



Til medlemmerne af Sundheds- og ældreudvalget

13. juli 2017

## Vedr. udfordringerne med forkerte afgørelser og deraf krav om tilbagebetaling af patienterstatninger

Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Sundhed Danmark, har aktivt deltaget i Ministeriets evaluering af forsikringspligten efter klage- og erstatningsloven. Vi har en forventning om, at hvis der lægges op til ændringer, bliver den private branche involveret, da det er yderst forretningskritisk for vores private hospitaler og klinikker.

Der forsøges rejst en debat ift. det faktum, at kvaliteten i klagesystemet i dag har den konsekvens, at både offentlige og private vælger at anke afgørelserne. Og mange gange får medhold. Og da erstatninger udbetales hurtigt, vil nogle patienter skulle betale tilbage, når afgørelsen omgøres.

I branchens tilbagemelding til Ministeriet har vi berørt en række emner, men i denne henvendelse tillader vi at fremhæve et perspektiv ift. henvendelsen fra Danske Patienter, Tænk og Danske Handicaporganisationer.

### Udfordringer med sagsbehandlingen

Branchen er meget opmærksom på sagsbehandlingen i Patienterstatningen. Fokus er såvel på den faglige sagsbehandling som på de endelige afgørelser. Branchen har i flere tilfælde udfordret afgørelserne – med det resultat, at vi flere steder har set, at op mod 50 pct. af afgørelserne bliver omgjort. Det har været meget utilfredsstillende for os at opleve, at førstebehandlingen af sagerne i så stor grad er fejlagtig. Der bruges for mange ressourcer på at nå den rigtige afgørelse.

Samtidig har branchen forståelse for den kritik, som har været fremført. Nemlig at konsekvensen af de mange omgørelser er, at mange patienter fejlagtigt får udbetalt en erstatning, der senere kan kræves tilbagebetalt. Og dette sker for både private alle inklusiv de fem regioner. Vi oplever, at der især ved de store udbetalinger opstår uheldige situationer, hvor patienten vælger – kraftigt opfordret af advokater, der tjener på sagerne, at anke helt til retssystemet, hvor de kan ende med at tabe. Og dermed får patienterne også pålagt store sagsomkostninger. Dermed har den nuværende model store personlige konsekvenser – på baggrund af en erstatning, der slet ikke skulle have været udbetalt i første instans.

Dog er ankemuligheden helt afgørende for alle parter. Men for at smidiggøre systemet kunne flere elementer overvejes:

- En regel om, at pengene er tabt, hvis regionen eller den private ikke har anket indenfor fx 3 måneder
- At erstatningen deraf ikke udbetales, hvis der ankes. Men at der kan udbetales en del af beløbet, hvis der ikke er medhold i anken efter ankenævnets afgørelse
- Og endelig en sidste del efter en mulig afgørelse i byretten

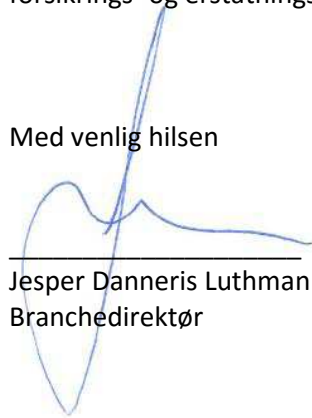
På den måde skal patienten ikke vente i årevis på sin erstatning, der i mange tilfælde er nødvendigt for at komme videre efter en fejlslagen behandling. Men samtidig sker det i respekt for ankemulighederne.

Da mange sager afvises – da de kan omhandle klager fx med dårlig service, bør det også overvejes at indføre et gebyr for klageren. Hos Forbrugerklagenævnet er dette i dag kr. 400. Samme praksis er i Arbejdsmarkedets Erhvervs sikring. Hvis det blev sat til kr. 1.000, kunne de blive tilbagebetalt ifb. med et medhold og udbetalt erstatning.

Samtidig er det helt afgørende for branchen, at hvis forslaget fra bl.a. Danske Patienter om, at patienterne kan beholde pengene til trods for modsat afgørelse i ankesagen, så skal der tages stilling til, hvem der skal afholde udgiften for en uberettiget afgørelse, der alligevel leder til udbetaling.

Sundhed Danmark indgår meget gerne i en fortsat dialog om en rimelig sikring af de private aktørers forsikrings- og erstatningspligt overfor vores patienter.

Med venlig hilsen



Jesper Danneris Luthman  
Branchedirektør