

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

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

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

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

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

Til § 13.

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

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

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

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

Til § 14.

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

I øvrigt er bestemmelsens indhold uændret.

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

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

Til § 15.

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

Til § 16.

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