



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
W [sum.dk](http://sum.dk)

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 28. september 2012  
Enhed: Sundhedsjura og læ-  
gemiddelpolitik  
Sagsbeh.: SUMMSB  
Sags nr.: 1209487  
Dok nr.: 1034192

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. september 2012 stillet følgende spørgsmål nr. 872 (alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 872:

"Hvad er grunden til at de private sygehuse og klinikker skal betale ind til egen forsikring frem for at betale til den fælles patientforsikring, når ministeren selv siger at de skal have ens vilkår?"

Svar:

Jeg lægger til grund, at der, med henvisningen til den fælles patientforsikring, tænkes på Patientforsikringen.

Patientforsikringen er – på trods af navnet – en forening og ikke en fælles forsikringsordning, der udbetaler patienterstatninger. Foreningen er oprettet af de forsikringselskaber, som har tegnet forsikring omfattet af loven samt selvforsikrende regionsråd og kommunalbestyrelser. Foreningen har til formål at træffe afgørelser om erstatning til patienter, der er kommet til skade i den private eller offentlige del af det danske sundhedsvæsen. Erstatningen udbetales til patienten af den erstatningsansvarlige region.

Med den planlagte lovændring skal de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis fremover selv finansiere de patientskader, som sker i forbindelse med visse typer af behandling og være dækket af en forsikring efter den ordning, som allerede gælder efter klage og erstatningslovens § 30, stk. 1. Hvordan de vælger at forsikre sig er op til dem selv at afgøre.

Det betyder, at selve patientskadeerstatningen udbetales direkte af forsikringsselskabet – og altså ikke som i dag regionen - på baggrund af en afgørelse fra Patientforsikringen.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Mie Saabye