

Udskriftsdato: 15. december 2025

KEN nr 11127 af 01/03/2007 (Gældende)

Ankestyrelsens principafgørelse C-8-07 om voksne med handicap - diabetes - beregning Sygeforsikringen Danmark - merudgifter til voksne

Ministerium: Social- og Boligministeriet

Journalnummer: J.nr.: 3500332-06

Ankestyrelsens principafgørelse C-8-07 om voksne med handicap - diabetes - beregning Sygeforsikringen Danmark - merudgifter til voksne

Resume:

Ved beregningen af merudgifter ved den daglige livsførelse til en kvinde med diabetes, der havde passivstillet sit medlemskab af Sygeforsikringen Danmark, var der ikke hjemmel til at se bort fra den del af hendes udgifter til insulin, som hun som tilskudsberettiget (aktivt) medlem ville kunne få dækket fra Sygeforsikringen Danmark.

Der kunne således kun ses bort fra en del af udgifterne til insulin, hvis kvinden faktisk fik dækket en del af sine udgifter hertil fra Sygeforsikringen Danmark.

Der blev bl.a. lagt vægt på formålet med at yde hjælp til dækning af nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse sammenholdt med kompensationsprincippet.

Love:

Lov om social service - lovbekendtgørelse nr. 58 af 18. januar 2007 - § 100, stk. 1

Lov om social service - lovbekendtgørelse nr. 979 af 1. oktober 2008 - § 100, stk. 1

Vejledninger:

Socialministeriets vejledning nr. 96 af 5. december 2006 om særlig støtte til voksne - pkt. 95-96

Sagsfremstilling:

Sagen drejede sig om en kvinde, der led af diabetes type I. Hun havde ændret sit medlemskab af Sygeforsikringen Danmark fra aktivt til passivt medlemskab.

Kvinden ansøgte herefter kommunen om hjælp til dækning af merudgifter i henhold til servicelovens § 100 grundet sin diabetes. Der var tale om merudgifter til diætkost og insulin.

Forud for kvindens ændring af sit medlemskab af Sygeforsikringen Danmark fra aktivt til passivt medlem havde hun modtaget tilskud herfra til insulin, således at hendes samlede merudgifter ikke oversteg basisbeløbet på 6000 kr. årligt. Efter ændringen fra aktivt til passivt medlemskab udgjorde kvindens samlede merudgifter mere end 6000 kr. årligt.

Kommunen meddelte kvinden afslag på hendes ansøgning om merudgiftsydelse. Afslaget var begrundet i, at de nødvendige merudgifter, der fulgte af kvindens diabetes, ikke oversteg minimumsbeløbet på 6000 kr. pr. år. Kommunen vurderede således, at kvinden med forsæt havde frasagt sig sit tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, der ellers ville have bragt hendes nødvendige merudgifter ned under minimumsbeløbet på 6000 kr. pr. år.

Det sociale nævn ændrede kommunens afgørelse om, at der ved beregningen af merudgifter skulle modregnes et fiktivt tilskud fra Sygeforsikringen Danmark. Nævnet hjemviste samtidig sagen til fornyet behandling i kommunen.

I sin begrundelse for afgørelsen henviste nævnet til afsnittet om medicin i vejledning om særlig støtte til voksne. Det var nævnets opfattelse, at kommunen ikke ved beregningen af kvindens merudgifter havde

hjemmel til at bortse fra den del af hendes udgifter til insulin, som hun som tilskudsberettiget medlem ville kunne få dækket fra Sygeforsikringen Danmark. Kommunen kunne kun bortse fra en del af hendes udgifter til insulin, såfremt hun faktisk fik dækket en del af sine udgifter hertil fra Sygeforsikringen Danmark.

Nævnet fandt endvidere, at kommunen ikke kunne kræve, at kvinden på ny blev tilskudsberettiget medlem af Sygeforsikringen Danmark. Kommunen skulle derfor medtage hendes faktiske nettoudgifter til insulin ved en fornyet vurdering af, om hun var berettiget til dækning af nødvendige merudgifter efter servicelovens § 100.

I kommunens klage til Ankestyrelsen var det bl.a. anført, at kommunen mente, at det forhold, at en borger satte sit medlemskab af Sygeforsikringen Danmark i bero med det formål at opnå merudgiftsydelse efter servicelovens § 100, var i strid med grundlovens § 75, stk. 2, som var udmøntet i formålet i servicelovens § 1, stk. 3. Efter denne bestemmelse bygger hjælpen efter serviceloven på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Det var derfor i strid med lovens hensigt, at en borger bevidst forringede sin situation med henblik på at opnå en højere social ydelse.

Sagen blev behandlet i principielt møde med henblik på afklaring af, hvorvidt en persons ændring af sit medlemskab af Sygeforsikringen Danmark fra aktivt til passivt medlemskab betød, at der ved beregning af merudgifter til medicin kunne ses bort fra de udgifter, som personen som tilskudsberettiget aktivt medlem ville kunne få dækket fra Sygeforsikringen Danmark.

Afgørelse:

Sagen blev hjemvist til kommunen til ny behandling og afgørelse.

Begrundelsen var, at der ved beregningen af kvindens merudgifter ikke var hjemmel til at se bort fra den del af hendes udgifter til insulin, som hun som tilskudsberettiget medlem ville kunne få dækket fra Sygeforsikringen Danmark. Der kunne således kun ses bort fra en del af udgifterne til insulin, hvis kvinden faktisk fik dækket en del af sine udgifter hertil fra Sygeforsikringen Danmark.

Ankestyrelsen lagde vægt på formålet med at yde hjælp til dækning af merudgifter ved den daglige livsførelse, således som dette er beskrevet i ordlyden af servicelovens bestemmelse om merudgiftsdækning, sammenholdt med kompensationsprincippet. Formålet med hjælpen er herefter, at personer med nedsat funktionsevne i videst muligt omfang skal kompenseres for de merudgifter, der følger af funktionsnedsættelsen.

Ankestyrelsen lagde endvidere vægt på ordlyden af bestemmelsen om samspil med andre ordninger i bekendtgørelse om nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse. Det følger heraf, at servicelovens bestemmelse om merudgiftsdækning ikke omfatter udgifter, der dækkes af Sygeforsikringen Danmark eller andre private forsikringer.

I vurderingen af sagen inddrog Ankestyrelsen herudover det forhold, at medlemskab af Sygeforsikringen Danmark, herunder valg af dækningsforhold og ændring af disse, var frivilligt.

Ankestyrelsen tiltrådte således det sociale nævns afgørelse.