

tionen reduceras, om den är hög, samt att mjölkfett och annat huvudsakligen mättat fett utbytes mot vegetabiliska oljor och fisk, vilka födoämnen innehåller rikligt med fleromättade fettsyror. Det gäller i första hand patienter, som har ökad kolesterolhalt eller fetthalt i blodet samt personer, i vilkas släkt förekommit flera tidiga fall av arteriosklerotiska hjärt- och kärlsjukdomar. Dylika stränga dietiska åtgärder böra vidtagas endast efter ordination av läkare.

Den medicinska expertisen är ej enig om lämpligheten av en omläggning av kosten även för den övriga delen av den vuxna befolkningen. En del av de sakkunniga förordar en viss förskjutning redan nu i fettkonsumtionen från mättat till mera omättat fett. Andra ställer sig för närvarande avvaktande på denna punkt. Samtliga vill emellertid tillråda en allmän åtstramning i kaloritillförseln för de vuxna, varvid en minskning av totala mängden fett framför allt bör ifrågakomma.

Det bör därvid påpekas, att olja har samma höga kalorivärde som andra fettämnen, varför man ej bör använda olja utan att samtidigt minska på förbrukningen av annat fett.

Om man skall använda olja, är det viktigt, att den icke är härsken. Den bör därför vid distributionen vara så förpackad, att den ej utsättes för solljusets eller luftens inverkan. Att majsoljan kommit i centrum för dagens diskussion är i mycket resultatet av en tillfällighet. Den kan knappast anses bättre än de flesta andra linolysyrarika vegetabiliska oljor beträffande den sänkande effekten på blodets kolesterolhalt.

Många är de problem som skall lösas i fråga om åderförkalkningens uppkomst och utveckling samt orsakerna till blodpropp i hjärtat. Fortsatt vetenskaplig forskning är därför oundgängligen nödvändig, innan slutgiltig ställning kan tagas till frågan om det omättade fettets betydelse för hälsan.

E. H.

Ny dansk sjukförsäkring

Den danska sjukförsäkringen, som organiserades år 1933, medgav en högsta sjukpenning på 6 kronor per dag. På denna och andra punkter har den ansetts föråldrad, varför en stor reformkommitté tillsattes 1954. Resultatet har blivit den nya sjukförsäkringslag, som antogs av folketinget 1 juni 1960 och som avses träda i kraft den 1 april 1961. Då lagens utformning kan ha visst intresse även för svenska läsare refereras dess väsentligaste punkter här.

Den tidigare utformningen av sjukkasseeväsendet har bildat den nya lagens bakgrund. Att få del av sjukförsäkringens förmåner, att vara "nydende medlem" har alltid betingats av frivillig anslutning. Ett karakteristiskt drag i det tidigare systemet var vidare, att endast lägre inkomsttagare hade möjlighet till inträde i statsunderstödd sjukkassa. De sista åren var dock 75 % av befolkningen medlemmar. Dessa hade fria läkar-konsultationer men ej fritt läkarval. Högre inkomsttagare hade möjlighet att ansluta sig till icke statsunderstödda s. k. "fortsaettelsessygekassor". Dessa var helt fristående och med varierande förmåner, vanligen innebärande helt fritt läkarval samt partiell restitution av läkarut-

gifter. Dessutom hade vissa överenskommelser om sjuklön slutits på det fackliga planet.

Principen om fritt tillträde till de statliga sjuk-kassornas förmåner är grundläggande också för den nya lagen. Dessutom borttages tidigare åldersgränser och krav på hälsointyg. För rätten att oberoende av ålder- och hälso-tillstånd kunna begära inträde i sjuk-kassa får varje icke-sjukförsäkrad betala 24 kronor årligen. Detta utgör en motvikt mot sjuk-kassornas ökade kostnader på grund av tendensen att söka inträde i sjuk-kassa först vid den ålder när krämpor börjar uppkomma. Härigenom bildas en grupp icke sjukförsäkrade "bidragydende" medlemmar, sjuk-kassornas *C-avdelningar*.

En grundläggande förmån för alla, oberoende av sjuk-kassetillhörighet, är rätten till sjukhusvård efter billiga taxor. Sjuk-kassem medlemmarna får dessa ytterligare reducerade och dessutom en rad andra förmåner. Bl. a. lämnas i viss utsträckning bidrag till läkemedel, tandvård, glasögon, sjukgymnastik och begravning. Skoltandvården blir obligatorisk och distriktssjuk-sköterskevården kostnadsfri. De väsentligaste förmånerna gäller läkarvård och sjukpenning.

Läkarvård

Sjukassornas "nydende" medlemmar uppdelas på A- och B-avdelningar. I *A-avdelningarna* ingår de, vars beskattningsbara inkomst understiger den s. k. sjukassegränsen. Denna är i Köpenhamn c:a 15.000 kronor årligen, är högre i städerna än på landet, olika för försörjare och icke-försörjare. A-avdelningarnas medlemmar får fria läkarkonsultationer hos en bestämd läkare, men en annan läkare kan väljas vid varje årskifte. De, vars inkomster överskrider sjukasssegränsen, kan ingå i B-avdelningarna. Dessa har helt fritt läkarval, men i gengäld endast partiell restitution av konsultationsarvodet. Medlemmar av *B-avdelningarna* får mindre restitution av arvoden till specialister och till barnmorskor samt mindre bidrag till förlossningsvård. Övriga förmåner överensstämmer i stort sett med A-avdelningarnas. Det statliga bidraget till B-avdelningarna blir på grund av detta mindre än till A-avdelningarna, medan medlemmarnas egna bidrag blir större. Ett förslag att "fortsaettelsesygekassorna" skulle försvinna och uppgå i B-avdelningarna avvisades. De kommer att försätta i konkurrens med B-avdelningarna, i full frihet och utan statsbidrag. Dess medlemmar kan dock erhålla rabatt på vissa "livsviktiga" mediciner.

Sjukpenning

Alla anställda kan först med den nu antagna ordningen erhålla sjukpenning, vilken utgår enligt ett nyskapat system. Förutsättningar är "nydende medlemskap" i sjukkasse, samt att vederbörande arbetat minst 40 timmar som anställd under de sista 4 veckorna. Arbetslösa, som erhåller understöd ur arbetslöshetskassa, kan dock erhålla sjukpenning, trots att de ej arbetat dessa 40 timmar. Sjukpenning utgår med högst 21 kronor per vardag för försörjare, 16 kronor per vardag för icke-försörjare över 18 år och 8 kronor för anställd under 18 år, dock högst med 80 % av inkomsten veckan före insjuknandet. Den utbetalas efter 6 dagars karens under högst 26 veckor per år i högst 3 år. Vid barnsbörd erhålles sjukpenning i högst 14 veckor. Under sjukhusvistelse reduceras dock sjukpenningen med 5 kronor dagligen för icke-försörjare. Försäkringen finansieras genom bidrag på 1,5 öre per presterad ar-

betstimma av arbetarna och 3 öre av arbetsgivarerna. Detta utgår oberoende av om arbetstagaren är sjukkasseansluten eller ej. Resten, c:a 1/6, betalas av statsmedel.

Icke-löntagare kan taga en *frivillig sjukpenningförsäkring* på 5 till 21 kronor per vardag, högst 8 kronor per vardag för husmoder utan förvärvsarbete. Denna utgår efter en karens på 12 vardagar under samma tid som löntagarförsäkringen. Sjukpenning vid barnsbörd utgår under högst 14 dagar. Den längre karenstiden och kortare tiden vid barnsbörd har satts för att göra försäkringen billigare för försäkringstagaren. Statens bidrag blir 1/4 av omkostnaderna. För inträde i denna försäkring gäller åldersgränserna 15 till 45 år, sökande måste vara frisk samt vänta 3 månader efter anmälan innan sjukpenning kan utbetalas.

Finansiering

Förutom tidigare nämnt bidrag till sjukpenningförsäkring betalas av statsmedel 5 kronor årligen per "nydende medlem" (A- och B-medlemmar), 1/4 av A-medlemmarnas utgifter till sjukhjälp samt hela rabatteringen av läkemedel. Varje "bidragydende" medlem betalar som nämnts 24 kronor årligen, medan resterande belopp huvudsakligen uttages av de "nydende" medlemmarna.

Administration

Enligt den nya lagen kvarstår sjukassorna som självständiga organ. Ett helt förstatligande av sjukförsäkringen såsom i England har avvissats. Däremot ökas det kommunala inflytandet över kassorna något genom att 1/4, dock minst 2 av styrelsemedlemmarna skall väljas kommunalt, medan resten utses bland A- och B-medlemmar. De danska sjukassorna närmar sig härigenom något de svenska, vilkas styrelser helt väljas av kommunala organ.

Fortsaettelsesygekassorna är även framdeles helt fristående.

Jan Beskow.