



17. september 2012

**Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse og klinikkers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene m.v.)**

Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, BPK, modtog den 04.09.2012 det reviderede udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. BPK vil alene kommentere ændringen af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Nedenfor følger bemærkninger til udkastet til lovforslaget af mere generel karakter og afslutningsvis mere specifikke bemærkninger. BPK vil desuden henvise til fremsendte høringssvar af den 10. juni 2012 og vil i nærværende høringssvar ikke gentage de detaljerede bemærkninger BPK i første omgang har fremsat. BPK's synspunkter i høringssvaret fra den 10. juni er fortsat gældende.

**Generelle bemærkninger**

Først og fremmest vil BPK kvittere for, at ministeren har imødekommet visse af BPK's indsigelser.

For BPK er det vigtigt, at ny lovgivning ikke skaber konkurrenceforvridning mellem private aktører, der er i direkte konkurrence både i forhold til behandling af patienter via Det Udvidede Frie Sygehusvalg, forsikringspatienter og privatbetalende patienter. BPK finder dog fortsat, at der er konkurrenceforvridning, idet der i praksissektoren er fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl., der er i direkte konkurrence med privathospitalerne om at levere sundhedsydelser til eksempelvis forsikringsselskabernes sundhedsforsikringer. Det samme er gældende for de fondsejede §79 hospitaler, der ligeledes foretager behandlinger på linje med privathospitalerne.

For BPK er det herudover vigtigt, at ministeren har justeret kravet om fælles hæftelse (§30 stk. 5), da en sådan ordning ville have straffet alle de lovlydige sundhedsvirksomheder for uansvarlige virksomheders ageren.

BPK finder imidlertid fortsat, at selve lovforslagets grundmodel, som indebærer tegning af privat forsikring for private hospitaler, klinikker og speciallægepraksisser, er en unødigt økonomisk dyr model, sammenlignet med de løsninger, som vi ser i andre nordiske lande eller hos den danske tandlægeordning, og som BPK er stor fortalere for. BPK henviser til det tidligere fremsendte høringssvar af 10. juni, hvori konkrete, alternative løsningsmodeller foreslås.

I den forbindelse må BPK igen fremsætte meget klart, at BPK siden 2010 selv har foreslået, at privathospitaler og klinikker selv var med til at bidrage til betaling af patientskadeerstatninger, og derfor er BPK som udgangspunkt imødekommende overfor, at ministeren ser på en ordning. BPK's kritik af lovforslaget går alene på den konkrete model, som ministeriet fremsætter i dette lovforslag, og som BPK ikke mener, er den bedst mulige.

Som BPK tidligere har fremført, finder BPK først og fremmest modellen problematisk af følgende grunde:

**1. Unødigt store økonomiske konsekvenser for erhvervslivet**

En privat forsikringsordning må forventes at indebære mærkbare økonomiske konsekvenser for prissætningen af sundhedsydelser i den private sektor. For at sikre en bedre økonomisk ressourceudnyttelse finder BPK, at der bør etableres en finansieringsmodel, hvor de private bidrager til patientforsikringen uden fordyrende mellemlid som private forsikringselskaber.

**2. Unødige økonomiske konsekvenser for regionerne og patienterne**

Den dyre løsning vil tvinge de private hospitaler og klinikker til at pålægge alle behandlinger en forsikringsafgift, hvilket vil gå udover kunderne, først og fremmest regionerne, hvis patienter via Det udvidede frie sygehusvalg udgør op til ca. 40 pct. af de privates samlede bruttoomsætning.

**3. Manglende incitamentsstruktur på linje med andre nordiske lande**

I stedet for at lave en samlet performancestruktur for hele det danske sundhedsvæsen på linje med eks. Norge, synes dette lovforslag ikke kun at være en dyr løsning, men også kun en løsning for ca. 2-3 pct. af et samlet dansk sundhedsvæsen, der som eneste nordiske land ikke har en økonomisk incitamentsstruktur for at reducere antallet af skader. BPK vil derfor opfordre til, at man benytter lejligheden til større ændringer med henblik på reduktion af skader til gavn for danske patienter i hele det danske sundhedsvæsen.

På baggrund af ovenstående vil BPK fortsat opfordre ministeren til at indlede en samlet dialog med de relevante parter for sammen at udforme den mest rentable løsning på privates betaling af patientskadeerstatninger. BPK vil derfor endnu engang anmode om, at de drøftelser, ministeriet i 2011 igangsatte med alle relevante parter, genoptages med henblik på at finde den bedst og billigst mulige løsning for, hvorledes de private aktører kan bidrage til patientforsikringen.

Såfremt ministeren i stedet ønsker at fortsætte med den foreslåede løsning, hvor private forsikringselskaber skal dække privathospitalernes erstatninger, anmoder BPK dog om, at ministeren vil søge at implementere løsningen på en måde, der sikrer erhvervslivets muligheder for at nå at tilpasse sig og anskaffe sig forsikringsdækning.

BPK vil for det første anmode om, at ikrafttrædelsesdatoen udskydes til 1. januar 2014. Dette sker af hensyn til, at BPK i øjeblikket arbejder på forsikringsløsninger, der formentligt vil kunne reducere nogle af de betragtelige økonomiske omkostninger for erhvervslivet, det offentlige sundhedsvæsen, kunder og forsikringspatienter, der er forbundet med lovforslaget.

Herudover vil BPK henstille til, at forsikringen ikke pålægges stempelafgift, ligesom det heller ikke er tilfældet med eksempelvis arbejdsskadeersikringer, transportforsikringer og kreditforsikringer jf. Stempelafgiftsloven.



Sidst, men ikke mindst, vil BPK henstille til, at repræsentant for de private hospitalers forsikringselskab skal have en plads i Patientforsikringen på linje med andre relevante parter i det danske sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bent Wulff Jakobsen', is positioned below the text 'Med venlig hilsen'.

Bent Wulff Jakobsen

Formand for Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, BPK

## Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

### **Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse og klinikkers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene m.v.)**

Dansk Erhverv har modtaget revideret lovforslag i høring. Nærværende høringssvar omhandler alene spørgsmålet om patientskadeerstatningen.

Dansk Erhverv arbejder for at styrke erhvervslivets konkurrenceevne og herunder sikre at vi har et stærkt og effektivt sundhedsvæsen, der leverer ydelser på højeste internationale kvalitetsniveau. Raske medarbejdere, der bliver udredt og behandlet hurtigt for sygdomme, er en central del af erhvervslivets konkurrenceevne. En effektiv offentlig sektor er samtidig af afgørende betydning for den langsigtede konkurrenceevne.

Dansk Erhverv støtter ministerens intention med forslaget, nemlig at private sundhedsaktører skal tage økonomisk ansvar for patienterstatninger. Det er imidlertid Dansk Erhvervs holdning, at den valgte model er for dyr, og dermed forværrer konkurrenceevnen i erhvervslivet og forringer effektiviteten i den offentlige sektor.

#### **Generelle bemærkninger**

Først og fremmest vil Dansk Erhverv anerkende, at ministeren delvist har lyttet bl.a. Dansk Erhvervs bekymring for den konkurrenceforvridning, der vil opstå som konsekvens af det oprindelige lovforslag. Dansk Erhverv finder det desuden positivt, at kravet om fælles hæftelse er ændret, således at de private aktører, der efterlever loven ikke skal bøde for de aktører, der ikke lever op til lovens krav om en forsikring.

#### **Specifikke bemærkninger**

I det der i øvrigt henvises til høringssvaret af 10. juni 2012 har Dansk Erhverv følgende bemærkninger til lovforslaget:

##### **A. Et dyrere sundhedsvæsen**

Lovforslaget vil etablere et parallelt forsikringssystem, der i sidste ende vil føre til et dyrere sundhedsvæsen. Det vil alt andet lige gøre det dyrere i et samfundsøkonomisk perspektiv at opbygge parallelle forsikringssystemer. Alternativet ville eksempelvis være, at de private aktører indgår i den nuværende forsikringsordning. Det bliver endvidere dyrt, når private skal forsikre sig uden et loft på erstatninger. Et spørgsmål der ikke mindst er relevant i situationer, hvor fx implantater

mv. - trods sundhedsmyndighedernes godkendelse - først flere år efter operation viser sig at være problematiske. Alternativet kunne være at lade sig inspirere af forsikringsmodellen på tandlæge området, hvori der indgår et loft.

Det vil i praksis være bl.a. regionerne der kommer til at betale for den meromkostning private aktører fremover skal betale, idet det må forventes, at DUFStaksterne vil blive løftet som konsekvens af lovforslaget. Den foreslåede besparelse vil i praksis bare slå ud i en merudgift til regionerne. Der giver ikke mere sundhed for borgerne.

### **B. Behov for vurdering af andre modeller**

Dansk Erhverv er stadig uforstående over for det faktum, at der som grundlag for lovforslaget ikke har pågået et arbejde med repræsentation fra erhvervslivet om mulige modeller, der både kan opfylde de politiske mål og samtidigt være afbalanceret i forhold til erhvervsmæssige konsekvenser mv. Dansk Erhverv vil henstille til, at ministeriet genoptager den dialog der var etableret med relevante aktører allerede tilbage i 2011 med det formål at finde en løsningsmodel, der både imødekommer det politiske krav om, at de private aktører bidrager til patientforsikringen, samtidig med at der ikke bliver skabt et økonomisk vanskeligt håndterbart forsikringssystem.

Dansk Erhverv vil derfor fortsat opfordre regeringen til at sætte det nuværende forslag i bero og indlede drøftelser med erhvervslivet, herunder Dansk Erhverv, om mulige alternative modeller til det nuværende lovforslag.

Det er i den sammenhæng oplagt at vurdere modeller for patienterstatninger i øvrige lande vi normalt sammenligner os med, eksempelvis Norge. Der kan tilsvarende findes inspiration i forsikringsmodellen for tandlæger.

Dansk Erhverv vil konstruktivt bidrage til at indgå i en dialog med sundhedsministeren og sundhedsministeriet om at finde en løsning, der er realiserbar og økonomisk forsvarlig.

Med venlig hilsen

Jakob Scharff  
Markedschef  
Dansk Erhverv



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

**Høring over revideret udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.**

Danske Patienter har med stor tilfredshed læst det reviderede udkast. Vi kan konstatere, at man har lyttet til vores ønsker ved at give mulighed for, at Danske Patienter fremover bliver repræsenteret i både Lægemiddelskadeankenævnet og Patientskadeankenævnet.

Denne ændring vil både styrke grundlaget for begge nævns fremtidige beslutninger, samt øge patienters tillid til de afgørelser, som træffes herunder.

Danske Patienter finder det også rigtigt og glædeligt, at speciallægepraksis nu også bliver omfattet af pligten til at bidrage til patientskadeerstatninger.

Danske Patienter vil fortsat anbefale, som fremgår af høringssvar til 1. høringsrunde, at kriterierne for tilkendelse af erstatninger ændres, så de baserer sig på princippet om skadens alvor og omfang og ikke som nu, sygdommens karakter.

Med venlig hilsen

Morten Freil

Direktør

Dato:  
17. september 2012

Danske Patienter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Tlf.: 33 41 47 60

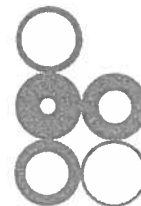
[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)

E-mail:  
[aw@danskepatienter.dk](mailto:aw@danskepatienter.dk)

Cvr-nr: 31812976

Side 1/1

DANSKE  
REGIONER



11-09-2012

Sag nr. 12/1090

Dokumentnr.

Maja Barfod Hørsving

Lars Oxlund Christoffersen

Tel. 35 29 81 29

E-mail: Mbh@regioner.dk

### **Høringssvar Danske Regioner**

Danske Regioner har modtaget andet udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet i høring og har følgende bemærkninger:

Danske Regioner fastholder tidligere kommentarer i høringssvar af 11. juni 2012. Således tages fortsat forbehold for de økonomiske konsekvenser, som lovforslaget måtte have for regionerne.

Det må således forventes, at Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, ved forhandlingerne med Danske Regioner om aftaler vedr. udvidet frit sygehusvalg, vil rejse krav om en takstmæssig kompensation for de øgede udgifter, som lovforslaget påfører privathospitalerne. Det kan derfor betyde, at der ikke er den forventede besparelse for regionerne, idet der kan være øgede udgifter vedr. det udvidede frie sygehusvalg.

Danske Regioner finder det desuden uhensigtsmæssigt, at regionerne i sidste ende skal dække, hvis privatsygehusene ikke har tegnet forsikring. Dette kan give en uheldig incitamentsstruktur for privathospitalerne. Derudover påføres Danske Regioner/regionerne en kontrolopgave i at sikre tilstrækkelig forsikring inden aftaleindgåelse med privathospitalerne og klinikkerne.

Med venlig hilsen

Kirsten Jørgensen

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Sendt til: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk) og [amkh@sum.dk](mailto:amkh@sum.dk)

11. september 2012

Datatilsynet  
Borgergade 28, 5.  
1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200  
Fax 3319 3218

E-mail  
[dt@datatilsynet.dk](mailto:dt@datatilsynet.dk)  
[www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)

J.nr. 2012-112-0060  
Sagsbehandler  
Maja Blomquist  
Rasmussen  
Direkte 3319 3229

**Vedrørende høring over revideret udkast til forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse, klinikkers og privatpraktiserende speciallægers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene mv.)**

Ved e-mail af 4. september 2012 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovennævnte reviderede udkast til lovforslag.

Udkastet giver ikke Datatilsynet anledning til bemærkninger.

Med venlig hilsen

Maja Blomquist Rasmussen



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

17. september 2012

12/06926-5

/sos-døp

**Lovforslag om privat medfinansering af patientskadeerstatninger, 2. høring**

Erhvervs- og Vækstministeriet har modtaget ovenstående høring fra ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Erhvervs- og Vækstministeriet har sendt materialet i høring hos Erhvervsstyrelsen og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen og har på den baggrund ingen bemærkninger til høringen.

**ERHVERVS- OG  
VÆKSTMINISTERIET**  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Tlf. 33 92 33 50  
Fax 33 12 37 78  
CVR-nr. 10 09 24 85  
evm@evm.dk  
www.evm.dk

Med venlig hilsen

  
Sanne Olsen

**Fra:** 1 - ERST Høring [hoering@erst.dk]  
**Sendt:** 10. september 2012 14:42  
**Til:** DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; Anne Marie Karstoft Hertzum  
**Cc:** 1 - ERST Høring  
**Emne:** Erhvervsstyrelsens høringsvar vedr. lovforslag om privat medfinansering af patientskadeerstatninger

**Erhvervsstyrelsens høringsvar vedr. lovforslag om privat medfinansering af patientskadeerstatninger**

Erhvervsstyrelsen har fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fået udkast til lovforslag om privat medfinansering af patientskadeerstatninger i 2. høring.

Høringen giver ikke Erhvervsstyrelsen anledning til bemærkninger.

Med venlig hilsen

**Mette R. W. Albrechtsen**  
Stud.jur.

ERHVERVSSTYRELSEN  
Direktionssekretariatet - Team Jura  
Dahlerups Pakhus  
Langelinie Allé 17  
2100 København Ø  
Telefon nr: +45 3546 6362  
[www.erst.dk](http://www.erst.dk)

Direkte tlf: +45 35466362  
Email: [metalb@erst.dk](mailto:metalb@erst.dk)



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
sum@sum.dk

Kopi: amkh@sum.dk

17. september 2012

Sine Jensen  
Dok. 129276/

Forbrugerrådet takker for modtagelse af Forslag til Lov om ændring af lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven)

Forbrugerrådet er meget tilfreds med, at der nu endelig sikres vederlag og befordringsgodtgørelse for vores repræsentanter i de regionale tandlægenævne samt i Landstandlægenævnet. Vi hæfter os ved, at dette gøres med tilbagevirkende kraft fra 1. januar 2011, hvor den nye nævnssammensætning trådte i kraft, så vores repræsentanter kan modtage godtgørelse for det arbejde, som de allerede har ydet i over 1½ år.

Forbrugerrådet støtter, at det ikke længere er muligt for formanden at udpege særligt sagkyndige, som kan deltage som observatører ved nævnsbehandlingen. Det vil herved ikke længere være muligt for Patientforsikringen at deltage i nævnsmøderne som observatører. Det har længe været uforståeligt for os, at den myndighed, der har afgjort erstatningssagen i første instans kan sidde med ved behandlingen af klagesagen.

Med venlig hilsen

Mette Boye  
Afdelingschef

Sine Jensen  
Seniorrådgiver, Sundhedspolitik.

## Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

[amkh@sum.dk](mailto:amkh@sum.dk)



### Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Forsikring & Pension takker for muligheden for at afgive bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. I lighed med det vores høringssvar vedr. første udkast til denne lov skal vi indledningsvis bemærke, at Forsikring & Pension spiller to forskellige roller i forhold til lovforslaget. På den ene side finansierer vi gennem sundhedsforsikringerne de undersøgelser, behandlinger mv., som foretages på de private sygehuse, klinikker mv. På den anden side er vi potentielle udbydere af den patientskadeersikring, som de private sygehuse, klinikker mv. skal tegne efter lovforslaget. Vi kommenterer primært lovforslaget i rollen som sidstnævnte.

#### 1. Forsikringspligten efter loven

Lovforslaget betyder, at private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis har pligt til at yde erstatning efter skader opstået som følge af behandling, undersøgelse eller lignende, hvis behandlingen er foretaget efter det udvidede frie sygehusvalg, eller hvis behandlingen er betalt direkte af en fysisk eller juridisk person uden for det offentlige sundhedsvæsen. Regionerne skal fortsat betale erstatninger for skader opstået som følge af behandling, undersøgelse eller lignende, hvis behandlingen sker som led i den planlagte behandlingskapacitet. Det er vores erfaring, at ingen – eller i hvert fald meget få – private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis *enten* udelukkende behandler patienter under det udvidede frie sygehusvalg og/eller efter betaling fra en fysisk eller juridisk person under for det offentlige sundhedsvæsen *eller* patienter, hvis behandling er led i regionernes planlagte behandlingskapacitet. Hovedparten af de forsikringspligtige vil med andre ord skulle tegne en forsikring for en del af deres omsætning. Det er vores opfattelse, at præmiefastsættelsen vil ske på baggrund af hele omsætningen, hvilket betyder en ekstra udgift for de private sygehuse, klinikker mv.

Vi har med tilfredshed noteret os, at den solidariske hæftelse, som den seneste version af lovforslaget lagde op til, er fjernet. Vi finder, at det er en god og rimelig løsning, at den region, hvor skadevolder er beliggende, udbetaler patientskadeerstatningen til patienten, og derefter har mulighed for at anlægge en regresssag mod skadevolder, jf. lovforslagets § 9. Forslaget tilgodeser såvel

17.09.2012

Forsikring & Pension  
Phillip Heymans Allé 1  
2900 Hellerup  
Tlf. 41 91 91 91  
Fax 41 91 91 92  
[fp@forsikringogpension.dk](mailto:fp@forsikringogpension.dk)  
[www.forsikringogpension.dk](http://www.forsikringogpension.dk)  
Astrid Breuning Siuth  
Konsulent, cand.oecon  
Dir. 41 91 90 71  
[abs@forsikringogpension.dk](mailto:abs@forsikringogpension.dk)  
Vores ref. ABS  
Sagsnr. GES-2012-00231  
DokID 309615

Brancheorganisation  
for forsikringselskaber  
og pensionskasser

patienterne som de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis, som efterlever kravet om en forsikring, samtidig med, at det giver mulighed for at straffe de private sygehuse mv., der ikke efterlever forsikringspligten.

Forsikring & Pension  
Vores ref. ABS  
Sagsnr. GES-2012-00231  
DokID 309615

## **2. Forsikringsbar risiko**

### *Afgrænsninger*

Som vi redegjorde for i vores høringsvar af den 11. juni 2012, er det nødvendigt, at den risiko, som ønskes forsikret, er forsikringsbar. Vi har noteret os, at det nuværende lovforslag afgrænser private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis til at være "alle behandlingssteder, hvor der foregår lægelig patientbehandling, og som ikke fuldt ud ejes eller drives af offentlige myndigheder". Denne afgrænsning rejser to spørgsmål hos os.

For det første er vi i tvivl om, hvordan begrebet "lægelig patientbehandling" skal forstås. Er der tale om den definition, som findes i bekendtgørelse om registrering af og tilsyn med visse private sygehuse, klinikker og praksis? Her defineres lægelig patientbehandling som "behandling, der er forbeholdt læger eller som i øvrigt udføres af læger, herunder ved brug af medhjælp", jf. bekendtgørelsens § 2. Det fremgår dog også af klart af nævnte bekendtgørelse, at denne definition gælder den omtalte bekendtgørelse. Hvis der er tale om samme definition, kan dette med fordel præciseres i den endelige lov.

For det andet kan vi ikke umiddelbart se, hvordan ovenstående definition af de forsikringspligtige *behandlingssteder* (dem, hvor der udføres lægelig patientbehandling) spiller sammen med afgrænsningen af, hvilke *autoriserede sundhedspersoner* der er omfattet af forsikringspligten. Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at andre grupper af autoriserede sundhedspersoner ikke er omfattet af forsikringspligten. Vi forstår bemærkningerne sådan, at fx selvstændige fysioterapeuter med egen klinik ikke er omfattet af forsikringspligten. Imidlertid er mange af de nævnte autoriserede sundhedspersoner ansat på behandlingssteder, hvor der udføres lægefaglig patientbehandling. Det er uklart for os, om skader opstået som følge af undersøgelse, behandling eller lignende foretaget af de nævnte autoriserede sundhedspersoner er omfattet af forsikringspligten, hvis de udføres på private behandlingssteder, hvor der også udføres lægefaglig patientbehandling.

### *Detaljeret skadestatistik*

Som vi gjorde opmærksom på i vores tidligere høringsvar, er det nødvendigt med en detaljeret skadestatistik til brug for beregning af en korrekt præmie. Vi antager, at Patientforsikringen ligger inde med de relevante data, og at disse bliver stillet til rådighed for de selskaber, som overvejer at udbyde forsikringen.

### *Gældende lægefaglig standard*

Endelig er det afgørende for vores medlemmers mulighed for at udbyde forsikringen, at erstatningssagerne afgøres på baggrund af den lægefaglige standard, som er gældende på skadestidspunktet. Vi er af den opfattelse, at ministeriet er enig i den betragtning.

### *Fastlæggelse af summerne*

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at der er fastsat bestemte dækningssummer for de lovpligtige forsikringer, jf. bekendtgørelse nr. 315 af 4. maj 1992. Det fremgår endvidere, at denne bekendtgørelse vil blive opdateret i

forbindelse med lovændringen. Det er vigtigt for vores medlemmers mulighed for at fastsætte præmierne, at dækningssummerne er kendte. Vi anmoder derfor om, at processen med opdateringen af nævnte bekendtgørelse iværksættes og afsluttes snarest muligt.

Forsikring & Pension  
Vores ref. ABS  
Sagsnr. GES-2012-00231  
DokID 309615

#### *Driften af sekretariatet*

Som det fremgår af lovforslagets specifikke bemærkninger, opretholdes det hidtidige princip om, at den økonomiske byrde ved sagsbehandlingen følger med driftsansvaret, idet udgifterne til driften af Patientombuddets sekretariatsbetjening og udgifterne til nævnsmødernes afholdelse bl.a. fordeles på grundlag af en standardsats pr. afsluttet sag. Vi er enige i måde, hvorpå fordelingen af udgifterne finder sted, men vi vil sikre os, at vores medlemmer får adgang til oplysninger om størrelsen af udgiften, så de kan indregne den i præmien.

### **3. Erstatningsberettigede skader**

I lovens § 20 fremgår det, at "erstatning ydes, hvis skaden med *overvejende sandsynlighed* er forvoldt på en af følgende måder...". Formuleringen er efter vores opfattelse ikke tilstrækkelig præcis og kan give anledning til en usikker praksis, da der ikke er tale om en ansvarsvurdering i gængs forstand.

Efter vores opfattelse er det endvidere uklart, hvad der menes med, når der af de specifikke bemærkninger til lovforslagets § 6 fremgår, at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis gøres erstatningspligtige for skader i forbindelse med undersøgelse, behandling *eller lignende*.

Vi mener, at der er behov for en yderligere præcisering af *eller lignende*. Dette skal især ses i lyset af spørgsmålet i afsnit 1 om, hvilke autoriserede sundhedspersoner der er forsikringspligtige.

### **4. Selskaberne klageadgang**

Lovforslaget lægger op til, at patientskadeerstatningerne skal udbetales senest én måned efter, at afgørelsen fra Patientforsikringen er modtaget hos pågældende forsikringsselskab. Vi finder, at fristen på én måned er ganske rimelig. Vi kan dog ikke af lovforslaget se, hvordan forsikringsselskabet kan anke en afgørelse. Patientankenævnet er jo oprettet til at behandle patienters anker. Vi ser gerne, at selskaberne som minimum får samme mulighed for at anke afgørelser, som de har på arbejdsskadeområdet, men vi vil meget gerne have et endnu bedre og tættere samarbejde for at sikre et optimalt sagsforløb og den højest mulige kvalitet til gavn for patienterne.

### **5. Selskabernes indberetningspligter**

Af lovforslagets § 7 fremgår det, at regionsrådet og/eller forsikringsselskabet er forpligtet til at indberette til Sundhedsstyrelsen, hvis det gentagne gange har udbetalt erstatning for skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, private sygehuse mv. Formålet med indberetningen til Sundhedsstyrelsen er at give styrelsen mulighed for at foretage en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger. Vi bakker op om formålet med indberetningen, men vi finder det uhensigtsmæssigt, at vores medlemmer skal indberette deres kunder til myndighederne.

Vi finder det mere hensigtsmæssigt, at indberetningen i stedet foretages af Patientforsikringen, når denne har truffet gentagne afgørelser om skader forårsaget af den samme autoriserede sundhedsperson. De private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis er forsikringspligtige, men de er ikke forpligtet til altid at være forsikret hos det samme forsikringsselskab. Vi kan derfor forestille os situationer, hvor der gentagne gange udbetales erstatning for skader forårsaget af den samme skadevolder, men hvor det ikke vil blive indberettet til Sundhedsstyrelsen alene af den årsag, at skadevolder har skiftet forsikringsselskab. Uanset, hvilket forsikringsselskab skadevolder er kunde hos, blive skaden anmeldt til og behandlet af Patientforsikringen, som dermed altid har overblikket over, hvor mange anmeldelser der vedrører den enkelte skadevolder.

Af lovforslagets § 8 fremgår det, at forsikringsselskaberne får pligt til at indberette til Patientforsikringen og Sundhedsstyrelsen, hvis en forsikring ikke betales rettidigt og dermed bortfalder. Denne form for indberetning kender vi fra revisoransvarsforsikringerne, og vi bakker op om det på dette område også. Dog skal ministeriet være opmærksom på, at denne bestemmelse ikke sikrer, at Sundhedsstyrelsen får kendskab til alle uforsikrede forsikringspligtige. Der vil sandsynligvis være en række private sygehuse, klinikker mv., der enten ikke kan få en forsikring, eller som ikke er klar over, at de er forpligtet til at forsikre sig. Disse sygehuse vil ikke blive opfanget af bestemmelsen.

## **6. Patientforsikringsforeningens organisering**

Det fremgår af lovens § 32, at de forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer oprettet en patientforsikringsforening i samarbejde med selvforsikrende regionsråd og kommunalbestyrelser. Udgifterne til driften af foreningen afholdes af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder. Vedtægterne for foreningens styrelse og virksomhed er fastsat i bekendtgørelse om vedtægter for Patientforsikringsforeningen. Som vi redegjorde for i vores høringssvar af den 11. juni, finder vi det udemokratisk, at de forsikringsselskaber, som tegner en forsikring efter loven, ikke er sikret repræsentation i styrelsen – især givet, at de skal medfinansiere foreningens udgifter.

Vi foreslår på den baggrund, at bekendtgørelsen om vedtægter for Patientforsikringsforeningen revideres, så forsikringsselskaberne sikres repræsentation i bestyrelsen på samme vilkår som regionerne og Kommunernes Landsforening. Det vil med andre ord sige, at forsikringsselskaberne skal sikres repræsentation i forhold til deres andel af det forventede antal årlige skadesanmeldelser.

## **7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet**

Det fremgår af lovforslaget, at regionerne forventes at kunne spare 60 mio. kr. årligt, når den nye ordning er fuldt indfaset. Der synes ikke i den forbindelse at være taget højde for, at regionernes betaling for undersøgelser, behandling mv. på private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis under det udvidede frie sygehusvalg vil stige som følge af lovforslaget.

Det fremgår endvidere, at det er uafklaret, hvad den samlede økonomiske byrde for de forsikringspligtige vil blive, men at det må forventes, at byrden bliver større end de 60 mio. kr., som regionerne sparer. Begrundelsen er, at

forsikringselskaberne ud over forsikringssummen også skal have dækket de administrative omkostninger. Her bør det tillige fremgå, at forsikringselskaberne også vil tillægge en fortjeneste.

Forsikring & Pension  
Vores ref. ABS  
Sagsnr. GES-2012-00231  
DokID 309615

\*\*\*\*\*

Hvis vores høringssvar giver anledning til spørgsmål, er I altid velkomne til at kontakte os.

Med venlig hilsen

Astrid Breuning Sluth.



# Lægeforeningen



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
[amkh@sum.dk](mailto:amkh@sum.dk)

## Ministeriets sagsnr. 1100664.

**Svar på høring vedr. forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse, klinikkers og privatpraktiserende speciallægers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævne mv.)**

Lægeforeningen har med brev af 4. september 2012 fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse modtaget ovennævnte forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet til høring. Det er med ministeriet aftalt, at Lægeforeningen har høringsfrist den 24. september 2012.

Lægeforeningen modtog den 10. maj 2012 høringsudkast til lovforslag vedrørende samme lov, hvortil Lægeforeningen bemærkede, at man med tilfredshed så på, at alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger fortsat ville være omfattet af den gældende patientskadeerstatningsordning. Herudover havde Lægeforeningen ikke yderligere bemærkninger til lovforslaget.

Konsekvensen af det oprindelige lovforslag var blandt andet, at de praktiserende speciallæger var omfattet af patientskadeerstatningsordningen, uanset om patienterne blev behandlet efter aftalen mellem FAS og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, eller om undersøgelserne/behandlingerne blev betalt af patienten selv eller af en sundhedsforsikring. Det blev dog i pkt. 2.2 i bemærkningerne til lovforslaget understreget, at dette muligvis ville være konkurrenceforvridende.

Lægeforeningen har noteret sig, at der med det nye lovforslag er sket en markant ændring, idet de praktiserende speciallæger nu kun er omfattet af patientskadeerstatningsordningen for så vidt angår de patienter, der behandles efter aftalen mellem FAS og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

I lovforslaget har man generelt valgt at udtrykke sig på en måde, som angiver, at de praktiserende speciallæger som udgangspunkt ikke er

Formanden

24. september 2012

Jr. 2012-2908/669483  
EH

Domus Medica  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500  
Tlf.: 3544 8216 (direkte)  
E-post: dadl@dadl.dk  
E-post: eh@dadl.dk (direkte)  
Fax: 3544 8513  
[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)



omfattet af patientskadeerstatningsordningen med undtagelse af de tilfælde, hvor der behandles patienter efter aftalen mellem FAS og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Det fremgår ikke klart af selve lovteksten, at denne meget vigtige undtagelse gælder, men først langt inde i bemærkningerne – pkt. 2.2. Langt størstedelen af aktiviteten hos de praktiserende speciallæger sker efter aftalen mellem FAS og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, og det forekommer derfor uhensigtsmæssigt – og i værste fald misvisende – at man i lovforslaget har valgt lade den praktiske hovedregel være undtagelsen i loven og omvendt.

Lægeforeningen skal derfor foreslå, at lovteksten skrives igennem under hensyntagen til ovennævnte.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, reading "Mads Koch Hansen". The signature is written in a cursive, flowing style.

Mads Koch Hansen

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K.

17. september 2012  
J.nr. 0136-20120004-15

## 2. høringsvar, sagsnummer 1100664

Ved mail af 4. september 2012 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet Patientforsikringen om en udtalelse vedrørende revideret udkast til forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse, klinikkers og privatpraktiserende speciallægers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen mv.).

### Patientforsikringens bemærkninger:

#### 1. Oplysning om og afgørelse af, hvem erstatningspligten påhviler

Det fremgår af punkt 2.2. Overvejelser og indhold, at de private sygehuse og klinikker vil være forpligtede til at oplyse Patientforsikringen om, efter hvilket regelsæt den tilskadede patient er behandlet, og at Patientforsikringen kan anmode om dokumentation herfor. Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet forventes ikke at træffe afgørelse om, efter hvilket regelsæt patienten er behandlet.

Patientforsikringen finder ikke en sådan ordning hensigtsmæssig. Patientforsikringen modtager i dag ingen dokumenter, der viser efter hvilket regelsæt patienten er behandlet. Det fremgår af lovforslaget, at regionerne er erstatningspligtige for skader, hvor behandlingen er sket som en del af regionens planlagte behandlingsskapacitet efter sundhedslovens §§ 64, stk. 1-3, 75, stk. 2, 79, stk. 2, og § 89, stk. 2. Derimod er behandlingsstederne selv erstatningspligtige, hvis behandlingen er sket efter sundhedslovens §§ 87 a-d og § 87 e-h eller betalt af patienten selv eller en sundhedsordning.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at regionen er erstatningspligtig for skader, som praktiserende speciallæger forvolder, når de behandler patienter efter aftale med regionernes løn- og takstnævn.

Nytorv 5, 3. sal  
1450 København K

Tel: 3312 4343  
Fax: 3312 4341

Hertil kommer, at regionerne fortsat dækker skader på en række private sygehuse. I alt er 16 sygehuse og behandlingssteder m.v. nævnt under punkt 2.2.

Efter Patientforsikringens opfattelse vil det indebære anvendelse af mange yderligere administrative ressourcer, hvis Patientforsikringen ved hver anmeldelse vedrørende et privathospital, en privatklinik eller en speciallægepraksis skal foretage en vurdering af, efter hvilken lovbestemmelse patienten er behandlet, om der er tale om behandling efter aftale med løn- og taktsnævnet eller om behandlingsstedet henhører under en af de 16 undtagelser, med henblik på at afgøre, om en eventuel erstatning skal betales af regionen eller af behandlingsstedets forsikringsselskab. Der vil i øvrigt kunne opstå en række tvivlstilfælde, f.eks. hvor patienten er egenbetaler på en del af behandlingen.

Endelig henledes opmærksomheden på, at det må forudses, at der kan opstå tvist mellem regionen og forsikringsselskabet om, hvem der er erstatningspligtig for f.eks. en millionskade. Hvis denne tvist ikke løses, kan det gå ud over patienten, som ikke får erstatningen udbetalt. Der må derfor være en instans, der kan træffe afgørelse herom. Vi foreslår, at denne kompetence henlægges til Sundhedsstyrelsen, som i forvejen er tillagt tilsynet med, at der er tegnet retmæssig forsikring, jf. bemærkningerne under punkt 2.2. Som nævnt i vores første høringsvar har Patientforsikringen ingen særlige forudsætninger for at bedømme det lovgrundlag, som en udført behandling udføres på, ligesom vi ikke kender de forskellige aftaler mellem regionerne og privathospitalerne m.fl.

For at patienten ikke skal blive fanget i en diskussion mellem en region og et forsikringsselskab om, hvem der er forpligtet til at udbetale erstatningen, foreslår vi, at regionen i disse tilfælde skal udrede beløbet og herefter gøre regres mod forsikringsselskabet efter eventuel afgørelse fra Sundhedsstyrelsen.

På den baggrund foreslås følgende ændringer:

I § 33 indsættes som nyt stykke 2: private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis er forpligtet til over for Patientforsikringsforeningen at oplyse, om erstatningspligten i den konkrete sag påhviler regionen eller behandlingsstedet.

I § 30 indsættes: Sundhedsstyrelsen afgør tvister mellem regionen og behandlingsstedet eller dettes forsikringsselskab om, hvem erstatningspligten påhviler.

I § 30 indsættes: Regionen udbetaler foreløbigt erstatningsbeløbet til skadelidte, hvis der er tvivl om, hvem erstatningspligten påhviler.

Man kan overveje at medtage en manglende oplysning om erstatningspligten under lovens straffebestemmelser i § 61.

## 2. Ændringen af § 37

Patientforsikringen foreslår, at det i § 37 medtages, at oplysningerne kan indhentes, uden at der kan kræves vederlag herfor. Vi henviser til ministeriets brev af 26. november 2009. Hermed undgås diskussioner om, hvorvidt behandlingsstedet kan kræve betaling for fremsendelse af journalmateriale m.v. – diskussioner som forlænger sagsbehandlingstiden.

Efter den tidligere udformning knyttede "m.v." sig til "behandlende læger", således at det var klart, at der ikke kun var tale om læger, men også andre sundhedspersoner. Efter ændringen af § 37 er m.v. ikke længere placeret i tilknytning til "læger." Vi anmoder derfor om, at der i

det reviderede forslag efter "behandlende læger" indsættes "og andre sundhedspersoner", således at det bliver helt klart, at Patientforsikringen kan indhente oplysninger fra alle behandlingssteder (f.eks. kiropraktorer).

Opmærksomheden henledes endvidere på, at § 58 skal konsekvensrettes, så den bliver i overensstemmelse med den nye § 37. Henvisningen i § 58 til apoteker og medicinalfirma skal videreføres.

Som det er ministeriet bekendt, har Patientforsikringen i nogle sager meget svært ved at få journalmateriale fra privatpraktiserende læger og speciallæger, og vi må i enkelte sager rykke mange gange. Dette går naturligvis ud over sagsbehandlingstiden og dermed patienten. Man kan derfor overveje at medtage manglende overholdelse af forpligtelsen for læger m.v. til at indsende journalmateriale under lovens straffebestemmelse i § 61.

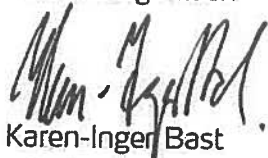
### 3. Anke af Patientforsikringen afgørelser

Erfaringerne fra tidligere viser, at forsikringsselskaber i højere grad end regionerne påklager Patientforsikringens afgørelser til Patientskadeankenævnet. Af hensyn til patienterne bør det af § 33, stk. 3, fremgå, at klager til Patientskadeankenævnet ikke har opsættende virkning, medmindre Patientskadeankenævnet tillægger klagen opsættende virkning, jf. § 35, stk. 1, 2. punktum.

### 4. Andet

I det reviderede forslag benævnes erstatningsordningen nogle steder "patienterstatningsordningen", andre steder "patientskadeerstatningsordningen". Vi foretrækker det sidste.

Med venlig hilsen



Karen-Inger Bast  
direktør

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K  
Telefon 72 28 24 00  
Fax 72 28 24 01  
oim@oim.dk  
www.oim.dk

**Sagsnr.**  
2012-00336

**Svar på 2. høring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vedrørende lovforslag om privat medfinansering af patientskadeerstatninger**

**Doknr.**  
5493

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 4. september 2012 anmodet Økonomi- og Indenrigsministeriet om eventuelle bemærkninger til den omhandlede høring.

**Dato**  
12-09-2012

Det meddeles herved, at Økonomi- og Indenrigsministeriet ikke har bemærkninger til høringen.

**Med venlig hilsen**  
Dorthea Maria Lund