af sygekassernes regnskaber. Også kasserne på Færøerne har Poul Andersen gæstet som revisor; hans virksomhed er dog væsentlig faldet på Fyn og i det sydlige Jylland.

Revisor Andersen har gennem de mange år haft et godt samarbejde med sygekasserne og har såvel ved sit revisionsarbejde som ved den dermed følgende vejledende virksomhed været sygekasserne en god støtte.

Dødsfald.

Under et ferieophold i København er formanden for Skive sygekasse, pens. pantefoged *Chr. Sørensen,* afgået ved døden den 15. juni. Efter gennem en årrække at have været formand for Håndværkersygekassen i Skive valgtes han ved sammenslutning af byens sygekasser i 1934 til formand for den nye sygekasse. Chr. Sørensen var ved sin død tillige medlem af bestyrelsen for Centralforeningen af sygekasser i Viborg amt.

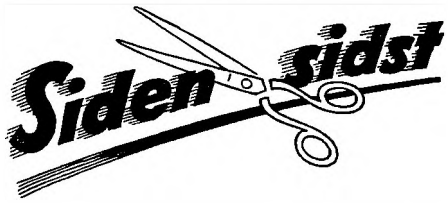
Den 13. maj afgik kasserer for Jyderup-Holmstrup sygekase, *E. Schou Hansen,* ved døden, godt 75 år gammel. En hjertelidelse gjorde en brat ende på den virksomme og dygtige mands liv.

Schou Hansen valgtes i 1922 til formand og kasserer for sygekassen. Da hvervet i 1934 blev delt, overtog han stillingen som kasserer.

Arkitekt *R. Rasmussen,* København, døde den 22. maj.

Gennem mange år var han en kendt skikkelse inden for sygekassebevægelsen. Siden 1931 formand for sygekassen »Fremtiden«, medlem af centralforeningens bestyrelse fra 1931 til 1950, medlem af de danske sygekassers repræsentantskab i samme tidsrum.

Hans livsværk faldt imidlertid inden for invalideorganisationerne. Han var medstifter af landsforeningen for vanføre og denne forenings formand og forretningsfører gennem 25 år. I en lang årrække var han desuden formand for De samvirkende invalideorganisationer og tilforordnet til invalideforsikringsretten. Han tog initiativet til oprettelsen af arbejdsskolen for erhvervshæmmede på Backersvej på Amager. På mangfoldige områder arbejdede han for de erhvervshæmmedes sag.



Som forretningsfører for Hellerup sygekasse efter afdøde forretningsfører Hans Hansen har bestyrelsen for sygekassen udnævnt kassens kasserer Helge Aadsbøl. Den ny forretningsfører har været ansat i sygekassen siden 1934.

Som ny kasserer er herefter ansat assistent Erik Harboe Mikkelsen, København. Mikkelsen har været ansat ved de københavnske sygekasser siden 1943.

Tommerup sygekasse. 217 af sygekassens 1857 medlemmer var forleden samlet til ekstraordinær generalforsamling. På dagsordenen stod spørgsmålet om køb af en ejendom for indrettelse af nyt kontor for kassen. Sygekassen omfatter såvel Tommerup stationsby, der er i rivende udvikling, som Gl. Tommerup. Et flertal af bestyrelsens medlemmer er gået ind for at købe hus i stationsbyen, medens et mindretal vil have sygekassens kontor placeret i Gl. Tommerup. 71 medlemmer stemte for bestyrelsesflertallets forslag, medens 133 stemte imod. Spørgsmålet skal formentlig forelægges for medlemmerne igen på en ny generalforsamling.

★

Bestyrelsen for Svendesygekassen i Kolding har som forretningsfører efter afdøde forretningsfører E. Bech antaget overassistent *Ove Hasmark,* Odense.

Der var 19 ansøgere til stillingen.

★

Bestyrelsen for *Hørsholm sygekasse* har som kasserer ansat *Kaj V. Andersen,* Rønne. Der var 8 ansøgere.

Erindringsliste

1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Indsendelse af invalidepræmie til Invalideforsikringsfonden.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal inden 20. juli indbetale den beholdning af *invalidepræmier,* som den 30. juni beroede hos dem, til *Invalideforsikringsfondens postkonto nr. 2115* eller til fondens bankkonto i A/S Kjøbenhavns Handelsbank, St. Kongensgade afdeling, St. Kongensgade 49, København K.

4. Opgørelse over udgifter afholdt i h. t. folkeforsikringslovens § 61.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal inden 20. juli på de dertil foreskrevne særlige blanketter til *Direktoratet for Sygekassevæsenet* indsende opgørelse, bilagt kvitterede og reviderede regninger over *udgifter* vedrørende april kvartal, afholdt i h. t. *folkeforsikringslovens § 61.* Er der af en sygekasse ingen udgifter afholdt i henhold til nævnte lovbestemmelse, for så vidt angår nævnte kvartal, skal opgørelsesblanket *ikke* indsendes.

BEMÆRK:

Artikler til førstkommende nr. af bladet må så vidt muligt være redaktionen i hænde inden den 15. i den forudgående måned. Meddelelser til „Mærkedage" og „Siden sidst" senest den 20.

Red.

Redaktion og ekspedition:

Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75

Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . august 1956 . nr.* **8**

Skoletandplejen.

Udtalelse fra Den danske Købstadforening, De samvirkende sognerådsforeninger i Danmark og foreningen »Bymæssige Kommuner«.

Som vi meddelte i sidste nr., lykkedes det ikke at opnå enighed mellem Dansk Tandlægeforening og de kommunale organisationer om vilkårene for skoletandpleje udført af de privat praktiserende tandlæger og de deltidsbeskæftigede tandlæger på skoleklinikerne. Til orientering for offentligheden har de kommunale organisationer den 5. juli udsendt følgende redegørelse:

»Trods al imødekommenhed og eftergivenhed fra de kommunale organisationers side er forhandlingerne med Dansk Tandlægeforening om genoptagelse af skoletandplejen hos de privat praktiserende tandlæger igen kørt fast.

Dette skyldes dels tandlægernes urimeligt høje honorarkrav, dels at tandlægerne ubetinget forlanger, at betalingen fremtidig — i hvert fald for førsteklassernes vedkommende — skal fastsættes pr. ydelse, altså i forhold til hver enkelt foretagen plombering, tandudtrækning, tandrensning etc., og ikke som hidtil med en ydelse pr. tilmeldt barn.

Den gamle ordning, der stammede fra 1946, var efter tandlægernes eget forslag bygget op på den måde, at der ydedes 12 kr. 80 øre pr. barn, for børn over 14 år dog 16 kr. Hertil kom statens honorartillæg, for tiden 100 pct., således at tandlægerne for det store flertal af børn for tiden ville få lidt over 25 kr. pr. barn.

Da der efter tandlægernes opsigelse af overenskomsterne optoges forhandlinger i foråret 1955, krævede tandlægerne en voldsom forhøjelse af disse takster, men foreslog stadig honoraret beregnet som en ydelse pr. barn.

Tandlægernes udgangspunkt var takster, som ville indebære en forhøjelse af bruttohonorarerne på henved 100 pct. Den procentvise forhøjelse af nettohonoraret (honoraret efter fradrag af omkostninger) ville selvsagt blive endnu større.

Kravet om takstforhøjelse var begrundet med, at der siden 1946 er sket en stigning i antallet af nye huller i børnenes tænder. Det er dog værd at huske, at det, da tandlægerne stillede deres honorarkrav i 1946, var kendt,

at antallet af huller på dette tidspunkt netop var usædvanlig lavt på grund af den daværende begrænsede adgang til slik, således at en stigning måtte forventes. Man må have lov at gå ud fra, at en sådan forventet stigning ikke er ladt ganske ude af betragtning ved fastsættelsen af honorartaksterne, der forekom temmelig høje.

Uanset at taksterne i forvejen var dyrtidsregulerede var de kommunale organisationer for at undgå en afbrydelse af skoletandplejen indstillet på at gå med til en vis yderligere forhøjelse af taksterne, men inden forhandlingerne var ført til ende, forlod tandlægerne pludselig det hidtidige forhandlingsgrundlag og krævede som nævnt betaling pr. ydelse.

Tandlægerne har ikke siden kunnet bringes til at vige fra dette standpunkt. På et vist tidspunkt stilledes kravet om betaling pr. ydelse alene for førsteklassernes vedkommende, men i en nu vedtagen resolution har tandlægerne generelt erklæret den hidtidige betalingsform for lidet egnet til at fremme den udvikling hen imod en virkelig tilstrækkelig skoletandpleje, som må anses for påkrævet.

For at der kunne blive tid og lejlighed til at indsamle oplysningsmateriale og nærmere bedømme, hvorledes en overgang til betaling pr. ydelse ville komme til at virke, foreslog kommunerne som en sidste udvej, at skoletandplejen som en blot midlertidig ordning i en 2-årig periode blev betalt pr. barn efter takster, som man ville gå med til at lade fastsætte ved frivillig voldgift. Voldgiftsretten skulle bestå af repræsentanter for parterne med en af højesterets præsident udpeget formand. Forslaget blev pure afvist af tandlægernes kompetente forsamling, endda med overvældende majoritet.

Udgangspunktet for tandlægernes honorarkrav var den pristalsregulerede sygekassetakst II, som, efter hvad tandlægerne selv fremkom med under forhandlingerne, for førsteklassernes vedkommende måtte skønnes at føre til en gennemsnitsudgift på 65 kr. pr. barn, for de højere klasser noget mindre.

Det må forekomme ganske urimeligt at anvende sygekassetakst på skolebørn, bl. a. fordi de møder gruppevis på de tidspunkter, det passer tandlægen.

Selvom tandlægernes honorarkrav efter de kommunale organisationers opfattelse var urimeligt høje, var det dog ikke honorarkravenes højde alene, der bragte forhandlingerne til et sammenbrud. Man er fra kommunal side klar over, at der hersker stor tandlægemangel, og at tandlægerne under disse omstændigheder har mulighed for at tiltvinge sig højere betaling for deres arbejde end ellers.

For de kommunale organisationer har det også spillet en rolle, at regninger for skoletandpleje, der er beregnet pr. ydelse, vil være ukontrollable. Den mulighed for at kontrollere behandlingens art og omfang, som

tandlægens patienter, eventuelt behandlede børns forældre, har og naturligt vil benytte sig af, når de selv søger tandlægen og selv skal betale, vil ikke være til stede, for så vidt angår en skoletandpleje.

En sådan ukontrollabel ordning må man, uanset omfanget af dens eventuelle økonomiske følger, i princippet finde forkastelig, og de kommunale organisationer har ikke ment at kunne tage ansvaret for, at den indføres.

En forhandling med indenrigsministeren, hvorunder man har benyttet lejligheden til at slå til lyd for, at der skabes rammer for uddannelse af flere tandlæger, har, hvad den øjeblikkelige situation angår, ikke åbnet nye muligheder.

Man skal herefter anmode kommunerne om at indstille sig på, at skoletandplejen hos de privat praktiserende tandlæger ikke kan genoptages.

For at skolebørnene eventuelt kan få mulighed for at opnå tandbehandling gennem sygekassen, tilråder man, at kommunalbestyrelsen i de kommuner, der har haft skoletandpleje hos privat praktiserende tandlæger, omgående træffer formel beslutning om at ophæve den kommunale skoletandpleje med virkning indtil videre.

De kommunale organisationer fraråder så indtrængende, som det er dem muligt, kommunerne at træffe nogen form for særaftaler med privat praktiserende tandlæger om genoptagelse af skoletandplejen, med mindre det kan ske på vilkår, der svarer til de i de hidtidige overenskomster indeholdte.

Sagen bedes i alle tilfælde forelagt vedkommende kommunale organisation, inden endelig aftale træffes.

Arbejdet på *de kommunale skoletandklinikker med heldagsbeskæftigede, egentlige skoletandlæger* videreføres derimod uforandret.

Det er de kommunale organisationer bekendt, at en del kommuner, der berøres af, at skoletandplejen hos privat praktiserende tandlæger nu beklageligvis definitivt er bragt til ophør, i øjeblikket undersøger mulighederne for, eventuelt i samarbejde med andre kommuner, at sikre skolebørnene adgang til tandbehandling på en egentlig skoletandklinik med heldagsbeskæftigede skoletandlæger. Om kommunernes overvejelser i så henseende anmoder de kommunale organisationer om at blive holdt underrettet.«

For den almene tandpleje er det meget alvorligt, at skoletandplejen nu ophører i en række kommuner. Medlemmerne forventer uden tvivl, at sygekasserne skal træde til, men sygekasserne kan ikke uden videre påtage sig den tandpleje, som hidtil har været ydet gennem skoletandplejen. Under hvilken form sygekasserne skal påtage sig børnetandpleje, overvejes i sygekassernes kompetente forsamlinger.

Hospitaler til de amerikanske minearbejdere.

Ifølge forskellige publikationer fra det amerikanske udenrigsministerium, hvorpå denne artikel bygger, skønner man, at 104 millioner mennesker i USA, eller 2 ud af hver 3, er sikret hel eller delvis sygebehandling, og at 39 millioner arbejdere — 60 pct. af den samlede arbejdsstyrke — er sikret sygepenge.

Disse tal giver indtryk af, at en stor del af befolkningen har søgt at sikre sig sygehjælp, men en opgørelse over refunderede udgifter viser, at de allerfleste så absolut kun har delvis dækning.

I 1954 betalte det amerikanske folk lægeregninger på i alt 10 milliarder dollars. Af dette store beløb dækkedes kun 25 pct. af forsikringsydelser, og den gennemsnitspatient, der har lægehjælps-forsikring, har af sin egen lomme måttet udrede 54 pct. af lægehonorarerne, medens hospitalsforsikrede patienter — i denne sikring er ofte ikke inkluderet lægehonorarer — af deres egne midler betalte 19 pct. af taksten for selve sygehusopholdet. Der er altså god brug for enhver udbygning af sikringssystemerne.

Minearbejdernes velfærdsaftale.

Under overenskomstforhandlingerne i 1946 fik minearbejderforbundet i USA, United Mine Workers, gennemført en pensions- og velfærdsordning, der må siges at være ganske usædvanlig. Ifølge overenskomst yder mineejerne for hver ton kul, der brydes, et vist beløb, for øjeblikket 40 cents, der ubeskåret går til arbejdernes pensions- og velfærdsfond. I 1955 udbetalte denne fond 133 millioner dollars til arbejdere, der var permanent arbejdsudygtige på grund af sygdom eller tilskadekomst, og desuden 64 millioner dollars i alderspension til 55.000 forhenværende minearbejdere.

Denne fond har endvidere muliggjort opførelsen af en hospitalskæde, der vil komme til at koste i alt 26 millioner dollars og vil give arbejderne i selv de mest afsidesliggende minedistrikter mulighed for at nyde godt af den moderne lægevidenskabs praktiske resultater.

Hospitalskæden.

I november måned 1955 åbnedes det første hospital, der ligger i byen Middlesboro i Kentucky, og når projektet er helt gennemført engang i løbet af dette år, vil 10 moderne hospitaler, hvis drift også sikres af fonden, stå til rådighed for minearbejderne. Denne kæde strækker sig i en 400 km lang linje igennem kulminedistrikterne i Kentucky, Virginia og Vest Virginia.

Minearbejderforbundets medlemmer og deres pårørende får ret til gratis lægeundersøgelse og -behandling. I det omfang, pladsforholdene tillader det, er det dog meningen at modtage ikke-medlemmer som betalende patienter, således at systemet også for andre skulle afhjælpe manglen på hospitalspladser i USA.

Ny form for organisation.

Til konstruktionen af bygningerne har man, blandt andet af hygiejniske grunde, udelukkende anvendt beton, stål og glas. Imidlertid er tilrettelægningen af arbejdet på hospitalerne endnu mere opsigtsvækkende, idet man her står over for noget ganske nyt inden for hospitalsadministration.

Alle hospitalerne kommer til at samarbejde; således bliver det muligt for et hospital ved hjælp af fjernskriver at tilkalde eller rådføre sig med en speciallæge fra et andet hospital i kæden. Da det er tanken, at de tre største hospitaler skal virke som »baser« for de øvrige, er der f. eks. visse former for specialbehandling, som kun de store hospitaler kan yde.

Også på andre punkter skal der være et meget snævert samarbejde, blandt andet formidles alle leverancer gennem en fælles indkøbscentral, og et centralapotek fremstiller samtlige medikamenter. På hospitalet i Harlan er allerede påbegyndt kurser til uddannelse af autoriserede sygeplejersker og af sygehjælpere.

De enkelte hospitaler.

Rationaliseringen omfatter naturligvis også de enkelte hospitaler. I hvert oprettes f. eks. et hovedkontor, hvor sekretærer med hovedtelefoner står i forbindelse med lægerne ude på syge- og operationsstuerne og er klar til at føre journaler efter diktat.

Fra vagtstuerne er der fjernsynsforbindelse med alle sengepladser, så sygeplejerskerne kan stille ind på hver enkelt patient, og samtidig er der direkte telefonforbindelse fra hver patient til vagtstuen. For at spare sygeplejerskerne for unødige skridt sørger forsyningsafdelingen for, at der hver morgen står en lille vogn parat med medikamenter og lignende, der skal bruges til den enkelte patient i dagens løb.

Alle hospitalerne får det mest moderne udstyr, blandt andet har alle senge indbygget ilttelt. I alt bliver der 1040 sengepladser, fordelt med mellem 50 og 200 på hvert hospital.

Lederen af hospitalskæden er dr. Warren F. Draper, og man må håbe, at en af de opgaver, han tager op, bliver at sørge for, at det menneskelige moment ikke glemmes helt til fordel for rationalisering og effektivitet.

Sygebehandling.

Inden for hvert område ydes der gratis undersøgelse, behandling og hospitalsophold til alle minearbejdere, der er dækket af United Mine Workers' overenskomster. Samme ret har arbejdernes hustruer og børn, og i visse tilfælde andre familiemedlemmer, og derudover pensionerede forbundsmedlemmer.

En af de vigtigste grunde til, at dette omfattende projekt er gennemført, og netop gennemført af minearbejderne, er uden tvivl minearbejdets karakter, og det deraf føl-

gende større behov for syge- og sundhedsforsorg. Ordningen må imidlertid som nævnt også ses på baggrund af, at Amerikas arbejderbefolkning i det hele taget har vanskeligt ved at skaffe sig tilstrækkelig dækning på forsikringsbasis for udgifterne i forbindelse med sygdom.

Regeringsplaner.

Forbundsregeringen i Washington har i en årrække overvejet forskellige muligheder for en national sundhedsordning. Et forslag, der skal have visse chancer for at blive gennemført, går ud på, at forbundsmyndighederne skulle stille en genforsikringsfond på 100 millioner dollars til rådighed for de private forsikringsselskaber, således at man formindsker deres økonomiske risiko og derved giver dem mulighed for at yde en mere omfattende beskyttelse og til en forholdsvis lav præmie.

Der er dog mange, specielt inden for arbejderkredse, som tvivler på, at problemet sikring i sygdomstilfælde kan løses ved støtte til forsikringsselskaber, drevet på forretningsbasis, og minearbejderne er gået i spidsen for et forsøg på en anden løsning. Denne fortjener absolut opmærksomhed — også fordi systemet gør en praktisk indsats for at afhjælpe hospitalsmanglen, der er en af de alvorligste hindringer for gennemførelsen af en effektiv sikring af sygehjælp i USA.

Allan Gersnov.

Husmoderafløsningen.

Beretning 1954—55.

Fra statistisk departement foreligger en redegørelse vedrørende husmoderafløsningen i finansåret 1954—55.

Af landets 1390 kommuner har 672 nu indført husmoderafløsning. Til sammenligning kan anføres, at antallet af kommuner, der havde indført husmoderafløsning i 1953—54, udgjorde 622, og i 1952—53 543.

Af den samlede befolkning er 80,2 pct. dækket af loven. I hovedstaden med omegn er ordningen gennemført i samtlige kommuner, og i købstæderne og de bymæssige landkommuner har 99 pct. af befolkningen adgang til husmoderafløsning, medens den tilsvarende procent for de øvrige kommuner kun udgør 51,9 pct.

Husmoderhjælp er ydet i ialt 87.300 tilfælde med 5,2 mill. timer, hvilket er omtrent det samme som det foregående år, hvor der blev ydet hjælp i 87.000 tilfælde med 5,1 mill. timer. I 27.400 tilfælde, svarende til 31,5 pct., er der ydet hjælp til husstande uden børn. I 20 pct. af tilfældene er der ydet hjælp til familier med 1 barn, i 25,1 pct. af tilfældene til familier med 2 børn, medens familier med over 2 børn tilsammen har fået hjælp i 23,4 pct. af tilfældene.

Antallet af tilfælde, hvor der blev ydet husmoderafløsning, udgjorde i hovedstaden 36.694, i købstæderne m. v. 35.901 og i øvrige kommuner 14.739. Medens *antallet af tilfælde,*

hvor der blev ydet husmoderafløsning i hovedstaden og købstæderne, således var omtrent det samme, lå det *antal timer,* hvor der ialt blev ydet hjælp, noget højere i købstæderne end i hovedstaden. Det samme forhold gjorde sig gældende i 1953—54.

For hele landet er der i gennemsnit pr. tilfælde ydet hjælp i 59 timer, hvilket er det samme antal timer som det foregående år. I provinsbyerne er der i gennemsnit pr. tilfælde ydet hjælp i 64 timer, medens det tilsvarende tal for landkommunerne har været 63 timer. I hovedstadsområdet har hjælpen kun varet gennemsnitligt 53 timer. For alle kommuner gælder, at hjælpens varighed stiger med børnetallet. For hovedstadsområdets vedkommende blev der således ydet hjælp i gennemsnitlig 42 timer hos familier uden børn stigende til 86 timer hos familier med 5 eller flere børn. I provinsbyerne er de tilsvarende tal 53 timer og 101 timer og i landkommunerne henholdsvis 42 timer og 76 timer. Hjælpens varighed og sammenhængen mellem børnetal og timetal svarer nogenlunde til forholdene det foregående år, dog skal bemærkes, at familier uden børn i de rene landkommuner året før fik hjælp i gennemsnitlig 57 timer mod som før nævnt i beretningsåret kun 42 timer.

Ifølge lovens § 1 kan husmoderafløsning i anledning af normal fødsel højst ydes i 14 dage, og denne begrænsning af hjælpens varighed er iøvrigt ved cirkulære fra ministeriet udvidet til at omfatte alle tilfælde af hjælp. Herfra kan dog dispenseres, når det er åbenbart, at der vil være brug for hjælpen i længere tid, f. eks. på grund af sygehusophold. I 25 pct. af tilfældene er der således ydet hjælp i over 14 dage, for provinsbyernes vedkommende gælder dette endog 29 pct. af tilfældene, medens der i landkommunerne kun er ydet en sådan længere varende hjælp i 18 pct. af tilfældene.

Hjælpen har stort set enten været halvdagshjælp i 3—4 timer eller heldagshjælp i 7—8 timer.

For hele landet kan det gennemsnitlige antal dage, i hvilke der er ydet hjælp, sættes til 11,2 pr. tilfælde. I hovedstaden er hjælpen ydet i gennemsnitlig 10,8 dage mod 12,1 dage i provinsbyerne og 10,2 dage i landkommunerne.

Om årsagen til, at der er ydet hjælp, oplyser redegørelsen, at 50,4 pct. af tilfældene er ydet i anledning af husmoderens sygdom. I 16 pct. af tilfældene ydes hjælpen på grund af fødsel. Her svinger tallet fra 7 pct. i hovedstaden til 29 pct. i landkommunerne, hvilket må forklares ved, at fødslerne på landet hyppigst foregår i hjemmet.

Endelig kan det oplyses, at ikke færre end 15 pct. af hjælpetilfældene skyldes enligtstillede personers sygdom, overvejende invalide- og aldersrentemodtagere og kronisk syge.

For ubemidlede er hushjælp gratis, medens øvrige familier betaler for hjælpen i forhold til størrelsen af deres indtægter.

I 50 pct. af tilfældene er der ikke opkrævet betaling. I 23 pct. af tilfældene er der betalt indtil 4 kr. pr. dag, medens den højeste takst, 18 kr. pr. dag, kun er betalt i 1 pct. af tilfældene. Redegørelsen oplyser iøvrigt, at der har været et forholdsvis større antal tilfælde, hvor familierne har måttet betale husmoderhjælpen efter takster mellem 4 og 12 kr., end tilfældet var det foregående år.

Ved udgangen af marts måned 1955 var ialt beskæftiget 4.730 som husmoderafløsere. Heraf var i hovedstadsområdet beskæftiget 1.577, og i købstæder og kommuner med bymæssig bebyggelse 1.784, medens resten, 1.369, var beskæftiget i landkommunerne. Af samtlige husmoderafløsere var 38 pct. heldagsbeskæftigede. Af de deltidsbeskæftigede var en del kun beskæftiget i perioder med megen sygelighed. 35 pct. af husmoderafløserne er uddannede, i landkommunerne 11 pct., i hovedstaden 40 pct. og i provinsbyerne 49 pct.

At behovet for husmoderafløsere er væsentligt større om vinteren end om sommeren viser en opgørelse over antallet af beskæftigede husmoderafløsere henholdsvis i juli 1954 og februar 1955. I juli 1954 var beskæftiget 2.355 husmoderafløsere mod 3.584 i februar 1955.

Gennemsnitsalderen for uddannede husmoderafløsere for hele landet udgjorde 47 år, medens gennemsnitsalderen for ikke-uddannede husmoderafløsere udgjorde 45 år. Kun 5,5 pct. af husmoderafløserne var under 30 år og kun 4,2 pct. over 60 år.

Den gennemsnitlige timeløn for uddannede husmoderafløsere i hovedstaden udgjorde 327 øre mod 333 øre i provinsbyerne og 293 øre i landkommunerne. Ikke uddannede husmoderafløseres løn udgjorde i de tre grupper af kommuner henholdsvis 272 øre, 253 øre og 216 øre. Timelønningerne varierer dog stærkt kommunerne imellem, ligesom der har været forskellige satser for forsørgere og ikke-forsørgere henholdsvis over eller under 30 år.

De samlede udgifter til husmoderafløsningen i året 1954—55 har udgjort 18,2 mill. kr. Heraf har modtagerne selv betalt 1,5 mill. kr., staten 7,9 mill. kr., udligningsfonden 3,2 mill. kr. og kommunerne 5,6 mill. kr.



Efterhånden bliver Samvirksomhedens Samlebind et værdifuldt hjælpemiddel for sygekasserne i det daglige arbejde. I sidste måned udsendte samvirksomheden det tredje bind. Som det fremgår af billedet, er det et stort arbejde at sortere og pakke bindene. Hver sygekasse i landet er nu i besiddelse af mindst et blåt bind og to røde bind.

Sygehusbehandling.

Indlæggelser fra en middelstor bypraksis.

(Fra Ugeskrift for læger nr. 19/1956).

I den stadige strøm af papirer, der passerer en praktiserende læges skrivebord, udgør indlæggelsessedlerne en beskeden part, men antallet vokser stærkt, når regionens hospitaler indfører ambulatorisk behandling. Afdelingerne kan hermed spare pladsen for en del patienter, som ellers ville beslaglægge en hospitalsseng, men man har næppe gjort sig klart, at en stor og stadig stigende del af ambulatoriernes klientel udgøres af patienter, som nu gratis kan få undersøgelser og behandlinger, som de tidligere selv betalte en del af.

Den praktiserende læge føler sig som patientens tillidsmand på alle punkter og regner det for sin naturlige pligt at skaffe patienten den bedste behandling til den billigst mulige pris. Det der interesserer patienten, er naturligvis kun, hvad han selv skal betale. De fleste regner med at få behandling gratis eller for en ubetydelig udgift, og det er ikke mange, der har nogen forestilling om de reelle udgifter. Jeg tror heller ikke, der er mange læger, der vil nægte at skrive en indlæggelsesseddel til ambulatoriet, når patienten efter endt undersøgelse kommer med den kendte bemærkning: »Kan jeg ikke få behandlingen på kommunehospitalet, for der er det jo gratis.«

Når man går ud i praksis, må man snarest muligt sætte sig ind i gældende regulativer og finde ud af, hvilke beløb de forskellige sygekasser, fortsættelseskasser og forsikringer refunderer. Man må vide, at en af byens sygekasser giver tilskud til platfodsindlæg, medens en anden ikke gør det, at nogle sygekasser har overenskomst med hudspecialister, medens andre ikke har dette, så patienten altså må »indlægges«, hvis man ikke selv kan klare diagnose eller behandling. Det er ret store beløb, man kan spare sin patient for ved at udnytte spillets regler, f. eks. refunderer fortsættelseskasserne kun 10—20 pct. af udgifterne ved en cholecystografi eller urografi, og sygekaskasserne her i byen slet intet på disse undersøgelser. Man må tænke over, at en »ubemidlet« patient, der er faldet i hjemmet, selv må betale transport og ordne formaliteter med sygekassen, hvis røntgenundersøgelse ønskes ved mistanke om fractur, men det hele klares »gratis« og uden vanskelighed, hvis lægen skriver en indlæggelsesseddel, hvorpå der står Obs. f. Fractur. Så betaler kommunen transporten, og hospitalskontoret ordner formaliteterne.

Undertiden fremsættes det argument, at det jo hverken er sygekasserne eller patienten selv, der bestemmer, hvornår han skal indlægges; men det er efter min mening en teoretisk og ganske urealistisk opfattelse. I hvert fald har jeg en dårlig samvittighed, når jeg sidder med en patient, hvis diagnose ikke er oplagt efter den første undersøgelse i konsultationsstuen, hvis jeg

ikke fortæller ham, at udgiften til nødvendig supplerende specialundersøgelse nemt vil løbe op til 100 kr. eller mere, hvis han fortsætter hos mig, men de samme undersøgelser og behandlinger, eventuelt også nødvendig medicin (indspr. af penicillin, hormoner o. l.) fås ganske gratis, hvis vi straks skriver en indlæggelsesseddel, og han behøver ikke af den grund at blive lagt ind i en hospitalsseng. Hans fortsættelsessygekasse dækker fuldtud behandling i ambulatoriet.

Hospitalslægen kender ikke denne økonomiske begrænsning og kan ikke altid forstå, at den praktiserende kollega straks indlægger patienten uden forsøg på at udrede sygdomsbilledet bedre med de midler, der står til rådighed.

I det lange løb medfører det, at patienterne får den opfattelse, at alle undersøgelser udover de rent banale kun kan foregå på sygehuset, og lægen kan opleve, at en patient tager telefonen og beder om en henvisning til undersøgelse på hospitalet, da han mener, han er syg, eller — som jeg oplevede for nogle dage siden — en patient udtrykte sin forargelse over, at han var sendt op til mig for at få fjernet suturer efter en brokoperation. »De skal jo have 10 kr. for det, dr., men deroppe er det gratis.«

Denne fordeling af udgifterne er politisk betinget, og der er for mig ikke tvivl om, at det er en af årsagerne til hospitalsbehandlingens voldsomme vækst. Det eneste, der modvirker antallet af »økonomiske indlæggelser«, er patienternes ofte udtalte modvilje mod den upersonlige seriebehandling i ambulatoriet; men for de fleste er pengene det vægtigste argument. Hvis patientens egenudgift ved hospitalsbehandling var lige så stor som egenudgiften ved behandling hos praktiserende læge og speciallæge, tror jeg, det store flertal vil foretrække det sidstnævnte, hvor det overhovedet er muligt.

For at få et skøn over, hvor mange økonomiske indlæggelser jeg selv præsterer, har jeg gennemgået de patienter fra min praksis, der har fået indlæggelsessedler i det halve år fra 1. juli til 31. december 1955, idet jeg dog har medtaget patienter, som jeg har indlagt for andre læger under ferie, sygdom og anden vagttjeneste.

Af de 160 indlæggelsessedler er 4 skrevet forgæves. Patienten har af private grunde opgivet eller udsat den foreslåede behandling. 125 er regulært indlagt i en seng på hospitalet, og flertallet af disse er naturligvis nødvendige indlæggelser; men ved gennemgangen findes dog 7, som ikke var blevet indlagt, hvis det ikke netop var, fordi hospitalsbehandlingen var gratis for patienten.

Som eksempel på en ubemidlet patient af denne gruppe kan nævnes en patient med en kæbecyste. Hans egen tandlæge kan og vil gerne operere ham, men selvfølgelig ikke uden et rimeligt honorar. Han klager sin nød til mig, og det klares nemt med en indlæggelsesseddel.

Han bliver opereret af en anden tandlæge, men da det foregår på hospitalet, skal han intet betale selv. Som eksempel på en bemidlet patient af samme gruppe kan nævnes en ældre dame med artroser, som tidligere med god virkning er behandlet hos røntgenspecialist. Det er dyrt, da hendes fortsættelsessygekasse kun betaler en beskeden part af udgifterne, og nu kan hun ikke få råd til det mere. Vi klarer atter sagen med en indlæggelsesseddel til en medicinsk afdeling, hvor man også skønner, at røntgenbehandling er indiceret, og kører hende til røntgenafdelingen det fornødne antal gange. Så har vi atter klaret den ønskede behandling uden udgift for patienten, da hendes fortsættelsessygekasse fuldtud dækker hospitalsophold.

Af de 31 ambulatorisk behandlede findes 9 »indlagt« i hudafdeling af diagnostiske eller terapeutiske grunde, da byens sygekasser ikke har overenskomst med hudspecialister.

11 har været »indlagt« i medicinsk ambulatorium, deraf 8 med fysiurgiske lidelser, og naturligvis foretrækker patienterne behandling i hospitalets fysiurgiske klinik, hvor alt fås gratis, fremfor behandling i privat klinik, hvor sygekasserne kun dækker ca. halvdelen af patientens udgift. 11 har været »indlagt« i kirurgisk ambulatorium, deraf 8 til diagnostiske undersøgelser, som lige så godt kunne foretages af kirurgisk specialist eller af prakticus selv, hvis der ikke var den store forskel på patientens egenudgift i de to tilfælde.

Selv om det kun beror på et skøn, føler jeg mig dog overbevist om, at flertallet af disse 38 patienter — næsten 25 pct. — af de 156 indlagte ikke havde belastet hospitalerne, hvis de offentlige tilskud til undersøgelse og behandling var fordelt således, at patientens egenudgift var den samme ved hospitalsbehandling som ved behandling hos praktiserende læge og speciallæge.

W. Gliemann,
Århus.

Spørgsmålet om sygehusbehandlingen er et overordentligt aktuelt spørgsmål idag. Vi har tidligere bragt et indlæg af en sygehusoverlæge (Sygehusenes fremtid, overlæge, dr. med. E. Schiødt, marts 1955) og vi har denne gang ønsket at gøre læserne bekendt med et indlæg fra Ugeskrift for læger af en praktiserende læge.

Vi er ikke ganske enig med dr. Gliemann i alle hans betragtninger, men vi må erkende, at der er et problem, som vedrører os alle. Vi håber ved førstkommende lejlighed at kunne belyse problemet ud fra sygekassernes opfattelse. Lad det imidlertid være sagt med det samme, at sygekasserne ønsker spørgsmålet behandlet ud fra et *samfundssyn*. For sygekasserne gælder det om, at sygebehandlingen ydes bedst muligt for medlemmerne og billigst muligt for samfundet. Vi går ud fra, at lægerne efterhånden vil anlægge samme syn. *Red.*

Fra CHRISTIANSBORG

Ændringer til folkeforsikringsloven.

Folketingets udvalg vedrørende folkepension afgav i juni måned betænkning over socialministerens forslag til lov om folkepension og over forslag til ændring af folkeforsikringsloven. (Spørgsmål i forbindelse hermed har tidligere været behandlet i Sygekassetidende, nr. 1/1956 og nr. 2/1956.)

Ved 2. behandling i folketinget den 20. juni blev forslagene efter en meget indgående drøftelse vedtaget uden afstemning, hvorefter de er gået til fornyet behandling i udvalget. Vi skal, når loven om folkepension er endeligt vedtaget, give en redegørelse for denne og ændringerne i folkeforsikringsloven.

Ved denne lejlighed skal vi kun opholde os ved et lille, et meget lille spørgsmål i forbindelse med ændringerne til folkeforsikringsloven, nemlig spørgsmålet om størrelsen af invalidepræmierne. Fra sygekassemøderne ude omkring i landet ved vi, at man med interesse ser hen til den endelige afgørelse i dette spørgsmål.

Ved fremsættelsen af lovforslaget i november sidste år havde ministeren bibeholdt den nugældende graduering af invalidepræmien, d. v. s. at præmien skulle være forskellig efter hvilket tidspunkt, man var indtrådt i forsikringen, og forskellig for ikke-samlevende og samlevende ægtefæller. Ministeren havde altså ønsket at graduere invalidepræmien til trods for, at der adskillige gange har været fremsat begrundet ønske om en ensartet præmie. Endvidere var der fastsat præmier for tiden 1. april 1957 til 31. marts 1960 og andre præmier for tiden efter 1. april 1960.

De danske sygekasser og fortsættelsessygekasser rettede derefter en henstilling til folketingsudvalget, hvori man bl. a. gik ind for en ensartet invalidepræmie delelig med 60. Fra udvalgets betænkning herom skal vi citere:

»Det foreslås, at pligten til at erlægge invalidepræmie skal vedvare til det 62. år i stedet for som hidtil det 60. år, og at præmien fastsættes ensartet uanset indtrædelsesalderen.«

Forslaget til lovens § 42, stk. 2, skulle herefter affattes således:

»*Invalidepræmien fra de forsikrede erlægges i alderen mellem 18 og 62 år og fastsættes til 21 kr. 60 øre. Er to samlevende ægtefæller begge forsikrede, nedsættes det anførte præmiebeløb til 19 kr. 20 øre.*«

Folketinget ville gøre sygekasserne og fortsættelsessygekasserne en stor tjeneste, dersom de også fjernede den sidste graduering. Det ligger inden for mulighedernes grænse at finde frem til et beløb mellem 19,20 kr. og 21,60 kr. Endelig burde det allerede nu fastslås, at forsikrede over 60 år, der er ophørt med at betale præmie, ikke atter skal betale, fordi de ikke er nået de 62 år.

Lægehjælpen.

Sygekassernes udgifter til almindelig lægehjælp i 1955.

Om sygekassernes udgifter til almindelig lægehjælp (bortset fra Færøerne) kan på grundlag af det foreliggende materiale for året 1955 oplyses:

Udgift pr. medlem i kroner:

Overenskomstområde	Sygek. i købst. 1955	Landsygeks. med takst I 1955	Landsygeks. med takst II 1955	takst I og II 1955	takst I og II 1954	takst I og II 1953
Hovedstaden	—	—	—	31,64	30,78	30,45
Sjælland	28,07	29,19	35,05	29,46	28,66	28,66
Bornholm	29,68	30,21	—	29,93	28,96	28,47
Lolland-Falster	27,70	29,01	—	28,51	27,88	27,35
Fyn	27,37	28,93	35,03	29,31	28,54	28,20
Jylland	27,99	29,08	35,49	31,78	31,12	30,90
Ialt 1955	27,94	29,13	35,43	30,91	—	—
Ialt 1954	27,15	28,38	34,26	—	30,17	—
Ialt 1953	27,13	28,24	28,66	—	—	29,95

Lægeudgiften pr. medlem har i 1955 gennemsnitlig været 30,91 kr. mod 30,17 kr. i 1954. Der har således i 1955 for hele landet været en stigning på 0,74 kr. pr. medlem.

Kassernes samlede udgifter til almindelig lægehjælp har i 1955 udgjort 75,5 mill. kr., heraf 53,1 mill. kr. i takst-I kasser og 22,4 mill. kr. i takst-II kasser. Udgifterne til lægehjælp var i 1955 ca. 2,3 mill. kr. større end i 1954, da udgifterne atter var ca. 1 mill. kr. større end i 1953.

Af stigningen i 1955, som nævnt ca. 2,3 mill. kr., faldt ca. 1.839.700 kr. på takst-I kasser og ca. 471.600 kr. på takst-II kasser.

Antallet af takst-II kasser, der ved udgangen af 1954 var 876, var 878 ved udgangen af 1955, medens antallet af takst-I kasser var henholdsvis 670 og 668.

Antallet af sygekasser — omfattet af denne statistik — var uforandret fra 1954, nemlig 1546.

Centralforeningernes årsmøder.

På repræsentantskabsmødet i *De samvirkende sygekasser i København* sidst i maj måned vedtoges en resolution vedrørende sygekassernes dagpengeydelse.

I resolutionen, der var stilet til De danske sygekassers forretningsudvalg, udtaltes en henstilling til forretningsudvalget om at optage forhandling med arbejdsmarkedets to hovedorganisationer om at søge sygekassernes dagpengeforsikring og den kommende faglige sygelønsordning afpasset således efter hinanden, at der med mindst mulig administration sikres lønarbejderne den efter de økonomiske muligheder mest effektive sygelønsordning.

★

På *De forenede sjællandske sygekassers* møde i juni oplyste formanden, at den sjællandske centralforening nu var landets største. Endvidere omtaltes den kommende ejendomsskyldvurdering, der vil betyde, at adskillige medlemmer af sygekasserne, der sidder med mindre ejendomme, pludselig vil få deres formue opskrevet, således at de ikke længere kan være nydende medlemmer af sygekasserne. Da adskillige af disse medlemmer kun har ringe indtægt, ville det være rimeligt, om man ved bedømmelse af deres økonomiske forhold kunne se bort fra opskrivningen. Formanden lovede at ville gøre sig til talsmand herfor i sygekassenævnet.

Om medicinudgifterne oplystes, at disse var steget godt 27 pct. siden 1951. Udgiften svinger fra 5 kr. til 16 kr. pr. medlem. Kasserne bør nøje følge udgiften til medicin, og hvor denne ligger over gennemsnittet, må man gennemgå recepterne for at finde årsagen hertil. Der er ingen tvivl om, at lægerne nogle steder er for villige til at efterkomme medlemmernes ønsker om medicin.

På årsmødet i *Centralforeningen for Bornholm* i begyndelsen af juni måned udnævnte man foreningens første æresmedlem. Denne hædersbevisning vistes centralforeningens tidligere formand, J. Klausen, Svaneke, der siden 1906 har været tillidsmand inden for sygekassebevægelsen på Bornholm. På mødet opfordredes sygekasserne til at indføre fuld tandpleje samt tilslutte sig øjenlægeoverenskomsten. Det overlodes til bestyrelsen at udarbejde forslag til ændring af vedtægterne således, at fortsættelsessygekassen fremtidig havde ret til at vælge et stemmeberettiget medlem til centralforeningens bestyrelse. Som noget nyt havde man iøvrigt indbudt borgmesteren i mødestedets kommune til at overvære mødet, og man ville til næste år overveje også at indbyde sognerådsformændene i omegnskommunerne.

★

På repræsentantskabsmødet i *De forenede sygekasser på Lolland-Falster* i Maribo først i juli måned udtalte formanden, at sygekasserne har et beretiget krav på at tale med om ændringer i vor sygekasseordning. Taget under eet har medlemmerne af den offentlige sygeforsikring på Lolland-Falster selv betalt 80 pct. af sygehjælpen gennem kontingenterne, medens offentlige tilskud kun har dækket de resterende 20 pct. Vi vil være med til at skabe en bedre sygekasseordning, hvor det er muligt, men ikke en ringere, der går ud over de dårligst stillede i samfundet.

Om sygekassernes stilling til det påtænkte ambulatorium ved øjenafdelingen på det nye centralsygehus i Nykøbing F., udtaltes, at sygekasserne først på et ret fremskredet tidspunkt var blevet spurgt om deres stilling, så man ikke havde haft tid til overvejelser eller forhandling. Man havde derfor svaret, at man ikke på det foreliggende grundlag kunne tage stilling med ja eller nej til ambulatorier. Man kunne derfor ikke give sygekasserne skylden for, at

der ikke var blevet ambulatorium i denne omgang.

★

Årsmødet i *Centralforeningen af sygekasser i Odense amt* beskæftigede sig særligt med lægernes kritik af sygekasserne. Lægekritiken mangler saglig baggrund og er i mange tilfælde nedrakning. Hvorfor skal vi dog rakke hinanden ned, udtalte formanden i sin beretning. At ophæve sygekasserne, som mange lægekritikere ønsker, vil være et socialt tilbageskridt. Det, man iøvrigt kritiserer stærkest hos sygekasserne, er den såkaldte frie lægehjælp, der skulle virke demoraliserende på medlemmerne. Lægehjælpen er ikke gratis, helt bortset fra, at sygekassernes medlemmer gennem deres medlemsbidrag selv afholder 75 pct. af udgifterne til lægehjælp. Men derudover betaler medlemmerne i ikke ringe omfang kontrolgebyrer, når lægen søges eller kaldes, og det er en foranstaltning, der udelukkende tager sigte på at beskytte lægen mod misbrug.

Som svar på kritiken fra lægerne om, at sygekasserne presser lægerne til at indlægge patienterne på sygehuset, så disse må bære udgifterne ved sygebehandlingen, udtaltes under diskussionen om formandens beretning, at sygekasserne overhovedet ingen indflydelse har på lægernes indlæggelser. Kasserne kautionerer kun, og der skal jo altid være en lægelig indikation, før en patient kan indlægges. Sygehusene har tidligere været inde på tanken at ansætte visiterende læger, der skulle gennemgå lægernes indlæggelsessedler og derefter skønne, hvorvidt indlæggelse nu også var nødvendig. Der kom dengang et ramaskrig fra de praktiserende læger over, at deres indlæggelsessedler skulle visiteres af andre, måske endog en kandidat på sygehuset. Det understreger tydeligt, at sygekasserne ingen indflydelse har på indlæggelserne og de dermed forbundne store sygehusudgifter.

★

På årsmødet i *Centralforeningen i Svendborg amt* omtaltes ligeledes lægernes kritik af sygekasserne. Formanden advarede videre i sin beretning mod at man ophævede sygekasserne ved den kommende nyordning af vor sygekasselovgivning. Skulle sygekassernes administration havne hos de sociale udvalg, ville den ialt fald ikke blive mindre. Sygekasserne vil bede folketinget tænke sig om to gange, inden man skrider til ødelæggelse af vor nuværende sygekasselovgivning. Sygekasserne vil naturligvis være med til at forbedre, hvor det kan være tiltrængt.

Det anbefaledes sygekasserne at abonnere på sygekassetidende til tillidsmændene og Helse til medlemmerne.



I dagene fra 17. til 24. juni afholdt foreningen af sygekasse-forretningsførere kursus i Middelfart ferieby. Kurset havde samlet 52 deltagere og blev ledet af foreningens formand, forretningsfører Svend Åge Andersen, Svendborg.

Årsmødet i *Centralforeningen i Aalborg amt,* der afholdtes i Nørresundby sidst i juni, varede kun en time, hvilket blev kritiseret af en repræsentant. Han beklagede iøvrigt, at bestyrelsen havde tilrettelagt det hele forinden mødet. Af formandens beretning fremgik, at året 1955 havde været tilfredsstillende for sygekasserne i amtet, der havde således været en medlemsfremgang på 1436 nydende medlemmer. 181 patienter havde haft ophold på centralforeningens rekonvalescenthjem i Hasseris i ialt 4525 dage. Udgiften pr. opholdsdag havde andraget 13,50 kr.

★

Centralforeningen i Skanderborg amt afholdt i år sit repræsentantskabsmøde i Silkeborg sidst i juni måned. I sin beretning meldte formanden om stigning i samtlige sygehjælpsudgifter. Alene udgifterne til speciallægehjælp var steget så meget, at disse nu udgjorde ca. 100.000 kr., hvad man ikke havde ventet. Om fremtiden sagde formanden, at det var sikkert, at udgifterne ville stige også i dette år, hvorfor sygekassernes bestyrelser må være på vagt over for økonomien.

Under diskussionen om beretningen udtalte en repræsentant, at han hilste udgiftsstigningen til speciallægehjælp med glæde, idet han så det som et tegn på, at mange små hjem i det forløbne år var blevet hjulpet. Med generalforsamlingens fulde tilslutning henstilledes til bestyrelsen at udtrykke sin utilfredshed med, at der stadig ikke sker noget i sygeforsikringskommissionen.

★

Årsmødet *i Centralforeningen i Vejle amt* afholdtes sidst i juni i Vejle. I beretningen oplystes, at landsygekasserne gennemgående får langt mindre i kommunetilskud end bysygekasserne, et forhold, landsygekasserne må søge at råde bod på. Iøvrigt var landsygekasserne de bedst økonomisk funderede. Af udgiftsposterne beskæftigede man sig mest med udgiften til medicin. Kasser med store udgifter kan, efter at have sorteret deres recepter for et kvartal, indsende recepterne til centralforeningens medicinalrevisor, der nøje vil gennemgå disse. Unøjagtigheder vil blive påtalt, ligesom man vil skele til præparaternes pris. Man har inden for centralforeningen god erfaring for, at det kan hjælpe på medicinudgifterne, når man nøje følger ordinationerne. Centralforeningens efterårsmøde vedtoges det at holde i Fredericia med spørgsmål om frikørsel, overflytningsregler og børn anbragt i familiepleje på dagsordenen.

Fortsættelsessygekassernes repræsentantskabsmøder.

Fortsættelsessygekassen »*Sjælland*« har i 1955 haft en fremgang på over 8.000 medlemmer. På grund af mindre sygelighed var overskuddet blevet stort, nemlig 688.000 kr., hvoraf 350.000 kr. dog kom fra rentekontoen. Det vedtoges at forhøje refusionstaksten for ophold på sygehus til 12 kr. pr. dag, ligesom maksimumsbeløbene for erstatning forhøjedes med indtil 1.000 kr.

★

På årsmødet i fortsættelsessygekassen for *Lolland-Falster,* der yder tilskud til medicin, oplystes, at udgifterne til livsvigtig medicin var steget med 135 pct. siden 1952. Som følge heraf var en kontingentforhøjelse nødvendig, og det vedtoges at forhøje kontingentet med 1 kr. pr. kvartal fra 1. januar 1957.

★

I sin beretning på årsmødet i fortsættelsessygekassen »*Fyn*« udtalte formanden, at man gerne ville ind på at yde fuld refusion for almindelig lægehjælp som speciallægehjælp, men dette vil kun kunne lade sig gøre, såfremt man kunne få faste overenskomster med lægernes organisationer. 1955 havde iøv-

rigt været et godt år for kassen. Efter forhøjelse af sygehustaksterne måtte man imidlertid regne med, at der ikke ville blive overskud i 1956.

★

Fortsættelsessygekassen for *Aalborg amt* kunne til sit årsmøde meddele, at 1955 på grund af mindre sygelighed havde været et godt år for kassen. Udgiften til lægehjælp var for første gang i mange år gået ned, og det med 10.000 kr.

★

På årsmødet i fortsættelsessygekassen for *Randers amt* drøftede man mulighederne for at gennemføre en tandplejeordning for medlemmerne i lighed med den, man har i sygekasserne. Også spørgsmålet om indførelse af medicintilskud drøftedes. Medens man var betænkelig ved at indføre tilskud til medicin på grund af de økonomiske konsekvenser og derfor henlagde spørgsmålet indtil videre, vedtoges det, at bestyrelsen til næste årsmøde skulle møde med forslag om gennemførelse af en tandplejeordning. Man ville undersøge muligheden for at bruge Korsør-ordningen som forbillede.

★

Fortsættelsessygekassen for *Ribe amt* valgte på sit årsmøde bagermester H. Sørensen, Vejen, til formand efter afdøde skoleinspektør C. Søgaard, Holsted. Et forslag fra bestyrelsen om gratis begravelseshjælp til medlemmernes børn vedtoges. Endvidere vedtog man, at kassen fremtidig kunne refundere medlemmerne 10 kr. om dagen for ophold på anerkendte rekonvalescenthjem og 5 kr. om dagen for ophold på ikkeanerkendte hjem.

★

Også fortsættelsessygekassen for *Ringkøbing amt* kunne på sit årsmøde melde om stort overskud i 1955. Da taksterne på amtets sygehuse var steget og taksterne på andre kuranstalter ville følge efter, måtte man ikke ud fra årets driftsresultat drage forhastede slutninger om fremtidens økonomi. Nogle forslag til ændring af vedtægten vedrørende refusionen under ophold på sygehuse, fødehjem samt ved røntgenbehandlinger og kassens maksimumserstatninger vedtoges eenstemmigt.

★

Børnebegravelseshjælpen var på dagsordenen på årsmødet i fortsættelsessygekassen for *Skanderborg amt*. En vedtagelse på årsmødet sidste år om, at kun begravelsesforsikrede medlemmers børn skulle have adgang til begravelseshjælp, var blevet underkendt på årsmødet i De samvirkende statskontrollerede fortsættelsessygekasser. Man var utilfreds hermed, og man vedtog et forslag til sammenslutningens møde i år om, at børnebegravelseshjælpen fremtidig skulle refunderes af udligningskassen.

★

Også fortsættelsessygekassen for *Thisted amt* havde nedgang i udgiften til lægehjælp i 1955, oplystes det på foreningens årsmøde. Nedgangen havde udgjort knap 10.000 kr. Overskudet havde udgjort ialt ca. 63.000 kr.

★

På årsmødet i fortsættelsessygekassen for *Vejle amt* meddelte formanden, at overskudet i 1955 havde været lige så stort som i 1954, nemlig på 100.000 kr. Da sygehustaksterne er steget, måtte man dog ikke forvente samme resultat for 1956. Et forslag om gennemførelse af børnebegravelseshjælp vedtoges.

★

Fortsættelsessygekassen for *Viborg amt* havde for første gang i flere år overskud på sit regnskab. Der udtaltes på årsmødet håb om, at formuegrænserne ville blive forhøjet i forbindelse med den kommende ejendomsskyldvurdering, idet ellers mange sygekassemedlemmer vil komme over formuegrænsen, fordi deres ejendomsskyld blev sat op. Det vedtoges at lade kassens tilskud til livsvigtig medicin bortfalde, når tilskudsordningen af apotekerfondens midler blev gennemført.

Sygekassernes Pensionsforening.

Generalforsamlingen den 26. maj 1956 i Sønderborg.

Sygekassernes Pensionsforening afholdt den 26. maj ordinær generalforsamling i Sønderborg. Den fungerende formand, Max Sanddahl, København, udtalte i tilslutning til sin velkomst mindeord over foreningens formand, forretningsfører Th. Thomsen, Fredericia, der var afgået ved døden i september 1955. Th. Thomsen havde været formand for foreningen siden 1946.

Beretning.

I sin beretning udtalte den fungerende formand, at årene 1954 og 1955 havde været præget af samme rolige udvikling, som de nærmest foregående år. I 1954 havde Korsør sygekasse, Kristrup sygekasse og Vejgaard sygekasse tilmeldt sig foreningen, og i 1955 sygekassen »Vordingborg«, Aabenraa bys statsanerkendte sygekasse, Den alm. sygekasse i Varde, Struer anerkendte sygekasse, Beder-Malling sygekasse, Hasseris sygekasse samt Kjellerup sygekasse.

De enkelte steder var der truffet aftale om pensions-, opsparings- eller efterlønsordninger for kassernes funktionærer. Foreningen havde videre afgivet en række tilbud på pensionsforsikringer til forskellige sygekasser.

Der var i årene 1954 og 1955 ialt antaget 81 begæringer om tegning af pensionsforsikring. Den årlig indkasserede præmie var herved blevet forøget med 60.293 kr. 747 policer havde i de to år været indsendt til ændring som følge af forhøjelse af de pensionsgivende lønninger. Den årlige præmie var herved steget med 60.214 kr.

Pr. 1. januar 1956 udgjorde den løbende årlige præmie 623.630 kr., en stigning fra 1. januar 1954 på 93.532 kr.

Til 31 gamle funktionærer og enker var udbetalt tilskud på ialt 14.700 kr. Som følge af foreningens gode økonomi har bestyrelsen vedtaget at forhøje de årlige understøttelser med 50 kr., ligesom der fremtidigt ydes børnetillæg på 100 kr. årligt.

Regnskab.

Regnskabet for 1955, der balancerede med 653.941 kr., udviste et overskud på 12.359 kr. I præmier var indgået og videresendt til pensionsforsikringsanstalten 629.643 kr. I inkasso- og tegningsprovision var indgået 21.754 kr., medens renter og kursgevinst tilsammen havde udgjort 2.542 kr. I tilskud til pensioner var udbetalt 7.350 kr. Udgiften til forhandlinger, revision, bestyrelsesmøder, tryksager, porto, telefon m.v. samt forvaltningsbidrag havde tilsammen udgjort 4.587 kr. Den 1. januar 1956 udgjorde formuen herefter 65.544 kr., hvoraf ca. 24.000 kr. indestod i banker, medens restbeløbet var anbragt i obligationer.

Regnskab for året 1954 har tidligere været bekendtgjort i Sygekassetidende (juni 1955, side 160).

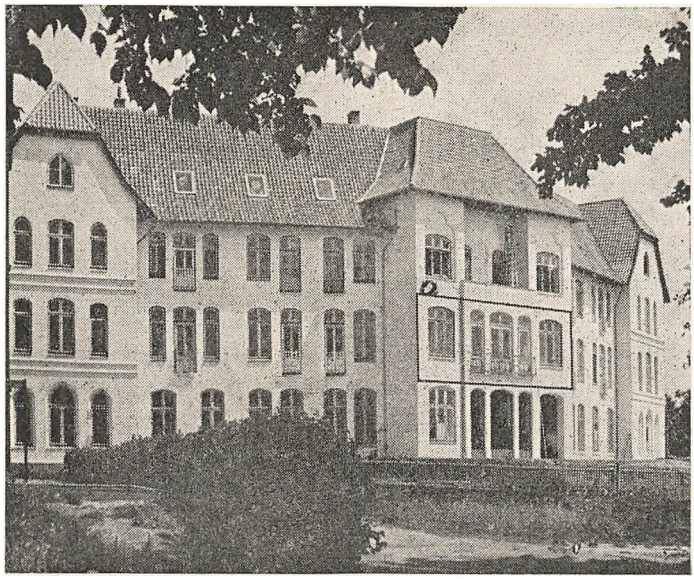
Forslag og valg.

Et forslag fra bestyrelsen om, at man i bestående og fremtidige policer skal indføje bestemmelser om ejendomsret til løbende policer i tilfælde af svig fra funktionærers side, vedtoges.

For sygekasserne genvalgtes til bestyrelsen Ernst Larsen og Max Sanddahl, begge København, og Wm. Olsson, Hellerup, medens Reinh. Jørgensen, Randers, nyvalgtes. Suppleanter blev J. P. Jensen, Kolding, og J. Schmidt, Nyborg. For funktionærerne genvalgtes Chr. Frederiksen, Charlottenlund, og Sv. Aa. Andersen, Svendborg.

På et bestyrelsesmøde efter generalforsamlingen konstituerede bestyrelsen sig med Max Sanddahl som formand og Reinh. Jørgensen som næstformand.

KONG CHRISTIAN X's GIGTSANATORIUM



Sidst i juni måned indviede Rigsforeningen til bekæmpelse af de rheumatiske sygdomme et nyt gigtsanatorium i Gråsten. Sanatoriet blev oprindelig i 1881 opført som kurhus og søgtes navnlig af gæster sydfra. Rigsforeningen erhvervede ejendommen i 1954 og efter en større ombygning og gennemgribende istandsættelse har man fået et moderne og smukt indrettet sanatorium med 50 sengepladser. Indretningen er sket på bred basis, idet der er givet bidrag fra sogne og byer overalt i Syd- og Sønderjylland. Dette har resulteret i, at sanatoriets 30 værelser er blevet indrettet som by- eller egnsværelser og på dørene er på glasindrammede skjolde anført, hvem der har skænket udstyret til det pågældende værelse. Udtyret til de 3 rummelige og moderne indrettede opholdsstuer, der støder op til hallen, er således skænket af Aabenraa, Sønderborg og Vejle, og til patienternes adspredelse findes såvel flygel som fjernsyn og bibliotek. Udstyret til hallen er skænket af Graasten, der ligeledes har skænket udstyret til beskæftigelsesterapiafdelingen. Derforuden indeholder sanatoriet en stor spisestue, hvortil udstyret er skænket af Esbjerg, et moderne køkken samt værelser til funktionærerne. Overalt er vægge og gulve holdt i lyse og venlige farver, hvilket er medvirkende til at skabe en rolig atmosfære på sanatoriet.

Fuldt færdig har sanatoriet ialt kostet 1,2 millioner kr., hvilket bliver 24.000 kr. pr. seng. Til sanatoriet, der iøvrigt modtog sine første patienter i begyndelsen af maj måned, er knyttet et personale på 30 personer.

Flyttebogen.

Hvilke oplysninger skal der gives i flyttebogen?

Vi har modtaget:

Det kan diskuteres meget og længe, om der er nogen fornuftig grund til at sondre mellem medlemmer, der har en kronisk sygdom ved optagelsen i sygekassen og andre medlemmer.

Den diskussion ønsker jeg ikke at rejse med dette indlæg.

Hensigten med dette er derimod at henlede opmærksomheden på, hvad der er anført i »Håndbog for anerkendte sygekasser«, side 155. I håndbogen står der: »*Hvad vedtegningen lyder på, fremgår kun af optagelsesskemaet og kassens noteringer i medlemsfortegnelsen. Derimod viser sygekasseflyttebogen blot, om medlemmet har vedtegning eller ej, ikke hvad eventuel vedtegning går ud på. Over for omgivelserne har medlemmet således ikke ulemper af at måtte være optaget i sygekasse med vedtegning.*«

Ikke desto mindre modtog jeg på samme dag to flyttebøger, hvori det var anført, at pågældende medlemmer var *åndssvage*.

I den første flyttebog var spørgsmål A. 2. »Har medlemmet vedtegning for kronisk lidelse?« besvaret med »Ja, Åndssvaghed«.

I den anden flyttebog var ovennævnte spørgsmål rigtigt nok blot besvaret med »Ja«, men under spørgsmål C. i. (invalideforsikringen) var det oplyst, at medlemmet ikke var indtrådt i invalideforsikringen på grund af åndssvaghed.

Der er da vist ingen grund til at tro, at vore medlemmer eller deres pårørende ønsker disse oplysninger optaget i en flyttebog, og det er da også i strid med den vejledning, som håndbogen giver. Skulle flyttebogen endelig give oplysninger om navnet på lidelsen, hvilket i nogle tilfælde kunne være ønskeligt, kunne oplysningen måske gives gennem et kodesystem. Samtlige sygekasser burde da være forsynet med en fortegnelse over de hyppigst forekommende lidelser, som medfører vedtegning, og hver enkelt lidelse burde betegnes f. eks. med et tal.

Jeg henstiller indtrængende, at man har opmærksomheden henledt på dette forhold. De nævnte to flyttebøger har vi erstattet med andre. Iøvrigt, var det ikke en idé, om vi, når der blev en ledig stund, gik i gang med at rense ud i flyttebøgerne for gruppe III. Ja, alle de gamle udgaver af flyttebøgerne burde i det hele taget ikke sendes videre.

Viggo Christiansen,
Dronninglund.

Sygekasserne er i støbeskeen.

SYGEKASSETIDENDE belyser alle aktuelle sygekasseproblemer, derfor bør bladet ikke alene læses af sygekassens formand og kasserer, men også af kassens øvrige tillidsmænd.

SYGEKASSETIDENDE,
sygekassernes eneste officielle organ.

Internationale kurser i Danmark.

Øst og vest mødes i Danmark for at studere andelsbevægelse, almennyttigt boligbyggeri og sygeforsikring.

Den 1. august åbnes ved en højtidelighed i Folketingets fællessal 3 internationale kurser i henholdsvis andelsbevægelse, almennyttigt boligbyggeri og sygeforsikring for deltagere fra en række lande i det mellemste og fjerne Østen, Sydamerika, Afrika og Vestindien. Stats- og udenrigsministeren vil foretage den officielle åbning af kurserne og endvidere vil en repræsentant for den internationale arbejdsorganisation komme til stede ved åbningen.

Kurserne, der hver vil omfatte 20-30 deltagere, er arrangeret af det danske regeringsudvalg for teknisk bistand til underudviklede lande som et led i FN.s program.

Sygeforsikringskurset er det første i sin art, der afholdes i Danmark. Den internationale arbejdsorganisation har udpeget deltagerne, der vil komme fra Afghanistan, Indien, Irak, Iran, Jordan, Pakistan, Sudan, Tyrkiet, Ægypten og Æthiopien. Endvidere vil muligvis Libanon og Syrien sende deltagere.

Kurset vil blive ledet af direktør *Alice Bruun* med forretningsfører *P. Friis-Olsen,* Århus, som assisterende leder og sekretær *Kirsten Wiinblad,* udenrigsministeriet, som kursussekretær. ILO vil blive repræsenteret under kurset ved chefen for afdelingen for social sikkerhed, *Mr. Leo Wildman.* Deltagerne indkvarteres på 4. maj Kollegiet og selve kurset, der varer i 4 uger, afholdes i Direktoratet for Ulykkesforsikringens lokaler på Frederiksberg Rådhus. Fra de københavnske sygekassers side ydes der en betydelig bistand til kursets praktiske gennemførelse.

Det er tanken med dette kursus dels at give deltagerne et indgående kendskab til dansk sygeforsikring, dels at orientere dem om andre former for sygeforsikring, f. eks. ordninger i Sverige og på kontinentet.

Når man har valgt at holde dette kursus i Danmark, er grunden bl. a. den, at vor sygeforsikring er vokset op og organiseret på frivillig basis, og at man anser en sådan kooperativ ordning for at have gode muligheder for at blive indført i de deltagende lande. Kurset vil blive indledet med almene foredrag om Danmarks økonomiske og sociale forhold, sundhedsvæsenet og den historiske udvikling af sygeforsikringen i Danmark. Gennem foredrag vil deltagerne blive gjort bekendt med alle sider af den danske sygeforsikringsordning samt med andre systemer for sygeforsikring. Efter hvert foredrag vil der blive lejlighed til indgående diskussioner om de enkelte emner, og foredragene vil desuden blive suppleret med besøg på sygekassekontorer, rekonvalescenthjem, skoler, læge- og tandkliniker, mødrehjælpsinstitutionen m. v. Som et led i kurset vil man foretage en udflugt til Århus, under hvilken deltagerne får lejlighed til at se landsygekasser, virksomheder for erhvervshæmmede og et sygehus samt folkekuren ved Hald. Endelig vil der blive aflagt besøg i nogle sygekasser i Skåne. Kurset vil blive afsluttet med en større samlet diskussion om mulighederne for at gennemføre de i Danmark indvundne erfaringer i de pågældende lande.

Til alle tre kurser vil der foruden danske foredragsholdere blive knyttet udenlandske foredragsholdere, fortrinsvis folk med erfaringer om forholdene i de deltagende lande, indenfor de respektive emner. Det er tanken, at disse foredragsholdere især skal bistå deltagerne med at uddrage sådanne iagttagelser og erfaringer fra Danmark, som kan være til praktisk nytte for dem i deres hjemlande.

Takster for lægehjælp

til ikke-sygekassemedlemmer.

I juni måned sidste år anmodede lægeforeningen om priskontrolrådets godkendelse af en forhøjelse af minimaltaksterne for sygebesøg, konsultationer, fødselshjælp og huslægeakkord. I Ugeskrift for læger den 5. juli gøres der rede for de førte forhandlinger.

Spørgsmålet om godkendelse af de nævnte takster blev indbragt for monopoltilsynet den 2. juni 1955, og i december måned samme år meddelte monopolrådet, at man efter forskellige undersøgelser ikke ville kunne godkende forhøjelser af lægernes minimaltakster.

Baggrunden for tilsynets afslag var bl. a. den omstændighed, at lægerne over for alle privatpatienter ønsker at opretholde minimaltakster, medens hverken lægeforeningen eller monopoltilsynet griber ind i tilfælde, hvor den enkelte læge tager mere, end disse takster giver adgang til. Tilsynet har også peget på lægernes høje indtægtsniveau, således som dette kommer til udtryk i den offentlige statistik, og en af tilsynet foretagen undersøgelse af 183 praktiserende lægers indtægtsforhold i de sidste 3 regnskabsår. De hidtil godkendte minimaltakster gælder derfor indtil videre under forudsætning af, at sygekasseordningen i det væsentlige opretholdes i sin nuværende form og omfang.

Denne afgørelses rimelighed kunne lægeforeningen ikke anerkende, idet lægeforeningen fandt, at det stigende pris- og omkostningsniveau måtte gøre en forhøjelse af minimaltaksterne naturlig, således som det også hidtil var godkendt ca. hvert andet år af priskontrolrådet. Lægeforeningen kunne heller ikke godkende, at lægestandens samlede indtægtsstigning, der ubestrideligt har været forbundet med en betydelig arbejdsforøgelse, skulle begrunde et afslag.

Lægeforeningen indbragte derfor sagen for monopol-ankenævnet, idet man nedlagde påstand om, at minimaltaksterne — eventuelt med mindre ændringer — godkendtes forhøjet således:

1. Taksten for sygebesøg fra 14 kr. til 17 kr.
2. Taksten for konsultation fra 8 kr. til 10 kr.
3. Taksten for fødselshjælp fra 75—100 kr. til 100—150 kr.
4. Taksten for huslægeakkord fra 100 kr. til 150 kr.

Monopoltilsynet påstod den påklagede afgørelse stadfæstet, idet man bl. a. henviste til lægernes gode indtjeningsforhold og til minimaltaksternes anvendelse.

Ankenævnet afsagde kendelse den 23. maj, og denne gik ud på en stadfæstelse af monopoltilsynets afgørelse. Minimaltaksten for sygebesøg i privatpraksis er herefter uforandret 14 kr. og for konsultation 8 kr.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 31/1956.

Om henførelse af Otterup kommune til en gruppe med højere indtægtsbeløb med hensyn til alders- og invaliderente, jfr. folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, samt til en deraf følgende højere indtægtsgrænse med hensyn til ubemidlethed i folkeforsikringslovens forstand, jfr. folkeforsikringslovens § 6, stk. 2.

I skrivelse af 16. juni 1956 har socialministeriet meddelt, at da der i Otterup kommune efter folketællingen pr. 1. oktober 1955 findes en bymæssig bebyggelse — Otterup by — med mere end 1500 indbyggere, vil der fra den 1. april 1956 i denne del af kommunen være at anvende købstadtakst såvel med hensyn til beregning af alders- og invaliderente samt underholdsbidrag som med hensyn til betingelserne for optagelse og forbliven i statsanerkendte sygekasser som nydende medlemmer.

Nr. 32/1956.

Forhøjelse af taksten for de lægeerklæringer, der ledsager begæringer om invaliderente m. v. på Færøerne.

Ved skrivelse af 19. juni 1956 til det færøske ulykkesforsikringsråd har socialministeriet godkendt, at taksten for den lægeerklæring, der benyttes ved begæringer om invaliderente m. v. i henhold til den færøske invalideforsikringslov, senest fastsat til 20 kr., fra 1. april 1956 fastsættes således, at den er den samme som den til enhver tid gældende takst for lægeerklæring ved begæring om invaliderente m. v. i henhold til folkeforsikringsloven, hvilken takst beregnes som en grundtakst af 16 kr. med tillæg af det til enhver tid gældende procenttillæg til statens honorarer, for tiden 100 %, således at taksten for tiden udgør 32 kr.

Nr. 33/1956.

Forhøjelse af takst for ophold på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på hvilehjemmet »Boller Slot« ved Horsens forhøjes til 11 kr. fra 1. juli 1956 at regne.

34/1956.

Forhøjelse af takst for ophold på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for ophold på hvilehjemmet på Rømø er forhøjet til 10 kr. pr. dag fra 15. juli 1956 at regne.

Nr. 35/1956.

Om den præmie, sygekassen skal udrede til Danske sygekassers udligningskasse for Begravelseshjælp samt om størrelsen af den begravelseshjælp, der skal udbetales nydende medlemmer, der før 1. januar 1954 var sikret højere begravelseshjælp end 350 kr.

Ved skrivelse af 13. marts 1956 har socialministeriet godkendt, at præmien til udligningskassen for begravelseshjælp i indeværende 5-årsperiode skal udgøre 1,13 kr. pr. 100 kr. for samtlige grupper forsikrede, således at præmien for de alment forsikrede, jfr. folkeforsikringslovens § 20, stk. 1, beregnes af grundbeløbet, for tiden 350 kr. og for de

øvrige forsikrede, jfr. folkeforsikringslovens § 20, stk. 2 og 3, af det beløb, de pågældende havde sikret sig i begravelseshjælp.

For så vidt angår størrelsen af den begravelseshjælp, som *nydende* medlemmer af statsanerkendte sygekasser og Statsbanepersonalets Sygekasse, der omfattes af folkeforsikringslovens § 20, stk. 2, skal have udbetalt, har socialministeriet i skrivelse af 30. juni 1956 meddelt direktoratet, at begravelseshjælp efter folkeforsikringslovens § 20, stk. 2, skal udgøre et beløb svarende til ydelsen efter den almene ordning for begravelseshjælp efter lovens § 20, stk. 1, således som denne ydelse til enhver tid er pristalsreguleret, med et tillæg af det beløb, de forsikrede ved lovens ikrafttræden havde sikret sig udover ydelsens grundbeløb 350 kr.

Under hensyn hertil skal de højere forsikrede medlemmer, hvis forsikring ikke har været afbrudt efter 1. januar 1954, herefter have udbetalt den til enhver tid gældende almene pristalsregulerede begravelseshjælp med følgende faste tillæg:

Begravelseshjælp før 1. januar 1954	Fast tillæg
400 kr.	50 kr.
450 kr.	100 kr.
500 kr.	150 kr.
550 kr.	200 kr.
600 kr.	250 kr.
o. s. v.	

Man skal anmode sygekasserne om at forsyne medlemsfortegnelse, kontingentbog, medlemsbeviser samt flyttebøger med oplysning om størrelsen af det faste tillæg, der tilkommer de nævnte højere forsikrede.

Det tilføjes, at såfremt der måtte fremsættes krav herom, må en begravelseshjælp, der er kommet til udbetaling for højere forsikrede medlemmer, der er afgået ved døden efter 1. januar 1954, berigtiges i overensstemmelse med foranstående.

Fra sygekassenævnet

Meddelelse vedrørende overflytning i henhold til den nordiske overenskomst af 20. juli 1953.

På sygekassedirektørens møder har flere sygekassetillidsmænd besværet sig over, at tidligere medlemmer, der er blevet vedvarende overflyttet til Norge og Sverige, når de vender tilbage hertil landet, ikke medbragte overflytningsattest i udfyldt stand.

De pågældende tillidsmænd har endvidere forespurgt, hvorledes de skal forholde sig i sådanne tilfælde.

I denne anledning skal man meddele, at den forsikrede, for at kunne blive omfattet af de gældende overflytningsregler, selv skal fremskaffe flytteattest fra den kasse, fra hvilken overflytning finder sted, og aflevere attesten til den nye kasse samtidigt med, at han melder overflytningen til denne. Såfremt den flyttende ved den ellers rettidig skete anmeldelse ikke medfører attesten, eller såfremt det ikke af attesten fremgår, at han har opfyldt

sine forpligtelser overfor den fraflyttede kasse, skal kassen alligevel modtage tilmelding og betragte ham som nydende medlem, men samtidig skal kassen give ham en rimelig tid, inden hvilken attesten eller de i denne manglende oplysninger skal foreligge.

Selv om det påhviler medlemmet selv at fremskaffe flytteattesten, kan det undertiden være rimeligt, at kassen bistår ham hermed, særlig hvis han — som det undertiden er tilfældet — ikke er klar over, hvilken sygekasse han har været medlem af i Norge eller Sverige. Eventuelt vil sygekassedirektoratet eller De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark, som ligger inde med en fortegnelse over sygekasserne i de nordiske lande, kunne vejlede sygekassen, såfremt medlemmets seneste adresse oplyses.

(Se iøvrigt Sygekassetidende, majnummeret 1954, hvor overenskomsten og de dertil knyttede vejledende bemærkninger er offentliggjort).

Det tilføjes, at sygekassenævnet er opmærksom på de vanskeligheder, der har været og stadig er til stede med hensyn til flytteattesterne, hvorfor det stående permanente udvalg for de nordiske sygeforsikringsmøders danske afdeling, hvem sygekassenævnet har overdraget at behandle overenskomstspørgsmål, forhandler med den norske og svenske afdeling såvel om reglerne for flytteattesternes udstedelse samt om ændringer i disse attester.

Samvirkende Centralforeninger

11/1956.

Betaling af medlemsbidrag og invalidepræmie ved indkaldelse til militærtjeneste.

Forsvarets Velfærdstjeneste har meddelt, at der i den nærmeste fremtid vil blive indkaldt mandskab til aftjening af værnepligt i 3 uger.

I den anledning skal vi henlede sygekassernes opmærksomhed på direktoratets meddelelse 8/1952 i Sygekassetidende, april 1952, hvorefter medlemmer, der indkaldes i et tidsrum fra 14 dage til 1 måned, fritages for betaling af medlemsbidrag og invalidepræmie for 1 måned.

12/1956.

Oplysninger i skrivelser fra sygekasser.

På given foranledning skal vi henstille til sygekasserne ved brevveksling sygekasserne imellem og ved forespørgsler til institutioner altid at anføre fyldestgørende oplysninger om pågældende medlem.

I tilfælde, hvor man er i besiddelse af medl.-nr., bedes dette altid oplyst.

I tilfælde, hvor man ikke har kendskab til medl.-nr., må foruden medlemmets fulde navn (samtlige fornavne og efternavn samt eventuelt pigenavn) og adresse tillige opgives *fødselsdag og -år.*

Det letter det daglige arbejde, dersom sygekasserne giver så fyldestgørende oplysninger som muligt.

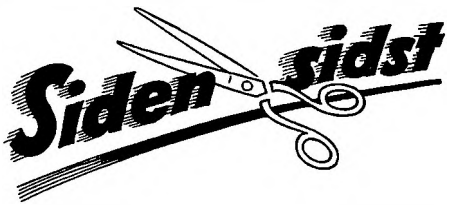
Diverse sygekassers indtægter, udgifter og formue gennemsnitlig pr. medlem for året 1955.

	ORDRUP-SKOVSHOVED	HELLERUP	»SØBORG«	NAKSKOV ARBEJDERES	VEJGAARD	BRØNDERSLEV
INDTÆGTER.						
Medlemsbidrag (nydende)	87,68	92,73	89,43	65,75	80,28	68,34
Offentlige tilskud	28,57	28,60	28,81	23,24	30,45	26,00
Renter m. m.	1,23	1,19	0,70	1,35	1,28	0,91
Ialt	117,48	122,52	118,94	90,34	112,01	95,25
UDGIFTER.						
Lægehjælp	36,24	35,36	33,66	31,11	32,95	37,82
Tandlægehjælp	8,87	9,73	9,89	9,31	7,28	6,87
Medicin	10,87	11,35	12,48	11,79	12,78	8,11
Sygehusbehandling	12,24	13,94	12,67	9,68	18,41	21,13
Pengehjælp	3,89	4,92	6,99	5,74	4,49	2,69
Begravelseshjælp	5,20	3,70	4,09	5,14	4,52	4,58
Barselhjælp	2,74	2,06	5,62	4,43	3,69	3,99
Hjemmesygepleje og massage	12,11	12,67	8,43	2,34	6,52	3,43
Briller og bandager	4,06	3,95	3,91	1,56	2,23	1,67
Forvaltningsudgifter	19,60	18,23	15,35	10,58	10,72	11,93
Ialt	115,82	115,91	113,09	91,68	103,59	102,22
Formue den 31/12	60,28	63,17	52,66	52,94	55,12	46,50
Antal nydende medlemmer	9.566	8.881	8.828	7.508	7.163	5.005

	SKAGEN	IKAST	DEN ALM. RIBE	LEMVIG	RINGKØBING	RUDKØBING
INDTÆGTER.						
Medlemsbidrag (nydende)	84,98	62,78	81,49	75,06	70,35	79,87
Offentlige tilskud	29,28	24,63	29,15	31,51	28,17	29,39
Renter m. m.	2,30	2,82	2,27	1,92	1,31	0,72
Ialt	116,56	90,23	112,91	108,49	99,83	109,98
UDGIFTER.						
Lægehjælp	35,78	36,14	35,70	32,75	33,27	36,70
Tandlægehjælp	8,25	8,84	8,70	7,68	6,86	7,58
Medicin	8,76	8,47	16,34	10,96	11,99	20,38
Sygehusbehandling	22,78	11,34	21,31	21,04	17,50	18,88
Pengehjælp	2,97	0,86	2,07	2,78	1,40	3,84
Begravelseshjælp	3,38	3,99	5,95	6,73	6,02	7,25
Barselhjælp	5,45	5,87	3,33	4,25	3,96	2,01
Hjemmesygepleje og massage	4,56	4,56	3,13	4,98	3,79	2,85
Briller og bandager	1,81	—	2,19	2,13	2,31	2,82
Forvaltningsudgifter	11,27	8,09	13,33	12,68	14,88	13,83
Ialt	105,01	88,16	112,05	105,98	101,98	116,14
Formue den 31/12	80,28	63,64	55,94	74,40	61,26	47,88
Antal nydende medlemmer	4.582	4.156	3.454	3.239	2.630	2.599

Diverse sygekassers indtægter, udgifter og formue gennemsnitlig pr. medlem for året 1955.

	HVIDOVRE	SVENDBORG	FREDERICIA	HELSINGØR	FREDERIKS-HAVN	NYKØBING F.
INDTÆGTER.						
Medlemsbidrag (nydende)	91,82	74,19	81,60	84,13	70,22	84,40
Offentlige tilskud	29,79	28,90	36,60	29,28	30,71	26,99
Renter m. m.	1,16	1,36	1,03	1,20	1,49	1,57
Ialt	122,77	104,45	119,23	114,61	102,42	112,96
UDGIFTER.						
Lægehjælp	34,98	35,62	34,91	32,10	35,67	34,48
Tandlægehjælp	12,44	7,46	8,38	10,90	8,85	9,26
Medicin	11,16	13,12	10,88	8,92	12,71	17,69
Sygehusbehandling	12,87	19,05	25,96	16,84	19,39	14,24
Pengehjælp	8,19	6,24	4,68	10,44	3,99	4,37
Begravelseshjælp	2,78	4,53	5,20	4,90	4,79	5,68
Barselhjælp	7,57	2,69	5,41	4,44	4,51	3,57
Hjemmesygepleje og massage	6,17	3,15	2,28	6,15	2,88	6,26
Briller og bandager	3,40	2,46	3,19	2,37	1,93	2,23
Forvaltningsudgifter	13,18	11,19	12,21	10,60	8,86	13,23
Ialt	112,74	105,51	113,10	107,66	103,58	111,01
Formue den 31/12	58,57	51,09	64,55	62,12	52,60	64,33
Antal nydende medlemmer	15.669	13.856	13.460	13.144	11.911	9.773



For ti år siden vedtog folketinget en *lov om forskellige udvidelser af sindssygehospitalet ved Risskov,* herunder oprettelse af en børnepsykiatrisk afdeling. På grund af statens spareplaner er afdelingen endnu ikke blevet til virkelighed. Finansudvalget har imidlertid nu bevilget 1/2 mill. kr. til de forberedende arbejder ved oprettelse af afdelingen, og man håber på, at afdelingen kan stå færdig om et par år. I afdelingen, der vil komme til at bestå af fem lave bygninger, vil der blive lokaler til dagobservation af 15 børn, observationsafdeling for 25 børn og plejeafdeling for 15 kroniske patienter. Endvidere indrettes ambulatorium og kontorer for administrationen. Udgifterne til den nye afdeling er beregnet til 3,5 mill. kr.

★

Hvidovre sygekasse har af kommunen fået foræret en grund til en ny kontorbygning. Grunden er centralt beliggende i kommunen. Som nærmeste naboer vil sygekassen få en ny politistation, et nyt posthus samt et nyt bibliotek.

★

Skanderborg amtsråd arbejder for tiden med planer om oprettelse af et plejehjem for kronisk syge i Ry.

Omsætningen på landets apoteker, som i de senere år regelmæssigt er steget med ca. 9 mill kr., er i 1955 »kun« steget med ca. 4 mill. kr. Den samlede nettoomsætning på landets apoteker var i 1955 ca. 163,5 mill. kr. Den enkelte apotekers indtægt er i det forløbne år gået lidt ned.

★

De samvirkende sygekasser i København har åbnet en ny fysiurgisk klinik på Frederikssundsvej 80 i København. Kliniken, der er centralforeningens sjette, er forbeholdt medlemmerne fra sygekasserne Bispebjerg, Brønshøj og Husum. Disse medlemmer er hidtil blevet betjent på klinikerne i Trommesalen, Valdemarsgade og på Mariendalsvej. Kliniken er indrettet med henblik på at kunne yde alle former for fysiurgisk behandling, badebehandling dog undtaget.

De københavnske sygekasser har til hensigt i det tempo, forholdene tillader det, at fortsætte den igangværende sanering og modernisering af sine fysiurgiske kliniker. Der er planlagt etablering af kliniker i bydelene Amager, Valby og Vanløse-Grøndalskvarteret.

★

I begyndelsen af juni måned holdtes på Dansk Funktionærforbunds feriehjem »Strandgården« ved Solrød et *kursus for nordiske sygekassefunktionærer.* Der deltog 40 i kurset. Det var første gang, at kursus af denne art blev afholdt her i landet. På kursusprogrammet stod sygekassespørgsmål, lovgivningsproblemer samt faglige anliggender.

Den alm. danske Lægeforening afholder årsmøde i Sønderborg den 1. og 2. september. På mødet vil blive indledt en drøftelse vedrørende syge- og raskmeldinger.

Mærkedage

Den 8. august kan arbejdsmand *J. H. Rubeksen,* Tórshavn, fejre sin 70 års fødselsdag.

J. H. Rubeksen har været medlem af bestyrelsen for Havnar Sjukrakassa siden 1934.

Erindringsliste

1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . september 1956 . nr.* **9**

Tandplejen.

I dette nummer bringer vi en meddelelse fra sygekassernes landsorganisation om sygekassernes pligt til at yde tandpleje også til de børn, der tidligere har modtaget tandpleje gennem skolerne for statens og kommunernes regning.

Det er naturligvis godt, at sygekasserne kan træde til, men helt godt er det alligevel ikke. I skoletandplejen deltog alle børn, eller så godt som alle børn, og tænderne blev efterset een eller to gange om året. Nu, hvor forældrene selv skal sørge for, at børnenes tænder bliver regelmæssigt efterset, skal man vist være heldige, om blot halvdelen af børnene kommer til tandlæge.

Hvad det økonomiske angår, betyder det, at sygekassernes udgifter til tandpleje vokser. Kommunerne sparer en del penge, og staten sparer vel også lidt. Byrden lægges over på familier med børn (da sygekasserne ikke yder fuld tandpleje), og dette er uheldigt.

Kommunerne må derfor arbejde for, at der oprettes skoletandkliniker. Der er meget, der taler for, at børnetandplejen må udføres på kommunale kliniker. Det samme vil iøvrigt være tilfældet, når man engang skal igang med en virkelig folketandpleje.

Omkostningerne til kliniker er for store, hævder nogle kommuner. Dette er vist ikke helt rigtigt. Hvis kommunerne virkelig ønsker at yde skoletandpleje, er en udgift på ca. 14.000 kr. pr. arbejdende tandlæge til selve klinikinventaret og instrumentariet og materialer til starten vist ikke afskrækkende. De årlige driftsudgifter pr. barn ligger lidt forskelligt i de forskellige kommuner og svinger mellem 25 kr. og 35 kr. I forhold til de krav, som tandlægerne stillede under overenskomstforhandlingerne, kan dette beløb heller ikke virke afskrækkende.

Andre kommuner vil måske hævde, at børnetallet er for lille til oprettelsen af en tandklinik. Dette er naturligvis tilfældet mange steder, idet en tandlæge vel kan behandle ca. 900 børn om året. Derfor må de mindre kommuner slå sig sammen om en tandlæge. Mon ikke det kan betale sig at oprette flere små kliniker, således at der spares tid for skolebørnene og transportudgifter for kommunerne.

Iøvrigt kunne vi snart ønske os en tandlægehøjskole i Århus. Mon ikke manglen på tandlæger og den megen tale om de store årgange kunne forenes til et frugtbart samarbejde.

Samvirkende centralforeninger af sygekasser.

Repræsentantskabsmøde.

Sygekassernes samvirksomhed afholdt lørdag den 4. august 1956 repræsentantskabsmøde i København. I mødet deltog 56 repræsentanter. Samtlige centralforeninger var repræsenteret på mødet.

Formanden, *Ernst Larsen,* åbnede mødet, idet han bød de mødte gæster med socialminister *J. Strøm* i spidsen og repræsentanter velkommen.

Efter at fhv. førstelærer *Fr. Hansen* var valgt til dirigent, aflagde formanden beretning om virksomheden.

Som helhed har sygekasserne arbejdet støt og roligt i det forløbne år. Der har været tilfredsstillende fremgang i medlemsantallet, ligesom sygekasserne har været i stand til at klare de forpligtelser, kasserne har påtaget sig.

Medlemsbevægelsen.

Det samlede medlemsantal er i årets løb steget med 12.000 medlemmer, således at sygekasserne nu omfatter 2.457.000 medlemmer. Antallet af nydende medlemmer er steget med 13.400, hvorimod antallet af bidragydende medlemmer er gået tilbage med 1.000.

Fremgangen i antallet af nydende medlemmer er noget mindre end i 1954, da denne udgjorde 20.000. Tilgangen af nydende medlemmer har været omtrent lige stor i 1954 og 1955, hvorimod afgangen i 1955 har været 5.000 større end i 1954.

Antallet af nyoptagne medlemmer er steget med 2.000 og har udgjort 73.000. Antallet af nyoptagne medlemmer er stigende fra år til år og skyldes, at de såkaldte store årgange nu gør sig gældende.

Fra bidragydende til nydende medlemsret er overført godt 41.000, medens der fra nydende til bidragydende medlemsret er overført godt 48.000 medlemmer.

Til fortsættelsessygekasserne er overført ca. 31.000 medlemmer, medens bevægelsen den modsatte vej kun har omfattet 17.000 medlemmer. Dette minus i medlemstallet er noget større end i de to foregående år. Trods inflation og stigende indtægts- og formuegrænser er forholdet det, at vi afleverer flere medlemmer til fortsættelsessygekasserne, end vi modtager fra disse.

Ved udgangen af 1955 havde sygekasserne 2.470.000 nydende medlemmer, hvilket svarer til 74,8 pct. af landets befolkning over 15 år. Ved udgangen af 1954 udgjorde det tilsvarende tal 75,1 pct. Medlemstallet er således faldet lidt i forhold til befolkningstallet. For fortsættelsessygekasserne gør det omvendte sig gældende. Her er procenten fra 1954 til

1955 steget fra 11,2 til 11,6. Med medlemstallet i statsbanepersonalets sygekasse omfatter den offentlige sygeforsikring herefter 87,7 pct.

Sygekassernes medlemsantal har i de senere år udgjort omkring 75 pct. af befolkningen, medens fortsættelsessygekasser siden 1940 har forøget deres medlemsantal fra 5,1 pct. til 11,6 pct. af befolkningen.

Befolkningens tilslutning til den offentlige sygeforsikring.	1940	1955
	pct.	pct.
Statsanerkendte sygekasser	75,3	74,8
Fortsættelsessygekasserne	5,1	11,6
Statsbanepersonalets sygekasse	1,6	1,3
Den offentlige sygeforsikring	82,0	87,7

Den økonomiske virksomhed.

Vedrørende den økonomiske virksomhed i enkeltheder henviste formanden til den trykte beretning. De samlede indtægter havde i det forløbne år andraget knap 266 mill. kr., en stigning fra året før på 8 mill. kr. De samlede udgifter var steget med 13 mill. kr. til godt 254 mill. kr. Årets overskud, der udgjorde ca. 10 mill. kr., var henlagt til formuen, der herefter androg 139 mill. kr. I 1954 havde sygekasserne et overskud på 17 mill. kr. Når kasserne således i løbet af 2 år har kunnet forøge reserverne med 27 mill. kr., er det udtryk for, at sygekasserne er sig deres ansvar bevidst, for med de stigende udgifter er det nødvendigt at forøge driftskapitalen.

Af indtægterne udgjorde medlemmernes bidrag 70 pct. Medlemsbidraget er i 1955 blevet forøget med 3,5 mill. kr. Stats- og kommunetilskuddene er forøget med godt 2,5 mill. kr. og renter og andre indtægter med knap 1 mill. kr. Gennemsnitlig pr. medlem har indtægten udgjort 103,25 kr. Medlemsbidraget udgør heraf ca. 75 kr. og offentlige tillskud ca. 25 kr.

Af udgifterne er udgiften til lægehjælp den største post, nemlig 93 mill. kr. Heraf er brugt 76 mill. kr. til almindelig lægehjælp, knap 3 mill. kr. til lægehjælp ved fødsel og godt 14 mill. kr. til speciallægehjælp. Gennemsnitlig pr. medlem er anvendt 37,76 kr. til lægehjælp, en stigning fra forrige år på 4 pct. Som følge af stigning i pristallet er honorarerne steget 2,6 pct. Der har således ikke været nogen særlig stor stigning i udgiften som følge af merbenyttelse af lægehjælp. For så vidt burde udgiften til lægehjælp bortset fra pristalsstigningen være faldet på grund af den mindre sygelighed i 1955. Den gennemsnitlige udgift til lægehjælp efter takst II burde være steget mindst. Dette er imidlertid ikke tilfældet.

Pr. medlem er udgiften efter takst I steget med 79 øre, medens det tilsvarende tal efter takst II er steget med 117 øre.

Udgiften til tandlægehjælp er gennemsnitlig pr. medlem steget med 13 pct. fra 6,10 kr. til 6,90 kr. Stigningen er således væsentlig større end pristalsstigningen begrunder.

Lovændringer.

Hvad lovgivningsarbejdet angår, er der ikke i det forløbne år sket nydannelser inden for sygekassernes virkeområde.

I forbindelse med fremsættelsen af forslag til lov om folkepension i november sidste år, forelagde socialministeren midlertid visse forslag til ændringer i folkeforsikringsloven.

Hovedpunkterne i lovforslaget gik ud på at hæve alderen for opnåelse af aldersrente, at indregne forskellige tillæg til renten i dennes grundbeløb, at ændre fradragsreglerne, indføre et pensionstillæg til invaliderente samt forhøje bidrag og præmier til invalideforsikringen.

Angående forhøjelse af invalidepræmierne rettede samvirksomheden sammen med fortsættelsessygekasserne henvendelse til folketingsudvalget for at opnå, at der fremtidigt kun blev een præmiesats. Vi er delvis blevet imødekommet, idet det lovforslag, der blev fremsat til 2. behandling i forsommeren, kun indeholdt to præmiesatser. Vi ser imidlertid gerne, at der fremtidigt kun bliver een præmiesats, hvorfor der atter vil blive rettet henvendelse til folketingsudvalget.

Om forhøjelsen af invalidepræmien har vi ikke følt os foranlediget til at udtale os. Vi må huske, at der nu skal opkræves bidrag til invalidepension. Dette forhold må vi gøre vore medlemmer opmærksom på, når vi skal til at opkræve de forhøjede præmier.

Sygeforsikringskommissionen.

Sygeforsikringskommissionen arbejder desværre kun langsomt, til trods for, at formanden for kommissionen ved dens nedsættelse udtalte, at der var tale om en hurtigt arbejdende kommission. Fra vore repræsentanters side har vi endnu ikke søgt at fremskynde arbejdet, idet vi har forstået, at loven om folkepension har måtte gå forud for sygekasseloven. Uagtet man i kommissionen endnu ikke har tilendebragt drøftelserne om de store linjer, er det vort indtryk, at den opfattelse er ved at gøre sig gældende, at man ikke uden videre kan slette indtægts- og formuegrænserne. Der har ikke i kommissionen rejst sig røster for at ophæve sygekasserne og lade kommunerne overtage sygeforsikringen. Derimod er det vort indtryk, at man i kommissionen er stemt for at slette helbredsbetingelserne for optagelse i sygekasse samt begrænsningen i sygehjælpen. Dagpengespørgsmålet har kommissionen endnu ikke beskæftiget sig med. Vi må

imidlertid nu have gang i kommissionsarbejdet, og sygekassernes repræsentanter vil gøre deres til, at arbejdet i kommissionen fremmes mest muligt.

Vedtægtsændringer.

I forbindelse med direktoratet har vi udarbejdet en ny affattelse af mønstervedtægtens bestemmelse om ydelse af bade- og massagebehandling. Efter at diatermibehandling var optaget i overenskomsten med fysioterapeuterne, var det nødvendigt med en ændring af denne vedtægtsbestemmelse. For så vidt havde vi store betænkeligheder ved at afslutte overenskomst om diatermibehandling, idet der blandt lægerne er tvivl om nytten af denne behandling. Det er derfor på sin plads, at massage- og diatermibehandling holdes inden for samme maksimumsbeløb. Vi er af den opfattelse, at dette beløb ikke bør overstige 100 kr., hvorefter der med $^2/_3$ tilskud fra sygekassen kan ydes 28 behandlinger i hjemmet eller 42 behandlinger hos fysioterapeuten. Efter vore erfaringer fra de kliniker, som sygekasserne driver, og hvor behandlingen er under kontrol af speciallæger, er det yderst sjældent, at man kommer op på så højt et antal behandlinger til et enkelt medlem, ligesom det er rent undtagelsesvis, at man på klinikkerne yder kombineret massage- og diatermibehandling.

Affattelsen af mønstervedtægtens bestemmelse om ydelse af tilskud til briller er efter vor opfattelse ikke længere tidssvarende. Vi forhandler derfor med direktoratet om en ny affattelse af denne bestemmelse. Den gældende affattelse giver adgang til at yde forholdsvis store tilskud til almindelige læsebriller, hvorimod de medlemmer, der skal have glas med stor styrke til komplicerede tilfælde, kun kan opnå et ringe tilskud. Vi er derfor gået ind for, at man sletter begrænsningen af tilskuddets størrelse og i stedet går over til at yde godtgørelse til brillestel og glas i forhold til ganske bestemte priser. Gennem Sygekassernes Optik har vi nøje føling med priserne på brillestel og glas.

Begravelseshjælpen.

Fra socialministeriet har vi modtaget nye regler for udbetaling af begravelseshjælp til de såkaldte overforsikrede medlemmer. Vi har hidtil været af den opfattelse, at de medlemmer, der den 1. januar 1954 f. eks. var sikret 500 kr. i begravelseshjælp, fortsat skulle have dette beløb udbetalt. Ministeriet har imidlertid ment at kunne fortolke bestemmelsen i loven således, at et medlem, der var sikret 500 kr., skal have udbetalt grundbeløbet på 350 kr. plus det til enhver tid gældende pristalstillæg plus forskellen mellem 350 kr. og 500 kr., altså et tillæg på 150 kr., hvorefter den samlede begravelseshjælp for tiden vil udgøre 650 kr. Selv om grundbeløbet forhøjes i folkeforsikringsloven fra 1. april 1957 til 500 kr., skal forskellen fortsat udregnes mellem det gamle grundbeløb på 350 kr. og det højere sikrede beløb.

Lægerne.

Med lægerne har vi haft en uformel drøftelse om speciallægehjælpen. Vi har hidtil været noget tilbageholden med at slutte overenskomster om speciallægehjælp. Lægerne hævder, at de er afskåret fra at henvise til effektiv speciallægehjælp. Vi er interesseret i, at al sygebehandling ydes på den for samfundet mest forsvarlige måde, vi er ikke interesseret i misbrug af sygehusenes senge. Vi har gjort vore synspunkter gældende over for lægerne og håber, at man sammen kan finde frem til en god løsning.

Tandlægerne.

Efter at sundhedsstyrelsen i november sidste år gav tandlægerne adgang til at foretage penicillininjektioner, rettede vi henvendelse til socialministeriet for at få afgjort, hvorvidt sygekasserne har ret og pligt til at betale for lægemidler ordineret af tandlæge. Efter folkeforsikringslovens bestemmelser har sygekasserne kun ret til at yde tilskud til medicin ordineret af en læge. Vi har endnu ikke modtaget svar fra ministeriet.

I foråret havde vi en voldgiftssag med tandlægerne som følge af, at disse ikke ville godkende, at det lønregulerende pristal 408 for januar kvartal i år skulle lægges til grund ved beregning af pristalstillægget fra 1. april. Vi vandt denne sag.

I tilslutning til sin omtale af konflikten mellem kommunerne og tandlægerne udtalte formanden, at sygekasser, der iøvrigt yder tandpleje, på steder, hvor kommunalbestyrelsen har vedtaget at ophæve skoletandplejen, har pligt til at yde tilskud til medlemmernes skolepligtige børns tandpleje. Yder sygekassen tandpleje efter takst II, kan kassen straks begynde at betale. I sygekasser, der yder tandpleje efter takst I, skal der forhandles med tandlægerne.

Jordemødrene.

Med jordemødrene har vi ført forhandling om ny overenskomst, efter at jordemødrene opsagde den gældende overenskomst til ophør den 1. januar 1956. Jordemødrene stillede krav om store forhøjelser af honorarerne, krav om fridagsgodtgørelse samt ekstrabetaling for nat- og helligdagsarbejde og honorar fra sygekassen for forhastet tilkaldelse. Da der siden den opsagte jordemoderoverenskomsts indgåelse i 1947 var foretaget forhøjelse af honorarerne i vore øvrige overenskomster, kunne vi ikke komme uden om at forhøje jordemødrenes honorarer. Ganske vist har jordemødrene ved gennemførelsen af den nye jordemoderlov fået deres økonomiske forhold forbedret betydeligt, men det gælder kun distriktsjordemødrene, da de privat praktiserende jordemødre ikke oppebærer løn fra staten. Vi er gået med til visse forhøjelser af honorarerne, men har afvist alle øvrige krav. Den endelige overenskomst er ikke færdig

endnu, idet vi mangler at få klaret spørgsmålet om takst for ydet hjælp under midlertidigt ophold uden for hjemstedssygekassen. Da der mellem år og dag har været mange uoverensstemmelser vedrørende dette spørgsmål, er vi interesseret i at gøre overenskomsten så tydelig som muligt på dette punkt.

Medicinydelsen.

Samvirksomheden har siden gennemførelsen af medicinordningen af 1951 nøje fulgt kassernes udgifter til medicin. Vi har hvert år udarbejdet en statistik på grundlag af indhentede oplysninger hos de større sygekasser og udsendt vejledninger til kasserne i kontrol af receptmaterialet. Flere centralforeninger har gjort et stort arbejde med at kontrollere medicinudgifterne og gøre lægerne interesserede i at holde udgifterne nede, og det er lykkedes i nogen grad.

Vi må dog i alle tilfælde forvente en stigning i udgifterne til medicin på ca. 1 mill. kr. årlig som følge af den forhøjelse, der fandt sted af medicinpriserne 15. juni i år. Fra 1. oktober i år forventes den nye tilskudsordning fra apotekerfonden at træde i kraft. Ikke-sygekassemedlemmer vil herefter få et tilskud på 75 pct. til livsvigtige lægemidler, medens sygekassemedlemmer vil få et tilskud på $^1/_{16}$ af prisen på livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin. Hvad angår sygekassemedlemmernes tilskud skal dette afregnes gennem sygekasserne og sygekassedirektoratet.

Tryksager.

I det forløbne år har samvirksomheden yderligere udbygget sin tryksagsvirksomhed. Der er udarbejdet nye medlemsbeviser, som er godkendt af direktoratet. Til dato har vi leveret sygekasserne 150.000 af disse medlemsbeviser. Ligeledes er udarbejdet et nyt medlemsbevis med lægekort. Af disse anvendes for tiden 200.000 ude i kasserne. Endelig er udsendt et tredie bind af samlemapperne.

Da det grundlag, hvorpå centralforeningerne og vi udarbejder vore beretninger, ikke altid har været tilfredsstillende, har vi ladet udarbejde et nyt indberetningsskema for sygekasserne. Vi har overladt skemaet til direktoratet, og det er vort håb, at vi inden alt for længe kan gå over til at anvende dette nye indberetningsskema. Herefter vil der uden vanskelighed kunne opstilles driftsregnskab for alle sygekasser.

Efter en kort diskussion om beretningen, der vedrørte den nye invalidepræmie, ejendomsskyldvurderingen samt tandplejen, godkendtes beretningen eenstemmigt.

Regnskaberne for såvel samvirksomheden som udligningskassen, der forelagdes af forretningsfører H. C. Hansen, godkendtes ligeledes eenstemmigt.

Boserup Minde

er de tuberkuloseramtes egen organisation.

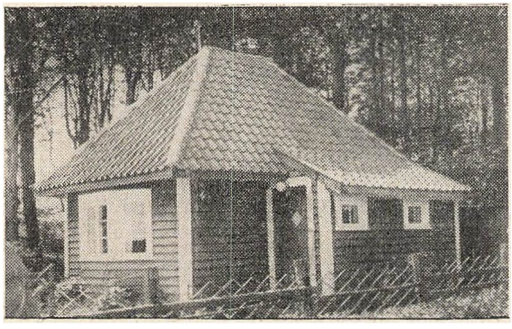
Det er velkendt, at mange tuberkuloseramte efter hospitals- eller sanatorieophold så vidt muligt søger at skjule, at de nogensinde har haft tuberkulose. Det var — og er desværre stadig — ofte sådan, at tuberkulose er noget, man ikke taler om; det er en sygdom, man hurtigst muligt glemmer, når man er så heldig at blive rask.

Alligevel er det lykkedes de tuberkuloseramte i en række lande, bl. a. i de fem nordiske, at skabe levedygtige organisationer, der på forskellig vis varetager medlemmernes interesser, og som gennem aktiv indsats har været med til at forbedre forholdene for de sygdomsramte.

Allerede i 1903 — kun to år efter starten af Nationalforeningen til tuberkulosens bekæmpelse — stiftedes Boserup Minde, der nu er en landsorganisation med 14 lokalafdelinger og 10 patientforeninger med ialt ca. 5.000 sygdomsramte medlemmer.

Ferie- og rekreationsvirksomheden er et af Boserup Mindes vigtigste arbejdsfelter. To moderne rekreationshjem, i Hareskoven ved København og i Glamsbjerg på Fyn, giver ialt i tiden fra marts til oktober plads for mere end 200 tuberkuloseramte rekonvalescenter. Hjemmene drives med stats- og kommunetilskud, medens resten af udgifterne dækkes af indsamlede midler samt overskudet fra organisationens tidsskrift »B M«.

På de skønneste steder rundt i landet ejer Boserup Minde desuden 17 velindrettede sommerhuse, familieferiehuse, der i sommersæsonen stilles til rådighed for tuberkuloseramte familier, fortrinsvis med børn. I 1955 havde 508 personer, heraf 241 børn, fjorten dages ferie i Boserup Mindes sommerhuse.

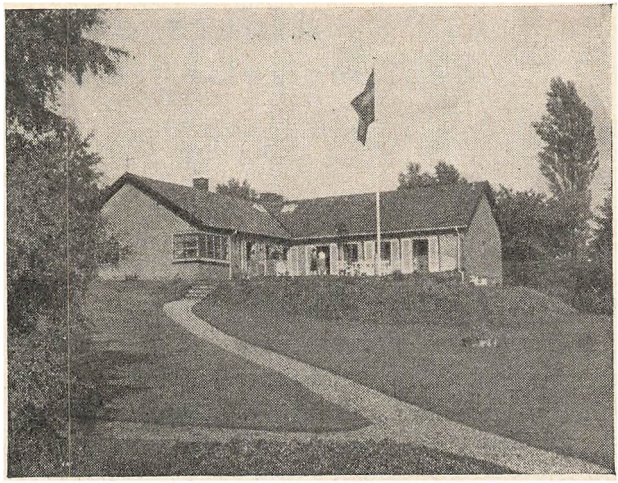


Familieferiehus på Thurø ved Svendborg.

Et direkte socialvejledningsarbejde for tuberkuloseramte udføres både fra Boserup Mindes hovedkontor i København og fra en række af de største lokalafdelinger. Antallet af henvendelser til socialvejled-

ningen var i 1955 næsten et tusind, 394 til hovedkontoret og ca. 600 i provinsen.

- Gennem udgivelsen af tidsskriftet »B M«, der bringer artikler med såvel socialt som medicinsk stof, der vedrører den tuberkuloseramte, udføres et oplysningsarbejde, der iøvrigt også omfatter møde- og foredragsvirksomhed. — Socialpolitisk har Boserup Minde søgt at gøre sin opfattelse gældende ved udformningen af love og bestemmelser, der angår de tuberkuloseramte. I den såkaldte »efterforsorgskommission«, der skabte grundlaget for den nugældende § 263 i lov om offentlig forsorg, havde Boserup Minde sin repræsentant, og organisationen har iøvrigt gennem sin stillingtagen til aktuelle tuberkuloseproblemer søgt at støtte de tuberkuloseramtes samfundsmæssige stilling ud fra den betragtning, at kampen mod tuberkulosen aldrig måtte blive en kamp mod den tuberkuloseramte.



Rekreationshjemmet i Hareskoven.

På linie med de øvrige af sygdomsramte og invaliderede dannede landsforeninger, som Boserup Minde samarbejder med gennem »De samvirkende Invalideorganisationer«, har man opmærksomheden stærkt vendt mod beskæftigelsesproblemerne, idet omskoling og optræning er nødvendig for *den* tuberkuloseramte, der ikke kan vende tilbage til sit tidligere erhverv.

Beskæftigelsesproblemerne er også i første række baggrunden for de af grønlandske tuberkuloseramte i sommeren 1956 oprettede lokalafdelinger af Boserup Minde i Egedesminde og Frederikshåb på Grønland.

Midlerne til Boserup Mindes omfattende virke skaffes for langt den største dels vedkommende ved støtte fra offentlige myndigheder, institutioner og private. Dog skal anføres, at de sygdomsramte selv gennem et årskontingent på 12 kr. yder en væsentlig del af administrationsudgiften.

Aldersrenten.

Dens størrelse fra 1. april 1956.

Af ekspeditionssekretær, cand. jur. Sven Ebbesen.

I.

Almindelige bemærkninger.

Reglerne om aldersrentens beregning findes i lov nr. 182 af 20. maj 1933 om folkeforsikring med senere ændringer.

Aldersrentens størrelse er forskellig, eftersom det drejer sig om ægtepar, når begge opfylder betingelserne for at opnå rente, eller enlige personer samt ægtepar, når kun den ene af ægtefællerne opfylder betingelserne for at få rente. Ved opgørelsen af indtægten for to samlevende ægtefæller, hvoraf kun den ene er berettiget til rente, vil ægtefællernes samlede indkomst være at lægge til grund ved rentens beregning.

De i det følgende anførte eksempler på aldersrentens størrelse gælder ikke for personer, der overgår fra invaliderente til aldersrente.

Personer, der venter med at søge aldersrente, til de er fyldt 67 eller 70 år, får et særligt *ventetillæg*. For ægtepar, hvor begge ægtefællerne oppebærer aldersrente, regnes der herved med den ældste ægtefælles alder på det tidspunkt, da ægteparret eller en af ægtefællerne indgav begæring om aldersrente. Ventetillægget må erindres i det følgende, idet der ved alle de i artiklen nævnte eksempler er regnet med, at aldersrenten søges før det fyldte 67. år.

Alle rentemodtagere på 80 år eller derover får et alderstillæg, uanset hvornår de har søgt rente. Dette tillægs størrelse er afhængig af størrelsen af aldersrenten.

I nærværende artikel er anført eksempler på størrelsen af aldersrenten for enlige og ægtepar, hvor begge ægtefæller opfylder betingelserne for at få aldersrente. Forholdet kan imidlertid være det, at den ene ægtefælle opfylder betingelserne for at få aldersrente, men at den anden ægtefælle endnu ikke er berettiget til at få aldersrente, idet pågældende for eksempel endnu ikke er gammel nok. I sådanne tilfælde får den ægtefælle, der er berettiget til aldersrente, samme aldersrente som en enlig, idet der dog regnes med ægtefællernes samlede indtægt, men med et tillæg, det såkaldte *ægteskabstillæg,* der i København andrager 47 kr. månedlig, i købstæderne m. v. 41 kr. månedlig og i det øvrige land 35 kr. månedlig. Det forudsættes, at aldersrentemodtagerens ægtefælle ikke oppebærer invaliderente.

Til rentemodtagere, hvis indtægt ud over renten ikke overstiger visse grænser, ydes *brændselshjælp.*

Endvidere får rentemodtagerne et *beklædningstillæg,* hvis størrelse afhænger af deres indtægter ud over renten. Dette tillæg udbetales een gang om året sammen med renten for december måned.

Endvidere kan der være tale om børnetillæg, tillæg til efterlevende ægtefælle og personlige tillæg.

I det følgende gives eksempler på aldersrentens størrelse fra 1. april 1956, incl. det såkaldte rentetillæg for personer, der ikke bor i en godkendt aldersrentemodtagerbolig eller har nedsat leje eller boligafgift i henhold til boligstøtteloven, og som ikke er fyldt 80 år.

Ved angivelsen af de beløb, man må have i indtægt for dog at kunne få aldersrente, er der i det følgende, hvor andet ikke er angivet, regnet med indtægten efter fradrag af udgiften til personlige skatter og kontingenter i anledning af medlemsskab i ulykkes-, syge-, invaliditets-, begravelses- og arbejdsløshedsforsikringen.

Hvor der er anført udgift til skat og kontingenter, er den ganske skønsmæssigt anslået.

Ved de i det følgende anførte eksempler er der endvidere regnet med, at de pågældende ikke har anden indtægt eller formue ved siden af aldersrenten end den anførte.

II.

Aldersrentens størrelse ved arbejdsindtægt.

Eksempler på arbejdsindtægt, der tillader fuld aldersrente.

En *enlig* mand eller en enlig kvinde i *København* og de dermed sidestillede kommuner, der har en arbejdsindtægt på 2.225 kr. årlig, og som får aldersrente før det fyldte 67. år, vil få 205 kr. månedlig i rente. To *ægtefæller i* København og de dermed sidestillede kommuner, der er omtrent lige gamle, og som søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, kan tilsammen tjene 3.343 kr. årlig, uden at der sker nedsættelse af aldersrenten, 307 kr. månedlig.

I *købstæder,* Marstal samt i flække og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indbyggere kan en *enlig* mand eller en enlig kvinde, der får tilstået aldersrente før det 67. år, tjene 2.052 kr. årlig ved arbejde, uden at der sker nedsættelse af aldersrenten, 188 kr. månedlig. To *ægtefæller* i en købstad og de dermed ligestillede kommuner, der tilsammen tjener 3.059 kr. årlig ved arbejde, og som søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, får fuld aldersrente, 281 kr. månedlig.

I en *landkommune* er forholdet det, at en *enlig* mand eller en enlig kvinde, der får aldersrente før det fyldte 67. år, med en årlig arbejdsindtægt på 1.776 kr., vil få den fulde aldersrente, 163 kr. månedlig. Et *ægtepar* i en landkommune, der får aldersrente, inden den ældste af ægtefællerne er fyldt 67 år, vil ved arbejde tilsammen kunne tjene 2.652 kr. årlig, uden at aldersrenten, 243 kr. månedlig, bliver nedsat.

Eksempler på aldersrentens størrelse ved forskellige størrelser af arbejdsindtægt.

En *enlig* mand eller kvinde mellem 65 og 67 år i *København,* der tjener 3.000 kr. eller 4.000 kr. årlig ved arbejde, vil få henholdsvis 163 kr. og 108 kr. månedlig i aldersrente. Den laveste månedlige aldersrente, der kan ydes i København, udgør 17 kr., hvilket beløb udbetales til en enlig, der søger aldersrente før det 67. år, og som har en arbejdsindtægt på 5.656 kr. årlig. Et *ægtepar* i København, der søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, og som tilsammen har en indtægt ved arbejde på 4.000 kr. eller 6.000 kr. årlig, vil få henholdsvis 272 kr. og 162 kr. månedlig i aldersrente. Den laveste aldersrente, der i København kan ydes til et ægtepar, som søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, er 25 kr. månedlig, der svarer til en årlig indtægt ved arbejde på 8.474 kr.

I *købstæder* vil der til en *enlig* mand eller kvinde, der får tilstået aldersrente før det 67. år, ved en arbejdsindtægt på 3.000 kr. eller 4.000 kr. årlig, blive ydet en aldersrente på henholdsvis 136 kr. og 81 kr. månedlig. Den laveste aldersrente, der kan ydes i en købstad, udgør 15 kr. månedlig. Dette beløb udbetales til en enlig, der får aldersrente før det 67. år, og som har en indtægt på 5.206 kr. årlig ved arbejde. Såfremt to *ægtefæller* i en købstad, der søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, tilsammen har en indtægt ved arbejde på 4.000 kr. eller 6.000 kr. årlig, andrager renten henholdsvis 229 kr. og 119 kr. månedlig. Den mindste aldersrente, der kan ydes til et ægtepar i en købstad, udgør 23 kr. månedlig. Denne rente ydes til 2 ægtefæller, der har søgt rente mellem det 65. og 67. år, og som tilsammen har en indtægt ved arbejde på 7.750 kr. årlig

Hvis en *enlig* mand eller en enlig kvinde, der har fået tilstået aldersrente før det 67. år i en *landkommune,* har en arbejdsindtægt på 2.000 kr. eller 3.000 kr. årlig, vil aldersrenten udgøre henholdsvis 151 kr. og 96 kr. månedlig. Hvis indtægten er 4.508 kr. årlig, er renten 13 kr. månedlig. Dette beløb er den laveste aldersrente i en landkommune. Et *ægtepar* i en landkommune, der får tilstået aldersrente, før den ældste af ægtefællerne er fyldt 67 år, vil med en samlet årlig arbejdsindtægt på 4.000 kr. eller 6.000 kr. få henholdsvis 169 kr. og 59 kr. månedlig i aldersrente. Den laveste aldersrente, der kan udbetales til et ægtepar i en landkommune, udgør 20 kr. månedlig. Den ydes til to ægtefæller, der søger aldersrente, når de er mellem 65 og 67 år gamle og tjener 6.726 kr. om året.

Det bemærkes, at en aldersrentemodtager vil kunne have en legatindtægt på indtil 300 kr. årlig og en egentlig pensions- eller livrenteindtægt eller understøttelse fra en faglig hjælpeforening, hvis midler er skabt ved medlemsbidrag, på indtil 590 kr. årlig udover alle de i dette afsnit nævnte indtægtsbeløb, uden at der sker noget fradrag i de anførte aldersrentebeløb.

III.

Aldersrentens størrelse ved livrente eller pension, der ikke udbetales af stat eller kommune.

Pensioner, der ydes i henhold til en pensionsordning, oprettet gennem en af handelsministeriet anerkendt pensionskasse eller et af handelsministeriet anerkendt pensionsforsikringsselskab falder ind under denne gruppe. For andre pensioners vedkommende forudsættes det, at pågældende selv eller for enkers vedkommende deres afdøde mand har ydet bidrag til de midler, hvoraf pensionen ydes.

Ved de anførte indtægtstal for ægtefæller, der begge oppebærer aldersrente, forudsættes det, at livrenten eller pensionen oppebæres af den ene af ægtefællerne. Er der derimod tale om aldersrente til to ægtefæller, der oppebærer *hver* sin pension eller livrenteindtægt, er indtægtstallene højere end anført .

Eksempler på indtægt ved livrente eller pension, der ikke udbetales af stat eller kommune, og som tillader fuld aldersrente.

En *enlig* mand eller en enlig kvinde i *København* og de dermed ligestillede kommuner, f. eks. Gentofte kommune, der har en livrente eller pension på 1.797 kr. årlig eller derunder, og som betaler 90 kr. årlig i skat og kontingent, vil få den fulde aldersrente, 205 kr. månedlig, når renten søges før det 67. år. 2 *ægtefæller* i København og de dermed ligestillede kommuner, der er omtrent lige gamle, og som søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, kan have en livrente- eller pensionsindtægt på indtil 3.650 kr. årlig, når de i skat og kontingenter betaler 783 kr. årlig, uden at der sker nedsættelse af aldersrenten, 307 kr. månedlig.

I *købstæder,* Marstal samt flækker og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indbyggere kan en *enlig* mand eller kvinde, der får tilstået aldersrente før det 67. år, have en livrente eller pensionsindtægt på 1.706 kr. årlig, når udgiften til skat og kontingent udgør 90 kr. årlig, uden at der sker nedsættelse af aldersrenten, 188 kr. månedlig. 2 *ægtefæller* mellem 65 og 67 år i en købstad og de dermed ligestillede kommuner, der har en livrente- eller pensionsindtægt på indtil 3.190 kr. årlig, og som betaler 600 kr. årlig i skat og kontingent, får fuld aldersrente, 281 kr. månedlig.

I en *landkommune* er forholdet det, at en *enlig* mand eller kvinde, der får aldersrente før det 67. år, og som har en livrete- eller pensionsindtægt på indtil 1.555 kr. årlig og betaler 80 kr. årlig i skat og sygekassekontingent, vil få fuld aldersrente, 163 kr. månedlig. 2 *ægtefæller* i en landkommune, der får aldersrente, inden den ældste af ægtefællerne er fyldt 67 år, vil kunne have en pensions- eller livrenteindtægt på 2.585 kr. årlig, når de i skat og kontingent betaler 400 kr. årlig, uden at aldersrenten, 243 kr. månedlig, bliver nedsat.

IV.

Aldersrentens størrelse ved legatindtægt eller anden privat understøttelse.

En *enlig* mand eller kvinde i *København* og de dermed ligestillede kommuner, der har en indtægt ved legater eller privat understøttelse på 1.770 kr. årlig, og som søger aldersrente før det 67. år, vil få 201 kr. månedlig i aldersrente. Såfremt pågældende har en årlig indtægt ved legater eller privat understøttelse på 2.000 kr., 4.000 kr. eller 5.130 kr., udgør aldersrenten henholdsvis 188 kr., 78 kr. og 17 kr. månedlig. Sidstnævnte beløb er den laveste aldersrente for en enlig i København. 2 *ægtefæller* i Køben-

havn, der er omtrent lige gamle og søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, vil få den fulde aldersrente, 307 kr. månedlig, hvis de har en indtægt ved legater eller privat understøttelse på 2.259 kr. årlig. Hvis indtægten andrager 4.000 kr., 6.000 kr. eller 7.390 kr. årlig, udgør aldersrenten henholdsvis 211 kr., 101 kr. og 25 kr. månedlig. 25 kr. månedlig er den laveste aldersrente for et ægtepar i København.

En *enlig* mand eller kvinde i en *købstad* eller en flække eller en bymæssig bebyggelse på landet med over 1500 indbyggere, der har en indtægt ved legater eller privat understøttelse på 1.770 kr .årlig, og som søger aldersrente før det 67. år, vil få 180 kr. månedlig i aldersrente. Såfremt indtægten er 3.000 kr. eller 4.770 kr. årlig, vil pågældende få henholdsvis 112 kr. og 15 kr. månedlig i aldersrente. Sidstnævnte beløb er den laveste aldersrente i købstæder og de dermed ligestillede kommuner. 2 *ægtefæller* mellem 65 og 67 år i en købstad, der har legater eller privat understøttelse til beløb 2.119 kr. årlig, vil få 281 kr. månedlig i aldersrente (fuld aldersrente). Er indtægten 4.000 kr., 6.000 kr, eller 6.810 kr. årlig, vil aldersrenten udgøre henholdsvis 177 kr., 67 kr. og 23 kr. månedlig. 23 kr. månedlig er den laveste aldersrente for et ægtepar i købstæder og de dermed sidestillede kommuner.

I en *landkommune* vil en *enlig* mand eller kvinde, der søger aldersrente før det 67. år, og som i legater eller privat understøttelse oppebærer 1.770 kr. årlig, få 147 kr. månedlig i aldersrente. Er legatindtægten 2.000 kr. eller 4.210 kr. årlig, udgør aldersrenten henholdsvis 134 kr. og 13 kr. månedlig. Sidstnævnte beløb er den laveste aldersrente i en landkommune. 2 *ægtefæller* mellem 65 og 67 år i en landkommune, der har en indtægt ved legater eller privat understøttelse på 1.916 kr. årlig, vil få den fulde aldersrente, 243 kr. månedlig. Er indtægten 4.000 kr. eller 5.990 kr. årlig, beløber aldersrenten sig til henholdsvis 129 kr. og 20 kr månedlig. Sidstnævnte beløb er den laveste aldersrente for et ægtepar i en landkommune.

V.

Aldersrentens størrelse ved formueindtægt.

Ifølge folkeforsikringsloven gælder den regel, at der, hvis en aldersrentemodtager ejer fast ejendom eller anden formue, til den årlige indtægt, hvorefter aldersrenten skal beregnes, og hvori rente og udbytte af formuen allerede er medtaget, lægges et beløb, svarende til to trediedele af den samlede formueindtægt, dog at formuen i denne forbindelse skal beregnes mindst at give normal sparekasserente på opsigelse, for tiden 4 pct.

Hvis formueindtægt fremkommer under et med anden indtægt, f. eks. hvis en aldersrentemodtager ejer fast ejendom eller driver selvstændig virksomhed, som f. eks. landbrug, må formueindtægten ved beregningen

af »formuetillægget« ansættes til et beløb, der svarer til, at formuen afkaster normal sparekasserente på opsigelse. For samlevende ægtefæller, hvor begge ægtefæller oppebærer aldersrente, eller hvor den ene får aldersrente, medens den anden hverken har aldersrente eller invaliderente, beregnes formuetillægget af ægtefællernes samlede formueindtægt.

Ifølg folkeforsikringsloven må man ikke i de sidste 10 år, før man får aldersrente, have forringet sin økonomiske stilling ved handlinger til fordel for børn eller andre, hvorved man har betaget sig selv midlerne til sit underhold, således at man derved er kommet til at opfylde de økonomiske betingelser, som loven stiller, for at man kan få aldersrente. Man må heller ikke have forringet sin økonomiske stilling ved uordentligt eller ødselt levned eller på anden lignende måde.

Hensigten med disse bestemmelser er at hindre, at personer, som selv er skyld i, at de ikke har noget at leve af, får aldersrente.

Loven siger dog, at hvis omstændighederne taler derfor, kan man få den aldersrente, man ville have kunnet opnå, hvis man ikke havde forringet sine kår på den anførte måde. Ifølge loven bortses fra, hvad man har forbrugt til sine børns opdragelse og undervisning.

Såfremt formuen giver en højere rente end 4 pct. årlig, vil de angivne formuebeløb blive mindre end anført. Er rentefoden derimod mindre end 4 pct. årlig, vil formuebeløbene på den anden side blive højere.

Hvis udgiften til skat og kontingent er større end nævnt i eksemplerne, vil de formuebeløb, der svarer til den anførte aldersrente, ligeledes være noget højere.

Det bemærkes endvidere, at man, når man venter med at søge aldersrente til det fyldte 67. eller 70. år, kan have en højere formue, inden aldersrenten bortfalder, end hvis renten søges før det 67. år.

Eksempler på formuer, der forrentes med 4 pct. årlig, og som tillader fuld aldersrente.

En *enlig* mand eller en enlig kvinde i *København* og de dermed ligestillede kommuner, f. eks. Gentofte kommune, der har en formue på 17.950 kr. og betaler 89 kr. årlig i skat og kontingent, og som får aldersrente før det 67. år, vil få 205 kr. månedlig i aldersrente (fuld aldersrente). 2 *ægtefæller* i Københavns og de dermed ligestillede kommuner, der er omtrent lige gamle, og som søger aldersrente mellem det 65. og 67. år, kan have en formue på 27.700 kr., hvis de i skat og kontingent betaler 180 kr. årlig, uden at der sker nedsættelse af aldersrenten, 307 kr. månedlig.

I *købstæder,* Marstal samt i flækker og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indbyggere kan en *enlig* mand eller kvinde, der får tilstået aldersrente før det 67. år, have en formue på 16.500 kr., når ud-

giften til skat og kontingent udgør 80 kr. årlig, uden at der sker nedsættelse af aldersrenten, 188 kr. månedlig. 2 *ægtefæller* i en købstad og de dermed ligestillede kommuner, der får tilstået aldersrente, før den ældste af dem er fyldt 67 år, og som betaler 160 kr årlig i skat og kontingent, får med en formue på 25.300 kr. fuld aldersrente, 281 kr. månedlig.

I en *landkommune* er forholdet det, at en *enlig* mand eller kvinde, der får aldersrente før det fyldte 67. år, og som har en formue på 14.300 kr. og betaler 70 kr. årlig i skat og kontingent, vil få fuld aldersrente, 163 kr. månedlig. 2 *ægtefæller* i en landkommune, der får aldersrente inden den ældste af ægtefællerne er fyldt 67 år, vil kunne have en formue på 21.900 kr., når de i skat og kontingenter betaler 140 kr. årlig, uden at aldersrenten, 243 kr. månedlig, bliver nedsat.

Sluttelig skal anføres, at man ud over den anførte formueindtægt kan have 300 kr. årlig i legater eller anden privat understøttelse samt 590 kr. årlig i livrente eller egentlig pension, uden at der for disse indtægter fradrages i aldersrenten.

Med livrente og pension er ifølge en skrivelse fra socialministeriet sidestillet den understøttelse, der ydes af en faglig hjælpeforening, hvis midler er skabt ved medlemsbidrag.

Bemærk!

Ud over alle de anførte indtægtsbeløb ved livrente, privat pension, pension fra stat og kommune, legater eller understøttelse og rente af formue kan en enlig mand eller kvinde have følgende indtægtsbeløb årlig ved personligt arbejde, uden at der sker nogen nedsættelse af de anførte aldersrentebeløb: I København m. v. 1.116 kr., i købstæder m. v. 1.026 kr. og i landkommuner 888 kr.

For et ægtepar, hvor begge ægtefæller har aldersrente, er forholdet det, at ægtefællerne ud over alle de anførte indtægtsbeløb ved livrente, privat pension, pension fra stat og kommune, legater eller understøttelse og rente af formue kan have følgende indtægtsbeløb årlig ved personligt arbejde, uden at der sker nogen nedsættelse af de anførte aldersrentebeløb: I København m. v. 1.674 kr., i købstæder m. v. 1.530 kr. og i landkommuner 1.326 kr.

Hvor der i artiklen er tale om livrente- eller pensionsindtægt eller indtægt ved legater eller anden privat understøttelse for 2 ægtefæller, der begge har aldersrente, forudsættes det, at livrenten, pensionen, legaterne, eller understøttelsen oppebæres af den ene af ægtefællerne, som regel manden. Er der derimod tale om aldersrente til to ægtefæller, der har *hver* sin livrente-, pensions-, legat- eller understøttelsesindtægt, bliver indtægtstallene højere end anført.

Helse

FAMILIENS LÆGEBLAD

Lad opkræverne tegne abonnementer på bladet.

Det kan ofte være vanskeligt nok at bevare den personlige kontakt mellem sygekassen og medlemmerne. Det er nødvendigt at gennemføre en vis »stordrift« for at få en fornuftig administration — med de følger, som systematisering har på alle områder af samfundslivet. Det personlige tilhørsforhold, som før var en naturlig ting, må man i dag gøre sig anstrengelse for at bevare. Det er jo samhørighedsfølelsen og det menneskelige fællesskab, der oprindelig har været grundlaget for sygekassebevægelsen. Det er en ånd, som ikke må mistes. Alene en upersonlig ekspedition af sygehjælp vil være mod sygekassernes inderste idé.

Det er ikke hensigten i denne artikel at tale om de mange veje, der kan benyttes i dette arbejde. Et af midlerne har sygekasserne i samarbejdet med lægeforeningen imidlertid skabt i bladet Helse. Dette blads vigtigste opgave er at hjælpe medlemmerne til at kende sig selv, således at de ved, hvordan de skal bære sig ad med at erhverve og bevare deres sundhed. Helse er samtidig et bindeled mellem sygekassen og medlemmerne. I dette blad kan vi behandle de spørgsmål, der trænger til drøftelse og mulig ændring. Her kan vi til enhver tid give medlemmerne mere forståelse af deres sygekasses virke.

1. Hvordan når Helse ud?

Der er stor forståelse for Helse's muligheder i sygekassens arbejde. Det fremgår blandt andet af, at 95 pct. af de større kasser nu er abonnenter på Helse. Det er forskelligt, hvor mange eksemplarer, der købes, men som hovedregel ligger det omkring 20 pct. af medlemsantallet.

I de mange kasser, hvor den daglige kontakt med medlemmerne hovedsageligt varetages af opkræverne, er det vanskeligere at få Helse med ind i arbejdet. Mange af disse kassers økonomi er også så anspændt, at man ikke føler at kunne tillade sig at sende Helse ud til alle. Spørgsmålet er, hvordan finder man frem til de 20, 30 eller 40 pct. af husstandene, som er interesseret i de oplysninger, som Helse bringer?

Vejen er fundet. Den ligger iøvrigt lige for, som det næsten altid er tilfældet, når en ting er rigtig. Opkræverne kommer i ethvert hjem inden for sygekassens område. Det er dem, der skal have bladet med. Det er igennem dem, at medlemmerne skal have et sådant kendskab til bladet, at de kan afgøre, om de har interesse for det.

På grund af bladets redaktionelle og administrative tilrettelægning er vi i stand til at sælge Helse meget billigt. Det koster kun 1,50 kr. pr. halvår, abonneret og forsendt gennem postvæsenet. Der er ingen, som af økonomiske grunde er afskåret

fra at holde det. Det koster ikke engang så meget pr. halvår, som en halv pakke cigaretter. Men selv om et medlem kender bladet og gerne vil holde det, kan der nemt komme så mange ting i vejen, før der bliver gjort alvor af beslutningen. Det er her, sygekassen kan hjælpe på en for alle kasser økonomisk overkommelig måde. Lad opkræveren tage mod pengene og anmelde bladet hos postvæsenet.

2. Erfaringer fra arbejdet.

Der er allerede mange sygekasser over hele landet, som benytter denne fremgangsmåde, og gang på gang kommer opkræverne for disse kasser ud for, at medlemmerne siger: »Ja, det var da godt, at du ville tage dig af det, for vi har faktisk i lang tid tænkt på, at vi egentlig gerne ville have det blad, men vi har ikke rigtig gjort noget ved det.«

Der er blevet gjort meget gode erfaringer gennem opkræverens arbejde, og det er meget interessant, at indstillingen over for Helse er praktisk talt den samme overalt. Der er åbenbart ikke så stor forskel på mennesker i vort lille land. Naturligvis har vi kun haft lejlighed til at tale personligt med forholdsvis få opkrævere, men vi har fået en række breve fra andre opkrævere om deres erfaringer i arbejdet. Det er som sagt den samme gode indstilling over for Helse, der går igen, men også de samme indvendinger: »Der kommer så mange andre blade« — »Det er vel mest for mennesker med børn« — eller »Vi går til lægen, når vi bliver syge«.

Det er nogle af de mest almindelige bemærkninger.

Det er rigtigt, at der kommer mange andre blade, som en gang imellem også indeholder stof om sygdom og sundhed, men der er kun eet blad, som redigeres af lægeforeningen og sygekasserne. Derfor ved man, at man altid kan stole på Helse. — Naturligvis indeholder Helse godt og oplysende stof for mennesker, som er interesseret i at give deres børn den bedst mulige pleje og opdragelse, men der er *samtidig* artikler for alle i familien. De behøver blot at se på fortegnelsen over indholdet i den sidste årgang. Vi har blandt andet skrevet om »Gammel — men sund og virksom« og »Hvordan man bedst lever med et dårligt hjerte eller for højt blodtryk«. Intet af dette er jo udpræget børnesvagheder. Endelig — man går naturligvis til læge, når man er syg. Helse har imidlertid til opgave at give fornuftige og let tilgængelige oplysninger om, hvordan man erhverver og bevarer sin sundhed, således at man ikke skulle behøve at gå så meget til læge. Vort blad bliver udgivet, netop fordi vi mener, at det er bedre at forebygge end at helbrede.

Et par »økonomiske« indvendinger har vi da også mødt. Enkelte steder har medlemmet sagt: »Ja, men i sygekassen i det andet sogn får medlemmerne bladet gratis«, og dertil er jo kun at svare, at sygekassen også her gerne vil give samt-

lige medlemmer bladet gratis, men så kan det blive nødvendigt at forhøje kontingentet. Netop fordi man ikke som i kasser med indbetaling på kontoret kan nøjes med kun at holde bladet til ca. 20 pct. af medlemmerne, der selv tager det på kontoret. Man er nødt til at give det til alle, da man ikke på forhånd kan vide, hvem der er mest interesseret.

3. Skriv til Helse.

Vi håber, at de sygekasser, der endnu ikke har tilsluttet sig denne ordning, så hurtigt som muligt vil gå ind for den og sende opkræverens navn og adresse til Helse's redaktion. Det materiale, som bladet sender ud: blade, bestillingsblok, indholdsfortegnelse m. m., har vist sig at være så anvendeligt, at opkræveren praktisk talt ikke behøver selv at sige noget videre om bladet. Når bladet bliver gået igennem, og indholdsfortegnelsen bliver vist, er de fleste familier klare over, at Helse skal de i alle tilfælde have i deres hjem. Det er helt i overensstemmelse med sygekassens grundtanke »hjælp til selvhjælp« at give medlemmerne en håndsrækning ved at betale opkræveren 50 øre for sit arbejde, hver gang et medlem selv er så interesseret, at han vil betale 1,50 kr. for et abonnement på Helse.

Skulle De ønske flere oplysninger eller prøveeksemplarer, så skriv til Helse's redaktion, Kristianiagade 12 A, København Ø. — Alle skulle gerne være med i arbejdet for Helse og dermed for sygekassen.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 36/1956.

Kvinder, der er beskæftiget ved hjemmearbejde for de i lov om arbejderbeskyttelse omhandlede virksomheder, har ret til de i folkeforsikringslovens § 19 omhandlede barseldagpenge.

I forbindelse med direktoratets meddelelser nr. 17/1955 (Sygekassetidende for april 1955, side 100) og nr. 3 og 4/1956 (Sygekassetidende for februar 1956, side 48) om, hvilke kvindelige arbejdere, der som nydende medlemmer af en statsanerkendt sygekasse har ret til barselhvile, skal man meddele, at socialministeriet i skrivelse af 7. juni 1956 har meddelt Direktoratet for arbejdstilsynet, at ministeriet — efter at have indhentet en udtalelse over sagen fra arbejdsrådet — med direktoratet og arbejdsrådet er enigt i, at kvinder, der udfører hjemmearbejde for en under lov nr. 226 af 11. juni 1954 om almindelig arbejderbeskyttelse hørende virksomhed, er omfattet af barselhvilebestemmelsen i § 37.

De pågældende medlemmer vil således kunne oppebære barseldagpenge i medfør af folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, 4) og 5) og stk. 2—3, såfremt de iøvrigt opfylder de for hjælpens udbetaling fastsatte betingelser.

Nr. 37/1956.

Forhøjelse af takst på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på rekonvalescent-

hjemmet »Ryttergaarden« ved Hals er fra 1. juli 1956 forhøjet til 11 kr. pr. døgn.

Nr. 38/1956.

Indenrigsministeriets cirkulære af 5. juli 1956 vedrørende befordringsudgifter ved specialbehandling på fremmede sygehuse.

Under 5. juli 1956 har indenrigsministeriet udstedt sålydende cirkulære:

»Den stigende specialisering inden for lægevidenskaben har medført, at patienter, der fordrer en specialbehandling, som hjemstedets sygehus ikke selv er i stand til at yde, henvises til et fremmed — statsligt eller kommunalt — sygehus, som har mulighed for at give den nødvendige specialbehandling. Ved indenrigsministeriets cirkulærskrivelse af 10. november 1950 om betaling for sygehusbehandling på fremmede sygehuse er der givet anvisning på, hvorledes de betalingsspørgsmål, som opstår ved indlæggelse på fremmede kommunale sygehuse, bør løses. Det henstilles heri, at hjemstedets sygehus fuldt ud refunderer det fremmede sygehus de med patientens behandling forbundne udgifter og alene afkræver patienten eller hans sygekasse betaling efter det for hjemstedets sygehus gældende takstregulativ.

Der er imidlertid fra forskellig side fremkommet ønske om, at der på tilsvarende måde gives almindelige retningslinier for, hvorledes der vil være at forholde med de udgifter, som står i forbindelse med patienternes befordring til og fra det fremmede sygehus. Dette skyldes, at der sædvanligvis ikke vil kunne ydes fribefordring i sådanne tilfælde i henhold til de almindelige bestemmelser om fribefordring i folkeforsikringslovens § 17, stk. 4 og 6, idet disse bestemmelser kun giver ret til fribefordring ved indlæggelse på det nærmeste sygehus, eventuelt på det for området bestemte centralsygehus og endvidere omfatter bestemmelserne alene sygekassemedlemmer. I de her omhandlede tilfælde af indlæggelse på et fremmed sygehus vil der normalt kun være adgang til at yde fribefordring i henhold til forskellige bestemmelser i lov om offentlig forsorg, der dog som hovedregel forudsætter, at patienterne er økonomisk trængende i forsorgslovens forstand.

Den i indenrigsministeriets cirkulærskrivelse af 10. november 1950 omtalte betalingsordning ved overførsel af patienter til et fremmed kommunalt sygehus forudsætter imidlertid, at patienterne økonomisk stilles, som om indlæggelse havde fundet sted på hjemstedets sygehus og forudsætter således, at der ikke afkræves patienterne betaling for transporten, udover hvad der er sædvanligt ved indlæggelse på hjemstedets sygehus. Det er indenrigsministeriets indtryk, at sygehusene følger denne fremgangsmåde i de af cirkulærskrivelsen om-

handlede tilfælde. Ordningen omfatter derimod ikke overførsel af patienter til statslige sygehuse eller til de for statens regning drevne neurologiske og neurokirurgiske afdelinger på Århus kommunehospital og Odense amts og bys sygehus samt til den neurokirurgiske afdeling på Bispebjerg hospital. I disse tilfælde er der alene blevet ydet befordring efter de ovenfor omtalte bestemmelser i folkeforsikringsloven og lov om offentlig forsorg. Resultatet vil derfor i mange tilfælde blive, at patienterne selv må udrede disse befordringsudgifter, medens den sædvanligvis langt billigere transport til det stedlige sygehus i de fleste tilfælde er vederlagsfri for patienterne.

På denne baggrund har indenrigsministeriet taget spørgsmålet om afholdelse af udgiften til befordring, når patienter af deres hjemsteds sygehus henvises til specialbehandling på de nævnte afdelinger og hospitaler, op til nærmere overvejelse. Efter at spørgsmålet har været forelagt for sygehusrådet, skal man med rådets tilslutning henstille, at den ovenfor beskrevne ordning vedrørende indlæggelse på fremmede kommunale sygehuse udvides til også at omfatte de her nævnte statsafdelinger og hospitaler, således at de sygehuse, som henviser patienter til disse afdelinger og hospitaler på samme måde som ved henvisning til et fremmed kommunalt sygehus, afholder de med befordringen forbundne udgifter.

Den her foreslåede ordning af betalingsspørgsmål vedrørende befordring af patienter til specialbehandling på fremmede sygehuse omfatter alene de tilfælde, hvor patienterne af deres hjemsteds sygehus er henvist til det fremmede sygehus. I særlige tilfælde, hvor forholdene taler for, at en patient er blevet indlagt direkte på en fremmed specialafdeling uden først at have passeret hjemstedets sygehus — f. eks. ved indlæggelse på neurokirurgisk afdeling efter et ulykkestilfælde — vil man dog finde det rimeligt, at hjemstedets sygehus afholder de med ambulancetransporten forbundne udgifter. Endvidere vil man finde det rimeligt, at hjemstedets sygehus afholder udgifterne ved transport af patienter, der efter at have været underkastet specialbehandling på en statsafdeling hjemsendes til fortsat efterbehandling på hjemstedets sygehus, uanset at indlæggelsen på det fremmede sygehus er sket udenom hjemstedets sygehus (dette vil navnlig forekomme ved indlæggelse på de neurokirurgiske afdelinger).

I forbindelse med den foreslåede ordning af betalingsforholdene vedrørende befordring af patienter til specialbehandling på fremmede sygehuse har indenrigsministeriet taget spørgsmålet om refusion af sygehusenes befordringsudgifter op til nærmere overvejelse. Efter hidtil

gældende praksis har de af sygehusene afholdte befordringsudgifter, som ikke har været genstand for refusion efter de almindelige bestemmelser om fribefordring ikke kunnet medregnes ved opgørelsen af kommunernes tilskudsberettigede sygehusudgifter, der danner grundlag for beregningen af tilskudet fra den fælleskommunale udligningsfond i henhold til sygehuslovens tilskudsbestemmelser.

På baggrund af den ovenfor foreslåede ordning med hensyn til befordringsudgifterne ved overførsel af patienter til specialbehandling på fremmede sygehuse har indenrigsministeriet fundet det rimeligt, at de af sygehusene afholdte befordringsudgifter i fremtiden vil kunne medtages på kommunernes opgørelser over de tilskudsberettigede sygehusudgifter i henhold til sygehusloven. Det skal udtrykkelig fremhæves, at dette alene gælder sådanne befordringsudgifter, som ikke vil kunne refunderes i henhold til de almindelige bestemmelse om fribefordring i folkeforsikringsloven og lov om offentlig forsorg.

Nyordningen får virkning ved opgørelsen af kommunernes tilskudsberettigede sygehusudgifter i regnskabsåret 1955-56, der danner grundlag for beregningen af sygehustilskudet for finansåret 1957-58, jfr. indenrigsministeriets cirkulære af 5. juli 1956 om indberetning af kommunernes udgifter til drift af sygehuse m. v. i regnskabsåret 1955-56.«

Hvilket herved meddeles til underretning.

Nr. 39/1956.

Kvinde, der er beskæftiget på øreklinik, og hvis arbejde består dels i almindeligt kontorarbejde, dels i pasning af forskellige apparater, er ikke berettiget til barseldagpenge i henhold til folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 4 og 5 og stk. 2.

I forbindelse med direktoratets meddelelse nr. 17/1955 (Sygekassetidende april 1955, side 100) om, hvilke kvindelige arbejdere, der som nydende medlemmer af en statsanerkendt sygekasse har ret til barselhvile, skal man meddele, at direktoratet for arbejdstilsynet, vedrørende spørgsmålet om, hvorvidt en kvinde, der er beskæftiget på øreklinik, og hvis arbejde består dels i kontorarbejde, dels i pasning af forskellige apparater, er berettiget til dagpenge på grund af forestående fødsel, har udtalt, at det omhandlede arbejde efter direktoratets mening falder ind under begrebet klinikarbejde, og at det derfor må henføres under lov om almindelig arbejderbeskyttelse, § 1, stk. 2 b, for hvilket område der ikke er foreskrevet regler om barselhvile, jfr. lovens § 37.

Nr. 40/1956.

Om henførelse af Hornslet kommune til en gruppe med højere indtægtsbeløb, jfr. folkeforsikringslovens § 39, stk. 2, og § 6, stk. 2.

I skrivelse af 28. juli 1956 har socialministeriet meddelt, at da der i Hornslet kommune efter folketællingen pr. 1. oktober 1955 findes en bymæssig bebyggelse, der omfatter Hornslet stationsby samt Tendrup by, med mere end 1500 indbyggere, vil der fra 1. april 1956 i denne del

af kommunen være at anvende købstadtakst, såvel med hensyn til beregning af alders- og invaliderente samt underholdsbidrag som med hensyn til betingelserne for optagelse og forbliven i statsanerkendte sygekasser som nydende medlemmer.

Udmærkelse.

Kongen har under 11. august 1956 tildelt fhv. formand for Ringkøbing sygekasse, pens. fyrbøder *Viggo Nielsen* af Ringkøbing, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Viggo Nielsen, der er født den 3. oktober 1881, indvalgtes i bestyrelsen for Ringkøbing sygekasse den 25. februar 1913, valgtes til næstformand i april 1915 og til formand 14. marts 1916, i hvilket hverv han virkede, indtil han efter eget ønske fratrådte den 1. april 1954.

Samvirkende Centralforeninger

Nr. 13/1956.

Tandpleje til børn, der ikke har adgang til skoletandpleje.

I skrivelse af 5. juli d. å. har Den danske Købstadsforening, De samvirkende sognerådsforeninger i Danmark og foreningen »Bymæssige kommuner« meddelt, at skoletandplejen i de kommuner, hvor denne har været ydet af privat praktiserende tandlæger, ikke vil kunne genoptages.

Kommunerne har herefter været nødsaget til at tage stilling til:

enten at oprette egne skoletandkliniker,

eller helt at ophæve skoletandplejen.

Så vidt os bekendt er der en hel række kommuner, som påtænker at oprette egne kliniker, hvilket også vil være det mest rationelle.

I de kommuner, hvor der imidlertid er truffet beslutning om at ophæve skoletandplejen, har sygekassen efter gældende bestemmelser i sygekassens vedtægt pligt til at yde tandpleje i henhold til overenskomst mellem samvirksomheden og Dansk Tandlægeforening, ligesom tandlægerne har pligt til at behandle børnene i henhold til overenskomsten.

Børn af nydende medlemmer af sygekasser, der yder tandpleje efter overenskomstens *takst II,* har således ret til godtgørelse for behandling foretaget efter det tidspunkt, hvor kommunen har truffe beslutning om skoletandplejens ophævelse.

Børn af nydende medlemmer af sygekasser, der yder tandpleje efter *takst I,* har ligeledes ret til at blive behandlet efter overenskomsten fra det tidspunkt, hvor kommunen har truffet beslutning om skoletandplejens ophævelse. Nærmere meddelelse om betalingsspørgsmålet sygekasser og tandlæger imellem vil fremkomme, når forhandlingerne med Dansk Tandlægeforening er afsluttede.

Meddelelse

fra

»Danske sygekassers udligningskasse for Begravelseshjælp«

Efterbetaling af begravelseshjælp for de i Folkeforsikringslovens § 20, stk 2, omhandlede nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og »Statsbanepersonalets Sygekasse«.

Med henvisning til meddelelse nr. 35/1956 fra Direktoratet for Sygekassevæsenet vedrørende den præmie, sygekasserne skal betale til Udligningskassen, samt om størrelsen af den begravelseshjælp, der skal udbetales for nydende medlemmer, der før 1. januar 1954 var sikret højere begravelseshjælp end 350 kr., meddeles:

Såfremt der efter henvendelse fra rette vedkommende af en sygekasse efterbetales forskellen mellem den begravelseshjælp, der er blevet udbetalt for *nydende* medlemmer med ret til højere begravelseshjælp end 350 kr., som er afgået ved døden 1. januar 1954 eller senere, og den begravelseshjælp, der ville være at udbetale, når hensyn tages til de »faste beløb« (d. v. s. forskellen mellem størrelsen af den sikrede begravelseshjælp før 1. januar 1954 og 350 kr.), vil det således efterbetalte beløb på anmodning derom straks blive godtgjort af Udligningskassen.

I sådanne tilfælde må der til Udligningskassen indsendes 1) *original kvittering* for det efterbetalte beløb samt 2) den *oprindelige kvittering* for den tidligere udbetalte begravelseshjælp med 3) *tilhørende dødsattest.*

Til brug ved kvittering for det efterbetalte beløb vil Udligningskassens skema med dødsattest og kvittering (form. U 2) kunne anvendes med fornøden tilrettelse.

Uddannede husmoderafløseres løn

fra 1. april 1956.

Socialministeriets cirkulære af 26. juli 1956.

Ved lov nr. 125 af 25. maj 1956 er der tilvejebragt hjemmel for udbetaling af et midlertidigt løntillæg til statens tjenestemænd m. v. i perioden 1. april 1956—31. marts 1958. Herefter udgør fra 1. april 1956 at regne de grænser for den samlede refusionsberettigende løn til uddannede husmoderafløsere og dermed ligestillede, der til vejledning er angivet i arbejds- og socialministeriets cirkulære nr. 119 af 12. juni 1952 om husmoderafløsning, for husmoderafløsere i København, Frederiksberg og Gentofte følgende beløb:

	Årsløn Kr.	Timeløn Kr.
Forsørgere i tjenestemandslovens forstand	10.908,00	4,37
Ikke-forsørgere over 30 år	9.828,12	3,94
Ikke-forsørgere mellem 25 og 30 år	9.036,12	3,62
Ikke-forsørgere under 25 år	8.508,12	3,41

I de øvrige dele af landet formindskes de nævnte lønningsgrænser på grund af forskellen i stedtillæg med følgende beløb, som svarer til de i socialministeriets cirkulære af 21. marts 1956 anførte:

Stedtillægssats	Årsløn Kr.	Timeløn Kr.
b	144	0,06
c	282	0,11
d	384	0,15
e	540	0,22
intet stedtillæg	648	0,26

For husmoderafløsere, der ikke har gennemgået den i cirkulære af 12. juni

1952 omhandlede uddannelse, kan — som ligeledes anført i ministeriets cirkulære af 21. marts 1956 — til refusion fremdeles kun anmeldes en lønning af samme størrelse som den løn, der normalt ydes på den pågældende egn for tilsvarende husligt arbejde.

Nærværende cirkulære træder herefter i det hele i stedet for cirkulæret af 21. marts 1956, således at der også vil kunne ydes refusion i forhold til de efterreguleringsbeløb, der fra 1. april 1956 at regne måtte blive udbetalt i overensstemmelse med de ovennævnte satser.

Centralforeningernes årsmøder.

På repræsentantskabsmødet i *Centralforeningen for Randers amt,* der i år afholdtes i Hobro, meddelte formanden, at kun 34 af centralforeningens 93 sygekasser yder egentlig tandpleje. Han henstillede til bestyrelserne i de kasser, der endnu ikke har tandpleje, at man tog spørgsmålet op på generalforsamlingerne i foråret 1957. Gennemsnitlig pr. medlem vil udgiften ikke blive afskrækkende. I de 10 kasser inden for centralforeningen, der har de højeste gennemsnitlige udgifter pr. medlem til tandpleje, udgør denne ca. 7,70 kr. Dansk Blindesamfund havde i det forløbne år ønsket sit rekreationshjem i Hobro godkendt til brug for sygekassemedlemmer. Centralforeningen havde ikke kunnet anbefale godkendelse, da hjemmet kun skulle være åbent for sygekassemedlemmer i vinterhalvåret, og da kunne behovet dækkes på de allerede godkendte helårshjem.

★

Repræsentantskabsmødet i *Centralforeningen i Ribe amt,* der afholdtes i Vejen, indledtes med, at formanden overrakte centralforeningens diplom til 5 tillidsmænd, der alle i mere end 25 år havde udført et godt arbejde for sygekasserne. I det forløbne år havde centralforeningen knyttet en pharmaceut til sig for revision af sygekassernes medicinregninger. Et forslag om opdeling af centralforeningen i kredse blev efter en større diskussion trukket tilbage. Formanden genvalgtes med akklamation.

★

Repræsentantskabsmødet i *Ringkøbing amts centralforening* afholdtes i år i Struer. Der havde kun været ringe fremgang i medlemstallet i landkasserne som følge af, at de unge forlader landbruget på grund af den stærke mekanisering af dette. Centralforeningen forhandler for tiden med optikerne i amtet om en ny overenskomst. Man havde endnu ikke nået noget resultat i planerne om oprettelse af et rekonvalescenthjem. Under omtale af de stærkt stigende udgifter til medicin oplyste formanden, at man overvejer at ansætte en medicinalrevisor ved centralforeningen. Sygekasser med kasseregnskab ville formentlig i det kommende år blive stillet over for et nyt indberetningsskema, hvorefter der kunne opstilles driftsregnskab. Formanden lovede, at man til den tid ville afholde kurser for kassererne, så de uden at få for mange grå hår kunne arbejde med skemaet.

★

Repræsentantskabet for *Thisted amts centralforening* vedtog på sit årsmøde i Nykøbing Mors at tilslutte centralforeningen til den mellem Dermato-Venerologernes Provinsorganisation (hudlægerne) og forskellige centralforeninger indgåede overenskomst. Formanden genvalgtes.

★

Centralforeningen i Viborg amt afholdt i år sit møde i Viborg. I sin beretning meldte formanden om stigende udgifter på så godt som alle poster.

Under omtale af medicinudgifterne, der i centralforeningens kasser gennemsnitlig pr. medlem svinger fra 4,36 kr. til 16,20 kr., oplystes, at centralforeningen har knyttet en pharmaceut til sig til at revidere sygekassernes recepter. Formanden anbefalede varmt sygekasserne at abonnere på Helse til uddeling blandt medlemmerne. Centralforeningen vil være kasserne behjælpelige med at få den bedst mulige forsendelsesordning frem.

★

Centralforeningen af sygekasser i Hjørring amt holdt generalforsamling lørdag den 11. august. I formandens forfald aflagde bogtrykker Bjørn beretningen. Centralforeningen overvejer at genindføre medicinrevisionen, ligesom man overvejer en henvendelse fra nervelægerne om afslutning af overenskomst. En sygekassetillidsmand kritiserede formanden for De samv. Fagforbund for en udtalelse om, at det ville blive for dyrt at lade sygekasserne administrere sygelønsordningen.

Generalforsamlingen vedtog, at de enkelte sygekasser selv skulle bekoste første anskaffelsen af kontrolkort, medens centralforeningen skulle levere de fremtidige suppleringer. Forslaget var fremsat af Hellum sygekasse.

Derimod forkastede generalforsamlingen et forslag om ophævelse af genforsikringen for udgifter til sindssyge m. fl.

FORMANDSSKIFTE I SØNDERJYLLAND.



A. Frisk

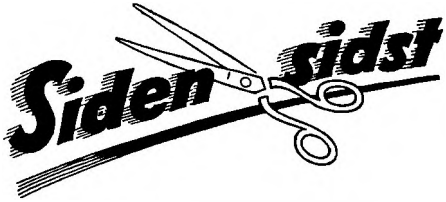


Viggo Hansen

Ved generalforsamlingen i Centralforeningen af sygekasser i Sønderjylland sidst i juli måned meddelte A. Frisk, at han på grund af alder ønskede at nedlægge sit hverv som formand for centralforeningen.

A. Frisk blev valgt til formand for centralforeningen på en ekstraordinær generalforsamling i oktober 1926, efter at centralforeningens første formand, lærer A. Simonsen, var afgået ved døden. I næsten 30 år har Frisk varetaget de sønderjydske sygekassers tarv. I 1927 blev Frisk medlem af Sygekassenævnet og i 1936 medlem af De danske sygekassers forretningsudvalg, hvilke to sidste hverv han fortsat bestrider.

Til ny formand valgte generalforsamlingen forretningsfører Viggo Hansen, Haderslev, der har været medlem af centralforeningens bestyrelse siden dennes stiftelse i 1921. Viggo Hansen er en velkendt skikkelse inden for sygekassebevægelsen, hvorfor en nærmere præsentation er overflødig.



Skoletandkliniker. På Møn har man ventileret tanken om oprettelse af en skoletandklinik. Borgmesteren i Stege rejste forleden spørgsmålet i et byrådsmøde. Han mente ikke, at en sådan klinik ville blive stort dyrere end den hidtidige skoletandplejeordning.

I Højer byråds møde blev spørgsmålet om oprettelse af klinik også rejst. Her vedtog man at rette henvendelse til Tønder Købstad om muligheden for at oprette en fælles tandklinik for Tønder oplands kommuner.

Broager sogneråd har vedtaget at undersøge mulighederne for oprettelsen af en skoletandklinik.

I Frederiksborg amtsråds møde fik Tikøb kommune tilladelse til at ansætte en cheftandlæge og en børnetandlæge.

★

Sygehuset i Aakirkeby er nu i henhold til en aftale mellem amtsrådet og lægeforeningen takseret til at modtage 600 indlæggelser om året. Et medlem af Aaker sogneråd mente, at 10—12 senge herefter ville komme til at stå tomme. Den mulighed kunne også tænkes, at patienterne kommer til at ligge lidt længere på sygehuset. Sygekasserne vil kunne erfare dette af de regninger, som de modtager i fremtiden.

Sygekassefunktionærernes fagforening i København fejrede den 26. august sit 50 års jubilæum ved en fest i Folkets Hus, Enghavevej.

★

Som forretningsfører ved sygekassen »Horsens« er efter forretningsfører Henning Christensen fra 1. oktober udnævnt sygekassens tidligere kasserer, Knud Lyngholm. Som ny kasserer er udnævnt overassistent L. Chr. Jensen. Begge har været ansat i sygekassen siden 1938.

★

Sygekassen af 1. maj 1890 i Horsens har skiftet forretningsfører. På grund af alder og svigtende helbred har forretningsfører H. C. Rasmussen overtaget kassererposten, og den tidligere kasserer Viggo Jensen er udnævnt til forretningsfører.

★

I dagene fra den 18. til 21. august afholdt sektionen af gensidige sygeforsikringsforeninger tilsluttet den internationale foreningen for social sikkerhed generalforsamling i Århus. Generalforsamlingen, der blev holdt på rådhuset, havde samlet 60 deltagere.

På mødet drøftede man bl. a. spørgsmålet om gensidige sygeforeninger i underudviklede lande og sygeforeningernes betydning for folkesundheden.

★

Lørdag den 25. august havde sygekassernes landsorganisation besøg af 25 italienske socialfolk, som blev orienteret om de danske sygekassers arbejde. Besøget var arrangeret af Det danske Selskab.

Mærkedage

80 år.

Den 29. september kan købmand Ole Joensen, Klaksvig, fejre sin 80 års fødselsdag.

Ole Joensen har nu for år tilbage nedlagt sine tillidshverv inden for den



færøske sygekassebevægelse, men han følger dog stadig med i, hvad der sker inden for sygekasserne. Ikke mærkeligt, eftersom han allerede i 1906 var med til at stifte den første statsanerkendte sygekasse på Færøerne, nemlig sygekassen i Klaksvig. Han gjorde dernæst et stort arbejde for sygekassebevægelsen på Norderøerne, den nordligste øgruppe på Færøerne. Indtil 1927 var han formand for Klaksvig sygekasse. Fra 1912 til 1947 var han næstformand i Centralforeningen af sygekasser på Færøerne og fra 1947 til 1951 dennes formand.

Han har desuden flittigt deltaget i det offentlige liv. Han har været medlem af kommunalbestyrelsen i Klaksvig, i perioder formand for denne. Han har ligeledes været medlem af lagtinget.

Siden 1904 har han deltaget i styrelsen af Klaksvig sygehus og var indtil for ganske nylig sygehusinspektør.

---

75 års jubilæum.

Rørvig sygekasse i Holbæk amt kunne den 1. august fejre 75 års jubilæum. Dette fejres ved en fest i sognegården den 3. september. Sygekassens nuværende formand er vandværksbestyrer Laur. Petersen. Kassererposten varetages af chauffør Hans Pedersen.

Stilling søges.

Efter endt aftjening af værnepligt søger sygekasseuddannet kontorassistent stilling i København eller omegn (hjemsendes ca. 23. oktober d. å.).

Gode anbefalinger haves.

Korporal Poul J. Paulsen
c/o Regnskabsførerens kontor,
Almegårds kaserne,
Rønne.

Erindringsliste

1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden*. Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

Fejl i bladets forsendelse rettes ved direkte henvendelse til det stedlige postkontor.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . oktober 1956 . nr.* **10**

Lad os blive fri

for at skrive de syge- og raskmeldinger

sagde prof. Mogens Fog på lægernes årsmøde i sidste måned i Sønderborg. Udtalelsen blev hilst med mødets længste klapsalve, hvilket må tages som udtryk for, at lægerne stiller sig bag disse ord. I sandhedens interesse må det tilføjes, at der i denne forbindelse vel var tale om attester for kortere sygeperioder.

I den del af mødet, hvor man beskæftigede sig med syge- og raskmeldinger, deltog repræsentanter for Arbejdsgiverforeningen, De samvirkende Fagforbund, De samvirkende centralforeninger af sygekasser, sygelønsudvalget samt naturligvis pressen. Når lægeforeningen havde taget dette emne op til debat i år, skyldtes dette sikkert den snarlige gennemførelse af mæglingsforslagets sygepengeordning.

Oplæggene til debatten og selve debatten forløb fint. Man nåede virkeligt at få belyst dette vigtige spørgsmål og få talt ud om tingene. Alle bør være lægeforeningens hovedbestyrelse tak skyldig for denne debat.

Hovedbestyrelsens repræsentant blandt indlederne, overlæge Hans Bjerre, Fåborg, lagde for, ærligt og ligefremt. Han slog bl. a. fast, at optimister opfatter arbejdslyst og arbejdsiver som en del af menneskelig sundhed, medens 1. mosebog omtaler arbejdet som en forbandelse. Sandheden ligger vel nok et sted midt imellem, men den nyere tids forsikringsvæsen holder sig til den gammeltestamentlige opfattelse og kræver bevis, inden erstatning udbetales til arbejdsudygtige. Hermed kom lægeattesten ind i billedet og har altså som så meget andet ondt sin rod i syndefaldet. Det var også overlæge Bjerre, der sagde, at en sygemelding til en patient med et brækket ben er let nok at udstede. Når bruddet er helet, er det derimod betydeligt sværere at sige noget om, hvornår kræfterne er tilstrækkelige til, at vedkommende kan begynde at arbejde igen. Her er spørgsmålet vist i en nøddeskal. Lægerne er ikke så forfærdeligt godt udrustet, når talen er om syge- og raskmeldinger. De må i mange tilfælde støtte sig til udtalelser fra den sygemeldte. Er den sygemeldte interesseret i en sygemelding eller interesseret i at udstrække tidspunktet for raskmelding, så er det forholdsvis let at føre lægen bag lyset. Overlæge Bjerre sagde da også, at det mange gange var bedre at spørge nabokonen, for hun var ofte bedre i stand til at udtale sig. Det er iøvrigt den fremgangsmåde, som sygekasserne på landet bruger, når de har kredsforstandere, men det kunne dr. Bjerre ikke vide.

Formanden for Københavns Lægeforening, dr. Palm Præst, ramte også i centrum med flere af sine udtalelser. Det er jo rigtigt, at arbejdsgiveren — og sygekasserne for så vidt også — i forvejen gennem oplysninger fra de sygemeldtes pårørende har de oplysninger, som er nødvendige. At der i enkelte tilfælde er dyb uoverensstemmelse mellem arbejdsgiverens opfattelse af tilfældet og lægens attester, er vel rigtigt, men de 99 pct. af sygemeldingerne giver ikke anledning til mistillid.

På mødet var man iøvrigt enige om, at attester for de banale sygdomstilfælde ikke var nødvendige. Alle mindre sygdomstilfælde (Influenza o. l.) krævede ikke lægeattester. I sådanne tilfælde måtte lønnen eller eventuelle dagpenge udbetales på grundlag af tro og love erklæringer. De fleste arbejdsgivere kræver da heller ikke sygemeldinger før fra 4. sygedag. De svenske sygekasser udbetaler dagpenge for de første 6 dage blot på grundlag af en telefonopringning fra den forsikrede eller de pårørende. Lad være, at det koster et par sygedage hist og her. Til gengæld sparer man lægen.

Man var også på mødet inde på, at man i større udstrækning skulle ind på at udskrive de sygemeldte til delvis arbejde, f. eks. til arbejde i en halv dag. Tanken er god. Der bør i nogle tilfælde være en overgang mellem rekreationen og fuld arbejdsindsats. Det vil være lettere for lægen at sende den sygemeldte ud for at prøve kræfterne i en halv dag end at sende vedkommende ud til en fuld arbejdsdag. Overgangen mellem en halv arbejdsdag og en hel arbejdsdag vil i praksis sikkert ikke blive lang, da det formentlig i langt de fleste tilfælde vil vise sig, at den sygemeldte med den effektive sikring var beskeden i sin bedømmelse af arbejdsevnerne. Når sygekasserne engang får lov til at udbetale effektive dagpenge, vil det være værdifuldt at indføre begrebet delvis arbejdsudygtighed, d. v. s. f. eks. halv dagpengehjælp.

Fra arbejdsgiverside blev der ført et ret kraftigt angreb på lægeerklæringerne. Naturligvis er der tilfælde, hvor man må tage sig til hovedet, men de er få. Ved lejlighed bør man sikkert se lidt på funktionærlovens bestemmelser om løn under sygdom. Erfaringen synes at vise, at en måske lidt for flink læge og disse bestemmelser er skadelige for et godt helbred. Efter at lægerne åbent har erkendt, at de ikke er i stand til at skyde igennem, bør man sikkert supplere funktionærloven med et par bestemmelser, der tager sigte på de medborgere, hvis opfattelse af arbejdet stemmer med 1. mosebog.

Iøvrigt vil det vise sig gavnligt ved en effektiv sikring i sygdomstilfælde at gennemføre et tillidslægesystem. Ikke sådant, at enhver sygemelding skal gå igennem tillidslægens hænder, men sådant, at der i visse tilfælde, hvor en sygemelding går ud over det normale, kan henvises til en tillidslæge.

Boligforhold og børnesygelighed.

Af fuldmægtig, cand. polit. Børge Hansen.

Enhver sygekassemand vil fra sit arbejde vide, at der er et nøje sammenhæng mellem boligforholdene og sygeligheden. Dr. Vagn Christensen har i sin doktordisputats undersøgt spørgsmålet nærmere med henblik på børnesygeligheden i to forskellige kvarterer i København. I nedenstående artikel gives en omtale af det vigtige spørgsmål.

København er en dejlig by! Gå f. eks. en tur fra hovedbanegården, ad den brede flotte Vesterbrogade til Rådhuspladsen, videre ad den strålende H. C. Andersens Boulevard, gennem Ørstedsparken, forbi Nørreport S-station ind i Botanisk have, over Sølvgade ind i Østre anlæg til Østerport S-station og en svip ud til Langelinie. En spadseretur tværs gennem byen — gennem anlæg og smukke gader. Sådan ser turisterne, de udenlandske og de indenlandske, ofte byen og falder i beundring for den. Hovedparten af københavnerne kender byen på samme måde — bortset fra deres eget kvarter. Læger og sygeplejersker og politibetjente og andre, der har ærinder i sidegaderne, kender imidlertid et andet København — et København bestående af trange sidegader med baggårde og smøger, med usle trappegange og korridorlejligheder, hvor sygdommene lurer.

Læge Vagn Christensen har undersøgt sygeligheden blandt børnene i sådanne dårlige boligområder og sammenholdt den med sygeligheden i et bedre kvarter i Københavns yderkant. Resultatet er offentliggjort i hans doktordisputats, der blev forsvaret her i forsommeren og meget omtalt. Formålet har været at undersøge, om der er sammenhæng mellem dårlige boligforhold og øget sygelighed og i bekræftende fald, hvilke sygdomme det især drejer sig om. Desuden har han søgt at belyse, hvilke forhold ved boligen der især har sundhedsmæssig betydning.

Det dårlige boligområde omfatter bebyggelser på Christianshavn, betydelige områder i den indre by (navnlig mellem Kongens Nytorv og Nørre Voldgade) samt enkelte karréer på Vesterbro og Nørrebro. Området har allerede været undersøgt af arkitekterne i Københavns Boligkommission og er blevet kvalitetsbedømt af dem med henblik på en eventuel sanering. Ved denne undersøgelse er ejendommene blevet opdelt i 4 kategorier, nemlig

kvalitetsgrad I, der omfatter saneringsmodne ejendomme,

kvalitetsgrad II, der omfatter ejendomme, som anses for saneringsmodne indenfor en tidsfrist, i reglen 12—25 år,

kvalitetsgrad III, hvor manglerne ved ejendommen er afhjælpelige, og

kvalitetsgrad IV, der omfatter ejendomme, som er tilfredsstillende efter gældende lovgivning og praksis.

Området omfatter ialt ca. 10.000 lejligheder, heraf godt 1/3 i kvalitetsgrad I og II (de saneringsmodne).

Det gode boligområde er fra den nordlige del af det yderste København — Emdrupkvarteret — med blandet høj og lav bebyggelse og karakteriseret som et moderne, hygiejnisk tilfredsstillende område. Dette område omfatter ialt ca. 5.000 lejligheder.

I det første område (kaldet boligkommissionens område) fandtes 2.844 børn under 7 år. I Emdrup-området 2.236 børn. Undersøgelsen omfatter en femårsperiode 1948—1952.

Efter størrelse fordelte lejlighederne sig i de 2 områder procentvis, som det fremgår af nedenstående oversigt, hvor der til sammenligning er anført fordelingen for hele København.

Lejlighedernes procentvise fordeling efter størrelse.

	1 vær.	2 vær.	3 vær.	4 vær. og derover
Boligkomm. ialt	15,0 pct.	50,0 pct.	20,0 pct.	14,0 pct.
Emdrup	7,0 »	47,0 »	22,0 »	24,0 »
København	9,8 »	46,7 »	23,6 »	19,9 »

Der er forholdsvis mange 1 og 2 værelsers lejligheder i boligkommissionens område, medens Emdrup i denne henseende ret nøje svarer til hele København.

Børnenes procentvise fordeling efter lejlighedsstørrelse er anført i efterfølgende oversigt.

Børnene procentvis fordelt efter lejlighedsstørrelse. (For de undersøgte områder gælder tallene børn under 7 år, for København børn under 15 år).

	1 vær.	2 vær.	3 vær.	4 vær. og derover
Boligkomm. ialt	5 pct.	65 pct.	20 pct.	10 pct.
Emdrup	1 »	51 »	20 »	27 »
København	2 »	46 »	27 »	25 »

I boligkommissionens område bor dobbelt så mange børn i 1 værelses lejligheder og 50 pct. flere i 2 værelsers lejligheder end i hele København. Ca. $^3/_4$ af børnene i dette område bor i 1 og 2 værelsers lejligheder mod knap halvdelen i hele København.

Sygeligheden er derefter undersøgt gennem hospitalsindlæggelserne fra de to områder, idet indlæggelser på kirurgiske afdelinger af praktiske grunde ikke er medtaget. I undersøgelsen indgår iøvrigt materiale fra følgende afdelinger: Børnehospitalet på Martinsvej, Børnehospitalet på Fuglebakken, Dr. Louises Børnehospital, børneafdelingerne på Sundby hospital, Sct. Josefs hospital og Nørre hospital, øreafdelinger på Kommunehospitalet og Sundby hospital, Blegdamshospitalet, Rudolph Berghs hospital og Finsensinstituttet. Materialet omfatter ialt 2.982 indlæggelser, heraf 2.169 fra boligkommissionens område og 813 fra Emdrup. På børneafdelingerne, Blegdamshospitalet og øreafdelingerne har der været 2,5—3 gange så stor indlæggelse fra boligkommissionens område som fra Emdrup, og på Rudolph Berghs hospital og Nørre hospitals børneafdeling 7—8 gange så stor indlæggelse. Pr. 1.000 børn er der i hele undersøgelses-

perioden indlagt 763 fra boligkommissionens område mod 364 fra Emdrup eller godt dobbelt så mange fra det dårlige boligområde som fra det gode. I børnenes 1. leveår er indlæggelsen iøvrigt 2,2 gange så stor i boligkommissionens område, i 2. leveår 2,5 gange så stor. Herefter aftager mer-indlæggelsen, således at den i alderen 4—7 år er ca. 1,6 gange indlæggelsen i Emdrup.

Forfatteren vender sig derefter mod en undersøgelse af hyppigheden af forskellige sygdomme blandt børnene fra de to boligområder. Resultatet er anført i nedenstående oversigt, hvor sygdommene er samlet i hovedgrupper. I oversigten er medregnet alle diagnoser, der har været ført på journalen, og der er ikke skelnet mellem hoved- og bidiagnoser.

Hyppigheden af forskellige diagnoser i absolutte tal og pr. 1.000 børn samt forholdet mellem hyppigheden pr. 1.000 børn i boligkommissionens område og i Emdrup.

	boligkomm.		Emdrup		ialt	BK/E
	abs.	pr. 1000	abs.	pr. 1000		
1. Respirationsvejssygdomme	1970	692	701	312	2671	2,2
2. Andre infektionssygdomme	66	23	35	16	101	1,4
3. Børnesygdome	341	120	109	49	450	2,5
4. Hudsygdomme	242	85	35	16	277	5,0
5. Mave - tarmsygdomme	377	132	100	45	477	3,0
6. Nyfødtes sygdomme	176	62	63	28	239	2,2
7. Nervesygdomme og nervøse sygdomme	402	141	260	116	662	1,2
8. Forskellige andre sygdomme	542	191	133	60	675	3,1

Det samlede antal indlæggelser var som tidligere nævnt 2.982, og heraf udgør respirationsvejssygdommene 2.671 eller langt den største gruppe. Indlæggelserne pr. 1.000 børn er 2,2 gange så stor i boligkommissionens område som i Emdrup.

Forfatteren drøfter i denne forbindelse spørgsmålet om, hvorvidt der er samme tendens til at indlægge børn i de to områder. Man kunne synes, at der måtte være større tilbøjelighed hos lægen og forældrene til at lade børnene indlægge, når boligforholdene var dårlige, end hvis de var ideelle. Men konsekvensen heraf måtte være, at de indlagte børns tilfælde var lettere fra de dårlige boliger end fra de gode, og dette strider afgjort mod erfaringen. Forholdet er snarere omvendt.

Tuberkulose, der forefindes i denne gruppe, forekommer med ensartet hyppighed i de to områder. Dette resultat adskiller sig fra tidligere undersøgelser, men kan måske skyldes calmettevaccination.

I redegørelsen findes iøvrigt en langt mere specificeret opgørelse vedrørende de enkelte sygdomme, end det er muligt at bringe i denne korte omtale. Af denne specificerede opgørelse fremgår det, at de enkelte sygdomme indenfor grupperne optræder med forskellig hyppighed. I grup-

pen hudsygdomme, hvor der er den største forskel mellem de to områder — med 5 gange så mange indlæggelser fra boligkommissionens område som fra Emdrup — optræder børnesår med 9 gange så mange, medens forbrændinger er nede på 3 gange så stor hyppighed. Det er bemærkelsesværdigt, at forbrændinger, der vel skyldes ulykkestilfælde i hjemmene, også optræder med betydelig større hyppighed i de dårlige boliger.

I den sidste gruppe »forskellige andre sygdomme« findes diagnosen »miseries«, der forekommer 17 gange så hyppig i boligkommissionens område som i Emdrup og dermed sidder inde med rekorden. Diagnosen »miseries« udtrykker formentlig efter forfatteren »en klinisk vurdering af en bestemt form for dårlig sjælelig og legemlig almentilstand, der erfaringsmæssigt optræder hos mennesker, der lever under dårlige ydre forhold.« »Denne kliniske vurdering af barnet udtrykker formentlig summen af virkningerne på barnet af de mange ugunstige milieuforhold, der findes samlet, når man udvælger et dårligt boligområde, medens boligens andel heri næppe lader sig vurdere«.

Ved en nærmere undersøgelse af de indlagte børns aldre viser det sig, at forskellen i indlæggelse især gør sig gældende i de første 2—3 leveår, men den er til stede i alle de undersøgte aldersklasser.

Til nærmere belysning af spørgsmålet om der kunne være forskel i tendensen til at indlægge børn fra de to områder, eller om hospitalsmaterialet kunne tages som udtryk for sygeligheden i det milieu, hvorfra indlæggelsen er sket, har forfatteren foretaget undersøgelse af dødsattester og ved husbesøg af den sygelighed, der behandles i hjemmene. Og det har vist sig, at de tre undersøgelsesmetoder, 1) hospitalsindlægelsen, 2) dødeligheden på basis af dødsattester og 3) husbesøg, stort set har vist ret ensartede forskelle på sygeligheden i de to områder, idet der dog synes at være en tydelig tendens til, at der i det dårlige boligområde er forholdsvis mere sygelighed, der behandles i hjemmet, end i det gode boligområde.

I bogens to sidste afsnit redegøres nærmere for en undersøgelse af betydningen af forskellige egenskaber ved boligen og andre milieuforholds betydning for hospitalsindlæggelsen. Det fremgår af denne undersøgelse, at der i begge områder er en tydelig sammenhæng mellem lejlighedsstørrelse og hospitalsindlæggelse med 2—3 gange så stor indlæggelse fra 1 værelses lejligheder som fra 4 værelsers. Den tidligere fundne forskel på de to områder — ca. dobbelt så stor indlægelse fra boligkommissionens område som fra Emdrup — holder sig ret konstant i de forskellige lejlighedsstørrelser, men en nærmere undersøgelse af børnenes aldre ved indlæggelsen viser større indlægelse i de første 3 leveår for børn fra 1, 2 og 3 værelsers lejligheder i boligkommissionens område end for børn fra samme lejlighedsstørrelser i Emdrup.

Lejlighedsstørrelsen synes iøvrigt at være af større betydning for ind-

læggelsen af børn end ejendommens kvalitet. Først når et vist minimumsbehov af plads er tilfredsstillet, begynder husets kvalitet at gøre sig gældende, men så er den også tydelig. Også kvarterets udformning og lejlighedens beboelsestæthed synes at have betydning for sygeligheden. I sundhedsmæssig henseende, finder forfatteren således, at 1 og 2 værelsers lejligheder må betegnes som overbefolkede, så snart der er børn i dem. Skarpere kan det vel næppe siges. I almindelighed regner man en lejlighed for overbefolket, når der er mere end 2 beboere pr. værelse, men det synes ud fra det her foreliggende materiale, som om grænsen for den sundhedsskadelige overbefolkning må sættes lavere end 2 beboere pr. værelse, og lavere jo mindre lejligheden er.

Forhold som forsørgerens familiære stilling, forsørgerens sociale stilling, indtægt, moderens udearbejde, antallet af børn i institutioner o. a. er forhold, der også har betydning for hospitalsindlæggelsen, men det er forhold, der vanskeligt lader sig undersøge tilstrækkeligt nøjagtigt. Læge Vagn Christensen har genemgået hospitalsmaterialet for at få indtryk af de nævnte milieuforholds betydning for hospitalsindlæggelsen og fundet frem til, at der er en betydelig tendens til, at der er større indlæggelse af børn af enlige mødre fra det dårlige boligområde, især fra de mindste lejligheder og de dårligste kvalitetsgrader. Derimod synes boligforholdene at spille en mere direkte rolle for hospitalsindlæggelsen end den sociale stilling. Det synes heller ikke sandsynligt, at moderens udearbejde spiller nogen særlig rolle, men forholdet er det, at ca. 50 pct. af de enlige mødre har fuldt udearbejde mod kun 5—10 pct. af de mødre, der lever i ægteskab. Også de enlige mødres børn, der kommer i institution (vuggestue og børnehave), spiller en dominerende rolle i hospitalsmaterialet. Alt i alt kommer forfatteren til det resultat, at med hensyn til de milieuforhold, som har kunnet undersøges, synes boligforholdene og forsørgerens familiære stilling at spille den mest direkte rolle for hospitalsindlæggelsen.

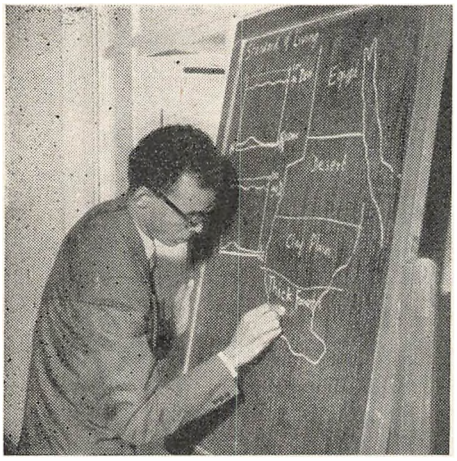
Det er et overordentligt omfattende materiale, der fremlægges i denne afhandling og et meget specificeret materiale, som fortjener et grundigt studium af alle, der beskæftiger sig med befolkningens sygelighed og boligforhold. Der findes i dette materiale vejledning for de byggende og myndighederne, men også en alvorlig anklage mod dem, der er ansvarlige for disse tilstande — og for at manglerne ikke afhjælpes.

Heldigvis er der stor forskel på det boligbyggeri, der på spekulationsbasis gennemførtes i sidste halvdel af forrige århundrede, og det, der er fuldført i de sidste 20—30 år, men endnu bor halvdelen af Københavns børn i 1 og 2 værelsers lejligheder.

Det er knap så dejlig en by!

(Vagn Christensen: Boligforhold og børnesygelighed. 212 sider. Ejnar Munksgaards forlag. 16,50 kr.).

Internationalt Sygeforsikringskursus i Danmark.



Den sorte tavle blev flittigt brugt.

Som tidligere kort omtalt i Sygekassetidende blev der her i landet i august måned afholdt et kursus i sygeforsikring for 26 deltagere fra 11 såkaldt underudviklede lande i Afrika og det nære og mellemste Østen. Arrangementet var blevet til på initiativ af Den Internationale Arbejdsorganisation (ILO), der i kursusledelsen repræsenteredes ved chefen for afdelingen for social sikkerhed, *Leo Wildmann*. Kurset blev ledet af direktør *Alice Bruun* og forretningsfører *P. Friis Olsen*. Som sekretær virkede *Kirsten Wiinblad*.

Optakten til kurset.

Allerede nogle timer inden den officielle åbning samledes deltagerne i ulykkesforsikringsdirektoratets mødesal i København for at høre det første foredrag, i hvilket direktøren som leder af kurset gjorde rede for arrangementets baggrund.

Kurset var kommet i stand, fordi der næsten overalt i de industrielt tilbagestående lande er et stort behov for social tryghed, uden at der er økonomisk mulighed for indførelse af en omfattende sikring financieret af staten. ILO har derfor anbefalet, at man på kooperativ basis søger gennemført planer til en gradvis udvikling af hjælp til syge og gamle. På samme linje arbejder i øvrigt Den Internationale Sociale Trygheds Organisation, der for nylig har udsendt en pjece Social Protection through Mutual Aid.

I Danmark kan man studere et system, der principielt er frivilligt, men den store vanskelighed ved at efterligne denne ordning er, at de pågældende lande da i løbet af få år skal gennemløbe en udvikling, der i Europa har taget hundreder af år.

Om eftermiddagen afholdtes en åbningsceremoni i fællessalen på Christiansborg, hvor stats- og udenrigsminister H. C. Hansen på den danske regerings vegne bød velkommen til deltagerne i de tre forskellige internationale kurser, der afholdtes sideløbende, og understregede Danmarks interesse for det mellemfolkelige samarbejde.

Kursusprogrammet.

Og så var man klar til at tage fat på arbejdet. Trods titlen på kurset var programmet ikke begrænset til sygekasser og fortsættelseskasser, også mange andre former for social sikring var taget med. Arrangørerne havde lagt vægt på at belyse sammenspillet mellem hjælpen fra stat og kommune og ydelserne gennem den offentlige sygeforsikring, ligesom forskellige private institutioner kom med ind i sammenhængen.

Gennem foredrag og institutionsbesøg blev givet en omhyggelig oversigt over social tryghed her i landet, og af de påfølgende diskussioner fik man et tydeligt indtryk af deltagernes interesse for arbejdet og samtidig et indblik i de mange og forskelligartede vanskeligheder, de repræsenterede lande havde at overvinde.

Særlige forhold i deltagernes lande.

En af de delegerede fra Sudan efterlyste en måde til at gøre befolkningen klar over, at den i det hele taget havde et behov for sikring i sygdomstilfælde, medens en deltager fra Indien gjorde opmærksom på, at i store områder af hans land var der naturaløkonomi, så det ville være næsten umuligt at opkræve kontingent i penge, hvis man oprettede en sygekasse.

Ellers er de største forhindringer, som man kunne vente, 1) de dårlige samfærdselsforhold, 2) at befolkningen lever meget spredt, og 3) manglen på hospitaler og læger.

I deltagernes indlæg om deres egne lande og i de afsluttende rapporter gik det forståeligt nok ofte igen, at Danmark bestandig havde haft særlig fordelagtige betingelser både geografisk og økonomisk for oprettelsen og udviklingen af sygeforsikring. Særligt understregede man, at vort land ikke havde været underkastet fremmedherredømme, ligesom det havde været skånet for krige.

Man undrede sig over, at vore kassers pengesager blev administreret ærligt, når der ikke var mere kontrol, men man enedes om, at forklaringen sikkert måtte være den gode skoleuddannelse, der var tilgæn-



Fra mødesalen.

gelig for alle. I denne forbindelse må også omtales de vanskeligheder, der er i disse lande ved at finde et personale med tilstrækkelig uddannelse til at arbejde effektivt. Man vil også komme ud for, når man har fundet ellers anvendelige folk, at de uden hensyn til trufne aftaler forlader arbejdet uden varsel, måske for at tage tilbage til deres hjemegn.

Under et af besøgene i de københavnske sygekasser rejstes spørgsmålet om, hvor stort et personale kassen beskæftigede, og derefter skulle forespørgeren have at vide, hvor mange bude vi regnede med til 30 kontorfolk, for man kunne da vel ikke byde en kontorist selv at skulle bringe en sag fra det ene lokale til det andet.

Det er bemærkelsesværdigt, hvor omhyggeligt regeringerne i de forskellige lande har søgt at gøre tjenestemandsstillingerne tiltrækkende. Næsten alle har sundhedsordninger, der yder gratis undersøgelse og behandling, ofte på særlige klinikker eller hos særlige læger, og i de tilfælde, hvor hjælpen ydes af gensidige hjælpeforeninger, betaler statskassen den største del af udgifterne. Man finder lande, hvor staten har stiftet kooperative foretagender for sine funktionærer for at hjælpe dem til billigere forbrugsvarer, og har stiftet selskabelige klubber for at sørge for underholdning.

Så vidt man kunne skønne, er imidlertid mange af disse nationer, der først for nylig er blevet uafhængige, ikke nået meget videre end til embedsmandsklassen i deres bestræbelser på at indføre helbreds- og tryghedsordninger. Det var i alt fald påfaldende, hvor ofte der i diskussionerne blev sagt: »Vi har i regeringsbyen . . .«. En sjælden gang kunne man også få den opfattelse, at en deltager, for ikke at stå tilbage, måske lidt for kraftigt understregede virkningen af de i hans land indførte forsøgsordninger.

Gennemførelsen af social sikring i de tilbagestående lande.

Der var enighed om, at det af flere grunde skulle være muligt at indføre sociale foranstaltninger til fordel for byernes arbejdere eller at udvide allerede bestående sikringssystemer for dem. Man mener at kunne regne med et vist bidrag fra arbejdsgiverne, der jo har en naturlig interesse i en sund og fuldt arbejdsdygtig arbejderstab. Desuden findes der i byerne mange steder fagforeninger, hvis organisation måske kan bruges som ramme om en slags gensidige hjælpeforeninger, og i alle tilfælde vil fagforeningerne sikkert være villige til at gøre et stykke arbejde for oprettelsen af sociale sikkerhedsorganisationer. Alene det, at man her har samlet mange med nogenlunde samme kår, er en stor hjælp.

I landdistrikterne derimod ventes mange forhindringer. Modsætningerne mellem bybefolkningen og folk på landet eksisterer i en hos os ukendt grad, parret med en indgroet mistro hos landboerne over for alt, hvad

der er nyt. For at få en bedre chance for gennemførelsen af deres planer, må pionererne måske gå udenom ordet sygekasse og kalde den ny forening ved et eller andet gammelkendt navn.



Besøg i en sygekasse.

For eksempel vil det være muligt at udbygge de hyppigt forekommende foreninger eller samfund, der yder hjælp ved dødsfald. Systemet i en sådan eksisterende »kasse« kan være forsikringsmæssigt — således at en vis periodisk ydelse til fonden giver ret til en bestemt udbetaling til de efterladte ved dødsfald. Oftere vil det dog være således, at der ydes efter evne, og at udbetalingen simpelt hen gradueres efter, hvor meget der er i kassen i det givne øjeblik.

Ligesom i Europa og USA er familiesammenholdet meget stærkere på landet end i byerne, og man mærker derfor ikke i så høj grad savnet af sociale sikringssystemer.

Husdyrenes velfærd spiller en uhyre rolle i landdistrikterne. Som en syrisk diskussionsdeltager sagde det kort og rammende: »En familie er værre stillet, hvis koen bliver syg, end hvis familiefaderen bliver syg.« Ville man derfor søge gennem en sygeforsikring at hjælpe landbefolkningen, måtte sygekassen også kunne forsikre kvæget.

Efterhånden som de mange spørgsmål blev gennemdrøftet, og flere og flere problemer viste sig, kunne der være øjeblikke, hvor en delegeret blev pessimistisk. Så var der imidlertid altid en eller anden, der havde den rigtige bemærkning, som f. eks. denne: »Når man ingen bil har, har man heller ikke besværet med at holde den; men derfor vil vi alligevel allesammen gerne have en.«

Andre sikringsformer.

I programmet for kurset indgik et besøg i Århus med forskellige omvisninger og foredrag, og som afrundende og vigtige led redegørelser om social sikring i forskellige andre europæiske lande; disse sidste foredrag blev holdt af specielt indbudte fra hvert enkelt land.

Tanken med kurset var nemlig ikke alene at vise, hvorledes gensidige foreninger i praksis kunne indgå i syge- og sundhedsforsorgen, men også

at gøre rede for, at en sådan sikring kunne gennemføres på mange andre måder. Denne tankegang blev træffende udtrykt af en delegeret fra Iran: »Vi, der på forskellig vis arbejder for at skabe tryghed for befolkningen i vort eget land, er som bjergbestigere, der klatrer op ad det samme bjerg, men fra hver sin side.«

En deltagerrapport.

Som afslutning på denne lille opsats vil jeg gerne give uddrag af en rapport, som jeg synes kan stå som en slags generalnævner.

Muligheden for at indføre gensidige sygekasser i Iran.

Som tidligere nævnt findes der allerede en obligatorisk socialforsikring, og for øjeblikket er ca. 200.000 arbejdere med deres familier dækket på denne måde. Vi håber i nær fremtid at kunne forsikre resten af byernes arbejdere såvel som de små håndværkere.

Men for landbefolkningen, der repræsenterer 75 pct. af hele folketallet, har vi endnu ikke kunnet indføre noget socialt velfærdssystem. Jeg tror, at den bedste måde at sikre dem på er indførelsen af gensidige sygekasser, og den lov, som for nylig er blevet gennemført med det formål at skabe bedre økonomiske og sociale forhold for landbefolkningen, vil sikkert give mulighed for støtte til oprettelsen af sådanne kasser.

Hvilke risici skal dækkes.

Vi må huske, at på landet hos os findes ingen mennesker med uddannelse til at administrere, så vi må begynde med et simpelt og klart system. Derfor tror jeg, vi i begyndelsen må forsikre for:

1. Sygdom — Fødsel — Ulykkestilfælde. Fri lægehjælp og om muligt fri hospitalsbehandling til kassernes medlemmer.
2. Skade på kvæg. Ved at skabe et moderne system til forebyggelse af kvægsygdomme og ved at yde dyrlægebehandling. (Ingen som helst form for kontante ydelser kan komme i betragtning.)
3. Skade på høsten. Vægten må lægges på at forebygge plantesygdomme. (Ingen kontante ydelser kan komme på tale.)

I de første år vil det være vanskeligt at have ydelser i kontante penge, da der ikke vil være nogen organisation til rådighed, som kan påtage sig administrationen heraf. Alt må ydes in natura: lægehjælp, medicin, føde, klæder etc.

Aldersrente og begravelseshjælp må vente, indtil vi har opnået et godt resultat med den øvrige sikring, og indtil vi kan skaffe folk, der er kvalificerede til at påtage sig arbejdet. Vi må benytte os af radioen og aviserne til at skabe forståelse af samarbejdets betydning.

Finansiering.

Vor landbefolkning har ikke råd til at betale et kontingent, der kan dække alle udgifter. Vi må derfor udover et rent symbolsk medlemsbidrag skaffe midler til oprettelse og drift af sygekasserne ved lån fra den statlige landbobank, ved tilskud fra religiøse organisationer og efterhånden fra de ved en ny lov oprettede kommunefonds.

Oprettelse og drift af sygekasserne.

Hjælp ved stiftelsen og driften af kasser vil kunne fås fra de allerede eksisterende kooperativer og fra de by- og amtsråd, der nu skal oprettes, og indenrigsministeren vil uden tvivl påtage sig at give vejledning og at være øverste myndighed i dette arbejde.

Konklusion.

Det er en vanskelig opgave at skabe social tryghed i vore landdistrikter, men der er et stort behov for sikring. Trods økonomiske og andre forhindringer tror jeg imidlertid, vi med held vil kunne gennemføre en sygeforsikring på gensidigheds-basis, hvis vi går frem med klogskab og tålmodighed. Det er en opmuntring for os at se, hvad man har nået i Danmark ad denne vej.

Dette kursus har åbnet vore øjne for mange nye ting og vist os en farbar vej til at løse vore sociale problemer på en demokratisk måde.

Vi har tidligere modtaget effektiv teknisk hjælp fra ILO og ISSA og håber, at vi i det rette øjeblik på ny vil få fornøden støtte.

Endelig vil jeg gerne tilføje, at jeg er meget glad over at få denne lejlighed til endnu en gang at takke den danske regering og ILO for kurset.«

Kursusafslutningen.

I de sidste dage, inden kurset sluttede, forelagde deltagerne deres beretninger og udtrykte deres syn på muligheden for indførelse eller udvidelse af sikring mod sygdom i deres land, og fra kursusledelsens side gjorde man rede for, på hvilke måder de forskellige internationale organisationer kunne yde praktisk bistand.

Den 25. august om aftenen sluttede kurset med en middag med deltagelse af forskellige indbudte, bl. a. repræsentanter for socialministeriet og udenrigsministeriet. Her kunne direktøren i bevidstheden om, at kursus havde været en succes, takke deltagerne, medarrangører og foredragsholdere, og med begrundet optimisme udtrykke håbet om, at det, de delegerede her havde set og hørt om, ville blive udnyttet i praksis, omend ikke ved slavisk efterligning.

Allan Gersnov.

Fra CHRISTIANSBORG

Foranstaltninger for erhvervshæmmede.

I slutningen af maj måned vedtog folketinget en lov om samordning af foranstaltninger for erhvervshæmmede. Ved denne lov er der fastsat bestemmelser om nedsættelse af kontaktudvalg inden for kommunerne med det formål at koordinere og fremme de foranstaltninger, som kan bringes i anvendelse over for erhvervshæmmede med henblik på deres indpasning i erhvervslivet. Hidtil har arbejdet for genoptræning af erhvervshæmmede været temmelig spredt. En række forskellige indbyrdes uafhængige organer har nok taget sig af dette arbejde, men det har hidtil været yderst sjældent, man har været i stand til at gennemføre en samlet løsning af problemerne i de mere komplicerede tilfælde. Hertil kommer, at man som regel først har sat ind med erhvervsmæssige forantaltninger, når det var for sent.

De enkelte kommuner kan frit bestemme, hvorvidt de ønsker at nedsætte kontaktudvalg. Man forventer, at de større kommuner går i spidsen med oprettelse af udvalg, da disse kommuner råder over den nødvendige sociale medhjælp samt har de fornødne muligheder for behandling og oplæring. Dog ser man gerne, at de større kommuner drager deres omegnskommuner med ind i arbejdet.

I loven er anført bestemmelser om udvalgenes sammensætning. Kommunalbestyrelsen vælger så vidt muligt af sin midte udvalgets formand. Desuden udpeger den lokale Arbejdernes Fællesorganisation og den lokale arbejdsgiversammenslutning hver et medlem. Endelig knyttes til udvalget en fast læge, der tillige har sæde som medlem af udvalget. Dækker udvalget flere kommuner, skal en eller flere repræsentanter fra disse kommuner have sæde i udvalget. Udvalget tilforordnes en tjenestemand fra den sociale forvaltning i kommunen, en tjenestemand fra det offentlige arbejdsanvisningskontor, samt eventuelt en læge fra det stedlige sygehus. I loven er endvidere fastsat bestemmelser om, at de lokale afdelinger af invalideorganisationerne og samfundet og hjemmet for vanføre bør være repræsenteret i udvalget. For hvert medlem udpeges en suppleant.

Hjælp til tuberkuloseramte, børnelammede m. fl.

Socialministeriet har den 23. juni udsendt cirkulære med vejledende bemærkninger til kommunerne om administration af bestemmelserne i forsorgslovens § 263. Omhandlede bestemmelser drejer sig om kontant hjælp til tuberkuloseramte og børnelammede.

Ved ydelse af hjælp efter § 263 har kommunernes sociale udvalg

hidtil stort set fulgt retningslinjerne for ydelse af hjælp til værnepligtiges familjer (forsorgslovens § 281), men efter at disse bestemmelser er blevet ændret, har ministeriet fundet det rigtigst at udsende et særligt cirkulære vedrørende hjælpen til de tuberkuloseramte m. fl.

I henhold til forsorgslovens § 263 vil personer, der er lidende af tuberkulose eller børnelammelse og er i trang, kunne opnå en rundeligere hjælp fra de sociale udvalg end sædvanligt. Begrundelsen herfor er den, at sådanne patienter, såfremt de ikke føler sig overbevist om, at deres egne og deres familjers forhold er nogenlunde sikrede, ofte vil være fristet til at undlade at underkaste sig en langvarigere behandling. De vil måske fristes til at afbryde en allerede påbegyndt behandling, hvilket samfundet ikke er interesseret i.

Hvad angår hjælpens størrelse er hovedsynspunktet det, at man skal hjælpe patienten og hans familje i det omfang, som trangen er forårsaget af sygdom således, at familjens hidtidige levevilkår kan opretholdes — dog alt inden for rimelige grænser. I visse tilfælde vil der endvidere kunne ydes ekstrahjælp, f. eks. i form af tilskud til nærende kost og sundere bolig.

Betingelserne for, at der kan ydes hjælp, er, at der foreligger økonomisk trang, og at der foreligger en indstilling fra en af de læger eller institutioner, som behandler pågældende. Undlader en patient at følge de anvisninger, som gives fra den ansvarlige overlæge, vil hjælpen blive inddraget.

Hjælpen kan ydes i indtil 2 år og i særlige tilfælde i 4 år, såfremt man skønner, at patienten kan blive helbredt inden for dette tidsrum.

Da hjælp efter § 263 er tænkt som et direkte led i behandlingen af patienten, hvis mål er fuldstændig helbredelse i løbet af den kortest mulige tid, bør patienter, der oppebærer hjælpen, ikke indgive ansøgning om invaliderente, så længe hjælpen ydes. Er hjælp efter § 263 derimod udelukket, fordi patienten f. eks. ikke er i trang, bør patienten henvises til at søge invaliderente.

Hjælp efter § 263 ydes som særhjælp og er altså uden retsvirkninger for modtageren.

I forbindelse med ovenstående skal opmærksomheden henledes på bestemmelserne i forsorgslovens § 265, efter hvilke der kan ydes hjælp til personer, der lider af gigtforandringer i leddene, lupus, kræftsår, kræftsvulster eller andre ondartede svulster, og som behandles herfor på statsanstalt eller godkendt anstalt eller sygehus. Denne hjælp ydes i form af hjælp til selve behandlingen og i form af kontant hjælp til familjen under forsørgerens indlæggelse og i indtil 3 måneder efter udskrivningen. Hjælpen kan under indlæggelsen ikke overstige, hvad der kunne være ydet i invalide- eller aldersrente i et tilsvarende tilfælde, hvorimod der kan ydes rundeligere hjælp efter udskrivningen.

Samvirkende fortsættelsessygekasser.

Repræsentantskabsmøde.

Den 3. august holdt fortsættelsessygekassernes samvirksomhed ordinært repræsentantskabsmøde i København. Formanden, fhv. borgmester *P. J. Pedersen*, åbnede mødet med at byde de fremmødte velkommen. Blandt gæsterne var socialminister *Johan Strøm*.

Til dirigent valgtes landsretssagfører *Fr. Dalgaard*.

Beretning.

Af formandens beretning fremgik det, at antallet af nydende medlemmer var steget med 15.000 til 375.000, hvilket svarer til ca. 11 pct. af befolkningen over 15 år. Fortsættelsessygekasserne havde haft en tilgang af medlemmer på ca. 43.000, heraf 28.000 overført fra statsanerkendte sygekasser og 5.700 indmeldte. Afgangen af medlemmer havde været 28.000, heraf 17.500 overført til sygekasserne og 3.300 udmeldte og døde.

Indtægterne var steget — også pr. medlem, medens udgifterne var faldet. Medlemsbidraget var steget med 31 øre og renter med 38 øre.

Udgifterne var faldet med 1,37 kr. pr. medlem til 75,93 kr. Samtlige udgiftsposter med undtagelse af udgiften til sygehusbehandling var faldet. Udgiften til lægehjælp var faldet med 1,23 kr. til 38,97 kr. pr. medlem, bade og massage var faldet med 14 øre til 4,00 kr., barselpleje var faldet med 5 øre til 92 øre og forvaltningsudgifterne var faldet med 43 øre til 7,43 kr. Udgiften til sygehusbehandling var steget med 36 øre til 18,21 kr. pr. medlem.

Af de 18 fortsættelsessygekasser yder 6 delvis erstatning for udgifter til medicin. Udgiften pr. medlem er steget fra 8,39 kr. til 8,91 kr.

Driftsoverskuddet på 6,80 kr. var henlagt til formuen, der herefter udgjorde 46,72 kr. pr. medlem.

Af det af medlemmerne indbetalte beløb var der for hver krone udbetalt 86,5 øre i erstatning, 9 øre var anvendt til forvaltning og 4,5 øre var henlagt til formuen.

Om arbejdet i den siddende *sygekassekommission* udtalte formanden følgende. Man kan ikke påstå, at kommissionens medlemmer bliver overanstrengte, idet der indtil nu kun har været afholdt 3 møder i kommissionen. På disse møder har det alt overvejende spørgsmål været sletning eller opretholdelse af den såkaldte sygekassegrænse. Det første standpunkt fremføres ud fra den opfattelse, at alle uanset økonomisk bærekraft skal have de samme fordele sygeforsikringsmæssigt.

Noget sådant kan ske på een af 2 måder. Enten skal alle have de samme goder, som de statsanerkendte sygekasser i dag byder deres medlemmer, eller alle skal have den i forhold hertil mindre fordelagtige forsikring, som fortsættelsessygekasserne byder deres medlemmer. Det er for mig en

afgjort sag, at den første af disse 2 ting ikke kan ske, fordi den forsikring, sygekasserne byder deres medlemmer, bl. a. ved overenskomst med lægerne, forudsætter ubemidlethed hos de personer, der nyder godt af ordningen. Herefter kan man naturligvis sige, at alle må dele skæbne med fortsættelsessygekassernes medlemmer, således som det bl. a. er sket i Sverige, hvorefter betaling for lægehjælp skal ydes af den lægesøgende, der derefter ved henvendelse til sin sygekasse kan opnå erstatning for en del af de af den pågældende afholdte udgifter. Det er den sidstnævnte form for lighed, man kan opnå ved ophævelse af sygekassegrænsen.

Imidlertid er der mellem sygekasser og fortsættelsessygekasser enighed om, at den økonomiske grænse for nydende medlemsskab i statsanerkendt sygekasse fortsat bør opretholdes. Til syvende og sidst er det politikerne, der kommer til at afgøre dette spørgsmål. Der har hidtil været en tendens hos disse til at tage dem, der ligger lige over grænsen, ind under den fordelagtigere forsikring, som sygekasserne byder sine medlemmer, men det er min opfattelse, at ingen politiker i dag tør tage det standpunkt, at sygekassegrænsen som sådan skal ophæves. Sygekassernes og fortsættelsessygekassernes fælles bestræbelser i retning af at overbevise politikerne om, at en sletning af grænsen vil medføre en forøget økonomisk belastning for de borgere i det danske samfund, der i dag ligger under sygekassegrænsen, synes på det sidste at have båret frugt, og det er mit indtryk, at der ikke på nuværende tidspunkt er nogen udsigt til, at sygekassegrænsen slettes.

Formanden var endvidere gået ind for, at der skulle ydes barseldagpenge til kvindelige medlemmer i fortsættelsessygekasserne, at medlemmerne skulle have fribefordring af læge, og at medlemmerne skulle have livsvigtige lægemidler godtgjort af det offentlige med tre fjerdedele. Sidstnævnte spørgsmål fandt nu sin løsning, idet der af apotekerfondens midler skulle ydes 75 pct. tilskud til ikke-sygekassemedlemmers køb af livsvigtig medicin.

Endelig havde formanden i kommissionen fremsat ønske om, at medlemmer af en fortsættelsessygekasse under midlertidigt ophold uden for hjemstedets sygehus fik adgang til nødvendig sygehusbehandling på det stedlige sygehus for indenamts takst. Til gengæld skulle fortsættelsessygekasserne også yde sygehusbehandling efter indenamts taksten, uanset hvilket offentligt sygehus behandlingen blev ydet på.

Fortsættelsessygekasserne havde sammen med de danske sygekasser rettet henvendelse til *folketingsudvalget* vedrørende ændringer i folkeforsikringsloven (folkepensionsudvalget). Man var bl. a. gået ind for at bevare den nugældende pristalsregulering samt at få gennemført en ensartet invalidepræmie.

Som det formentlig vil være repræsentantskabet bekendt, anmodede

Almindelig dansk Lægeforening i 1955 monopoltilsynet om *forhøjelse af de gældende minimaltakster*. Under sagens behandling i monopoltilsynet har dette afæsket samvirksomheden vor mening om spørgsmålet. Resultatet blev, at monopoltilsynet nægtede at godkende en forhøjelse af lægernes minimaltakster. På trods heraf foretog såvel enkelte lægekredsforeninger som flere læger enkeltvis forhøjelse af de gældende honorarer samtidigt med, at Almindelig dansk Lægeforening appellerede tilsynets kendelse til ankenævnet. Dette sidste medførte, at monopoltilsynet anmodede fortsættelsessygekasserne om at fremskaffe oplysninger om i hvor stor udstrækning medlemmer af Alm. dansk Lægeforening havde foretaget forhøjelse af de bestående minimaltakster.

Disse oplysninger blev gennem de enkelte fortsættelsessygekasser fremskaffet og gennem samvirksomheden bearbejdet og videresendt til monopoltilsynet. Ankenævnet stadfæstede monopoltilsynets kendelse. Man skulle herefter tro, at de læger — der på trods af monopoltilsynets kendelse havde forhøjet minimaltaksterne — øjeblikkeligt ville nedsætte disse til det godkendte beløb. Dette er ikke tilfældet, og sagen kan således endnu ikke anses for at være afsluttet. Vi må herefter forvente, at monopoltilsynet foretager sig det nødvendige for, at de godkendte minimaltakster fortsat bliver anvendt af medlemmer af Den alm. danske Lægeforening.

Af diskussionen om beretningen.

Overlærer P. Horn, »Hjørring amt«, takkede formanden for den aflagte beretning og pegede på, at der var et skævt forhold i den måde, hvorpå afregning af præmie til Udligningskassen fandt sted.

Socialminister Johan Strøm takkede for indbydelsen til at overvære mødet og for de udtalelser, formanden under sin beretning var fremkommet med vedrørende ændringer i den bestående folkeforsikringslov.

Beretningen og følgende resolution, der blev fremsat af repræsentanter for fortsættelsessygekassen »Sjælland«, vedtoges enstemmigt:

»Repræsentanter for de statskontrolerede fortsættelsessygekasser i Danmark, forsamlede til repræsentantskabsmøde i København fredag den 3. august 1956, henstiller til monopoltilsynet, at der snarest foretages skridt til at forhindre lægernes overtrædelse af den af monopoltilsynet i december måned 1955 trufne afgørelse, der er stadfæstet af ankenævnet den 23. maj 1956, og hvorefter minimaltakster for sygebesøg i privatpraksis uforandret er kr. 14,00 og for konsultation kr. 8,00.

Baggrunden for vor henstilling er, at en stor del af de lægeregninger, som fortsættelsessygekassernes medlemmer indsender til refusion, er udfærdigede efter takster, der er betydeligt større end de af monopoltilsynet og ankenævnet godkendte, i modsætning til tidligere, hvor så godt som alle læger anvendte de godkendte minimaltakster.

Repræsentanterne må holde for, at kendelsen, der er truffet af monopoltilsynet og stadfæstet af ankenævnet ud fra samfundsmæssige synspunkter,

må respekteres af lægerne, idet de samfundsmæssige hensyn må gå forud for rene privatøkonomiske interesser; og man må på det skarpeste tage afstand fra, at lægerne således tilsidesætter en offentlig myndigheds afgørelse.«

Regnskaber.

Regnskab for 1955 og budget for 1956 blev ligeledes enstemmigt godkendt. Det samme var tilfældet for udligningskassens regnskab.

Obligatorisk begravelseshjælp.

Fra forretningsudvalget forelå forslag om bemyndigelse til forretningsudvalget til at medvirke til gennemførelsen af obligatorisk begravelseshjælp for alle medlemmer under 60 år. Til alle medlemmer skal begravelseshjælpen udgøre et grundbeløb på 350 kr. plus pristalstillæg, dog at medlemmer, der den 1. januar 1954 var sikret et højere beløb, fortsat skal sikres dette.

Der forelå endvidere forslag til gennemførelse af begravelseshjælp for alle medlemmer over 60 år. For disse skal hver enkelt fortsættelsessygekasse til udligningskassen indbetale et beløb, der efter en forsikringsteknisk opgørelse udgør kapitalværdien af begravelseshjælpens grundbeløb på tidspunktet for indtrædelse i begravelsesforsikringen.

Direktør Tolver Christensen, »Fyn«, udtalte, at det første forslag opfyldte de af »Fyn« fremsatte krav og anbefalede dette til vedtagelse. Han håbede, at forslag II senere kunne gennemføres, eventuelt i de enkelte kasser.

Direktør Carl Jensen, »Sjælland«, foreslog følgende tilføjelse til forslag I: »for de medlemmer, der har sikret sig større begravelseshjælp end den almene, ydes tillæg efter de af socialministeriet i skrivelse af 30. juni 1956 vedrørende de statsanerkendte sygekasser fastsatte regler med ligelige betalingsforhold for alle.«

Efter forskellige udtalelser vedtoges forslag I med det stillede ændringsforslag enstemmigt. Det vedtoges endvidere med alle stemmer mod 3, at der angående forslag II skulle fremskaffes oplysninger om størrelsen af de beløb, der kræves indbetalt for gennemførelsen, hvorefter sagen undergives fortsat behandling.

Et forslag fra Skanderborg amt om, at børnebegravelseshjælpen blev en frivillig ydelse i fortsættelsessygekasserne, blev forkastet med alle stemmer mod 2. Hjælpen er herefter fortsat obligatorisk.

Valg.

Til formand genvalgtes P. J. Pedersen.

Til medlemmer af forretningsudvalget genvalgtes førstelærer Fr. Hansen og nyvalgtes førstelærer Johs. Mark, Aalborg amt. Til suppleanter valgtes landsretssagfører Fr. Dalgaard og forretningsfører E. K. Svennesen.

Sygekassernes honorarer, takster m. v.

Gældende fra 1. oktober 1956.

I nedenstående og omstående tabeller er samlet nogle af de for sygekasserne vigtigste honorarer og takster.

Som følge af, at det for juli måned 1956 offentliggjorte lønregulerende pristal (basis: juli 1914) er steget til 419, vil de for sygekasserne fra 1. oktober 1956 gældende honorarer, takster m. v., der reguleres på grundlag af pristallet for juli måned, være at forhøje med 44 pct.

I omstående tabel er foruden forskellige honorarer meddelt størrelsen af de fra 1. oktober 1955 gældende indtægts- og formuegrænser (Socialministeriets bekendtgørelse af 5. december 1955, Sygekassetidende for januar måned 1956).

	København		Københavns amt		Øvrige Sjælland, Bornholm, Lolland-Falster, Fyn og Jylland	
	Takst I kvartårlig kr.	Takst II tillæg pct.	Takst I kvartårlig kr.	Takst II tillæg pct.	Takst I kvartårlig kr.	Takst II tillæg pct.
Alm. praktiserende læger	6,61	44	5,67	44	5,67	44
Ørelæger	0,57	44	0,6225	44	0,56[1])[3]) 0,4375[2])[3])	40
Øjenlæger	0,50	44	0,505	44	0,525[1])[4]) 0,425[2])[4])	40
Tandlæger	—	—	—	44	—	44
Hudlæger	—	—	—	40	—	40
Nervelæger	—	—	—	—	—	44

1) I de byer, hvor ørelægen/øjenlægen bor, samt i tilgrænsende kommuner.

2) Andre sygekasser.

3) Hvor der til det for sygekassen bestemte offentlige sygehus er knyttet specialafdeling i øre-, næse- og halssygdomme, nedsættes honorarerne med 10 pct.

4) For sygekasser, der har indlæggelsesret på et sygehus, til hvilket der er knyttet en af det offentlige direkte eller indirekte drevet specialafdeling i øjensygdomme, nedsættes honoraret med 15 pct.

		I København, Frederiksberg og Gentofte m. fl. kommuner kr.	I købstæder, Marstal samt i flække og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indbyggere kr.	I det øvrige land kr.
Indtægtsgrænser[1]		12.700[2]	11.700[2]	10.700[2]
Formuegrænser[1]	Enligtstillede	31.000	31.000	31.000
	Familieforsørgere	44.000	44.000	44.000
Barseldagpenge		7,20	5,80	4,35
Jordemoderhonorar	Fødsel	110,90[3]	93,60[3]	77,75[3]
	Påbegyndt fødsel	69,10	60,50	43,20

Massage	Hos fysioterapeut	I patientens hjem	På landet i over 4 km's afstand
	3,60	5,40	8,91
Begravelseshjælpen (den almene)	Grundbeløb	Pristalstillæg	Ialt
	350	150	500
Badebehandling (normaloverenskomsten)	Grundhonorarer med tillæg af 40 pct.		
Landkasserernes løn (standardoverenskomsten)	Grundhonorarer med tillæg af 44 pct.		
Provinssammenslutningens lønoverenskomst	Fra 1. september 1956. Overenskomstens dyrtidstillæg med tillæg af 20,40 kr.		
Statens honorarer	Grundhonorarer med tillæg af 105 pct.		

1) Gældende fra 1. oktober 1955.
2) + tillæg 900 kr. for hvert barn under 15 år.
3) Ved mere end 1 fødsel (tvillinger m. fl.) + 50 pct.

Invalide- og aldersrente efter 1. oktober 1956.

	I København, Frederiksb. og Gentofte m. fl. komm.	I købstæder, Marstal samt i flække og bymæssige bebyggelser på landet med over 1500 indb.	I det øvrige land
	kr. årlig	kr. årlig	kr. årlig
Grundbeløbene.			
Til *ægtepar,* når begge opfylder betingelserne for at opnå rente	3.396,00	3.108,00	2.700,00
Til *enlige* rentemodtagere samt ægtepar, når kun den ene ægtefælle opfylder betingelserne	2.268,00	2.076,00	1.800,00
Tillæggene.	kr. månedlig	kr. månedlig	kr. månedlig
Ventetillæg til ægtepar, hvor begge er renteberettigede:			
Ved opsættelse af begæringens indgivelse til den ældste ægtefælles fyldte 67. år	14,00	13,00	10,00
70. år	29,00	26,00	20,00
Ventetillæg til enlige personer og ægtepar, hvor kun den ene ægtefælle er renteberettiget:			
Ved opsættelse af begæringens indgivelse til det fyldte 67. år.....	10,00	9,00	7,00
70. år.....	20,00	17,00	14,00
Invaliditetstillægget udgør	26,00	24,00	23,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til invaliditetstillæg, udgør det ialt	52,00	48,00	46,00
Ægteskabstillægget udgør	47,00	41,00	36,00
Tillægget til efterlevende ægtefælle udgør maksimalt	37,00	35,00	32,00
Bistandstillægget udgør	73,00	69,00	63,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til bistandstillæg, udgør det ialt	110,00	104,00	95,00
Plejetillægget udgør	122,00	114,00	104,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til plejetillæg, udgør det ialt	183,00	171,00	156,00
Når den ene ægtefælle er berettiget til plejetillæg og den anden til bistandstillæg, udgør disse tillæg tilsammen	146,00	137,00	125,00
Børnetillæg for hvert barn, såfremt indtægten ikke overstiger — årlig ..	6.660,00	5.870,00	4.930,00
2—18 år	76,00	67,00	57,00
0— 2 år	92,00	80,00	68,00

	Hl. koks årlig	Hl. koks årlig	Hl. koks årlig
Brændselstillæg.			
Ægtepar og enlige med beregnet indtægt indtil 50 pct. af rentens grundbeløb	18	18	18
Ægtepar og enlige med beregnet indtægt mellem 50 og 75 pct. af rentens grundbeløb	15	15	15
Tillægget bortfalder, såfremt rentemodtagerens beregnede indtægt overstiger 75 pct. af grundbeløbet.			
Særlige ydelser til ikke rentemodtagere.	kr. månedlig	kr. månedlig	kr. månedlig
Bistandsydelsen udgør	136,00	127,00	113,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til bistandsydelse, udgør den ialt	205,00	191,00	170,00
Plejeydelsen udgør	185,00	172,00	154,00
Når to samlevende ægtefæller begge har ret til plejeydelse, udgør den ialt	278,00	258,00	231,00
Når den ene ægtefælle er berettiget til plejeydelse og den anden til bistandsydelse, udgør den ialt	241,00	224,00	200,00

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 41/1956.

Forhøjelse af takst på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på Roskilde Domsogns Menighedsplejes rekonvalescenthjem i Roskilde er fra 1. oktober 1956 forhøjet til 11 kr pr. døgn.

Nr. 42/1956.

Ny takst for lægeerklæringer til brug ved begæring om invaliderente m. v.

a. Erklæringer ved begæring om invaliderente m. v. i henhold til folkeforsikringsloven.

I forbindelse med tidligere meddelelser om taksten for lægeerklæringer ved begæring om invaliderente m. v., senest direktoratets meddelelse nr. 26/1956 i »Sygekassetidende«, juli 1956, side 192, skal man meddele, at taksten for nævnte erklæring (den »hvide« erklæring, mrk. D. II 3) fra 1. oktober 1956, d. v. s. erklæringer, der udstedes fra og med nævnte dag, er steget fra 32 kr. 00 øre til 32 kr. 80 øre, idet statens honorartillæg fra 1. oktober 1956 er steget fra 100 pct. til 105 pct.

Taksten for den lægeerklæring, der benyttes ved ansøgning om hjælp i henhold til folkeforsikringslovens § 60, stk. 1 a), til anskaffelse af kunstige lemmer m. v. (den »røde« erklæring, mrk. R 106) er ikke ændret; d. v. s., at taksten stadig er 20 kr.

b. Erklæringer ved begæring om invaliderente m. v. i henhold til den færøske invalideforsikringslov.

Idet henvises til direktoratets meddelelse nr. 32/1956 i »Sygekassetidende«, august 1956, side 219, hvorefter taksten for lægeerklæring ved begæring om invaliderente m. v. i henhold til den færøske invalideforsikringslov fra 1. april 1956 fastsættes således, at den er den samme som den til enhver tid gældende takst for lægeerklæring ved begæring om invaliderente m. v. i henhold til folkeforsikringsloven, er taksten under hensyn til det foran anførte — også for så vidt angår erklæringer i henhold til den færøske invalideforsikringslov — fra 1. oktober 1956 steget fra 32 kr. 00 øre til 32 kr. 80 øre.

Udmærkelser.

Kongen har den 16. august 1956 tildelt formand for Gelsted sygekasse, skrædermester Jens Peter Lorenzen af Gelsted under Odense amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Jens Peter Lorenzen, der er født den 8. juli 1882 i Husby, valgtes til formand og kasserer for Gelsted sygekasse fra 1. januar 1918 at regne og virkede i begge hverv indtil 1921, da posterne på grund af kassens størrelse deltes; J. P. Lorenzen har derefter siden 1921 været sygekassens formand.

Siden 1931 har J. P. Lorenzen desuden været medlem af bestyrelsen for centralforeningen af sygekasser i Odense amt.

Kongen har den 16. august 1956 tildelt formand for Femø sygekasse, tømrermester og bankbestyrer Johs. Mortensen af Femø under Maribo amt fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Johs. Mortensen, der er født den 23. juni 1886 i Holeby, valgtes til formand for Femø sygekasse i februar 1916, efter at han i årene 1914—16 havde været medlem af sygekassens bestyrelse og opkræver for kassen.

Foruden hvervet om sygekassens formand har Johs. Mortensen varetaget forskellige andre offentlige tillidshverv, bl. a. som medlem af Femø sogneråd i 3 valgperioder fra 1921.

Samvirkende Centralforeninger

Nr. 14/1956.

Tandpleje til børn, der ikke har adgang til skoletandpleje.

I fortsættelse af meddelelse 13 i sidste nr. af Sygekassetidende skal forretningsudvalget herved meddele følgende angående tandbehandling til børn af medlemmer af sygekasser uden for København og Færøerne.

Da der ikke i overenskomstens § 8 (takst I, årshonorar og kontrolafgift) er fastsat særskilt honorar for behandling af børn af ubemidlede nydende medlemmer, vil der ved ophør og ved genindførelse af skoletandpleje være at tage hensyn til følgende:

Sygekasser, der yder tandlægebehandling efter takst I, skal — såfremt børn (plejebørn) af ubemidlede nydende medlemmer går i en skole, hvor eleverne indtil 1. april

1955 eller senere har haft adgang til kommunal skoletandpleje hos privatpraktiserende tandlæger eller på kommunale skoletandklinikker — fra det tidspunkt kommunalbestyrelsen træffer beslutning om at ophæve skoletandplejen, dog tidligst fra 1. juli 1956, betale for disse børns tandlægebehandling efter en særordning, idet denne behandling ikke er omfattet af det ordinære årshonorar. Særordningen omfatter børnene fra den dag, de påbegynder skolen, indtil den dag, de fylder 15 år.

For behandling af disse børn erlægger medlemmerne til tandlægen kontrolafgifter i henhold til bestemmelserne i overenskomstens § 8, stk. 4.

For den efter § 8, stk. 4, ydede behandling erlægger sygekassen direkte til tandlægen honorar efter overenskomstens § 9 (grundhonorar + dyrtidstillæg) minus kontrolafgift i henhold til § 8, stk. 4.

Regninger til sygekassen udstedes på de røde takst II-blanketter, hvorpå foruden barnets alder anføres, hvilken *skole og klasse* barnet går i. I stedet for »÷ sygekassens andel (1/2, 3/5 eller 4/5)« anføres »÷ *kontrolafgift*«.

Afregning finder sted i henhold til bestemmelserne i § 9, stk. 5.

Beslutter kommunalbestyrelsen at genindføre skoletandplejen for en skole eller en klasse, bortfalder særordningen for skolens, respektive klassens elever, fra den dato kommunalbestyrelsens beslutning træder i kraft.

Sygekasser, der yder tandlægebehandling efter takst II, skal under de foran i 2. afsnit nævnte forhold betale for børnenes (plejebørnenes) tandlægebehandling efter de for takst II i overenskomsten gældende, almindelige regler, ligesom betalingen ophører fra den dag, kommunalbestyrelsens beslutning om genindførelse af skoletandplejen træder i kraft, som anført i forrige afsnit.

Nr. 15/1956.

Jordemoderoverenskomst gældende fra 1. januar 1956.

Som meddelt i Sygekassetidende for april måned d. å., side 109, blev der med virkning fra 1. januar 1956 indgået aftale med Den alm. danske jordemoderforening om takster for ydet hjælp til medlemmer af de statsanerkendte sygekasser.

Endelig overenskomst, der er indstillet til socialministeriets godkendelse, er udsendt til de enkelte sygekasser og centralforeningerne.

Bortset fra forhøjelsen af taksterne og mindre redaktionelle ændringer skal vi henlede opmærksomheden på følgende:

Bestemmelserne i § 3, stk. 2, i den gamle overenskomst er udgået, da tilsvarende bestemmelser er fastsat i lov af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning.

I § 8 er det fastsat, at medlemmet selv skal betale for forhastet tilkaldelse af jordemoder.

Det er endvidere fastsat, at jordemoderhjælp ydet under midlertidigt ophold skal betales efter den takst, som er gældende for hjemstedssygekassen, d. v. s. at en sygekasse for

jordemoderhjælp til egne medlemmer altid kommer til at betale efter den takst som er gældende for det område, sygekassen tilhører.

I henhold til bestemmelserne i § 9 kan jordemoderhonoraret reguleres to gange om året, nemlig 1. april og 1. oktober.

Nr. 16/1956.

Standardoverenskomst for kasserere ved landsygekasser.

Efter den mellem Dansk Funktionærforbund og samvirksomheden indgåede overenskomst af januar 1950 med standardoverenskomst vedrørende løn- og arbejdsvilkår for kasserere ved landsygekasser var opsagt af funktionærforbundet, har der været ført forhandlinger mellem parterne.

Forhandlingerne er resulteret i en ny overenskomst af 10. august 1956 med en ny standardoverenskomst, der er gældende for landsygekasser med over 1.000 medlemmer og normgivende for kasser med under 1.000 medlemmer.

Af ændringer, der vil være af betydning ved kassernes forhandlinger med fagforeningen, skal opmærksomheden henledes på følgende:

I *§ 4* er honoraret for bidragydende medlemmer forhøjet fra 30 øre til *50 øre*. Honoraret for hver indgået flyttebog er uforandret *60 øre*.

Pristalsregulering kan fremtidigt finde sted 2 gange om året, nemlig 1. april og 1. oktober.

I *§ 7* er der foretaget visse ændringer i overensstemmelse med lov om ferie med løn, hvorefter der er ret til ferie i 18 hverdage. Endvidere er der tillagt kasserere, der har været ansat i sygekasen i 10 år og er over 53 år gammel, en ferie på 24 hverdage.

I afsnit II er honorarerne forhøjet med ca. 11 pct. svarende til den forhøjelse, der er givet faglærte arbejdere i tidsrummet 1950 til 1956 ud over pristalsforhøjelsen.

Kasserere, der modtager medlemsbidraget gennem postgiro, er medtaget sammen med kasserere, der modtager medlemsbidraget direkte fra medlemmerne.

Lægehjælpen.

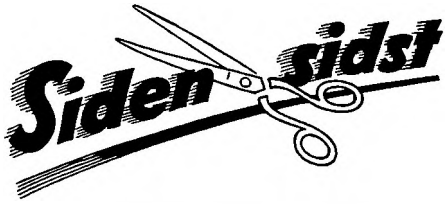
Rettelse.

I Sygekassetidende for august, side 209, meddeltes størrelsen af sygekassernes udgifter til almindelig lægehjælp i 1955.

Da tallene i tabellen for udgift pr. medlem i landsygekasser med takst II for årene 1954 og 1953 er forkerte, skal vi anmode om, at disse tal ændres således: Det anførte tal for 1954: 34,26 rettes til 34,78, og det anførte tal for 1953: 28,66 rettes til 34,26.

Dødsfald.

Formanden for sygekassen »Viborg«, P. Mathiasen, døde den 6. september 73 år gammel. Efter gennem en årrække at have været medlem af sygekassens bestyrelse valgtes Mathiasen i 1942 til formand. Han var fra 1933—1937 medlem af Viborg byråd.



Departementschef H. H. Koch, socialministeriet, er på grund af overvældende arbejde i forbindelse med sit formandsskab i atomenergikommissionen meddelt tjenestefrihed, ligesom ministeriet samtidig har fritaget departementschefen for hvervet som formand for sygeforsikringskommissionen af 1954.

Som departementschef er i stedet konstitueret kontorchef *P. Juhl-Christensen*, der ligeledes er beskikket som formand for sygeforsikringskommissionen.

★

Bestyrelsen for fortsættelsessygekassen i Hjørring amt har som forretningsfører fra 1. oktober ansat kasserer ved sygekassen i Frederikshavn Heine Petersen. Den ny forretningsfører, der er 34 år gammel, har været beskæftiget ved sygekassen siden 1938.

★

Den alm. sygekasse i Esbjerg har som forretningsfører fra 1. oktober ansat kassens hidtidige formand, kontorchef E. Strunge, Esbjerg og omegns brugsforening.

★

Bestyrelsen for Brøndbyøster sygekasse har som forretningsfører fra 1. oktober ansat overassistent Eigil Christiansen, Lyngby. Christiansen, der er 37 år gammel, begyndte som elev i sygekassen »Fremtiden« i 1938. Han har siden 1946 været ansat i Lyngby og omegns sygekasse.

Bestyrelsen for *Den alm. sygekasse i Faaborg* har som forretningsfører ansat assistent Knud Hansen, Kolding.

★

Sygekassen »Helsingør« gik i slutningen af september måned fra mærkekvittering over til maskinkvittering.

★

I *Færøernes fortsættelsessygekasse* er bogholder Heine Hansen fratrådt som formand. Til ny formand er valgt direktør i Torshavn mælkeforsyning, Johs. Weihe.

★

Sygelønsudvalget. Det af Dansk Arbejdsgiverforening og De samvirkende Fagforbund nedsatte sygelønsudvalg har udsendt spørgeskemaer til alle virksomheder under Arbejdsgiverforeningen og til arbejdernes tillidsmænd. Formålet er at give udvalget et indblik i, hvorledes de nuværende ordninger virker, hvad de koster, og hvorledes de påvirker sygeligheden inden for de enkelte fag. Udvalgets formand er amtmand V. Wedell-Wedelsborg, Sorø.

★

Skagen sygekasse påtænker fra 1. januar 1957 at indføre tandabonnement.

★

Nyborg sygekasse åbnede i august måned sine nye lokaler i ejendommen på hjørnet af Torvet og Slotsgade. Sygekassens formand, fængselsbetjent J. Schmidt, udtalte ønsket om, at de nye lokaler måtte blive til gavn og glæde for sygekassens medlemmer.

Mærkedage

25 års jubilæum.

Mandag den 1. oktober har K. Vendelbo Petersen været ansat som forretningsfører ved Glostrup bys sygekasse i 25 år.



I 1922 blev Vendelbo Petersen medlem af sygekassens bestyrelse. Den 1. oktober 1931 blev han ansat som deltidsbeskæftiget forretningsfører. Da sygekassens medlemstal stadig voksede, måtte Vendelbo Petersen i 1934 opgive sit arbejde som former for at overtage stillingen som fuldtbeskæftiget forretningsfører.

Vendelbo Petersen har gennem årene beklædt en del tillidshverv, ligesom han vedblivende er medlem af hovedbestyrelsen for centralorganisationen af hjemmesygeplejevirksomheder.

Ledige STILLINGER

Kontormedhjælper.

Sygekasseuddannet mandlig kontormedhjælper eller yngre assistent antages til 1. december. Skriftlig ansøgning bedes senest den 15. oktober indsendt til bestyrelsen for

Glostrup bys sygekasse af 1866,
Glostrup.

Erindringsliste

1. Indberetning fra folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder til afdelingen for bidragydende medlemmer.

3. Indsendelse af invalidepræmie til Invalideforsikringsfonden.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal inden 20. oktober indbetale den beholdning af *invalidepræmier og evt. krigsulykkesforsikringsbidrag* som den 30. september beroede hos dem, til *Invalideforsikringsfondens postkonto nr. 2115* eller til fondens bankkonto i A/S Kjøbenhavns Handelsbank, St. Kongensgade afdeling, St. Kongensgade 49, København K.

4. Opgørelse over udgifter afholdt i h. t. folkeforsikringslovens § 61.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal inden 20. oktober på de dertil foreskrevne særlige blanketter til *Direktoratet for Sygekassevæsenet* indsende opgørelse, bilagt kvitterede og reviderede regninger, over *udgifter* vedrørende juli kvartal, afholdt i *h. t. folkeforsikringslovens § 61.* Er der af en sygekasse ingen udgifter afholdt i henhold til nævnte lovbestemmelse, for så vidt angår nævnte kvartal, skal opgørelsesblanket *ikke* indsendes.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . november 1956 . nr.* **11**

Folkepensionen gennemført.

Ændringer i folkeforsikringsloven i forbindelse med indførelsen af folkepension.

Efter næsten eet års arbejde er der i folketinget indgået et forlig om indførelse af en egentlig folkepension. Spørgsmålet fandt sin løsning ved gennemførelsen af en række ændringer til den bestående folkeforsikringslov, — ændringer, der på adskillige områder vil berøre sygekassernes virksomhed. I det følgende skal vi omtale de vigtigste af lovændringerne, samt naturligvis samtlige ændringer, som berører sygekasserne.

Det må først og fremmest nævnes, at der ved denne lovs gennemførelse vil ske en betydelig forhøjelse af invalide- og aldersrenten. De gamle begreber som invaliderente, aldersrente og rente bortfalder. I stedet for vil der blive tale om invalidepension, folkepension og pension. Invaliderentemodtager, aldersrentemodtager og rentemodtager benævnes fremtidig som invalidepensionist, folkepensionist og pensionist

Samtidig med, at ydelserne til invalidepensionisterne og folkepensionisterne sættes op, dels ved en forhøjelse af grundbeløbene og dels ved en ændring af fradragsreglerne, gennemføres der en mindstepension for alle personer over 67 år.

Folkepensionen eller den forhøjede aldersrente ydes efter folkeforsikringslovens § 39, stk. 1, efter nogenlunde samme regler som den nuværende aldersrente *(indtægtsbestemt folkepension).*

Til alle personer over 67 år, som ikke har ret til almindelig folkepension, ydes en *mindstepension* efter folkeforsikringslovens § 39, stk. 2. Denne vil udgøre 1.020 kr. til ægtepar og 684 kr. til enlige.

Aldersgrænserne.

Forsikringspligten indtræder som hidtil ved det fyldte 21. år og ophører som hidtil ved det fyldte 60. år. Bortset fra visse overgangsbestemmelser giver forsikringen fremtidig ret til invalidepension for personer under 67 år, tidligere 65 år (folkeforsikringslovens § 1). Til personer over 67 år — samt til enlige kvinder i alderen 62—67 år, der ikke oppebærer invalidepension — ydes folkepension.

Når svigtende helbred eller andre ganske særlige omstændigheder taler derfor, kan kommunalbestyrelsen undtagelsesvis tillægge en person folkepension fra det fyldte 60. år. Tilkendelse af folkepension skal dog i sådanne tilfælde godkendes af et udvalg bestående af direktøren for sygekassevæsenet, en til direktoratet knyttet lægekonsulent og en repræsentant for kommunerne (§ 1, stk. 4 og 5).

I tiden indtil 31. marts 1961 kan folkepension i henhold til folkeforsikringslovens § 39, stk. 1, uanset bestemmelserne i lovens § 1, stk 2, begæres efter følgende regler: indtil 31. marts 1959 af enlige kvinder, der er fyldt 60 år, og i tiden 1. april 1959 til 31. marts 1961 af enlige kvinder, der er fyldt 61 år. For andre gælder i overgangstiderne en aldersgrænse på henholdsvis 65 år og 66 år.

For den nye mindstepension, der udbetales til alle over 67 år, er naturligvis ikke fastsat overgangsbestemmelser med hensyn til alder.

Forholdet mellem sygeforsikring og folkepension.

De betingelser om sygeforsikring, der hidtil har været knyttet til invalideforsikringen og aldersrenten, er fortsat gældende for den indtægtsbestemte folkepension i henhold til lovens § 39, stk 1.

Retten til folkepension og invalidepension er betinget af, at man har opfyldt forsikringsbetingelserne, d. v. s. er nydende eller bidragydende medlem af en statsanerkendt sygekasse eller en statskontroleret fortsættelsessygekasse.

Socialministeren kan dog i henhold til bestemmelserne i et nyt stykke 3 til § 1 tillægge en person folkepension efter § 39, stk. 1, uanset, at forsikringsbetingelserne ikke er opfyldt.

Adgangen til folkepensionens mindstebeløb i henhold til § 39, stk 2, (mindstebeløbet, der kan oppebæres af alle over 67 år) er dog ikke betinget af, at pågældende opfylder betingelserne vedrørende sygeforsikringen.

Bestemmelserne i folkeforsikringslovens § 12, stk. 4, 6 og 7, hvorefter retten til aldersrente fortabes, ændres således, at man fremtidig kun fortaber retten til den indtægtsbestemte folkepension efter § 39, stk 1, men ikke retten til mindstepensionen efter samme paragrafs stk. 2.

Reglerne i lovens § 38, stk. 3, hvorefter nydende medlemsskab af en sygekasse eller en fortsættelsessygekasse er en betingelse for, at man kan modtage alders- eller invaliderente, er ligeledes ændret. Fremtidig stilles denne betingelse kun for invalide- og folkepension efter § 39, stk. 1, men ikke for mindstepensionen efter stk. 2.

Forhøjelse af grundbeløb for barseldagpenge og begravelseshjælp.

Da man har fundet det opportunt at forhøje grundbeløbene for invalide- og folkepension og samtidig ændre den gældende pristalsregulerings udgangspunkt, er der også sket en forhøjelse af grundbeløbene for barseldagpenge og for begravelseshjælp.

Efter den nye lov bliver grundbeløbene for barseldagpenge i de tre kommunegrupper følgende: hovedstadsområdet 7,10 kr., købstæder 6,80 kr. og det øvrige land 6,20 kr. Som man vil se ved en sammenligning mellem disse grundbeløb og de tidligere, er der nu mindre forskel mellem hovedstadens takster og de øvrige. Dette vil glæde alle, der har ret til den laveste takst. Til gengæld er det ikke så ofte, der udbetales dagpenge efter denne takst.

Grundbeløbet for den almene begravelseshjælp sættes op fra 350 kr. til 500 kr.

Bestemmelserne i lovens § 20, stk. 2, om de højere forsikringer, der er en overgangsbestemmelse, er overført til den nye lovs § 3, stk. 6. Forskelsbeløbet mellem grundbeløb og det højere forsikrede beløb forbliver altså af samme størrelse som hidtil, idet der fortsat skal gås ud fra det gamle grundbeløb på 350 kr.

Pristalsreguleringen sker fremtidig ud fra januar pristallet i 1956, nemlig 410.

Bidrag til invalide- og folkepension.

Invalidepræmien, som opkræves af sygekasserne, forhøjes fra samtlige gældende satser til 21 kr. 60 øre. Alle forsikrede mellem 18 og 62 år skal fremtidig betale 21 kr. 60 øre om året. Invalidepræmien gradueres ikke længere efter alder ved indtrædelsestidspunktet eller efter ægteskabelig stilling. Særbestemmelserne i lovens § 36, stk. 5, og § 75 bortfalder.

Da invalidepræmien i fremtiden skal betales til det 62. år, er der i loven visse overgangsbestemmelser, hvorefter de forsikrede indtil 31. marts 1959 kun skal betale invalidepræmie til det 60. år og således, at de forsikrede, der er ophørt med at betale præmie på grund af alder, ikke senere pány skal begynde igen at betale. I lovforslaget af 21. september 1956 står ganske vist, at forsikringspligten bortfalder endeligt for personer, der inden den 1. april 1959 er fyldt 60 år. Efter bemærkningerne fremgår det imidlertid tydeligt, at forsikringspligten her skal forstås som betalingspligten.

Pligten til at betale invalidepræmie bortfalder fremtidigt for personer, der oppebærer invalidepension og folkepension. Ændringen i de gældende bestemmelser får praktisk betydning for folkepensionisterne mellem 60 og 62 år.

Arbejdsgiverbidraget til invalideforsikringsfonden forhøjes fra 6 kr. årligt til 14,25 kr. årligt.

Forhøjelsen af invalidepræmierne skyldes den gennemførte forhøjelse af invalidepensionerne (ca. 27 mill. kr.).

Til delvis dækning af de forøgede udgifter til folkepension skal der fra 1. april 1957 opkræves et særligt folkepensionsbidrag. Dette skal udredes af samtlige personer, der er fuldt skattepligtige til staten, og udgøre 1 pct. af det beløb, hvoraf indkomstskat til staten beregnes. Bidrag på under 40 kr. for forsørgere og 25 kr. årlig for ikke-forsørgere skal dog ikke opkræves. Bidraget kan fradrages ved opgørelsen af yderens skattepligtige indkomst, formentlig efter de regler, der er gældende for bidrag til pensionsforsikringer.

Som følge af den gennemførte forhøjelse af de invalidepræmier, som skal svares af de forsikrede, forhøjes den i lovens § 83 omhandlede bøde for tilsidesættelse af forsikringspligten fra 13 kr. til 30 kr.

Den indtægtsbestemte folkepensions størrelse.

Den reelle forhøjelse, som folkepensionen medfører, udgør for ægtepar, når begge ægtefæller modtager folkepension, fra 36 kr. til 51 kr. månedligt, og for enlige m. v. fra 23 kr. til 34 kr. månedligt.

De pr. måned udbetalte beløb stiger imidlertid væsentligt mere, nemlig for ægtepar med 115—123 kr. og for enlige med 35—83 kr. Denne stigning udover den reele forhøjelse er forårsaget ved, at det såkaldte beklædningstillæg, der hidtil er udbetalt i december måned, det særlige brændselstillæg, der hidtil er blevet udbetalt i løbet af efteråret, og de af folketinget årligt bevilgede »særlige ydelser«, der hidtil er blevet udbetalt i januar, juni og december måned, allerede fra 1. april 1957 bliver sammenlagt med det hidtidige grundbeløb og rentetillæg og derved indgår som en del af den månedlige ydelse.

Den reelle forhøjelse er størst uden for byerne og mindst i hovedstadsområdet, således at lovændringen har betydet, at den hidtil eksisterende forskel mellem ydelserne i de forskellige dele af landet er blevet reduceret.

Udover folkepensionens grundydelse bestemmes det fortsat, at der til visse grupper af personer kan udbetales *særlige tillæg*. Dette gælder således ægtepar, når kun den ene ægtefælle modtager folkepension, der kan få et ægteskabstillæg, folkepensionister med børn under 15 år, der kan få udbetalt de særlige børnetillæg, folkepensionister, der er fyldt 80 år, som fortsat får ret til at modtage et særligt alderstillæg, og endelig særligt vanskeligt stillede folkepensionister, der efter skøn i hvert enkelt tilfælde kan få et særligt personligt tillæg.

De såkaldte *ventetillæg*, der hidtil er blevet udbetalt til personer, der har opsat begæringen om aldersrente til det fyldte 67. eller 70. år, er, som følge af ændringerne i aldersgrænserne for opnåelse af folkepension, også blevet ændret, således at disse tillæg i fremtiden først kan opnås, når begæringen udsættes til det fyldte 70. eller 72. år. For enlige kvinder kan disse tillæg dog i fremtiden opnås, når begæringen om folkepension blot udsættes til det 65. og 67. år. Samtidig med denne ændring er beløbene forhøjet væsentligt, således at de i fremtiden ved udsættelse af begæringen til det 70. år (for enlige kvinder dog 65. år) udgør 10 pct. af den normale folkepension, og ved udsættelse til det 72. år (for enlige kvinder dog 67. år) udgør 15 pct. af folkepensionens grundydelse. Disse forhøjede ventetillæg, der også bliver udbetalt til personer, der efter de hidtidige bestemmelser har udsat begæringen om aldersrente til det fyldte 67. eller 70. år, får dog først gyldighed fra 1. april 1960.

De foran angivne folkepensionsbeløb udbetales til folkepensionister, der ikke selv har nogen indtægt. For folkepensionister med egen indtægt bestemmes det, på tilsvarende måde som tidligere, at der ved beregningen af folkepensionens størrelse ses bort fra visse indtægter. De beløb, folkepensionisten har anvendt til betaling af skatter, kontingenter m. v., fratrækkes altid ved denne beregning. Herudover skal der ved opgørelsen af indtægten ses bort fra følgende beløb (de fradragsfri beløb):

Hovedstadsområdet	gifte	2.600 kr.,	enlige	1.800 kr.
Købstæderne	—	2.400 -	—	1.700 -
Øvrige land	—	2.300 -	—	1.500 -

De fradragsfri beløb *efter lovændringen* gælder alene for *formueindtægter,* der altså i fremtiden ikke skal gøres til genstand for nogen forhøjelse. For *alle andre arter af indtægter,* arbejdsindtægter, pensionsindtægter o. s. v., fradrages der ved bestemmelsen af indtægtens størrelse, udover de anførte beløb, yderligere 1/3 af det fradragsfri beløb. For pensionerede tjenestemænd gælder — som efter den nuværende lovgivning — en særlig bestemmelse om nedsættelse af folkepensionen.

Først når indtægten, eventuelt reduceret med den lige forannævnte 1/3 af de nye fradragsfri beløb, overstiger disse, begynder nedsættelsen af folkepensionen. Dette sker efter nærmere fastsatte regler. Falder den indtægtsbestemte folkepension efter lovens § 39, stk. 1, som følge af fradrag til under 1/6 af det fulde folkepensionsbeløb, bortfalder den endeligt.

Folkepensionens mindstebeløb.

Sidstnævnte regel om bortfald af folkepension gælder imidlertid ikke for personer, der er fyldt 67 år, såfremt de da ikke modtager pension (enkepension) fra stat, kommune eller koncessionerede virksomheder.

For disse personer på 67 år og derover kan folkepensionen ikke nedsættes under et beløb, der for ægtepar, når begge modtager folkepension, udgør 9 pct. af den gennemsnitlige bruttoindtægt for forsørgere, således som den senest er beregnet af Det statistiske Departement. Dette mindstebeløb for folkepensionen udgør ved ordningens begyndelse 1.020 kr. årligt og for enlige samt ægtepar, når kun den ene ægtefælle modtager folkepension, 684 kr. Disse beløb, der benævnes folkepensionens mindstebeløb, er den egentlige folkepension, som udbetales uanset indtægternes størrelse.

Invalidepensionen.

Den maksimale årlige invalidepension vil udgøre følgende beløb:

	Ægtepar, når begge ægtefæller får invalidepension årligt.	Enlige og ægtepar, når kun den ene ægtefælle får invalidepension årligt.
Hovedstadsområdet	6.072 kr.	3.876 kr.
Købstæderne	5.808 -	3.744 -
Øvrige land	5.412 -	3.456 -

De anførte beløb er højere end folkepensionens årlige beløb, fordi der til invalidepensionister udover folkepensionens grundbeløb udbetales de særlige invaliditetstillæg.

Stigningen i den månedlige invalidepension udgør for ægtepar, når begge får invalidepension, fra 61 kr. til 84 kr. og for enlige fra 35 kr. til 50 kr. Denne stigning er noget større end stigningen for folkepensionens vedkommende, hvilke skyldes, at invaliditetstillægget, der tidligere var forskellige i landets 3 hoveddele, i fremtiden bliver det samme overalt og endvidere er blevet forhøjet med godt 50 pct.

Merudgifterne ved folkepension.

Ved gennemførelse af ændringerne i folkeforsikringsloven vil udgifterne stige som følge af

1. forhøjelsen i grundbeløbene
2. udbetaling af mindstebeløb til alle over 67 år,
3. fradragsreglernes ændring og
4. ekstraordinær tilgang af ældre til folkepension.

De samlede udgifter vil for 1958-59 kunne anslås til det nuværende beløb på 812 mill. kr. plus ca. 200 mill. kr. som følge af ændringerne, ialt 1.010 mill. kr. I 1962-63 vil de samlede udgifter blive ca. 1.130 mill. kr.

Ved beregningen af merudgifterne er det forudsat, at der vil ske en væsentlig stigning i antallet af ældre, der vil søge folkepension. Når det bestemmes, at alle over 67 år, uanset deres indtægt får ret til mindstebeløbet i folkepension, må man gå ud fra, at en væsentlig del af disse vil søge hele den ydelse, som de efter deres indtægt er berettiget til, og ikke nøjes med folkepensionens mindstebeløb.

Ca. 85 pct. af de ældre vil under hensyn til størrelsen af deres indtægt og formue have ret til at få et højere eller lavere beløb i folkepension. Aldersrente oppebæres for tiden af ca. 58 pct.

Loven træder i kraft 1. april 1957.

Egenindtægt fra arbejde eller pension samt folkepension.

	Ægtepar			Enlige		
	Egenindtægt fra arbejde el. pension	Folke-pen-sion	Ialt	Egenindtægt fra arbejde el. pension	Folke-pen-sion	Ialt
	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.
Hovedstads-området	3.500	5.112	8.612	2.400	3.396	5.796
	4.600	4.452	9.052	3.200	2.916	6.116
	5.600	3.732	9.332	3.900	2.412	6.312
	6.700	2.808	9.508	4.600	1.824	6.424
	8.200	1.368	9.568	5.600	864	6.464
	8.600	1.020	9.620	5.800	684	6.484
Købstæderne	3.200	4.848	8.048	2.300	3.264	5.564
	4.200	4.248	8.448	3.000	2.844	5.844
	5.200	3.528	8.728	3.700	2.340	6.040
	6.100	2.772	8.872	4.440	1.752	6.152
	7.600	1.332	8.932	5.400	792	6.192
	8.000	1.020	9.020	5.600	684	6.284
Øvrige land	3.100	4.452	7.552	2.000	2.976	4.976
	4.100	3.852	7.952	2.600	2.616	5.216
	5.000	3.204	8.204	3.200	2.184	5.384
	5.900	2.448	8.348	3.800	1.680	5.480
	6.900	1.488	8.388	4.800	720	5.520
	7.400	1.020	8.420	4.900	684	5.584

Centralisation og sygekassepalæer - ret beset.

I Berlingske Tidende (16. august) skrev læge Ulrik V. Henriques en glimrende kronik om spørgsmålet centralisation og decentralisation. Læge Henriques' synspunkter vil kunne tiltrædes af mange — også blandt sygekassernes tillidsmænd. Et enkelt afsnit i kronikken var imidlertid sikker på at møde modsigelse fra sygekasseside. Denne kom da også til orde i en kronik i bladet (3. september) skrevet af forretningsfører A. Mossfeldt, De samvirkende sygekasser i København. Vi bringer nedenfor først omhandlede afsnit i læge Henriques' kronik og dernæst forretningsfører Mossfeldts kronik.

Fra læge Ulrik V. Henriques' kronik følgende afsnit:

»Der hersker i vort samfund i dag en trang til at centralisere. At søge opnået de mest muligt ensartede forhold i bedømmelsen af flest mulige spørgsmål (jfr. svangerskabsdebatten). Dette skulle nemlig i sig selv være et gode, der ikke indicerede nærmere begrundelse. Igen en hypotese. Hertil kan imidlertid siges, at medens forskellighed almindeligvis opfattes derhen, at nogle kommuner vil administrere dårligere end andre, rummes jo også den mulighed, at nogle kommuner administrerer *bedre* end andre. Set gennem sådanne briller vil forskellighed være en fordel. Spørgsmålet bliver nu: Hvor vil en centraladministration placere sig i forhold til de dårligere og de bedre?

De bedre — eller billigere, hvilket jeg går ud fra vil sige de i forhold til ydelsen billigere — lokale administrationer bygger på et nøje kendskab til de enkelte sager og tilfælde, således at udgifter undgås, hvor de må anses for overflødige — hjemler end loven og praksis adgang til deres afholdelse; på en forenkling, der skyldes samme lokalkendskab og færre sager, hvorved instansernes antal kan indskrænkes; og muligt andre forhold. Som eksempel kan nævnes sygekasserne i provinsen, hvoraf nogle yder mere end andre, hvor det er således, at de større, der beskæftiger flere funtionærer, snarest yder mindst. De små sygekasser herude falder heller ikke for fristelsen til at bygge store administrationspalæer, således som f. eks. de københavnske gør det. Det skulle en generalforsamling også nok få forpurret, og selv uden forsamling skulle Per Jensen nok af Poul Olsen få at vide, hvad hans opgave som sygekasseformand var — og i særdeleshed, hvad den *ikke* var.«

Forretningsfører A. Mossfeldts kronik:

Det hænder med mellemrum, at skytset rettes mod sygekasserne og sygekasseordningen. Når man gennem fyrretyve år har været medarbejder ved de københavnske sygekasser og på nærmeste hold deltaget i den

ikke endnu tilendebragte omorganisering af dem, kan man naturligvis ikke altid godtage kritikken, mest fordi den tit kan virke summarisk og ofte er baseret på urigtige oplysninger.

At den nuværende sygekasseordning er forældet, vil ingen nægte. Sygekassernes ledelser har da også gang på gang krævet, at den ajourføres. Men ajourføringen må i det væsentlige tage sigte på en udbygning af kassernes sygehjælpsydelser og en udvidelse til at omfatte alle medborgere. Hvad man derimod bør være varsom med, er en strukturændring. En ændring i sygekassernes struktur, således at man eliminerer de nuværende foreningsformer (med medlemmernes direkte indflydelse og dermed ansvar for ledelsen) og i stedet indfører en ordning, der tenderer mod en offentlig centralisation, vil være et tilbageskridt såvel socialt som demokratisk — en svækkelse af bestræbelserne for at skabe og bevare et aktivt demokrati.

Jeg måtte tænke på dette forhold, da jeg for nogen tid siden her i bladet *(Berlingske Tidende)* læste en kronik af læge Ulrik V. Henriques, »Hvem har glæde af centralisationen«.

Jeg glædede mig over hans konklusion, hans betragtninger, der mundede ud i kravet om en bevarelse og hensigtsmæssig udbygning af det lokale selvstyre i vor administration, taget i videste betydning. Dr. Henriques har ganske ret i, at vi mennesker er vidt forskellige, og de lokale samfunds strukturer (ikke mindst på grund af de sociale forhold) så mangfoldige, at de flest mulige sager bør afgøres der, hvor man har de bedste betingelser for at vurdere de konkrete forhold fra sag til sag, med andre ord ude i lokale forsamlinger. Vil man styrke demokratiet, skabe et levende ansvarsbevidst folkestyre, må man sørge for, at forbindelsen, kontakten mellem befolkningen og dens egne valgte tillidsmænd bliver så intim som muligt, sørge for at kontakten ikke forflygtiges derved, at afgørelserne søges frataget de lokale organer og lagt højere op, altså til en centraladministration.

Men min glæde var ikke uden skår. Stillet over for, at betragtningen bl. a. skulle motiveres med den gennem de senere år så yndede henvisning til den bestående (på visse områder forældede) sygekasseordning, blev jeg noget forbavset.

Dr. Henriques skrev i denne forbindelse: »... De smaa sygekasser herude falder heller ikke for fristelsen til at bygge store administrationspalæer, således som f. eks. de københavnske gør det ...«. En sådan udskejelse skulle altså være et udslag af og bevis på en eksisterende centraladministration. Denne påstand må ikke have lov at stå uimodsagt.

Der findes ikke i København et eneste sygekasse-»administrationspalæ«. Jo, hvis man finder det passende at anvende betegnelsen, blot et kontor er stort, blot fordi et kontor til betjening af 25.000 medlemmer nødven-

digvis må være større end kontoret til betjening af en lille landkommunes befolkning. Men hvis man med »palæ« mener det, udtrykket dækker i almindelig sprogbrug, noget kostbart, noget til formålet overdrevent udstyret, ja, så er påstanden en insinuation, al den stund enhver, der vil undersøge forholdene, kan overbevise sig om, at jeg har ret, og det selv om der her er tale om at udøve et skøn.

Da de store københavnske sygekasser med lige ved 500.000 medlemmer for godt 5 år siden påbegyndte omorganiseringen, lagde ledelsen megen vægt på, at lokaleindretningen gennemførtes på en måde, der opfyldte rimelige krav, men absolut var uden nogen som helst form for luksus. For det første søgte man at sikre sig så billige lokaler som muligt. Det skete bl. a. ved, at man søgte lokaler ikke i kvarterernes dyre hovedgader, men derimod »lidt til siden« — i erkendelse af, at det ikke er afgørende, om sygekassen ligger lidt af vejen, når den blot ligger trafikalt rigtigt. Og endvidere brugte man ved etableringen alt det af kassernes gamle inventar, som efter en »ansigtsløftning« overhovedet kunne anvendes. Hvis man i de københavnske sygekassekontorer vil lede efter marmor, kalkmalerier på væggene, dyre træsorter og lignende, vil man komme til at lede forgæves. Også for sygekasselederes tåbelighed er der en grænse. De københavnske sygekassers kontorer er ganske blottet for enhver form for luksus. Man har, hvad der er rimeligt, anvendt nutidens lyse farver på væggene og moderne, hensigtsmæssig belysning for at gøre lokalerne så tiltalende og praktiske som muligt, men det må kun være ledelsens pligt over for såvel medlemmer som medarbejdere. Jeg vil ikke skyde dr. Henriques i skoene, at det skulle være hans ønske at se tidligere tiders fattigvæsenskontorer genoplivet — tværtimod, men hvorfor da en så grov overdrivelse af de faktiske forhold?

Men derefter til dr. Henriques' hovedbetragtning: Bort fra centralisation og over til en øget hensigstmæssig decentralisation. Dr. Henriques ville til sit formål vanskeligt kunne finde noget dårligere eksempel end sygekasserne. De danske sygekassers struktur er et af de mest fremtrædende eksempler på decentralisation. Sygekassebevægelsen er som bekendt groet op »ude i folket« som frivillige foreninger, hvad de er den dag i dag (det er jo ikke nogen pligt at være nydende medlem af en sygekasse). De er dannet »fra neden« og har lidt efter lidt organiseret sig i større sammenslutninger, dog kun til varetagelse af de opgaver, som kasserne selv har fundet det praktisk at samarbejde om. De danske sygekasser kan med rette betegnes som Danmarks største og Danmarks løseste organisation, løseste i den forstand, at der hersker et vidtgående selvstyre. Selv den, der kun enkelte gange har deltaget i møder i sygekassernes hovedorganisationer, er ikke i tvivl om, at tillidsmændene i disse forsamlinger ikke tåler nogen former for diktatur »fra oven«.

Der er her i landet ca. 1.600 anerkendte sygekasser af højst forskellig størrelse, og det er stadig medlemmerne, der vælger deres egen kasses ledelse. Medlemmer og tillidsmænd er så nær inde på livet af hinanden, som det overhovedet er gørligt. Er man utilfeds, har man den bedst tænkelige adgang til at søge forholdene ændret. Man har, hvis der virkelig er et udtalt ønske blandt medlemmerne, den bedst mulige demokratiske adgang til at ændre forholdene, nemlig ved at udskifte de tillidsmænd, man er utilfreds med.

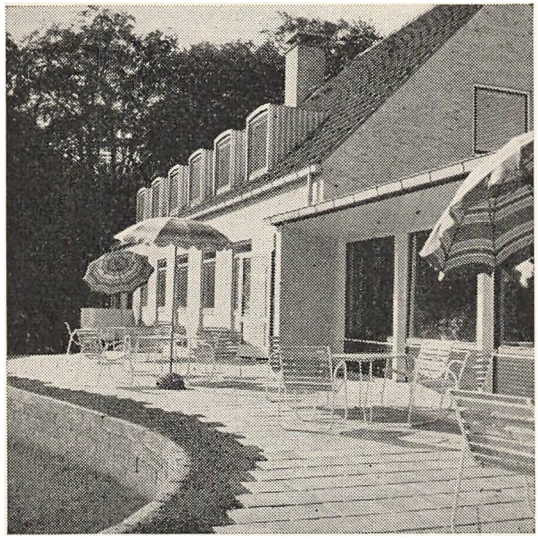
Ved de københavnske sygekassers omorganisering tilsigtede man også en rationalisering af kontororganisationen. Dette har bl. a. givet sig udslag i, at man har taget personaleafgangen uden at foretage nyansættelser, hvilket til dato har nedbragt medarbejdernes antal med ca. 150, fra godt 600 til 450. Men ordningen gennemførtes, som det først og fremmest var tilsigtet, uden at man centraliserede ledelse og ansvar, det vil sige, uden at man samlede de 20 kasser i *én* sygekasse med *én* bestyrelse og etablering af kontorer, der blot var afdelingskontorer.

I erkendelse af, at sygekasserne fortsat bør bevares som folkestyrede foreninger, oprettede man 20 selvstændige, lokale sygekasser hver med sin bestyrelse, valgt af den lokale befolkning. Dette er demokrati. At det så er vanskeligere for den enkelte at gøre sig gældende i en kasse med 20.000 medlemmer end i en lille landkasse, det kan ikke bestrides, men sådan vil det jo altid være i store bysamfund. Der må af rent praktiske hensyn være grænser for, hvor små enhederne kan etableres. Det vigtigste er, at man med denne omorganisering har fået gennemført en ordning, hvor en bydels befolkning har sine egne valgte lokale tillidsmænd (en bedre betinget kontakt), i stedet for den gamle ordning med bl. a. 5—6 store sygekasser hver dækkende hele København og Frederiksberg, og altså med en ringere naturlig kontakt fra medlemmerne til tillidsmændene.

At mange medlemmer hidtil i almindelighed kun i ringe grad har benyttet sig af adgangen til at øve indflydelse, er en anden sag. Men det kan man ikke bebrejde systemet. Værdien af sygekassernes demokratiske, decentraliserede folkestyre er umiddelbart indlysende. Under den gamle ordning med dens mindre kontakt mellem ledelse og de enkelte medlemmer viste det sig gang på gang, at medlemmerne nok skulle møde frem, når de fandt det påkrævet. Og der er ingen tvivl om, at dette også fremtidig vil ske, når vigtige ting står på dagsordenen. Og det er jo deri, en af folkestyrets store værdier ligger. For at tale med dr. Henriques' egen stemme: Der er herigennem sikret, at medlemmerne kan holde tillidsmændenes »administrationssamvittighed« vågen.

Der ligger et hus i skovbrynet

rejst af Svendborg sygekasse.



Sidst i september måned indviede Svendborg sygekasse sit hjem for kronisk syge. Det blev en stor dag for sygekassen. Et stort og ofte brydsomt arbejde var ført til sin afslutning med et godt resultat.

Ved sygekassens 100 års jubilæum i 1955 (se Sygekassetidende, juni 1955) besluttede repræsentantskabet som et varigt minde om jubilæet at rejse et hjem for kronisk syge. Denne dristige plan er nu gennemført. Svendborg sygekasse har som den første sygekasse i Danmark taget initiativet til rejsning af et plejehjem for kronisk syge.

Hjemmet er en selvstændig institution, der administreres af sygekassen. I bestyrelsen er 3 medlemmer fra sygekassen og 2 fra byrådet. Svendborg kommune har skænket den smukt beliggende grund i udkanten af byen nær skoven og Svendborgsund. Sygehjemmet, der har plads til 20 patienter med hver sit værelse, er opført af gule sten og er i to fløje.

Indvendigt er hjemmet holdt i lyse, festlige farver.

I hovedfløjen er anbragt spise- og opholdsstuer samt arbejdsrum, hvor beboerne kan dyrke deres hobby. Endvidere findes der her en lejlighed til bestyrerparret samt værelser til hjemmets øvrige personale. I sidefløjen findes beboernes værelser. En lang gang går gennem hele huset, således at hjemmets beboere i deres sygestole frit kan køre over det hele, både indenfor i huset, ude på terrassen og i haven. At dørtrin er bandløst i dette hus, siger sig selv. Alle havegange er asfalterede.

Udgifterne ved hjemmets oprettelse har udgjort ca. 600.000 kr. Møblieringen af fællesrum har kostet 35.000 kr., hvilket beløb er indkommet ved en indsamling.

Ved indvielsen talte repræsentanter for Svendborg by og amt, den stedlige lægeforening, håndværkerne og centralforeningen. En repræsentant for byens borgere talte for de kvinder, der har stået bag arbejdet med plejehjemmet, og overrakte en check på 2.000 kr. Sygekassens formand og forretningsfører takkede for den interesse, som man havde mødt fra forskellig side, samt for de mange gaver til hjemmet.

Velfærdsstaten og vi.

Af Anne Hansen, Middelfart.

Der føres fra visse sider en kamp mod sygekasserne, en kamp for at forringe sygekasserne. I nedenstående artikel kan læserne høre lidt om, hvorledes et af sygekassernes mange nydende medlemmer ser på dette spørgsmål — og velfærdsstaten i det hele taget.

Det er næsten blevet en modesag at kritisere velfærdsstaten i dag. Årsagerne er vel nok, dels at vi har glemt, hvordan det var før, dels at vi efter en årrække, hvor store og frugtbare reformer er blevet gennemført, er ved at være en smule trætte. Herregud, det går jo meget godt altsammen, lad os nu hvile på laurbærrene. Det sidste er imidlertid en umulighed, man må enten gå frem eller tilbage, thi hvor det drejer sig om samfundsforhold og levende mennesker, bevæger vilkårene sig bestandig, og stilstand vil være ensbetydende med tilbagegang. Hvad det første angår, er det en kendsgerning, at i det helt frie liberalistiske samfund (således som det var før 1914) er friheden kun for den rige. Det hjælper, som *Broby Johansen* udtrykker det, nemlig ikke meget, at en mand har sin frihed til at rejse til Venedig, når han ikke har penge til det. Derfor nytter det heller ikke meget, at man i frihedens hellige navn råber op om det gavnlige i kræfternes frie spil, når man samtidig fuldstændig overser, at der findes både gode og dårlige »frie« kræfter. Det er samfundets og velfærdsstatens pligt at fremme de gode og bremse de dårlige, og hvis den ikke gør det, vil resultatet blive frihed for et fåtal og økonomisk slaveri for resten.

Det var forståelsen deraf, der skabte velfærdsstaten, som vi kender den i dag, og selv om den endnu langtfra er fuldkommen (hvilket menneskeværk er vel det?), betyder det ikke, at den, som det undertiden hævdes, har spillet fallit. Det betyder blot, at vi skal arbejde på at gøre den bedre. Dertil har enhver ret og pligt, og så langt fra at forfladige ansvaret, som det påstås, påtvinger velfærdsstaten os et ansvar, både for det enkelte medlem af fællesskabet og for statens styrelse. Dette er det socialliberalistiske samfund og tillige den eneste sunde basis for et virkeligt demokrati, idet intet sådant kan bestå, hvis det bygger på social uret.

Måske behøver man ikke at tage det så tungt, at velfærdsstatens fjender har ondt ved at indse dette. Ikke desmindre virker det som et slag i ansigtet, når man hører dem sige, at nu »hvor arbejderne selv skal være med til at betale gildet, skal interessen for velfærdsstaten nok kølnes«, og »*folk må da virkelig selv bære risikoen for at blive syge*«. Som om det kunne hjælpe noget menneske, at det havde frihed til selv at bære risikoen ved et brækket ben, når det ikke havde nogen mulighed for at forsørge sig selv, indtil benet blev raskt igen. Og hvor mange af os er i stand

til det. Ikke arbejderne, hvis ugeløn automatisk ophører, når han ikke møder på sin arbejdsplads. Ejheller husmanden, den lille næringsdrivende eller de talrige andre, hvis indtægter ligger *under* sygekassegrænsen. Og hvem kunne i grunden være tjent med, at manden med det brækkede ben sank ned i armod og gæld? Ikke samfundet, der alligevel til sidst måtte hjælpe, — ikke han selv, thi han ville miste sin selvrespekt, når han måtte gå tiggergang og til syvende og sidst heller ikke friheden, som han ville være parat til at sælge for et stykke brød.

Det er sandt, at der tiltrænges en reform inden for sygekasserne. Satserne f. eks. for dagpenge er ganske utidssvarende lave, og kasserne ønsker selv, at de skal forhøjes væsentligt. Efter min ringe mening har de måske påtaget sig forskellige udgifter, som raske folk vitterlig burde kunne klare selv, men der forestår jo også visse forandringer. Dette er dog kun biting. Sygekasserne er uundværlige, al den stund ingen frivillig pådrager sig en sygdom. Sygekasserne er nødvendige for at forhindre økonomisk kaos for de, som bliver syge. Sygdom er i sig selv en prøvelse. Skulle vi til lidelserne føje bekymringer for, hvorledes vi skulle skaffe midler til at få sygehjælp, hjalp det lidet, at lægerne ved al deres kunst var i stand til at kurere os. Der var engang, hvor dette at komme under lægebehandling var en tvivlsom fordel. Der fortælles således om Ludvig den fjortende, at lægerne behandlede ham i et døgn eller så med klystre, åreladninger og plastre »og«, tilføjes det ironisk, »så døde han endelig«. I dag er det anderledes, lægernes kunst står højt, og det er et uvurderligt gode, at vi, uden først at spekulere over, om vi har råd dertil, kan hente læge til os selv eller vore kære. Hvis alle gjorde sig klart, hvilke fordele vi egentlig har i sygekasserne, ville mange angreb på sygekasserne forstumme. Om misbrug af læge er der ikke tale, vi retter os jo kun efter de vejledninger, som lægerne selv har givet befolkningen.

Men hvorfor dog egentlig standse ved *sygdom,* når talen er om, at folk selv må bære risikoen ved at leve. Der er mange andre områder, hvor staten griber ind og søger at gøre tilværelsen bedre for samfundsborgerne. Der er skoler, folkebiblioteker og de talrige andre kulturelle institutioner, der opretholdes af stat og kommunerne. Der er statsbanerne, vi har jo ikke alle bil endnu, smertensbarnet boligbyggeriet o. s. v., o. s. v. Meget af dette er ikke ideelt, men ingen kan vel for altid ønske at afskaffe det af den grund. Hvorfor da tale om afskaffelse af sygekasserne selv om de naturligvis heller ikke er ideelle. Det ville betyde nærmest middelalderlige tilstande. Hvorfor lade folkepensionen, som af nogle er betegnet som det største sociale fremskridt i vor tid, stå for skud. Den er »hul i hovedet« og dens gennemførelse vil betyde noget nær det ganske lands ruin, siges der. Mon de gamle, der endnu husker, hvorledes de selv i sin tid stræbte for at hjælpe deres forældre, så disse kunne undgå at komme »på sognet«,

deler denne opfattelse? Næppe. Det er en samfundspligt at sørge for, at den generation, der har arbejdet for og født den opvoksende slægt, kan henleve deres alderdom i trygge kår. Desværre — ikke alle synes at have forståelsen heraf. For nylig hørte jeg en yngre mand udtale: »Hvorfor skal jeg betale til de gamle, jeg betaler til min egen pension, det er sandelig nok«. Og der stod hans forældre og svigerforældrene, som alle fik aldersrente, og ingen af dem svarede, som de kunne have gjort: »Ja, og vi har født dig og klædt og givet dig en uddannelse. Vi har kæmpet for, at også din stand kunne få bedre kår, for i vor tid var en diskenspringer ikke således lønnet, at han kunne spare op til en pension. Vi har betalt skat, så længe vi havde noget at betale af, bl. a. for at dine børn kunne gå gratis i skole og vi har både med produktion og penge bidraget til oprettelse af den velfærdsstat, som også du nyder godt af, og som du indirekte forhåner.« De gamle siger ikke den slags. De er sagtmodige og har lært at resignere, og de beklager sig ikke. Nå, det er vistnok betegnende, at de, der beklager sig mest, ofte har mindst årsag dertil.

Jeg skal se bort fra taktløsheden i sådanne udtalelser, men den skjulte insinuation, at arbejderne først nu skal være med til at »betale gildet« og altså hidtil har været en slags snyltere på samfundet, bør ikke lades upåtalt. Arbejderen har på lige fod med andre betalt skat efter evne. Og han har som alle lønmodtagere betalt skat af hver øre, han har tjent. De skattesnydere, som, hvis de blev opdaget, ville yde så meget, at skatterne for os alle efter sigende kunne halveres — tænk blot — findes ikke blandt arbejderne. Ikke fordi disse er bedre end andre, men fordi deres løn kan kontrolleres.

Og hvor meget har ikke en mand, der har arbejdet fra sit 15. til sit 65.—70. år bidraget til den almindelige forøgelse af nationalindkomsten.

Gennem sin produktion, sin opsparing (f. eks. ved at betale afdrag på et hus) og sit forbrug. Ja, også det sidste, thi forbrugeren er lige så nødvendig som producenten. Han holder hjulene i gang ved sine indkøb og er betingelsen for, at de talrige virksomheder, der fordeler varerne, kan eksistere. Man kan ikke, hvor dybt man end foragter velfærdsstaten, uden videre gå ud fra, at der er folk i den, som udelukkende nyder dens goder, uden at bidrage til den. Vi er alle med, og jeg tvivler stærkt på, at arbejdere, husmænd o. s. v. står i bageste række, hvis det skal gøres op i kroner og øre, hvor meget vi hver især giver.

Jamen, det er netop her, at de kortsynede, der vil velfærdsstaten til livs, sætter ind. De små i samfundet ville også være bedre tjent med, at de selv og ikke staten administrerede deres penge, så kunne de sørge både for

selvpensionering, sygehjælp o. s. v. Hertil er blot at bemærke, at så måtte man først og fremmest give arbejderen en udbyttedeling og en sikring mod arbejdsløshed. Man måtte love husmanden, at hverken verdensmarkedets priser eller høstudbyttet ville svinge, og man måtte give de dårligst stillede tjenestemænd en betydelig højere løn. Og hvad så med de kronisk syge, med invaliderne. Har man nogensinde tænkt over, hvad det ville betyde, hvis velfærdsstaten blev afskaffet og enhver måtte sørge for sig uden forpligtelse til at hjælpe dem, der vitterligt havde fået større byrder, end de kunne bære. Det ville blive en alles kamp imod alle, og de svageste ville simpelthen bukke under. Sådan kan man ikke handle, og velfærdsstaten er sikkert noget vi ønsker, fordi de fleste af os har indset, at man i et moderne kultursamfund ikke kan lade fem og syv være lige. Der er visse opgaver, som vi må påtage os til gavn for det fælles bedste. Velfærdsstaten spiller ikke barnepige af den grund, den søger blot at lægge byrderne på de skuldre, der er brede nok til at bære dem, for at hjælpe andre, som ikke er så heldigt stillede. Dette er i pagt med en humanistisk, socialt forstående tankegang, som er kulturens adelsmærke.

Det siges ofte, at folk var mere tilfredse i gamle dage — underforstået — at det er velfærdsstatens skyld, hvis det ikke er sådan idag. Hvad ved man egentlig om det. Hvis folk virkelig var så tilfredse, hvorfor søgte de da at forbedre forholdene, hvorfor stiftede de sygekasser. Og det var sandelig ikke blot de fattigste, der krævede del i samfundsgoderne og tvang ændringerne igennem. Folk af alle klasser så, at en retfærdigere fordeling var nødvendig, og de gik ind for »at få fik for meget og færre for lidt«, med en ildhu og idealisme, der må betegnes som forbilledlig

Det er muligt, at der nu, hvor teorierne til dels er udført i praksis, er gået noget af det spontane tabt, ligesom en vis stivhed har gjort sig gældende. Dette må vi bekæmpe og derfor skal vi søge, at gøre samfundsforholdene bedre ikke ved hemningsløst at docere døgnet rundt om kræfternes frie spil, mere ved at værne om den individuelle frihed under ansvar. Ingen kan i dag, under påberåbelsen af sin individuelle frihed, løbe fra sit ansvar over for de dårligst stillede i vort samfund. Det er velfærdsstatens og demokratiets fortjeneste, hvis dette går op for os alle. For »staten« det er os, og vi er selv med til at bestemme, om den skal være en overflødig barnepige, eller et samfund, der både sørger anstændigt for dem, der har forsørgelse behov og tillader den enkelte at udfolde sig frit. Vel at mærke, hvor dette kan ske uden at gå ud over andre. Den frihed, der vindes på bekostning af andres nød, er nemlig ikke frihed i dette ords sande forstand.

Antibiotica.

Tabletter	Stk.	Aureomycin	Terramycin	Chloromycetin	Chloramphenicol
50 mg	25	23,55	22,20	14,05	5,00
100 mg	25	43,80	42,90		8,50
250 mg	8	34,80	32,05		6,55
—	12			26,50	9,45
—	16	61,80	57,45		12,30
Mixtur			30 ml 30,00	60 ml 19,20	60 ml 8,65
Stikpiller				6 stk. 18,70	6 stk. 6,55
Sugetabletter		10,05	9,70		

Kemoterapeutica.

ml	Mixtura Neo-Alfasol	Mixtura Lucosil	Mixtura Elkosin	Mixtura Sulfacombini
30	4,00			1,60
50	6,10	6,00		2,10
100	10,80	9,30	10,15	3,25
250		19,40		6,85

Stk.	Tabl. Lucosil mites	Tabl. Sulfamethizoli minores	Besparelse i pct.
25	2,45	2,00	18
50	4,50	3,10	31
75	6,95	4,25	39
100	9,00	4,75	47
200	18,00	8,65	52
250	18,45	10,60	43

Stk.	Tabl. Elkosin	Tabl. Gantrisin	Tabl. Sulfacombini
20	7,10	7,05	2,75
40	14,20	14,10	4,65
50	13,70	13,65	5,60
100	27,40	27,30	9,25

Der er forskel

I Sygekassetidende for april måned omtalte vi samvirksomhedens pjece vedrørende sygekassernes medicinydelse. Pjecen, der blev udsendt som et led i arbejdet for at holde sygekassernes medicinudgifter nede, indeholdt opstillinger over meget brugte lægemiddelgrupper.

Ved en sammenligning mellem priserne på de oftest ordinerede fabriksfremstillede præparater og de identiske eller med samme terapeutiske værdi apotekerfremstillede præparater, vil det vise sig, at medlemmerne vil kunne spare mange penge, såfremt medicinforbruget bliver omlagt til de billigere apotekerfremstillede præparater.

Samvirksomheden har nu genoptrykt pjecen, idet de anførte priser er rettet i overensstemmelse med medicintaksten af 1. oktober. Da adskillige apotekerfremstillede præparater er faldet i pris på trods af den fra 15. juni i år gennemførte forhøjelse af ekspeditionsgebyret, vil der således nu kunne spares endnu flere penge for medlemmerne, såfremt forbruget af lægemidler, hvor det er muligt, omlægges til apotekerfremstillede præparater.

Foruden opstillinger, som vi har taget med her, indeholder pjecen som sidst en opstilling over »andre præparater«.

Blandt mange af disse, der hyppigst ordineres, vil der ved ordination af de billigere præ-

på priserne.

parater kunne spares fra 50 til 75 pct.

Endelig omtaler pjecen også denne gang et forhold, der er medvirkende årsag til, at medicinudgiften ved ordination af visse specialiteter bliver uforholdsmæssig stor. Visse specialiteter findes kun i små og store pakninger, f. eks. for tabletternes vedkommende i 20 stk. og 100 stk. pakninger. Hvis der i et sådant tilfælde ordineres et mellemliggende kvantum, f. eks. 60 tabletter, vil der ved ekspeditionen blive udleveret 3 × 20 stk., hvorved prisforskellen mellem specialitet og magistrel medicin, der kan ordineres i vilkårlig mængde med stadig stigende kvantumrabat, bliver endnu mere iøjnefaldende.

Pjecen skal ikke her gennemgås i enkeltheder, men da samvirksomheden har erfaring for, at visse sygekassers relative høje udgifter til medicin pr. medlem til dels skyldes, at kassernes læger har et overvejende forbrug af fabriksfremstillede præparater, håber vi, at sygekasserne vil gøre de praktiserende læger bekendt med den nyoptrykte pjece.

Som vi også skrev sidst, ligger det naturligvis helt uden for sygekassernes opgave at blande sig i lægernes ordination af medicin, men det er fortsat vort håb, at lægerne ved deres ordinationer af medicin vil have den udsendte vejledning i venlig erindring.

Antiallergica.

Stk.	Tabl. Amidryl	Tabl. Diphenhydramini	Besparelse i pct.
10	2,40	1,20	50
25	4,75	1,75	63
50	8,55	2,60	70
100	15,30	4,00	74
200	30,60	7,15	77
250	31,05	8,75	72

Andre præparater.

Stk.	Tabl. Butalgin	Tabl. Methadoni	Besparelse i pct.
15	1,40	1,15	18
30	2,80	1,45	48
50	3,20	1,85	42
100	5,45	2,70	51
Stk.	**Tabl. Estilbin 0.1 mg**	**Tabl. Stilboestroli minores**	**Besparelse i pct.**
50	1,50	1,35	10
100	2,40	1,75	27
200	4,80	2,65	45
500	7,80	5,35	31
Stk.	**Tabl. Estilbin 1 mg**	**Tabl. Stilboestroli majores**	**Besparelse i pct.**
25	1,95	1,25	36
50	3,90	1,60	59
100	5,45	2,00	63
250	10,05	3,75	63

Dispensationsmedicin.

Stk.	Tabl. Saridon	Tabl. Codazon	Besparelse i pct.
20	3,70	2,15	42
50	8,15	4,10	50
100	16,30	6,60	60
200	32,60	12,35	62
250	34,00	15,25	55

Bekendtgørelse om de anerkendte sygekassers ydelse af medicin m. v.

(Tillæg).

I medfør af folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 4 og 5, fastsætter socialministeriet efter indstilling af sundhedsstyrelsen herved følgende ændringer i og tilføjelser til bekendtgørelse nr. 30 af 14. februar 1956 om de anerkendte sygekassers ydelse af medicin m. v.:

ad afsnit I. Livsvigtige præparater.

Skemaets 3. sidste og næstsidste afsnit udgår og erstattes med:

Fenemal, enfenemal, fenantoin og salte af disse. Endvidere etadion, isoetadion, metylfenetoin, trimetadion og forbindelser heraf, mysoline (I. C. I.) samt milontin (P D. & Co.).	Epilepsi.
Corticotropin (ACTH), cortison, hydrocortison, prednison, prednisolon og dermed kemisk identiske præparater.	1) Polyarthroitis chron. prim., periarthroitis humeroscapularis og spondylarthritis anchylopoetica samt hydrocortison og dermed kemisk identiske præparater til lokal injektion ved arthroser, periarthroser og dupuytrens kontraktur, 2) pemphigus, lupus erythematosus disseminatus, erythrodermia exfoliativa og sclerodermia, 3) asthma bronchiale, 4) iridocyclitis, chorioiditis, scleritis og keratitis.

ad afsnit II. Særlig betydningsfuld medicin.

Følgende lægemidler optages på den til dette afsnit hørende liste over tilskudsberettiget medicin:

Auroxin, J. A. Wülfing
Benzacyl, Wander
Butazolidin, Geigy
Calcipen, Leo (kun til injektion)
Chlorcyclizinum
Ferrisach 2 og 5 pct., Astra
Hydrocortisat øjendråber, Leo
Hydrocortison acetat (kun til øjensalve og øjendråber)
Imferon, Pharmacia
Injectabile oxytocini, R. M. C.
Injectabile pituitarii, R. M. C.
Lacumin, Lundbeck
Mictine, Searle
Myleran, B. W. & Co.
Neo-Hydriol viskøs, M. & B.
Nitropent, Astra (kun tabletter)
Nitropent comp., Astra (kun tabletter)
Pankreatin, R. M. C.
Pankreozym, Astra (kun tabletter)
Phenylbutazonum
Probenecidum

Propyliodon (50 pct.), Cilag
Sulfiram, Astra
Tablettae Probenecidi
Xylocain—Nor—Adrenalin, Astra

Der foretages følgende ændring i listen:

Efter præparatet Sulfamethizolum tilføjes i stedet for »(kun tabletter og til injektion)«: »(tabletter, mikstur og til injektion)«.

Følgende lægemidler udgår af listen:

Amidryl c. Mecodrin, Mco.
Diginova, Gea
Niglin salve, Asa

Denne bekendtgørelse træder i kraft den 15. oktober 1956.

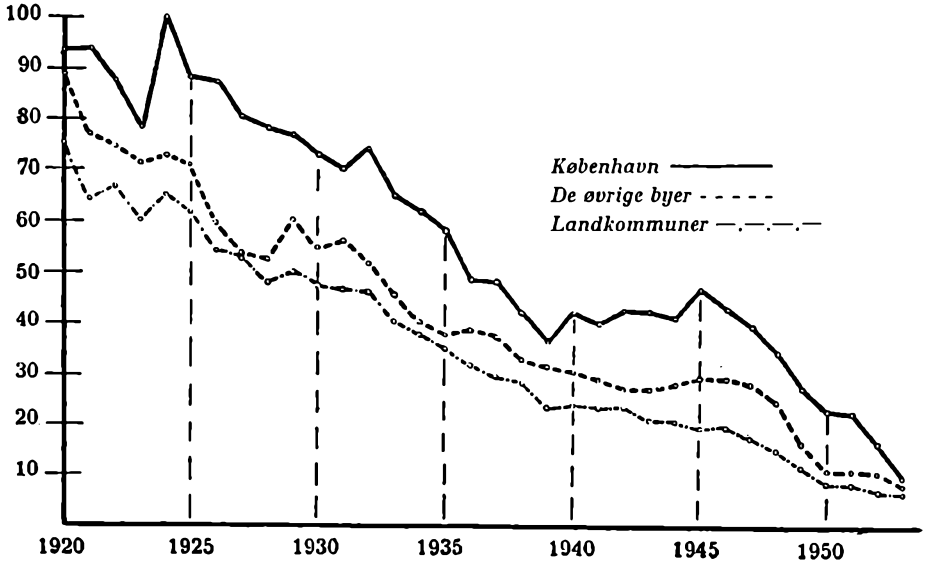
Socialministeriet, den 28. september 1956.

JOHAN STRØM.

/N. Engberg.

Dødsfald på grund af tuberkulose.

I et særtryk af »Danmarks kommunale styre« om Sundhedsværn og Sygdomsbekæmpelse forfattet af stadslægen i København, dr. med. Esther Ammundsen, findes nedenstående kurver, der viser antallet af dødsfald på grund af tuberkulose pr. 100.000 indbyggere i årene fra 1920 til 1953, henholdsvis i København, de øvrige byer og landkommunerne.



Dødsfald af tuberkulose pr. 100.000 indbyggere.

BERETNING
fra
direktoratet for sygekassevæsenet
for 1954.

Direktoratets beretninger for 1954 og 1955 vil blive udgivet samtidig og kan derfor først ventes udsendt om nogle måneder.

Direktoratet har derfor anset det for hensigtsmæssigt at udsende nedenstående foreløbige beretning for året 1954.

I. De anerkendte sygekasser.

Ved udgangen af året 1954 var antallet af sygekasser 1585, med ialt 2.456.000 ubemidlet nydende medlemmer og 282.000 bidragydende medlemmer.

Kassernes nettoformue var ved udgangen af 1954 130,35 mill. kr., svarende til 53,28 kr. pr. medlem, og kassernes reservefond var steget til 127,64 mill. kr., svarende til 59,3 pct. af den i folkeforsikringslovens § 12, stk. 1, krævede størrelse.

De samlede *indtægter* har i 1954 udgjort ca. 263 mill. kr. mod en samlet udgift på ca. 242 mill. kr. De to vigtigste indtægtsposter, nemlig medlemsbidrag og statstilskud, har udgjort henholdsvis 180,43 mill. kr. og 57,38 mill. kr. I gennemsnit for hele landet har medlemsbidraget været 73,76 kr. pr. medlem og statstilskudet 23,36 kr. pr. medlem. Sygekassernes samlede *udgifter til sygehjælp* har i 1954 udgjort 183,91 mill. kr., hvilket er en stigning fra 1953 på 4,9 pct. Udgifterne til barselhjælp har udgjort 8,38 mill. kr., til begravelseshjælp har udgifterne været 11,94 mill. kr., og udgifterne til forvaltning har været 27,06 mill. kr.

Af sygehjælpsudgifterne har 72,2 pct. været lovpligtige og 27,8 pct. frivillige ydelser. Udgifterne til almindelig lægehjælp har for samtlige kasser været 73,6 mill. kr., eller 30,10 kr. pr. medlem. Til sygehusbehandling har udgiften været 26,2 mill. kr., heraf 6,1 mill. kr. til ambulant behandling.

Til dagpengehjælp har kasserne ialt anvendt 10,81 mill. kr., svarende til 4,42 kr. pr. medlem i gennemsnit for samtlige kasser.

Statens refusion af udgiften til livsvigtig medicin udgjorde 3,89 mill. kr. Til særlig betydningsfuld medicin har kasserne ydet et tilskud på 16,43 mill. kr. og til anden medicin (»dispensationsmedicin«) på 3,75 mill. kr. Kassernes udgifter til medicin har således udgjort 24,07 mill. kr.

Sygekassernes udgifter til barselhjælp har beløbet sig til 8,8 mill. kr. Den særlige dagpengehjælp i henhold til folkeforsikringslovens § 19, stk. 4 og 5 og stk. 2, til fabriksarbejdersker o. l. har udgjort 1,33 mill. kr.

Antallet af sygedage i hjemmet for hvilke kasserne har ydet pengehjælp, har i 1954 været 5,36 mill., og pengehjælp under indlæggelse på sygehus har været ydet i 6,3 mill. dage.

Det gennemsnitlige antal sygedage pr. medlem på sygehus var 2,03 dage for mænd og 3,07 dage for kvinder. Antallet af sygemeldte personer har været 364.000.

Til frivillige ydelser har kasserne haft udgift til speciallægehjælp på 14,5 mill. kr., til tandlægehjælp på 14,9 mill. kr. og til hjemmesygepleje 3,46 mill. kr. Til massagebehandling har kasserne betalt 2,48 mill. kr. og til hjælp til anskaffelse af bandager m. v. 1,75 mill. kr., samt til briller 3,49 mill. kr.

Efter den ved lov af 31. marts 1953 gennemførte nyordning af begravelseshjælpen har alle nydende medlemmer af anerkendte sygekasser samt bidragydende medlemmer med hvilende medlemsret, ret til en begravelseshjælp på 350 kr., pristalsreguleret efter reglerne i folkeforsikringslovens § 85. Beløbet har i 1954 været 450 kr., og der er i årets løb ifølge oplysning fra danske sygekassers udligningskasse for begravelseshjælp udbetalt 12,72 mill. kr. i begravelseshjælp for 28.524 dødsfald.

I 1954 er ca. 31.050 personer anset for bemidlede efter bedømmelse af de i henhold til folkeforsikringslovens § 8 nedsatte udvalg, og der er fra de anerkendte sygekasser overført ca. 25.800 personer til fortsættelsessygekasserne.

I henhold til bestemmelserne i folkeforsikringslovens § 1, stk. 3, er der i 1954 færdigbehandlet 2.849 ansøgninger om aldersrente allerede fra det 60. år.

Der er i 1954 foretaget 483 revisioner af direktoratets revisorer i henhold til folkeforsikringslovens § 26, stk. 8, heraf 55 uanmeldte revisioner.

II. Virksomheder under kontrol af direktøren for sygekassevæsenet.

Den 31. december 1954 var der 359.831 nydende medlemmer i *fortsættelsessygekasserne* samt 3.184 bidragydende medlemmer. De samlede indtægter og udgifter har været henholdsvis 29,02 mill. kr. og 27,15 mill. kr., og udgifterne til lægehjælp og sygehusbehandling har været henholdsvis 39,01 kr. og 17,85 kr. pr. medlem.

Statsbanepersonalets sygekasse havde ved udgangen af 1954 et medlemstal på 42.266. Indtægterne har været 4,59 mill. kr. og udgifterne 4,42 mill. kr.

III. Bestyrelsen af invalideforsikringsfonden.

Det samlede antal invalideforsikrede udgjorde ved udgangen af 1954 2.666.600 medl., heraf 2.303.000 i de anerkendte sygekasser, 332.000 i fortsættelsessygekasserne og 31.600 i Statsbanepersonalets sygekasse.

Antallet af invaliderentemodtagere var den 31. december 1954 48.942, d. v. s. 11,15 pro mille af den samlede befolkning.

De fra de invalideforsikrede indgåede præmier beløb sig 1953—54 til 17,2 mill. kr., arbejdsgivernes bidrag til invalideforsikringen udgjorde 6,1 mill. kr.

IV. Forsikringen mod følger af krigsulykker.

Til erstatninger m. v. er der til og med 31. marts 1955 udbetalt 13,7 mill. kr.

Medicinudvalget.

Beretning.

I det forløbne år har udvalget behandlet ialt 170 sager. Langt de fleste har som de foregående år drejet sig om medicinalfirmaers ansøgninger om optagelse af præparater som tilskudsberettigede i henhold til de gældende bestemmelser. Også i det forløbne år har sundhedsstyrelsen og socialministeriet fulgt udvalgets indstilling. — Den 14/2 1956 udsendte socialministeriet en revideret hovedbekendtgørelse. Udvalget har henstillet til sundhedsstyrelsen, at det overvejes, hvorvidt det vil være muligt, om der udsendes tillægsbekendtgørelser regelmæssigt hver 3. måned, f. eks. den 15/3, 15/6, 15/9 og 15/12 med ikrafttræden henholdsvis 1/4, 1/7, 1/10 og 1/1.

Ligesom i de foregående år har udvalget modtaget enkelte klager fra sygekasser eller sygekassesammenslutninger over læger, som efter sygekassernes opfattelse ikke overholdt medicinordningens bestemmelser. Det har i de fleste tilfælde drejet sig om reglerne for, hvornår det er tilladt at ordinere et præparat som dispensationsmedicin. I de fleste tilfælde har udvalget måttet give sygekasserne medhold. Udvalget skal atter erindre om, at det ikke er nok som betingelse for at ordinere dispensationsmedicin, at patienten har en alvorlig og langvarig sygdom, men at lægen også skal skønne, om sygdomstilfældet til stadighed og gennem længere tid vil kræve behandling med det pågældende præparat. Dette erindrer de fleste kolleger; men der er desværre endnu en del læger, som overser, at det kun er 6 forskellige præparatgrupper, der overhovedet kan ordineres som dispensationsmedicin. De 6 grupper er i den nye hovedbekendtgørelse af 14/2 1956 markeret tydeligere end tidligere. Udvalget skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at vitaminpræparater og afføringsmidler aldrig vil kunne skrives som dispensationsmedicin, uanset om det drejer sig om en patient med en alvorlig og langvarig sygdom, der til stadighed og gennem længere tid eventuelt måtte behandles med de nævnte præparater.



Østrig.

Medicinmisbrug, eller skal vi kalde det unødvendigt brug af medicin, er et internationalt problem. Sidst i maj måned beskæftigede apotekerforeningen i Østrig sig med spørgsmålet. Kort tid forinden havde medicinalindustrien i den tyske forbundsrepublik også fremsat sit syn på medicinmisbruget. Dette skete på en pressekonference. Bortset fra visse lokale forskelligheder var problemstillingen de to steder ens. I begge tilfælde gik man ind for, at det var en misforståelse at tale om medicinmisbrug, og det stigende forbrug var begrundet i et virkeligt behov, som havde sin naturlige forklaring, bl. a. i den højere gennemsnitsalder i befolkningen. Desuden var der på grund af de økonomiske opsving, sat personer med et mindre godt helbred ind i produktionen. Man gjorde endvidere opmærksom på, at det stigende forbrug af kaffe, tobak og alkohol medfører betydelige helbredsskader, som igen medfører merforbrug af lægemidler.

Det østrigske tidsskrift for socialforsikring bemærker hertil, at der først fra 1954 kan være tale om et økonomisk opsving. I dette år fandtes der imidlertid også et stort antal arbejdsledige, og at man ligefrem

skulle have udsøgt personer med svagt helbred til indsats i arbejdsprocessen er ikke særligt troværdigt. Med hensyn til befolkningens højere gennemsnitsalder, viser sygekassernes statistik gennem en årrække, at personer i en højere alder ikke har større sygelighed end de yngre medlemmer.

Et eksempel fra Østrigs største sygekasse »Wiener Gebietskrankenkasse« viser, at apotekerforeningens to påstande er i strid med virkeligheden. I denne kasse er antallet af forsikrede fra 1953 til 1954 steget med 39.000 og antallet af forsikrede, der er genindtrådt i produktionen, med 22.000. Sygedagenes antal er dog i 1954 kun 50.000 højere end i 1953. Altså til trods for den påberåbte »højere gennemsnitsalder og sygelige personers indlemmelse i arbejdsprocessen« er sygeligheden ringere i 1954 end i 1953. Derimod er antallet af skrevne recepter steget fra 8.213.000 til 8.910.000 og dette efter, at der allerede i det forudgående år havde været en stigning på 216.000. Apotekerforeningens påstand om, at den højere gennemsnitsalder og mindre egnede personers indtræden i produktionen skulle retfærdiggøre en stigning i medikamentforbruget, tåler altså ikke en nærmere prøve.

Endvidere hedder det i det østrigske tidsskrift, at påstanden om, at det stigende forbrug af medicin skulle stå i forbindelse med forbruget af espresso, tobak og alkohol, er vel langt ude, da disse nydelsesmidler var opfundet lang tid, forinden medicinmisbruget satte ind.

Endvidere må man betænke, at man, såfremt man fordeler forbruget af 80 mill. smertestillende piller, må regne med, at spædbørn, børn og ungdom formentlig har et meget ringe forbrug. Den øvrige del af befolkningen har derfor et relativt stort forbrug. Det meget store forbrug har ikke blot en ugunstig virkning på sygekassernes økonomi, det er også sundhedsskadeligt, hvilket er konstateret af flere medicinske autoriteter. Apotekerforeningen skal derfor nok være lidt mere tilbageholdende i sin iver for at forsvare det store forbrug.

Der er i befolkningen en tyrkertro på den medicinske videnskab, og en tro på, at de medikamenter, der skrives op på en recept, er afgørende for ens helbred og velbefindende. Denne overtro, kan man vist kalde det, bestyrkes ofte af mange lægers overflødige receptskriveri. Det er uværdigt for lægerne at medvirke hertil og dermed belaste de forsikrede meget stærkt.

Fra medicinproducenternes side skulle man afholde sig fra at forklare det store medicinforbrug som et virkeligt behov.

England.

I en beretning fra det engelske sundhedsministerium over nye erfaringer fra folkesundhedstjenesten i England klages der over det store forbrug af medicin. I beretningen hedder det bl. a.: »Englænderne er blevet til et folk, hvor hver og en indtager en eller anden medicin.«

Schweiz.

»Schweizerische Krankenkassen-Zeitung« har i et ekstranummer slået til lyd for gennemførelsen af en invalideforsikring i Schweiz.

Vi læser, at sygekasserne i Schweiz i lang tid har ønsket dette værste hul i sociallovgivningen lukket, og at man beklager, at sygekasserne kun har besat 3 af 43 pladser i en ekspertkomité om dette spørgsmål.

Tidsskriftet går iøvrigt ind for, at der skal ydes invaliderne lægebehandling i henhold til den kommende lovgivning. Fra arbejdsgiver- og lægeside protesterer man herimod.

Det danske selskab havde i foråret 1955 tilrettelagt en studierejse i Schweitz for kommunalfolk. I en beretning af socialdirektør *Orla Jensen,* Århus, gengivet i Købstadsforeningens tidsskrift nr. 12/1956, fortælles det, at der er store uligheder inden for sygeforsikringen i Schweitz. Der er 1153 sygekasser og ikke et, men flere, sygekasseforbund. Ca. 70 pct. af befolkningen er sygeforsikret. Medlemsbidraget fastsættes individuelt (altså også efter familiens størrelse), her som andetsteds er de private forsikringsprincipper afgørende. Af udgifterne dækkes ca. 80 pct. gennem medlemsbidragene, ca. 13 pct. gennem offentligt tilskud og ca. 2,5 pct. gennem tilskud fra arbejdsgivere. Mindsteydelsen er lægebehandling *eller* dagpengehjælp. Mindstevarigheden er 180 dage inden for et år. Ovenpå mindsteydelsen findes betragtelige udvidelser, men sygeforsikringen dækker langt fra alle sygeudgifter. Som hovedregel skal patienten selv betale mindst 10 pct. af sygeplejeudgifterne (sygehusophold).

Man kan om sygeforsikringen sige, at man i Danmark i modsætning til Schweitz giver tykkere smør på mere brød.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Nr. 43/1956.

Godkendelse af badeanstalt.

Nyborg kur- og lysbadeanstalt, Skippergade 1, Nyborg, er godkendt til brug for sygekassemedlemmer til ydelse af almindelige bade og til diatermibehandlinger.

Nr. 44/1956.

Forhøjelse af takst på godkendt rekonvalescenthjem.

Taksten for sygekassemedlemmers ophold på rekonvalescenthjemmet »Dallund Slot« ved Odense er fra 1. januar 1957 at regne forhøjet til 11 kr. pr. døgn.

Udmærkelser.

Kongen har den 5. oktober 1956 tildelt formand for Hasle-Skejby-Lisbjerg sygekasse, murer Anders Christian Mortensen af Hasle i Hasle sogn under Aarhus amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Murer Anders Chr. Mortensen, der er født i 1876, valgtes til formand for Hasle-Skejby-Lisbjerg sygekasse den 27. februar 1916 og har siden virket i hvervet. Desuden var han tillige sygekassens kasserer i tidsrummet 1921—1925.

Kongen har den 5. oktober 1956 tildelt kasserer for Vrensted sygekasse, sognefoged Søren Nielsen af Vrensted i Vrensted sogn under Hjørring amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Sognefoged Søren Nielsen, der er født i 1881, valgtes til kasserer for Vrensted sygekasse i marts 1920 og har siden virket i dette hverv.

Søren Nielsen har foruden tillidshvervet i sygekassen haft en lang række andre offentlige hverv; han har således været sognefoged og lægdsmand siden

1929, medlem af sognerådet fra 1925 til 1954 og formand for socialudvalget og børneværnsudvalget fra 1942 til 1950.

Kongen har den 28. september 1956 tildelt kasserer for Augustenborg sygekasse, fhv. smedemester *Jørgen Hansen Sandholdt* af Augustenborg i Sønderjylland, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Smedemester Jørgen Hansen Sandholdt, der er født 1881 i Hoptrup, valgtes til formand og kasserer for sygekassen »Folkets Vel« i Augustenborg i 1920. I 1934, da formands- og kassererposten deltes på grund af sygekassens størrelse, valgtes Jørgen Sandholdt til kasserer, og han har siden da varetaget dette hverv.

Desuden har han i en årrække været medlem af bestyrelsen for Centralforeningen af sygekasser i Sønderjylland og har endvidere haft forskellige andre offentlige tillidshverv.

Kongen har under 11. oktober 1956 tildelt forretningsfører for Haderslev bys sygekasse Viggo Hansen af Haderslev fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Forretningsfører Viggo Hansen, der er født 1891, ansattes som kasserer, senere som forretningsfører for Haderslev bys sygekasse ved sygekassens stiftelse i 1920 og har siden virket som sådan.

Foruden dette hverv har Viggo Hansen været næstformand i centralforeningen af sygekasser i Sønderjylland siden dens stiftelse, og han er siden august måned 1956 valgt til formand for centralforeningen, ligesom han er formand for sygeforsikringsforeningen »Sønderjylland«, medlem af sygekassenævnet, medlem af invalidenævnet i Sønderborg, medlem af magistraten i Haderslev og formand for det sociale udvalg der.

Kongen har under 11. oktober 1956 tildelt kasserer for Tyrstrup sogns sygekasse, fhv. gårdejer Georg Martin Boisen af Tyrstrup i Sønderjylland fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme.

Gårdejer Georg Martin Boisen, der er født 1886, valgtes til kasserer for Tyrstrup sogns sygekasse ved dens stiftelse i 1921 og har virket siden i hvervet.

Han har desuden i en årrække været medlem af bestyrelsen for centralforeningen af sygekasser i Sønderjylland, og han har haft forskellige andre offentlige tillidshverv, bl. a. som medlem af sognerådet og det sociale udvalg og som kommunalrevisor.

Kongen har den 11. oktober 1956 tildelt formand og kasserer for Nørholm sogns sygekasse, gårdejer Niels Aagaard, Nørholm under Aalborg amt, fortjenstmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme. — Gårdejer Niels Aagaard, der er født 1881, valgtes til formand og kasserer for Nørholm sogns sygekasse ved dens stiftelse den 1. juni 1916 og har siden virket i disse hverv.

Foruden disse hverv har Niels Aagaard haft forskellige andre offentlige tillidshverv, bl. a. som medlem af sognerådet og som kommunekasserer.

Kongen har den 11. oktober 1956 tildelt formanden for den almindelige sygekasse i Bogense, fhv. snedker Jørgen Andreas Hansen af Bogense, fortjentmedaillen i sølv med tilladelse til at bære samme. Jørgen Andreas Hansen, der er født 1876, var medstifter af sygekassen i 1902 og medlem af sygekassens bestyrelse fra 1918, indtil han i 1927 valgtes til formand, hvilket hverv han siden har varetaget.

Foruden hvervet som sygekasseformand har Jørgen Andreas Hansen varetaget en række andre offentlige tillidshverv, bl. a. har han i 16 år været medlem af centralforeningen af hjemmesygeplejevirksomheden i Odense amt.

Uddannede husmoderafløseres løn fra 1. okt. 1956.

Socialministeriets cirkulære af 22. september 1956.

Efter de fra 1. oktober 1956 gældende ændringer af reguleringstillæggene m. v. til statens tjenestemænd udgør de grænser for den samlede refusionsberettigende løn til uddannede husmoderafløsere og dermed ligestillede, der til vejledning er angivet i cirkulære nr. 119 af 12. juni 1952 om husmoderafløsning, følgende beløb for husmoderafløsere i København, Frederiksberg og Gentofte:

	Årsløn kr.	Timel. kr.
Forsørgere i tjenestemandslovens forstand	11.148,00	4,47
Ikke-forsørgere over 30 år	9.988,08	4,00
Ikke-forsørgere mellem 25 og 30 år	9.196,08	3,68
Ikke-forsørgere under 25 år	8.668,08	3,47

I de øvrige dele af landet formindskes de nævnte lønningsgrænser på grund af forskellen i stedtillæg med følgende beløb:

Stedtillægssats	Årsløn kr.	Timel. kr.
b	144	0,06
c	282	0,11
d	384	0,15
e	540	0,22
intet stedtillæg ..	648	0,26

For husmoderafløsere, der ikke har gennemgået den i arbejds- og socialministeriets cirkulære af 12. juni 1952 omhandlede uddannelse, kan til refusion fremdeles kun anmeldes en lønning af samme størrelse som den løn, der normalt ydes på den pågældende egn for tilsvarende husligt arbejde.

Til sygekasserne.

Abonnement på Sygekassetidende kan bestilles enten gennem postvæsenet eller hos bladets ekspedition.

Bestilling hos postvæsenet

Abonnementsafgiften for blade, der er bestilt hos postvæsenet, opkræves af postvæsenet hos den enkelte modtager.

Bestilling hos ekspeditionen.

Sygekasser, der ønsker abonnementsafgiften opkrævet samlet hos sygekassen for de blade, som sendes til tillidsmændene og funktionærerne for kassens regning, bør bestille bladene hos ekspeditionen, Nyropsgade 37, København V.

Overgang fra postbestilt til levering gennem ekspeditionen.

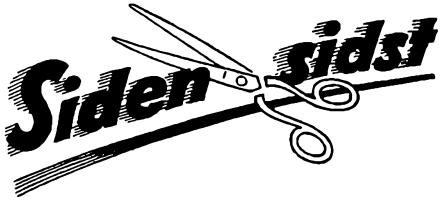
Sygekasser, der fra 1. januar 1957 ønsker at overgå til bestilling hos ekspeditionen, bedes snarest indsende en fortegnelse til ekspeditionen over de personer, der fra denne dato skal modtage bladet for kassens regning. Fortegnelsen må indeholde oplysning om de pågældendes stilling, fulde navn og postadresse. Kassen bør herefter gøre de pågældende tillidsmænd opmærksom på, at de ikke selv skal betale for bladet, når regning præsenteres af postbudet i december måned.

Forretningsførerne

på Sjælland afholder møde lørdag den 17. november kl. 14 i Sygekassernes Optik A/S, Nørregade 41, København.

Efter mødet fællesspisning, medbring madpakke.

Deltagelse bedes anmeldt senest den 12. november til Sygekassernes Optik.



Formuegrænserne. Under den politiske debat i sidste måned lovede finansminister Kampmann, at følgerne af den kommende ejendomsskyld-vurdering skulle blive overvejet, bl. a. med henblik på formuegrænserne for medlemsskab i en sygekasse.

★

Sygekassekommissionen. Ved åbningen af den nye folketingssamling udtalte statsminister H. C. Hansen, at regeringen ville fremskynde arbejdet i den siddende sygekassekommission.

★

De samvirkende centralforeninger har udsendt en ny fortegnelse over samtlige sygekasser og fortsættelsessygekasser med angivelse af adresser m. v. I fortegnelsen findes endvidere gaderegistre for hovedstadsområdet.

★

Thisted sygekasse flyttede sidst i september ind i eget hus på Jernbanegade. Gennem flere år har kassen tumlet med planer om at bygge eget hus på en grund, den allerede havde erhvervet, men disse planer blev skrinlagt. I stedet købte kassen i foråret sin nuværende bygning, der efter en grundig istandsættelse er indrettet til moderne og hensigtsmæssige kontorlokaler for kassen.

★

Dronninglund gamle sygehus, der har stået ubenyttet et år, skal nu indrettes til hjem for kronisk syge. Hjemmet, der får plads til 31 kronisk syge, ventes færdigt til foråret. Da hjemmet er beliggende ved siden af det nye sygehus, laver man fælles husholdning og forvaltning med dette.

★

Som *optræningsværksted for erhvervshæmmede* mænd og kvinder til nådlersker og skotøjsarbejdere med henblik på senere ansættelse ved den almindelige skotøjsindustri har Samfundet og Hjemmet for Vanføre i samarbejde med Landsforeningen for Vanføre overtaget en skotøjsfabrik i København. Fabriken, der har fået navnet Skala-Sko, skal producere fabrikfremstillet fodtøj over speciallæst til brug for ortopædiske patienter. Fabriken vil dog også fremstille almindeligt fodtøj, der agtes afsat i konkurrence med andre skotøjsfabriker.

★

Foreningen af Hjemmesygeplejevirksomheder genvalgte på sit repræsentantskabsmøde i juni måned til sin hovedbestyrelse bl. a. formanden for Kolding sygekasse af 1884, repræsentant J. P. Jensen, og forretningsfører K. Wendelbo Petersen, Glostrup bys sygekasse. Nyvalgt blev kassereren for Hammelev sygekasse i Sønderjylland, H. Matthiesen, Styding.

★

Centralforeningen på Færøerne afholdt i dagene 23.—26. oktober instruktionskursus for de færøske kassers funktionærer. Forretningsfører Harry Johansen, Torshavn sygekasse, gennemgik for deltagerne sygekassernes regnkabsvæsen og herunder de forskellige indberetningsskemaer. I tilslutning til kurset holdt en fuldmægtig fra Rigsombudsmandens kontor foredrag om den færøske sociallovgivning.

Nordisk socialforsikringsmøde, det fjerde i rækken, blev afholdt i dagene fra den 13. til 15. september i Oslo. En tak til Norge for den glimrende tilrettelæggelse af mødet og den store gæstfrihed.

★

Skoletandklinik. Nørresundby byråd har vedtaget at oprette en kommunal skoletandklinik, der skal have lokaler i Godthaabsgades nye skole og ventes i gang til nytår. Anlægsudgiften anslås til 50.000 kr. og driftsudgifterne til 45.000 kr. årlig. Der er tilmeldt ca. 1200 børn, så den anslåede årlige udgift bliver ca. 40 kr. pr. barn.

★

Fortsættelsessygekassen for Thisted amt har som forretningsfører i stedet for pens. lærer O. Kirch, Klim, ansat mejeribestyrer Jens Friis, Morup mølle. Til stillingen, der har været opslået i den lokale presse, var 44 ansøgere.

★

Skjern kommunes sygekasse har på en ekstraordinær generalforsamling i september måned vedtaget at indføre tandpleje fra 1. januar 1957.

★

Penicillintabletter. Roskilde Medical Company ltd. har som den første danske medicinfabrik bragt en penicillintablet i handelen. I Ugeskrift for læger hedder det: Spørgsmålet om tablet-behandlingens placering er endnu ikke afklaret. Der kan dog allerede nu ses visse naturlige anvendelses-områder for et virkningsfuldt, pålideligt og billigt penicillin-præparat.

Mærkedage

70 år.

Kassereren for Øster Lindet sogns sygekasse, smedemester *Johs. Møller,* kan den 21. november fejre sin 70-års fødselsdag.

Det er en lang tjenestetid, han har at se tilbage på, idet han for godt og vel 30 år siden trådte i sygekassens tjeneste, først et par år som formand, derefter som kasserer, en stilling, han har varetaget gennem de mange år med aldrig svigtende interesse og pligttroskab. Desuden har han for de skiftende bestyrelser været en særdeles behagelig medarbejder.

30 års jubilæum.

Den 1. november har husmand *Laurits Karl Larsen,* Taastrup, i 30 år virket som formand for Harlev-Framlev sygekasse i Århus amt.

Erindringsliste

1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *mindst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

Redaktion og ekspedition:
Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75
Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg

Sygekassetidende *60. årgang . december 1956 . nr.* **12**

Sygekassernes Optik frifundet.

Hvorfor urmagerne og de private optikere har bekæmpet Sygekassernes Optik gennem 25 år.

Lige siden Sygekassernes Optik i 1931 åbnede sin første forretning i København, har de private optikere og urmagerne søgt at komme dette firma til livs.

Optikerorganisationerne har et par gange anlagt sag mod firmaet på ganske ubetydelige områder og en gang anlagt sag ved Østre Landsret mod socialministeriet, fordi ministeriet havde godkendt, at sygekasserne i København havde indgået overenskomst med Sygekassernes Optik. I denne sag fik optikerne for så vidt ret, idet ministeriet ikke havde lovhjemmel til at blande sig i disse overenskomstspørgsmål. Hvad optikerne egentlig ville med denne afgørelse, var det svært at se, idet ministeriet absolut ikke havde modarbejdet de private optikeres interesser. Man har nærmest fået det indtryk, at optikerne til stadighed ønsker at have retssager løbende, og navnlig ønsker at udsende meddelelser gennem Erhvervenes oplysningsbureau om, at nu kommer den helt store sag mod dette forkastelige firma, som slutter overenskomst med sygekasserne om salg af briller på fordelagtige vilkår for sygekassernes medlemmer.

Gennem meget lang tid har Erhvervenes oplysningsbureau bebudet den retssag, som nu har fundet sin afslutning ved Sø- og Handelsretten med pure frifindelse for Sygekassernes Optik.

Sagen gik i korthed ud på, at optikerorganisationerne ønskede Sygekassernes Optik dømt for i annoncer at have anført navnet »Sygekassernes Optik« uden angivelse af »A/S«. Et noget mærkeligt ønske fra optikernes side, eftersom det er meget sjældent, at et aktieselskab i sine annoncer anfører A/S efter sit navn. Det er da også af ganske underordnet betydning for en kunde at vide, om forretningen er et aktieselskab eller et enkeltmandsfirma.

Optikerorganisationerne var endvidere utilfredse med, at Sygekassernes Optik reklamerede med »Sygekassernes Optik er eneste specialoptik, der har overenskomst med sygekasserne« og »Eneste specialoptiker, der har overenskomst med sygekasserne«.

Mærkeligt nok rejste optikerne også bebrejdelse mod Sygekassernes Optik, fordi sygekasserne i deres tryksager til medlemmerne henviste til Sygekassernes Optik og gjorde medlemmerne opmærksomme på, at Sygekassernes Optik er det eneste firma, som fører en brille godkendt af sygekasserne. Nu er det jo noget svært at se, hvilket ansvar Sygekassernes Optik kan have for sygekassernes tryksager, men fra optikernes side er man nøjsomme, når man skal finde emner for retssager. Snart rejser man sag mod socialministeriet og snart rejser man sag mod Sygekassernes Optik, selv om de pågældende ikke har ansvar for de rejste spørgsmål.

Sygekassernes Optik sagde hus forbi naturligvis, idet de ikke har ansvar for sygekassernes tryksager, og retten fulgte Sygekassernes Optik.

Derimod udtalte retten, at man var enig med de private optikere i, at sygekassernes henvisninger og meddelelser til medlemmerne har været egnet til at virke vildledende på medlemmerne og bibringe dem den tro, at de på recepter kun kunne få godkendte briller hos Sygekassernes Optik. Retten fandt imidlertid, at det ikke var godtgjort, at der var en sådan forbindelse mellem Sygekassernes Optik og De samvirkende sygekasser i København, at man kunne lægge ansvar herfor på Sygekassernes Optik. Der blev derfor også frifindelse på dette punkt.

Man studser lidt, når man læser, at sygekassernes vejledninger til medlemmerne efter Sø- og Handelsrettens opfattelse er vildledende. Det har altid været sygekassernes pligt at vejlede medlemmerne efter bedste evne. Sygekasserne henviser til Sygekassernes Optik, fordi medlemmerne dèr kan få et brillestel, der er godkendt af sygekasserne, og fordi sygekasserne dèr har føling med hele forretningsgangen. At medlemmerne endeligt får mere for pengene end hos de private optikere, dersom de ønsker et andet stel end det, som sygekasserne betaler fuldt ud, søger de private optikere behændigt at skjule. Vi skal slet ikke tale om, hvordan medlemmerne prismæssigt ville være stillet, dersom der ikke var noget, som hed Sygekassernes Optik med eller uden A/S.

Ud fra et optikersynspunkt er der vel ikke noget at sige til, at man ønsker at tjene så mange penge som muligt på brillesalget. På den anden side må man også forstå, at sygekasserne er interesseret i, at medlemmerne kan købe briller til fornuftige priser. Disse to interesser vil ikke kunne forliges, men vi imødeser den næste retssag med tryghed.

Om sindssyge og sindssygehospitaler

Af overlæge, dr. med. Vagn Zahle.

Fra Mentalhygiejnisk Tidsskrift følgende artikel:

Vi, der arbejder eller har arbejdet i et sindssygehospital, ser helt anderledes på dette end de mennesker, der ikke personligt kender det. Vi tror, at vort syn er rigtigere end deres, som aldrig har været rettet på det faktiske, der sker i og lever i et sindssygehospital, og vi ville derfor gerne fortælle om, hvad vi ser, og hvad man altså kan se i de store hospitaler, hvor tusinder af vore medmennesker må tilbringe en kortere eller længere del af deres liv.

Det er ikke for meget sagt, at vi oplever sindssygehospitaler som steder, hvor respekten for det menneskelige i alle dets afskygninger sættes i højsædet. Vi ser her mennesker kæmpe med deres vanskeligheder — hver på deres måde og gang på gang på en måde, der viser deres værdi.

John Steinbeck siger i »Øst for Paradis« noget vigtigt, hvis rigtighed står en klart, hvis man formår at føle, hvad der sker omkring en i de sindssyge, som af nogle kun opfattes som sørgelige eller endog latterlige skabninger: Jeg føler, at et menneske er en meget væsentlig ting — måske mere væsentlig end en stjerne... Jeg føler nu en ny kærlighed for dette strålende instrument, menneskets sjæl. Det er noget elskeligt og enestående i universet. Det angribes altid og går aldrig til grunde...

Den patient, som har en manio-depressiv sindslidelse eller ungdomssløvsind — de to »store«, hyppigste sindslidelser — går netop ikke til grunde. Han bliver anderledes end os andre — for en tid eller for bestandig — men berøvet konventionelle omsvøb, som ofte gør os raske lidet fængslende, ser man desto tydeligere noget egentligt og oprindeligt. Selv de meget medtagne, som synes helt opslugte af deres indre oplevelser, kan i glimt vise deres værdighed og forøvrigt også, hvor fuldstændig man tog fejl, når man troede, at de ikke på deres måde tog del i, hvad der skete omkring dem.

Det er endvidere en kendt sag, at man ikke kan narre den sindssyge ved at forstille sig. Han hæfter sig måske ikke så meget ved ordene, man bruger, men desto mere ved ens virkelige indstilling over for ham, ved ens holdning. Den ægte følte venlighed forstår han og er taknemmelig for. Denne påfaldende bevarelse hos den syge af sansen for menneskelig kvalitet hos hans omgivelser viser tillige, at han vel i virkeligheden ikke er så meget anderledes end — de bedste af — os. Den sindssyge kan lide børn, som blottet for den voksnes gustne overlæg og bedreviden forholder sig ganske naturligt over for ham. Funktionærbørn har en dejlig tilværelse på et sindssygehospital, bl. a. på grund af patienternes rørende venlighed

mod dem. Og de sindssyge glædes og sørger, som vi andre gør det. Hvordan skulle de da også være anderledes?

Naturligvis vil det kunne føles mere smerteligt end måske noget andet at se en af sine nærmeste blive forandret, blive en anden, men det må være til støtte at vide, at denne anden som regel på sin helt egne, sære måde dog ikke går til grunde.

Lærte De livet at kende på en måske overfyldt, måske lidet komfortabel sindssygeafdeling — for dem er der desværre alt for mange af endnu — selv der vil De mærke den hjertelige atmosfære, inspireret af funktionærerne og ikke mindst af sygeplejerskerne, som er sammen med patienterne hele dagen, og det livlige og venlige samliv, der hersker mellem funktionærer og patienter med frodig vekselvirkning og gensidigt udbytte.

Og der er andet, som vil være den til støtte, som må overgive sin kæreste — om det nu er en ægtefælle, et barn, faderen eller moderen — til et sindssygehospital.

En sindssygdom er også et værn.

Sindssygdommen skal ingenlunde kun betragtes som en sygdom, der nedbryder. Hvor mærkeligt det end lyder, vil sygdommen også og for størstedelen kunne betragtes som et værn, som en udvej i en nødssituation til en meget anden og underlig, men dog fredeligere tilstand. Det skal siges, at den begyndende sindssygdom jævnligt føles som højst ængstende og pinagtig, men er begyndelsesstadiet overstået, falder der en ro over patienten, som han måske ikke længe har følt. Han har været i en indre konflikt, som han ikke kunne løse på en realistisk måde. Sygdommen blev løsningen. Den sindssyges indre verden er ikke det mørke, der tales om, eller den elendighed, man tror, men oftest en ganske venlig og lys. Og sådan er hans ydre verden, sindssygehospitalet, også — når det er bedst. Danske sindssygehospitaler har hidtil måttet leve for meget efter devisen: Hvad udad ikke kan vindes, må vindes indad. Den forandring bort fra det vel dystre og henimod det lyse og venlige og ikke-skræmmende, der er sket på danske sindssygehospitaler i løbet af de sidste årtier, er helt forbavsende og helt glædelig. Og det må mere end ord være denne kendsgerning, der skulle forandre vort eller Deres syn på vore sindssyge.

Dette her beskrevne syn på sindssyge og sindssygehospitaler er for mig at se rigtigt, men det er ikke fuldstændigt.

Der er sindssyge skæbner, som både er tragiske for andre og brændende pinagtige for dem, hvis lod de bliver. Men moderne behandling kan lindre og endogså fjerne disse tilstande. Moderne sindssygelæger ligger ikke på den lade side. De kan som nævnt måske godt indse, at sinds-

sygdomme på et vist tidspunkt og med visse forudsætninger var et kompromis med fordele for patienter, men vilkårene, de indre som de ydre, kan ændres, man gør sig umage for at ændre dem, og i den nye situation søger man at bringe patienterne henimod en løsning, som nu er mulig, en hensigtsmæssigere og sundere. Ikke mindst sættes der ind på at modarbejde den selvopslugthed, som er ungdomssløvsindets karakteristikum. Den behandling, som her i al stilfærdighed og uden visse andre behandlingers noget brovtende fanfarer har betydet mest, er beskæftigelsesterapien, den nu uundværlige sysselsætten af patienterne, en beskæftigelse, som kan forblive ved det beskedne, men som også har ført adskillige op og ud til deres sædvanlige arbejde udenfor hospitalet.

Ja — udenfor hospitalet. Her ophører som regel sygeplejerskernes og lægernes indflydelse. Nu begynder for alvor Deres. Med det ansvar, som De i al rimelighed må føle for disse mennesker, der som andre ikke vil være Dem uvedkommende. Det, vi beder om, er netop i al rimelighed. Vi beder ikke om ofre, men blot om Deres realistiske indstilling og Deres venlighed. Et ophold på et sindssygehospital bør i sig selv ikke virke diskvalificerende — og det gør det stadig i for høj grad. Det afgørende bør nødvendigvis være den tilstand, som patienten nu befinder sig i og den sygdom, han nu har overstået eller er ved at overstå, for så vidt dens art og grad giver fingerpeg for fremtiden.

Det er ikke topstillinger den nyligt syge bør have — han ønsker dem ikke og har ikke godt af dem. Og er risikoen for tilbagefald antagelig — og det *kan* den være — skal det ikke forlanges, at han knyttes til Dem i et arbejde, som ikke kan overtages af en anden med kort varsel uden for stor gene for Dem eller under vilkår, som kommer Dem til skade i tilfælde af hans tilbagefald.

Sindssygdomme er sygdomme, ikke som andre sygdomme, men med et særpræg, som alt for hyppigt i milieuet vækker forestillinger, som ikke har bund i virkeligheden. Det er sygdomstilfælde, hvoraf — som andre sygdomstilfælde — en vis betydelig del helt og aldeles svinder og efterlader personen fuldt så handlekraftig og frodig, som han var, før sygdommen satte ind. Husk det og forsøg også på dette område at lade fordommene vige for det mere nøgterne og klare syn.

Det er så grumme trist, når så mange først kan lade disse fordomme falde, når de selv er blevet patient eller tidligere patient.

Hvor er det dejligt, at hverken De, som med så stor forståelse har læst disse spredte bemærkninger om sindssyge og sindssygehospitaler, eller jeg, som med så stor fornøjelse har fortalt Dem om disse problemer, at vi ikke er så hildede —

Vi må ikke glemme de små.

Af forfatter Johs. Borgen.

Når man i mange år har beskæftiget sig med børneforsorg, er det rent utroligt, hvor mange opgaver der bliver lagt hen til een; men det er heldigvis sjældent, man bliver bedt om at være behjælpelig med at råbe et »vagt i gevær« over for manglen på udnyttelsen af de muligheder, samfundet har givet os til at hjælpe børn, der virkeligt trænger! Netop i dette århundrede har samfundet i høj og prisværdig grad søgt at lette og mildne børnenes kår, og ikke mindst må man glædes ved hele den udmærkede orden, der er kommet i arbejdet med småbørnene. Sundhedsplejersker, børneplejestationer, vuggestuer, børnehaver og mange andre prisværdige fremskridt er blevet det strålende resultat af det private initiativs forståelse af og kamp for at hjælpe de små.

Skal man derfor i dag søge at rejse endnu en »sag«, der gælder småbørn, møder man både hjælp og forståelse hos det offentlige. De bevilgende myndigheder er lydhøre for sådanne krav. Børnehjælpsdagen, Rundskuedagen og mange andre institutioner er parate til at sætte det nye igang, og nye foreninger som f. eks. Red Barnet står også rede. Inden for sygekassekredse kender man også dette, og gælder det syge eller svage børn, er det også let at vinde gehør her.

De to sidstnævnte institutioner har bl. a. på et område et fortræffeligt samarbejde. Svage børns rekreationsophold er organiseret på en rent ud forbilledlig måde, bl. a. gennem oprettelse og drift af hjem, hvor børn, der er svækkede efter en sygdomsbehandling, kan genvinde helbredet og samle kræfter til at vende tilbage til dagliglivets ofte ikke alt for gode kår.

Hvor meget man ellers er nået frem med løsningen af sådanne særopgaver, står samfundet dog alligevel magtesløse over for dette at skabe børnene, og navnlig småbørnene, rimelige livsvilkår i vore store og større byer. Gaderne er en komplet håbløs legeplads, bykosten — ikke mindst hvor moderen er udearbejdende — er svær at tilpasse småbarnet, fordi både de store børn og de voksne ikke ligefrem elsker den mad, småbørn helst skal have, og boligforholdene er ofte af en sådan standard, at hjemmet ikke kan blive det bedst mulige grosted for småfolket.

Derfor er det lykkeligt, at samfundet sørger for at hjælpe på vanskelighederne gennem det væld af gode børneinstitutioner, storbyerne faktisk rummer. Tilbunds er disse opgaver endnu ikke løst, men der udrettes dog et påskønnelsesværdigt og meget omfattende arbejde her, og det skal vi være glade for — og *er* det. Men der er dog nogle bestemte børn, man glemmer at

tage sig af. De trætte børn, de, der er svage efter langvarig sygdom på sygehus eller i hjem. Man ved nok, at der findes børnerekreationshjem, men det er ligesom man ikke rigtigt endnu har forstået betydningen af disse.

Børnehavebarnet kommer hjem fra hospitalet. Mor er udearbejdende og bringer derfor barnet hen i den børnehave, hvor det gik inden sygdommen, og bringer det derhen allerede een eller få dage efter hjemkomsten. Nu er en børnehave et dejligt sted, hvor alt er indrettet efter barnets tarv, hvor dygtige og kærlige kvinder anvender al deres kraft og al deres kunnen på at gøre tilværelsen tålelig — og sund for de børn, man betror dem. Men et *rekreationssted* for svage børn er det ikke — og skal det ikke være, kan det ikke være. De andre, de raske og sunde børn, skal jo dog have lov at leve deres normale liv, og det er nu trods al ledelse ikke støjfrit. Det er heldigvis ikke så lidt uroligt, for sådan er det både naturligt og pædagogisk rigtig. Kræfterne er der, og de skal bruges.

Når så det svage barn i 10—11 timer har levet mellem raske børn og dødtræt vender hjem med mor ved hånden, fortsættes uroen. Mor skal skynde sig med madlavning, de større børn snakker om dagens oplevelser, og når sovetiden endelig indtræffer — ja, hvordan er så hvilemulighederne i den 2-værelsers for det lille, trætte barn. Nok falder det dødtræt i søvn, men den genopbyggende kraft, en normal og god søvn indebærer, forstyrres, ja, ødelægges af den uundgåelige støj, de store børns og de voksnes naturlige færden fremkalder. Hvor bliver den 10-timers hvile i søvnens arme, som børnehavebarnet skal og må have, hvor bliver den så af?

Derfor er det en lykke, at man har oprettet og driver rekreationshjem også for vore småfolk. I København har vi »Stockholms-Gave«, hvor børn i alderen fra 1/2—3 år optages, dog udelukkende når de er henvist hertil fra et af de kommunale hospitaler. Belægningen her er nogenlunde tilfredsstillende, følgende årets rytme, med højeste belægning i vintertiden. Og så er det jo dog også sådan, at hvor godt et barn end kan have det på et så udmærket sted, så følger moderen, — tilskyndet af de forholdsvis hyppige besøg — trang til at tage barnet hjem så tidligt, det nu kan lade sig gøre. De er jo små og trænger hårdt til netop deres mors egen pleje og omhu. Men børnene i børnehavealderen da?

Ja, der er jo rekreationshjemmet oppe i Lynæs. Det ligger vidunderlig smukt og er på alle måder velindrettet og vel ledet. I drift hele året og med indlægsmuligheder for alle trængende børn. Hjemmet giver børnene fortræffelige muligheder for at opnå den hvile, den genvindelse af kræfter og sundhed, det svage barn har behov efter langvarig sygdom i hjemmet eller på et hospital. Enhver læge kan henvise sine trængende små patienter hertil.

Vi sygekassefolk ved, at den er der, og vore vedtægter giver os muligheder for at yde hjælp til vore medlemmers svage børn, når de søger derop. Hvem er det da, vi skal se at vække til eftertanke, vække til at forstå, at vore svage småbørn kan sendes på rekreation, hvilket et lille barn kan have behov for måske i større udstrækning end et voksent medlem? Barnets hjemlige miljø er i mange tilfælde — som påpeget tidligere — ikke for et barn i rekreationsperioden.

De mange forældre, der dels ikke fuldt ud forstår den gave, de der kan give deres børn, og som samtidig så grusomt nødig vil sende børnene hjemmefra? Børnehavebarnet er jo dog endnu et »lille barn«, og det må jo være hårdt for det at komme hjemme fra i flere uger!?

Det er til disse forældre, jeg gerne vil sige — og bede de, der læser dette, at sige — at netop i børnehavealderen kendes begrebet hjemvé slet ikke. Når barnet skal skilles fra moderen, er der tårer måske, javel, for mor har dem jo i øjnene, men så snart mor er væk, er barnetårerne gået samme vej. Det ny og spændende optager barnet komplet og det lever sig aldeles omgående glad og tryg ind i alt det nye. De mange års erfaringer fra børnehavebørns landophold gør, at jeg med sikkerhed kan sige dette til forældrene.

Børnehavebarnet, hjemkommet fra hospitalet eller opstået efter et langt sygeleje hjemme, trænger meget til ro og hvile, det ved vi børnehavefolk af al for hyppig erfaring.

Forslag til lov om hjemmesygepleje.

Sidst i oktober måned fremsatte indenrigsministeren i folketinget forslag til lov om hjemmesygepleje. Forslaget er udarbejdet på grundlag af en betænkning, der blev afgivet i 1953 af et i 1947 nedsat udvalg.

Udvalget fik oprindeligt den opgave at undersøge og redegøre for hjemmesygeplejens erhvervs- og arbejdsforhold og fremkomme med forslag til omlægning af hjemmesygeplejen. Man tænkte sig, at en fremtidig ordning af hjemmesygeplejen skulle ske i tilknytning til sygehusene.

Efter at have foretaget forskellige undersøgelser kom udvalget imidlertid til det resultat, at det ville være forkert at centralisere hjemmesygeplejen. I kraft af sin historiske udvikling hører ledelsen af hjemmesygeplejen hjemme i kommunerne. Hertil kommer, at hjemmesygeplejen fortsat har tilslutning fra vide kredse af befolkningen, der ved økonomiske bidrag og frivillig arbejdsindsats bidrager til dens opretholdelse.

Hjemmesygeplejens nuværende organisation.

Den nuværende hjemmesygepleje hviler på bestemmelser i forsorgslovens § 33. Ifølge disse bestemmelser har kommunerne pligt til at drage omsorg for en forsvarlig ordning af hjemmesygeplejen i kommunen. Kommunen behøver ikke

selv at administrere ordningen, men kan slutte overenskomst herom med sygekasser, menighedsplejer, private sygeplejeforeninger eller nabokommuner.

For sygekassernes vedkommende er der gennem bestemmelserne i folkeforsikringslovens § 22 givet kasserne adgang til at optage hjemmesygepleje blandt sine frivillige ydelser. De nærmere regler for sygekassernes ydelse af hjemmesygepleje er fastsat i en bekendtgørelse fra socialministeriet af 12. maj 1934 (se sygekassernes samlemapper, rødt bind I, § 8, nr. 9).

For så vidt skulle der ikke være nogen grund til at fremkomme med forslag til ændring af hjemmesygeplejen, men i den afgivne betænkning er påpeget visse mangler ved den nuværende hjemmesygepleje, som man ønsker rettet.

Trods kommunernes pligt til at oprette hjemmesygepleje var der i 1952 endnu ikke oprettet hjemmesygepleje i 236 sognekommuner med ca. 1/4 mill. indbyggere. Hertil kommer, at hjemmesygeplejen i mange kommuner ikke omfatter alle kommunens indbyggere, men ofte kun trangspatienter samt medlemmer af sygekassen og hjemmesygeplejeforeningen. Endelig er påpeget, at hjemmesygeplejen ofte administreres uhensigtsmæssigt, idet der findes virksomheder med for få indbyggere samt virksomheder med for stort indbyggertal, hvorved sygeplejersken ikke kan overkomme at yde pleje i alle de tilfælde, hvor der er behov derfor.

Hvad økonomien angår har udvalget anført, at den bør ind under fastere rammer, ligesom der må gives kommunerne adgang til at få en større del af deres udgifter refunderet.

Lovforslaget.

I lovforslagets § 1 er fastsat bestemmelser om, at enhver kommunalbestyrelse skal drage omsorg for, at der i kommunen til enhver tid findes en forsvarlig hjemmesygeplejeordning for alle kommunens indbyggere. Efter denne bestemmelse skal der således oprettes hjemmesygeplejeordning i de kommuner, som endnu ikke har en sådan, ligesom ordningen alle øvrige steder skal udvides til at omfatte samtlige indbyggere i kommunen.

Som hidtil gældende er i forslaget fastsat bestemmelser om, at flere kommuner kan slå sig sammen om at oprette hjemmesygepleje, ligesom kommunerne fortsat vil kunne overlade administrationen af denne til sygekasser, hjemmesygeplejeforeninger eller menighedsplejer. I bemærkningerne til lovforslaget anbefales iøvrigt, at man i kommuner med husmoderafløsning etablerer samarbejde mellem husmoderafløsningen og hjemmesygeplejen.

Hjemmesygeplejen skal fremtidig undergives tilsyn af embedslægerne med henblik på den bedst mulige tilrettelægning af plejen.

Økonomien.

En kommune kan efter forslaget vedtage at oprette vederlagsfri hjemmesygepleje for samtlige ind-

byggere. Forslaget åbner dog adgang til, at der kan kræves betaling for plejen hos de, der ikke er i trang eller er sikret hjemmesygepleje gennem sygekasse eller hjemmesygeplejeforening. Denne betaling samt medlemskontingenterne til sygeplejeforeningerne skal godkendes.

Efter forslaget vil der kunne ydes kommunerne større mellemkommunal refusion af en del af udgifterne end hidtil. Således vil der almindeligvis kunne anmeldes et beløb til refusion svarende til 2,50 kr. pr. indbygger i kommunen. Såfremt en kommune har fået godkendelse for at stille motorkøretøj til sygeplejerskens rådighed, vil der dog kunne anmeldes et beløb til refusion svarende til 4,50 kr. pr. indbygger. Derudover vil der af statskassen kunne ydes særligt statstilskud til kommuner, der på grund af deres isolerede beliggenhed (øer) eller store udstrækning med spredt bebyggelse ikke har mulighed for at etablere en rationel hjemmesygeplejeordning. Hidtil har samtlige kommuner kun kunnet anmelde et beløb til refusion svarende til 1,35 kr. pr. indbygger.

Sygekasserne.

Hvad angår sygekasserne, er der i lovforslaget optaget bestemmelser om, at socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren fastsætter de nærmere regler for sygekassernes betaling for hjemmesygepleje til kassernes nydende medlemmer. Da et betydeligt antal sygekasser ikke har udnyttet den bestående adgang til at yde hjemmesygepleje til sine nydende medlemmer, og man mener, at det er en af årsagerne til de økonomiske vanskeligheder, hjemmesygeplejen hidtil har haft, er der stillet forslag om, at hjemmesygeplejen fremtidig gøres til obligatorisk ydelse for kasserne, såfremt kommunen ikke ønsker at give samtlige indbyggere vederlagsfri hjemmesygepleje. Forslaget er fremsat som ændring til folkeforsikringsloven, hvorefter hjemmesygepleje overføres fra de frivillige til de obligatoriske ydelser. Iøvrigt vil de nærmere bestemmelser om sygekassernes medvirken ved hjemmesygeplejen blive fastsat i et særligt cirkulære. Om de økonomiske konsekvenser for sygekasserne kan dog allerede nu anføres, at man i bemærkningerne til det forelagte forslag om hjemmesygepleje forudsætter en betaling fra sygekasserne på 2 kr. årligt pr. medlem.

Bemærk!

Fra 1. april 1957 skal invalidepræmien — som følge af forhøjelse af invalidepensionen — opkræves med 5,40 kr. kvartårligt eller 1,80 kr. månedligt.

Fra samme tidspunkt forhøjes grundbeløbet for den almene begravelseshjælp fra 350 kr. til 500 kr. Basis for pristalsreguleringen ændres til pristal 410.

Betænkning II
vedrørende
fødselshjælp m. v.

Af fuldmægtig, cand. jur. L. Elmenhoff.

Det af indenrigsministeriet den 8. februar 1947 nedsatte udvalg vedrørende fødselshjælp m. v. afgav 22. januar 1952 en betænkning I angående jordemodervæsenet, og på grundlag af denne er gennemført lovene nr. 89 af 31. marts 1953 om distriktsjordemødre og nr. 90 af samme dato om udøvelse af jordemodergerning.

Udvalget har herefter 4. august 1956 afgivet en betænkning II vedrørende spørgsmålet om, hvorvidt fødselshjælp fremtidig bør ydes i hjemmene eller på sygehuse og fødehjem m. v., idet der herved foruden til lægevidenskabens krav er taget hensyn til de ændringer, som samfundsforholdene i de senere årtier er undergået på forskellige områder, såsom befolkningens boligforhold, vanskelighederne ved at få tilstrækkelig huslig medhjælp og samfærdsmidlernes udvikling. I tilslutning hertil er det endvidere overvejet, hvilken økonomisk støtte der fra det offentliges side bør ydes for at åbne hele befolkningen adgang til, at fødsler kan foregå på den mest hensigtsmæssige måde, samt hvilke ændringer hertil sigtende foranstaltninger måtte nødvendiggøre i de gældende sociale og sundhedsmæssige forskrifter.

Der har gennem de senere år fundet en forskydning sted mellem antallet af fødsler i hjemmet og fødsler på sygehuse, fødehjem, klinikker o. lign. — i 1944 fandt ca. 37,1 pct. af fødslerne sted uden for hjemmet, medens det tilsvarende tal i 1950 lå omkring 70 pct. — og sideløbende hermed er der sket en udvikling i retning af at skabe muligheder for at imødekomme det behov, som denne forskydning er udtryk for. Denne udvikling har imidlertid haft en noget tilfældig karakter og været præget af spredt initiativ. Erfaringer såvel her i landet som i andre lande viser, at der er trang til almindelige retningslinier til at lede udviklingen på dette område. Udvalget har — efter at selve jordemodervæsenets organisation nu er fastlagt for en årrække fremover — anset det for at være sin hovedopgave at bidrage til at få skabt tilfredsstillende forhold for de udefødende.

Den nuværende ordning med hensyn til udefødsler har som anført haft en noget tilfældig karakter og været præget af spredt initiativ. Der findes ikke her i landet almindelige regler om mulighederne for fødsel uden for hjemmet (bortset dog fra enligt stillede kvinders ret til at føde på rigshospitalet og fødselsanstalten i Jylland), og praksis er på dette område stadig præget af tilfældighed og uensartethed, især for så vidt angår indlæggelse af ikke-patologiske fødsler. Nogle steder kan enhver svanger kvinde blive indlagt til fødsel på det stedlige sygehus mod at betale almindelig sygehustakst + jordemo-

derhonorar, andre steder, f. eks. i Københavns nærhed, er de fødende henvist til kostbare private sygehuse og klinikker. Indlæggelse på rigshospitalet er for gifte kvinder et eftertragtet, men vanskeligt opnåeligt mål, og det er heller ikke dette undervisningshospitals naturlige opgave at modtage normalt fødende i ubegrænset tal. Imellem disse yderpoler findes så de områder, hvor indlæggelse kan ske af sociale grunde, mere eller mindre strengt fortolket; når plads haves; mod forhøjet betaling etc. Endelig er der mange steder ingen mulighed for den kvinde, der ikke ønsker at føde i hjemmet, og som ikke kan blive indlagt på noget sygehus, for — selv om hun vil eller kan betale — at blive indlagt på klinikker, der opfylder nutidens krav til sådanne institutioner.

Pligt til at yde hjælp til ophold på sygehuse eller klinikker i forbindelse med fødsler har sygekasserne efter den nugældende ordning principielt ikke. Kun hvis fødslen er sygeligt forløbende, må kasserne betale for opholdet og da efter de almindelige for sygehusophold gældende regler. Finder indlæggelsen i disse tilfælde ikke sted på et sygehus, men på en særlig fødeanstalt eller fødeklinik, kan kasserne yde betaling efter den såkaldte privatklinikbestemmelse, såfremt denne findes optaget i vedtægten.

Fødslen af et barn har en særlig betydning i en kvindes liv, såvel fysisk som psykisk, og det er både af hensyn til kvinden og af hensyn til det ventede barn yderst vigtigt, at denne begivenhed finder sted under så gode og betryggende forhold som muligt. Dette hensyn har været bestemmende for udvalgets arbejde. Man bør endvidere stræbe efter, at institutionsfødsler ikke medfører urimelige udgifter for de fødende. Som konklusion af udvalgets overvejelser kan det efter udvalgets opfattelse anføres, at alle komplicerede fødsler må ske på sygehus, og at fødsel på sygehus også i andre tilfælde ofte vil være at foretrække for hjemmefødsel. Hvad angår fødeklinikker og lignende, må det være afhængigt af den pågældende institutions indretning, personale og hjælpemidler, om den er bedre egnet som fødested end hjemmet.

Kernen i en tidssvarende fødselshjælpsordning bør efter udvalgets opfattelse udgøres af specialafdelinger, der af faglige grunde må omfatte både obstetrik og gynækologi. Her indlægges alle fødende, hvor risikoen for komplikationer er væsentlig større end normalt. Tillige uforudsete komplikationer, aborter og svangerskabssygdom. Disse afdelinger bør i særlige tilfælde kunne modtage gravide kvinder til ambulant undersøgelse. I nært samarbejde med specialafdelingen bør virke fødeafsnit på lokalsygehusene. Her indlægges lettere komplicerede tilfælde og principielt også andre fødende. Såfremt plads ikke haves på sygehuse, kan indlæggelse til forventet normalt forløbende fødsel ske på velindrettede klinikker med

tilstrækkeligt og fuldt uddannet personale og drevet i nært samarbejde med de øvrige fødselsinstitutioner. De praktiserende jordemødre varetager fortsat hjemmefødslerne og deltager i den forebyggende helbredskontrol, og gennem deres inddragelse i sygehusenes arbejde sikrer man sig, at deres kundskaber vedligeholdes, og deres arbejdskraft udnyttes i rimeligt omfang.

Med hensyn til betalingsspørgsmålet er udvalget af den opfattelse, at barselpatienter på sygehuse principielt burde betale samme takst som andre patienter, og at der på linie med udviklingen inden for sygehusvæsenet iøvrigt ikke burde betales ekstra for jordemoderhjælp eller andre ydelser. Udvalget er derhos enigt med befolkningskommissionen i, at folkeforsikringslovens § 19 bør ændres, idet sygekasserne bør betale sygehusophold. De økonomiske konsekvenser vil næppe blive af afgørende betydning, dels fordi sygekasserne allerede betaler for sygehusophold i en række tilfælde, og dels fordi kasserne i forvejen er forpligtet til at betale lægehjælp.

Små eller store sygekasser.

Ofte fremsættes der påstand om, at der er for mange sygekasser, at sygekasserne er for små. Samme påstand fremsættes om kommunerne. FN's tidligere generalsekretær Trygve Lie, der nu er amtmand i Norge, sagde for nogen tid siden: »Det er vigtigere, at en kommune er godt styret, end at den er stor.«

Det var ikke sygekassens skyld!

I det ganske fortrinlige ugeblad »Alt for damerne«, fandtes i sidste måned en artikel om en kvindelig læges arbejdsdag. Lægen fortæller interessant og fængslende om sit arbejde. I samtalen mellem lægen og journalisten kommer de også ind på træthedsproblemet. Alle mennesker nu om dage går som bekendt rundt med en evig træthed — også læger.

»Men,« siger journalisten så, »skyldes lægens træthed ikke for en stor del den nuværende sygekasseordning? Er der ikke mange mennesker (underforstået medlemmer af sygekasserne, vel sagtens) som går til læge for »ingenting« og er årsag til en masse unødvendigt receptskriveri, der ikke vil finde sted, hvis alle patienter skulle betale for hver visit hos deres doktor? (Så smukt og forvildet kan der spørges i dag. Vi må give læge Axel Larsen i Rødding ret i, at det er på tide, at lægeforeningen ansætter en pressesekretær til orientering af den efterhånden vildledte offentlighed.)

Nå, heldigvis giver spørgsmålet den kvindelige læge lejlighed til at give udtryk for sit syn på den sag.

Lægen svarer: »Ærlig talt, folk vil nu helst være raske, og selv om der findes enkelte gengangere, som misbruger deres læge, synes jeg, at den nuværende sygekasseordning fungerer godt. Jeg må her vende tilbage til det, som jeg sagde før: hvis man møder sine patienter med oprigtig interesse, begrænses »misbruget« til meget få tilfælde.«

Indtægts- og formuegrænser

1. oktober 1956.

Indtægtsgrænser:

a) København, Frederiksberg og Gentofte m. fl. kommuner .. 13.500 kr.
b) Købstæder, Marstal samt flække og bymæssige bebyggelser på landet med over 1.500 indbyggere .. 12.400 kr.
c) Det øvrige land.... 11.300 kr.
Børnetillægget fastsættes til ..... 950 kr.

Formuegrænser:

33.000 kr. for enligtstillede personer og 47.000 kr. for familieforsørgere.

I henhold til socialministeriets bekendtgørelse af 25. februar 1955 angående de indtægts- og formueforhold m. v., der betinger en persons medlemsskab i en anerkendt sygekasse som nydende medlem, vil de i bekendtgørelsen nævnte indtægts- og formuegrænser samt børnetillægget til de indtægter, der danner grænserne, hvert år være at regulere med gyldighed fra 1. oktober efter de af Det statistiske Departement senest forud meddelte oplysninger om faglærte arbejderes gennemsnitlige timefortjeneste. De pågældende beløb forhøjes eller formindskes med samme procent som den, hvormed den sidst meddelte kvartårlige timefortjeneste er højere eller lavere end den for januar kvartal 1954 meddelte gennemsnitlige timefortjeneste, idet beløbene for indtægtsgrænserne afrundes til det nærmeste med 100 kr. delelige tal, børnetillægget til det nærmeste med 25 kr. delelige tal og formuegrænserne til det nærmeste højere med 1.000 kr. delelige tal.

Da den sidst meddelte kvartårlige timefortjeneste for faglærte arbejdere for København har været 558 øre og for provinsen 466 øre, gælder fra den 1. oktober 1956 at regne ovennævnte grænser for ubemidlethed i folkeforsikringslovens forstand.

Direktoratet for Sygekassevæsenet

Direktør Alice Bruun er udpeget til medlem af den danske delegation til De forenede nationers plenarforsamling, der afholdes i New York i tiden 12. november 1956 — 23. februar 1957.

Socialministeriet har konstitueret kontorchef G. L. Dam som direktør for sygekassevæsenet under direktør Bruuns fravær.

Fg. ekspeditionssekretær C. E. Wille vil i samme tidsrum fungere som chef for direktoratets 1. kontor.

Danske sygekassers udligningskasse
for begravelseshjælp.

Beretning og regnskab for 1955.

Fra udligningskassen foreligger beretning og regnskab for året 1955, det andet år under nyordningen.

Udligningskassen har som bekendt det formål at foretage udligning af udgiften til begravelseshjælp til medlemmer af de statsanerkendte sygekasser, statskontrollerede fortsættelsessygekasser og Statsbanepersonalets sygekasse.

I nedenstående tabel er anført antallet af tilmeldte til udligningskassen ved udgangen af året 1955, antallet af dødsfald i 1955 anmeldt til de til interessenterne hørende kasser samt dødelighedspromille for de tilmeldte. Til sammenligning er anført de tilsvarende tal for 1954.

Antal tilmeldte	1955	1954
Nydende	2.766.673	2.743.365
Bidragydende med hvilende medlemsret	12.467	12.219
Andre bidragydende	3.043	3.237
Bidragydende m. v. i udligningskassen	23.108	24.300
Tilsammen	2.805.291	2.783.121
Antal dødsfald	28.138	28.524
Dødelighedspromille	10,1	10,2

Af samtlige forsikrede medlemmer var 2.705.000 sikret den såkaldte almene begravelseshjælp med grundbeløb på 350 kr.

Præmien til udligningskassen er beregnet til ca. 11 mill. kr., og renteindtægten har udgjort 3,3 mill. kr. De tilsvarende tal for 1954 var henholdsvis 10,9 mill. kr. og 2,5 mill. kr.

Til refusion af begravelseshjælp har kasserne anmeldt knapt 12,6 mill. kr. mod 12,7 mill. kr. for 1954. Der har således været en mindre nedgang i udgiften til begravelseshjælp svarende til nedgangen i dødeligheden. Den almene begravelseshjælp er for såvel 1955 som 1954 udbetalt med ialt 450 kr. pr. dødsfald.

Omkostningerne ved udligningskassen har andraget 199.000 kr. mod 268.000 kr. i 1954.

Årets overskud, 1,6 mill. kr., er henlagt til den rørlige formue, der herefter udgør 2 mill. kr.

Tillige med renterne af den urørlige formue på ca. 70 mill. kr. har den fastsatte præmie for 5-års-perioden 1955—59 på 3,955 kr. for en grundforsikring på 350 kr. medvirket til, at der i de første 2 år af 5-års-perioden er henlagt nævnte 2 mill. kr. Beløbet står til disposition til dækning af eventuelt underskud i de resterende 3 år af 5-års-perioden som følge af større dødelighed eller forhøjelse af begravelseshjælpen som følge af stigning i pristallet. Da den almene begravelseshjælp fra 1. april 1956 udbetales med 500 kr., må man ikke forvente nævneværdigt overskud for 1956.

Danske sygekassers
Driftsregnskab

INDTÆGTER		Kr.	Øre
Præmie, statsanerkendte sygekasser	kr. 9.792.026,51		
— Statsbanepersonalets Sygekasse	- 167.263,73		
— fortsættelsessygekasser	- 1.007.283,15		
— direkte forsikrede	- 74.490,53		
		11.041.063	92
Indvundne renter:			
Obligationer	kr. 2.966.522,27		
Sparekasse- og postgirokonto	- 90.936,88		
Skyldsætningsbeløb	- 21.098,72		
Indestående i ejendommen Nyropsgade 37	- 83.068,60		
		3.161.626	47
Kursavance på udtrukne obligationer		140.537	50
Efterbetalt præmie fra fortsættelsessygekasser		3.496	95
Fortjeneste ved salg af inventar		6.922	65
		14.353.647	49

Status pr.

AKTIVER	Kr.	Øre
Kassebeholdning	13.053	33
Girobeholdning	21.093	68
Sparekassebeholdning	3.986.872	65
Obligationsbeholdning, nom. kr. 76.617.646,41	66.756.513	54
Indestående i ejendommen Nyropsgade 37	1.929.037	38
Tilgodehavende hos sygekasserne, kapitalindskud	499.772	00
— - sygekasserne, mellemregning	810.451	40
— - fortsættelsessygekasserne, mellemregning	333.803	97
Inventar	29.471	92
Tilgodehavende præmie for 1955 vedrørende direkte medlemmer	2.245	01
Sparekassebeholdning, pensionskonto	22.480	28
	74.404.795	16

København, den

I besty-

Ernst Larsen, fmd. Peter Friis Olsen. L. Buus-Pedersen. P. Madsen. Alfr. Date.

udligningskasse.

for året 1955.

UDGIFTER			Kr.	Øre
Begravelseshjælp, statsanerkendte sygekasser	kr.	11.429.175,00		
— Statsbanepersonalets Sygeks.	-	365.000,00		
— fortsættelsessygekasser	-	675.700,00		
— direkte forsikrede	-	76.630,00		
			12.546.505	00
Omkostninger:				
Lønninger	kr.	112.940,53		
Honorarer og pensioner	-	9.025,00		
Pensionsbidrag	-	12.646,46		
Tryksager, porto og kontorartikler kr. 24.045,72				
÷ forvaltn.bidrag, direkte forsikr. - 12.318,36				
	-	11.727,36		
Rejser, diæter, møder m. v.	-	6.145,82		
Husleje, varme, telefon, lys, forsikring m. v.	-	27.686,48		
Depotgebyr og kurtage	-	17.860,42		
Diverse	-	1.177,98		
			199.210	05
Afskrevet på inventar 10 % af kr. 36.839,90			3.683	99
Tilgodehavende præmie, direkte forsikr., for 1954	kr.	4.234,53		
÷ indgået i 1955	-	1.508,29		
			2.726	24
Tilbagebetalt regulering af sygekassernes præmiebetaling for 1954			1.394	54
Udbetalt begravelseshjælp til sygekasserne vedrørende tidligere år			10.900	00
Henlæggelse til kapitalkonto II			1.589.227	67
			14.353.647	49

31. december 1955.

PASSIVER			Kr.	Øre
Gæld til sygekasserne, mellemregning	kr.	2.645.336,16		
÷ betalt a conto	-	7.900,00		
	kr.	2.637.436,16		
+ gæld til fortsættelsessygekasserne, ml.regning	-	2.220,82		
			2.639.656	98
Forudbetalt præmie, direkte forsikrede			123	12
Henlagt til særskilt pension			22.480	28
Kreditorer			3.500	00
Kapitalkonto I			69.735.435	46
Kapitalkonto II, saldo pr. 31. december 1954	kr.	414.371,65		
+ henlæggelse ifølge driftsregnskabet	-	1.589.227,67		
			2.003.599	32
			74.404.795	16

2. juli 1956.

relsen:

A. N. Frisk. Johs. W. Jørgensen. J. Chr. Juliussen. P. J. Pedersen. / Ax. Olsen.

Sygekassernes kautions-

Kautionsforsikringens drifts-

		Kr.	Øre
INDTÆGTER			
Indvunden præmie for året:			
Kautionsforsikringen	kr. 49.425,20		
Brandforsikringen	- 4.891,45		
		54 316	65
Renter af obligationer	kr. 65.521,94		
Renter af bankbeholdning	- 2.804,18		
		68.326	12
Fortjeneste ved udtrækning af obligationer		389	10
		123.031	87

Tyveriforsikringens drifts-

	Kr.	Øre
INDTÆGTER		
Indvunden præmie for året	22.104	05
Renter	2.162	43
	24.266	48

Status den

	Kr.	Øre
AKTIVER		
Bankbeholdning	101.535	34
Beholdning af obligationer	1.702.623	50
	1.804.158	84

København, den

Ernst Larsen,
formand.

og tyveriforsikringsforening.

regnskab for året 1955.

	Kr.	Øre
UDGIFTER		
Erstatning til sygekasser	22.238	70
Forsikringspræmie til ALKA	4.357	97
Administrationsbidrag	9.800	00
Tryksager, porto m. m.	797	16
Tilskud til samvirksomheden	21.000	00
Årets overskud	64.838	04
	123.031	87

regnskab for året 1955.

	Kr.	Øre
UDGIFTER		
Erstatning til sygekasser	1.243	13
Administrationsbidrag	2.000	00
Årets overskud	21.023	35
	24.266	48

31. december 1955.

			Kr.	Øre
PASSIVER				
Kautionsforsikringens formue:				
1. januar 1955	kr.	1.673.667,15		
Årets overskud	-	64.838,04		
			1.738.505	19
Tyveriforsikringens formue:				
1. januar 1955	kr.	44.630,30		
Årets overskud	-	21.023,35		
			65.653	65
			1.804.158	84

9. marts 1956.

H. C. Hansen,
forretningsfører.

Fra andre Lande

U. S. A.

Alt er større i Amerika — også lægeregningerne — hedder det i en artikel i de norske sygekassers tidsskrift for oktober måned.

Hvis De er medlem af en norsk sygekasse, behøver De ikke at sælge alt, hvad de ejer og har, dersom Deres læge meddeler Dem, at De må indlægges på et sygehus. Bor De derimod i Amerika, vil det ofte være nødvendigt at skille sig af med huset eller bilen eller bohavet for at blive i stand til at betale sygehusregningen. En amerikaner fristes i mange tilfælde til at lade sygdom være sygdom og fortsætte med at arbejde for familjens skyld, så længe han overhovedet kan holde sig oprejst.

Mange læger i Amerika er da også ved at komme til den opfattelse, at patienterne bliver udnyttet for grovt. En amerikansk lægeforening udarbejdede for nogen tid siden et forslag til minimaltakster, som skulle anvendes over for patienter med en årlig indtægt under 6.000 dollars, hvilket vel svarer til en årsindtægt i Danmark på mellem 15 og 18.000 kr. Honorar for sygebesøg blev foreslået til 45 kr., honorar for lægehjælp ved fødsel uden komplikationer 600 kr., blindtarmsoperation 600 kr., elektrocardiogram (elektrisk undersøgelse af hjertevirksomheden 50 kr. og fjernelse af mandler 250 kr.

Ved en afstemning blandt lægerne blev forslaget forkastet. Honorarerne var alt for lave.

Kan det passe med 600 kr. for en blindtarm? Nej, dette er blot honoraret til den læge, som foretager operationen. Desforuden skal der betales ca. 70 kr. pr. dag for sygehusopholdet samt leje af operationsstue, honorar til sygeplejerske og narkoselæge m. v.

Ægypten.

Ifølge en statistik udgivet af ministeriet for folkesundhed er der for tiden een læge for hver 3.500 indbyggere. Det anses for ønskeligt at have en læge for hver 2.500 indbyggere. For at nå det ønskelige skal der uddannes ca. 2.500 nye læger. (I Danmark havde vi i 1953 een læge for hver 920 indbyggere.)

Endnu værre er forholdet mellem befolkningstallet i Ægypten og antallet af tandlæger. For tiden er der een tandlæge for hver 35.000 indbyggere. Skulle dette tal bringes ned til det absolut nødvendige, hvilket regnes for at være een tandlæge for hver 20.000 indbyggere, skulle der uddannes ca. 500 nye tandlæger. (I Danmark har vi een tandlæge for hver ca. 2.000 indbyggere.)

Iøvrigt klages der over, at der er for få apoteker. I øjeblikket er der et apotek for hver 12.500 indbyggere, hvilket svarer nogenlunde til forholdene i Danmark. Sandsynligvis på grund af de større afstande ønsker man imidlertid eet apotek for hver ca. 8.000 indbyggere.

Befolkningstallet i Ægypten er godt 20 mill.

Johan L. Sørensens mindelegat.

Regnskabsoversigt 21. aug. 1954—20. aug. 1955.

Indtægter:

Overført fra forrige år	88,11
Renter af 15.000 kr. 3½ pct. Østifternes Kreditforenings obl., 16. serie	525,00
Renter af sparekassekonto nr. 46873 m. »Bikuben«	30,16
	643,27

Udgifter:

Uddelt 1 legatportion, stor	140,00
Uddelt 1 legatportion, stor	200,00
Uddelt 1 legatportion, stor	150,00
Uddelt 1 legatportion, stor	150,00
Overført til senere anvendelse	3,27
	643,27

Formue pr. 20. august 1955:

15.000 kr. 3½ pct. Østifternes Kreditforen.s obl., 16. serie	kr. 14.414,40	
Rest af hovedstol, indsat på konto nr. 46873 m. »Bikuben«	kr. 585,60	15.000,00
Sparekassebeholdning, indestående på konto nr. 46873 m. »Bikuben«		3,27
		15.003,27

København, den 4. august 1956.

Fr. Hansen. *Ernst Larsen.* *William Olsson.*

Ovenstående regnskabsoversigt er i overensstemmelse med det for legatet førte regnskab, som jeg har revideret. De opførte beholdningers tilstedeværelse har jeg konstateret.

København, den 12. juli 1956. *Max Sanddahl.*

Tilskud fra apotekerfonden.

Ifølge meddelelser i dagspressen skal der fra 1. januar ydes tilskud af apotekerfondens midler til billiggørelse af medicin. Alle medlemmer af de statsanerkendte sygekasser og Statsbanepersonalets sygekasse skal fremtidig betale 3/16 af prisen på livsvigtige lægemidler og særlig betydningsfulde lægemidler mod tidligere 1/4. Ikke-medlemmer får fremtidigt udleveret livsvigtige lægemidler mod betaling af 1/4 af prisen, hvor de tidligere selv har måttet afholde hele udgiften.

For sygekassernes medlemmer betyder det, at deres egen andel i udgifterne til medicin nedsættes med ca. 2 mill. kr. — Apotekerfondens tilskud til sygekassernes medlemmer skal administreres af sygekasserne mod en godtgørelse på 5 pct.

Vi skal iøvrigt henvise til tidligere artikler her i bladet, april 1956, side 85, og maj, side 125. Nærmere meddelelse vil fremkomme i næste nr.

Mærkedage

100 års jubilæum.

Den 1. januar fejrer Sygekassen for Tårnby kommune 100 års jubilæum.

Vi blader i forhandlingsprotokollerne.

Ved stiftelsen i 1857 fik sygekassen følgende navn: Kastrup Syge- og Ligkasse.

I 1875 blev sygekassens første læge ansat. Honoraret var 3 kr. om året for mand og hustru. Lægen skulle give møde 2 gange ugentligt på et nærmere fastsat sted i Kastrup. Medlemmerne skulle hertil forud anmelde deres eventuelle sygdomme, hvorefter lægen forpligtede sig til at give møde i den syges hjem.

På generalforsamlingen i 1887 blev formandens honorar nedsat fra 12 kr. til 8 kr. årligt. Samtidig bortfaldt hans pligt til at give punch til de fremmødte.

Den 1. marts 1894 blev sygekassen statsanerkendt. Medlemsantallet var 75.

I 1899 fik sygekassen tilladelse til at optage personer med bopæl i Tårnby.

I 1916 fik de kvindelige medlemmer valgret.

På en fællesgeneralforsamling i 1917 blev kassen sammensluttet med Kastrup sygekasse af 1870. Sygekassens navn blev ændret til Tårnby sogns sygekasse.

I 1927 blev Svovlsyrefabrikkens sygekasse ophævet og medlemmerne overflyttet til Tårnby sygekasse.

I 1934 indviede sygekassen sin egen ejendom.

I 1937 oprettede sygekassen egen massageklinik.

Ved jubilæet har sygekassen 17.000 medlemmer.

Kassens formand siden 1952 er betonformand Chs. Christoffersen.

40 års jubilæum.

Den 1. november fejrede forretningsfører, frøken *Carla Hansen,* Sygekassen for Nykøbing Falster, 40 års jubilæum ved kassen. Da frøken Hansen blev ansat ved sygekassen, havde denne 3.000 medlemmer, og hun passede kontoret alene i de første år. I 1934 udnævntes frøken Hansen til kasserer og virkede i denne stilling, til hun i 1954 blev udnævnt til forretningsfører ved daværende forretningsfører Helmer Petersens død.



80 år.

Kassereren for Aunsø sygekasse, fhv. tømrermester *Peter Petersen,* kan den 9. december fejre sin 80 års fødselsdag. Peter Petersen har i næsten halvdelen af sit liv brugt sin fritid i sygekassens tjeneste, idet han i 1917 indtrådte i kassens bestyrelse.

70 år.

Den 6. december kan kassereren i Saltum-Hune sygekasse, murermester *Jens Kr. Jensen,* fejre sin 70 års fødselsdag.

Jens Kr. Jensen blev medlem af sygekassens bestyrelse i 1921 og formand og kasserer for sygekassen året efter. Gennem sit lange og trofaste arbejde i sygekassens tjeneste har han vundet sig mange venner i sognet.

Dødsfald.

Den 17. november afgik formanden for Jørlunde sogns sygekasse, *Erik Johansen,* ved døden, 60 år gammel.

Johansen, Jørlunde, blev formand for sygekassen i 1935, senere medlem af amtsforeningens bestyrelse og i 1950 medlem af den sjællandske centralforenings bestyrelse.

Sygekassernes håndbibliotek.

Indbind sygekassetidende

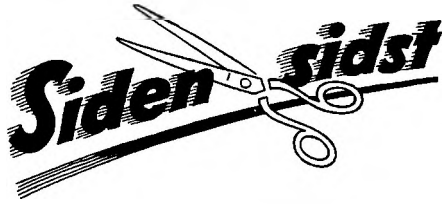
En årgang af Sygekassetidende er til ende med dette nummer. Da bladet ikke alene har interesse for sygekasserne, hver gang det udkommer, men bladene på grund af deres indhold af officielle meddelelser og afgørelser samt instruktive artikler er uundværlig for sygekassernes tillidsmænd og funktionærer som opslag i det daglige arbejde, er det af betydning, at Sygekassetidende opbevares på en sådan måde, at bladet til enhver tid et let at arbejde med.

Vi skal derfor foreslå de sygekasser, som ikke allerede indbinder bladet hvert år, for fremtiden at lade bladet indbinde årgang for årgang.

Naturligvis kan man lade bladet indbinde hos en bogbinder, men for sygekasser, der synes, at en sådan indbinding er for dyr, skal vi foreslå, at kassen lader bladet indbinde i det såkaldte H. J.-bogbindet.

H. J.-bogbindet leveres i 4 forskellige farver (rødt, brunt, grønt og blåt) med ryg og hjørner af pluviusin med smukt overtræk på siden og med guldbronce-titel på ryggen.

Ønskes nævnte indbinding af Sygekassetidende, kan bladene indsendes til De danske sygekasser, Nyropsgade 37, København V. Ved indsendelsen bedes anført, i hvilken farve indbindingen ønskes. Prisen for en indbinding andrager 4,65 kr. pr. årgang plus porto.



Detailpristallet for oktober 1956 er steget til 422, hvilket er en stigning på 3 points i forhold til juli-pristallet. Som bekendt reguleres sygekassernes takster og honorarer ikke efter dette pristal, men kun efter pristallet for januar og juli måned. Såfremt pristallet forbliver uændret til januar, stiger det nuværende pristalstillæg til sygekassernes takster og honorarer med 2 pct.

★

Adressen for Centralforeningen af sygekasser i Ringkøbing amt ændres fra 1. december d. å. til Norgesvej 11, Holstebro. Telefon Holstebro 1994.

★

Sygekassernes rekonvalescenthjem i Maribo havde den 4. november bestået i 40 år.

★

Taastrup-Hedehusene sygekasse blev i midten af oktober færdig med ombygning af sine lokaler. På grund af sygekassens stærke vækst var de hidtidige kontorer blevet for små. Ved en tilbygning er kassens ekspeditionslokale blevet betydeligt udvidet. Der er endvidere indrettet garderober til personalet, arkiv samt et mødelokale med plads til 70 personer, så sygekassen nu kan afholde repræsentantskabsmøde i egne lokaler. Med indvielsen af de nye lokaler er sygekassen overgået til maskinkvittering.

Tandlægeskoler for 14 mill. kr. Som bekendt blev det fornylig vedtaget at bygge en tandlægehøjskole i Århus til ca. 8 mill. kr. for at afhjælpe manglen på tandlæger. Undervisningsministeren ønsker nu også foretaget udvidelse af tandlægehøjskolen i København til 6 mill. kr. og har søgt finansudvalget om samtykke hertil.

★

Grenaa kommune arbejder for tiden med planer om at oprette en skoletandklinik. Kliniken ventes at være klar til brug fra 1. januar.

★

Centralforeningen af sygekasser i Ringkøbing amt afholdt den 16. november medlemsmøde i Holstebro. Forretningsfører H. C. Hansen fra samvirksomheden talte om »Sygekassernes aktuelle situation«.



1. Indberetning til folkeregistrene.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne skal *minst 1 gang månedlig* tilstille folkeregistrene oplysninger om *ændringer i medlemsbestanden.* Oplysningerne omfatter meddelelser om afgang, tilgang og udstedelse af bevis for, at optagelse ikke har kunnet finde sted.

2. Overførelse af nydende medlemmer på grund af restance.

Sygekasserne skal overføre sådanne nydende medlemmer, som står i restance med betaling af *medlemsbidrag* for de forudgående 3 måneder, til afdelingen for bidragydende medlemmer.

Indholdsfortegnelse for årgang 1956.

(tallene angiver siden.)

A.

Abonnement på Sygekassetidende, 306.
Aldersrente under ophold på tuberkuloseinstitution, 49, 135.
Aldersrentens størrelse, 104, 234, 274.
Amerikanske minearbejdere, hospitaler til, 200.
Apotekerfonden, tilskud til billiggørelse af medicin fra, 85, 125, 329.
Arbejdet for de høreskadede, 182.
Arbejdsulykker, erstatning ved, 134.
Arbejdsulykker, nyt initiativ i kampen mod, 140.

B.

Badeanstalt, godkendelse af, 76, 136, 192, 304.
Badeanstalt, godkendt for ydelse af diatermibehandling, 163, 164, 193.
Barseldagpenge, 48, 243, 246.
Begravelseshjælp til højere forsikrede, 219, 248.
Begravelseshjælp ved overførelse til sygekasse, 83.
Behandling på sygehuse, 59.
Beretning for 1954, invalideforsikringsretten, 97.
Beretning fra direktoratet for sygekassevæsenet for 1954, 300.
Beretning, husmoderafløsningen, 1954-55, 202.
Beretning, medicinudvalget, 302.
Beretning og regnskab for 1955, Sygekassernes Pensionsforening, 214.

Beretning, Sygekassernes udligningskasse, 323.
Berlins sygeforsikring gennem 10 år, 87.
Betaling for besøg med vidtløftige undersøgelser, 23.
Betaling for diatermibehandling, 26.
Bind og bandager, »Cosma« bælte, 48.
Boligforhold og børnesygelighed, 255.
Boller Slot, rekonvalescenthjem gennem 25 år, 189.
Boserup Minde, 232.
Børnelammede m. fl., hjælp til, 266.
Børnesygelighed og boligforhold, 255.

C.

Centralforeninger:
Aalborg, 212.
Århus, 149, 191.
Bornholm, 149, 210.
De samvirkende sygekasser i København, 210.
De forenede sjællandske sygekasser, 149, 210.
De forenede sygekasser på Lolland-Falster, 149, 210.
Færøerne, 27.
Hjørring, 186, 250.
Odense, 149, 211.
Randers, 249.
Ribe, 249.
Ringkøbing, 249.
Skanderborg, 149, 212.
Svendborg, 149, 211.
Sønderjylland, 250.
Thisted, 249.
Vejle, 212.
Viborg, 249.
Centralisation og sygekassepalæer — ret beset, 287.
»Cosma« bælte, ikke hjælp til betaling af, 48.

D.

Dagpenge i sygdomstilfælde, 113, 141.
Dagpengeforsikringen, henvendelse til regering og folketing, 57.
Den offentlige sygeforsikring, 144.
Der er forskel på priserne, 98, 296.
Diagnose, oplysning om, 107.
Diatermibehandling, betaling for, 26.
Diatermibehandling, ydet af fysioterapeut, 78.
Diatermibehandlinger, godkendelse af badeanstalt for ydelse af, 163, 164, 193.
Direktoratet for sygekassevæsenet, beretning for 1954, 300.
Direktørens møder i 1956, 96.
Dødsfald, 50, 51, 79, 137, 166, 167, 195, 278, 330.
Dødsfald, indberetning af, 77.
Dødsfald på grund af tuberkulose, 299.

E.

Englands sygeforsikring, 7.
Enker, fraskilte og fraseparerede mødre, hjælp til, 100.
Erhvervshæmmede, foranstaltninger for, 266.
Erstatningssager, sygekassernes regresret i, 156.

F.

Feriepenge til opkrævere, 107.
Finseninstituttet, takstregulativ for, 191.
Flyttebogen, hvilke oplysninger skal der gives i, 216.
Folkeforsikringsloven, forslag til ændring af, vedr. folkepension m. v., 10, 46, 128, 281.
Folkepensionen gennemført, 281.
Foranstaltninger for erhvervshæmmede, 266.
Forhandlingsprotokol, oplæsning af, på repræsentantskabsmøde, 55.
Formandsskifte, 191, 250.
Fortsættelsessygekasser og sygekasser, 144.
Fra andre lande, 302, 328.
Fribefordring, 83, 244.
Færøerne, indtægts- og formuegrænser, 25, 137.
Fødselsanstalten i Jylland, takstregulativ for, 190.
Fødselshjælp, betænkning om, 319.

G.

Gammel Slesviger, 160.
Generalforsamlinger og repræsentantskabsmøder landet rundt, 130.
Generalforsamlinger, sygekassernes, 12.
Gigtsanatorium, Kong Christian X's, 215.
Godkendelse af revisorer, 25.

H.

Har fanden fået kolleger? 73.
Helse, 241.
Hjemmesygepleje, forslag til lov om, 316.
Hollands sygeforsikring, 117.
Honorarer, takster m. v., sygekassernes, 78, 102, 108, 137, 272.
Hospitaler til de amerikanske minearbejdere, 200.
Husmoderafløseres løn, 133, 248, 306.
Husmoderafløsningen, 1954-55, 202.
Hvad bruges til sociale love i de nordiske lande? 18.
Høreskadede, arbejdet for, 182.

I.

Iltapparater, ikke tilskud til leje eller anskaffelse af, 163.
Indtægtsgrænser, 2.
Indtægts- og formuegrænser, Færøerne, gældende fra 1. oktober 1954, 25.
Indtægts- og formuegrænser, Færøerne, gældende fra 1. oktober 1955, 137.
Indtægts- og formuegrænser, gældende fra 1. oktober 1955, 24.
Indtægts- og formuegrænser, gældende fra 1. oktober 1956, 322.
International sygeforsikringskursus, 217, 260.
Invalideforsikringsretten, beretning for året 1954, 97.
Invalidepræmierne og folkeforsikringen, 128.
Invaliderente m. v. på Færøerne, takst for lægeerklæringer til brug ved begæring om, 219.
Invaliderente m. v., takst for lægeerklæringer til brug ved begæring om, 192, 275.
Invaliderentens størrelse, 104, 274.
Invaliderente, udbetaling af, under ophold på anerkendt anstalt, 136.
Invaliderente under ophold på tuberkuloseinstitution, 49, 135.
I. S. S. A. nyt. 110, 162.

J.

Jordemoderhjælp, nye takster for, 108.
Jordemoderoverenskomst gældende fra 1. januar 1956, 277.
Jubilæer:
Rekonvalescenthjem, 75, 189, 331.
Sygekasser, 27, 54, 55, 79, 252, 330.
Tillidsmænd, 28, 52, 79, 80, 81, 109, 138, 195, 280, 308, 330.

K.

Kasserere ved landsygekasser, standardoverenskomst for, 278.
Kasserer-kontrolapparat, 105.
Kommunegrupper, 136, 163, 219, 246.
Kong Christian X's gigtsanatorium, 215.
Korsør-ordningen gennem 10 år, 60.
Kortbølgebehandling ydet af fysioterapeut, 78.
Kronisk syge, hjem for, 291.
Kursus, internationalt sygeforsikringskursus, 217, 260.
Kursus i Skallerup klit, 186.
Kysthospitalet på Refsnæs, takstregulativ for, 191.

L.

Legat, Johan L. Sørensens mindelegat, 168, 329.
Ligbrændingsbevægelsen passeret 75 års dagen, 154.
Lægeerklæringer til brug ved begæring om invaliderente m. v., ny takst for, 192, 275.
Lægeerklæringer til brug ved begæring om invaliderente m. v. på Færøerne, ny takst for, 219.

Lægegerning idag, 173.
Lægehjælp, privattakster, 218.
Lægehjælpen, 92.
Lægehjælpen, sygekassernes udgifter i 1955, 209, 278.

M.

Massage, sygegymnastik, diatermi og og bade, ændring i mønstervedtægtens bestemmelser om, 134.
Medicin, forhøjelse af priserne på, 185.
Medicin, tilskud fra apotekerfonden til nedsættelse af prisen på, 85, 125, 329.
Medicinbekendtgørelsen af 14. februar 1956, medicinudvalgets bemærkninger, 158.
Medicinhjælp, ændring i lov om offentlig forsorg om, 124.
Medicinpriser, 4, 99, 296.
Medicinudvalget, beretning, 302.
Medicinydelsen, socialministeriets bekendtgørelse af 14. februar 1956, 62.
Medicinydelsen, socialministeriets bekendtgørelse af 28. september 1956, 298.
Medicinydelsen, udgifter i 1955, 126.
Medlemsbidrag, betaling af restance, 55.
Medlemsbidrag, under militærtjeneste, 164, 221.
Milfeldt-sagen, 53.
Militærtjeneste, kontingentforhold under, 164, 221.
Mærkedage, 28, 51, 81, 224, 252, 308, 330.
Mønstervedtægten, ændring i § 8, nr. 11, 134.
Mønstervedtægten, ændring i § 37, 76.

N.

Nordisk overflytning, 220.
Norges sygeforsikring, 169.

O.

Om sindssyge og sindssygehospitaler, 311.
Opkrævere, feriepenge til, 107.
Overflytning i Norden, 220.

P.

Penicillin, tandlægers ret til at ordinere, 26.
Plakater med bud til enhver arbejdsplads, 188.
Pressen og sygekasserne, 29, 73.
Pristalstillæg, voldgiftsrådet vedr., 150.

R.

Rekonvalescenthjem, Boller Slot, gennem 25 år, 189.
Rekonvalescenthjem, forhøjelse af takst på godkendt, 108, 136, 165, 219, 243, 275, 304.
Repræsentantskabsmøde, samvirkende centralforeninger af sygekasser, 194, 226.
Repræsentantskabsmøde, Samvirkende fortsættelsessygekasser, 194, 212, 268.
Repræsentantskabsmøder og generalforsamlinger landet rundt, 130.
Restance med medlemsbidrag, betaling af, 55.
Revision, 47.
Revisorer, godkendelse af, 25.
Revisorer, honorarer til, 76.
Rigshospitalet, betaling for vagt på, 194.

S.

Samlemapper og tillægsblade, 106.
Samvirkende centralforeninger af sygekasser, repræsentantskabsmøde, 194, 226.
Samvirkende fortsættelsessygekasser, repræsentantskabsmøde, 194, 212, 268.
Sindssygehospitaler, statens, takst for ophold på, 193.
Skal sygekasserne afskaffes? 15, 44.
Skoletandpleje, konflikten mellem tandlægerne og kommunerne, 137.
Skoletandplejen, 26, 181, 198, 225.
Sociale reformer, nye veje til, 141.
Sociale udgifter i de nordiske lande, 18.
Speciallægehjælp og sygekasser, 122.

Standardoverenskomst for kasserere ved landsygekasser, 278.
Statstilskud til sygehuse, forhøjelse af, 125.
Sundhedspolitiken, udviklingslinier i, 31.
Syge- og raskmeldinger, 254.
Sygehusbehandling, 205.
Sygehuse, behandling på, 59.
Sygehuse, forhøjelse af tilskud til, 125.
Sygekassegrænsen, 2, 24, 322.
Sygekassepalæer og centralisation — ret beset, 287.
Sygekasserne og pressen, 29, 73.
Sygekassernes forsikringsforening, regnskab for 1955, 326.
Sygekassernes generalforsamlinger, 12.
Sygekassernes Optik frifundet, 309.
Sygekassernes Pensionsforening, generalforsamling 1956, 214.
Sygekassernes udligningskasse, 323.
Sygekasser og fortsættelsessygekasser, 144.
Sygekassestatistik, 161, 222, 223.
Sørensen, Johan L., mindelegat, 168, 329.

T.

Takst på godkendt rekonvalescenthjem, forhøjelse af, 108, 136, 165, 219, 243, 275, 304.
Takster for lægehjælp til ikke-sygekassemedlemmer, 218.
Takster m. v., sygekassernes, 78, 102, 108, 137, 272.
Takstregulativer for sygehuse m. v., 190, 191, 193.
Tandlægeoverenskomst for Færøerne, godkendelse af, 193.
Tandlægernes pensionskasse, 78.
Tandlægers ret til at ordinere penicillin, 26.
Tandlægers ret til at rekvirere lægemidler, foretage indsprøjtninger og iværksætte universel analgesi, 16.
Tandpleje til børn, udenfor skoletandpleje, 247, 276.
Tandpleje, voldgiftssag vedr. betaling for, 150.
Tandplejen, 225.
Til regering og folketing, henvendelse angående dagpengeforsikringen, 57.
Tillidsmænds fratrædelse, 109, 138, 166.
To millioner kroner venter, 85.
Tuberkulose, dødsfald på grund af, 299.
Tuberkuloseramte, hjælp til, 266.

U.

Udlandet, sygeforsikring i:
England, 7.
Holland, 117.
Norge, 169.
Vesttyskland, Berlin, 87.
Udmærkelser, 25, 26, 50, 77, 165, 166, 247, 276, 304, 305.
Udnævnelse, 166.
Udviklingslinier i sundhedspolitiken, 31.
Ulykkesforsikringsloven, erstatninger efter, 134.

V.

Vagt på Rigshospitalet, betaling for, 194.
Velfærdsstaten og vi, 292.
Vi må ikke glemme de små, 314.
Voldgiftsrådet for sygekasser og læger, 22, 23.
Værnepligtige, civile, sygehjælp ved hjemsendelse af, 192.
Værnepligtige, kontingentforhold for, 164, 221.

Ø.

Økonomiske grænser, 2.

Redaktion og ekspedition:

Nyropsgade 37, København V. Tlf. Byen 6726
Postgiro 351 75

Redaktør: *H. C. Hansen*

Aksel Schølins Bogtrykkeri . Aalborg