



10. juni 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 10. maj 2012 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.

BPK foreslog allerede i 2010, at de private aktører på sundhedsområdet skulle bidrage til Patientforsikringen, som i led i en større reform af ordningen. Det er fortsat BPK's holdning, at de private aktører skal bidrage til Patientforsikringen. Idet de private hospitaler er en del af et samlet sundhedsvæsen i Danmark, finder BPK det naturligt, at de private aktører bidrager til en fælles Patientforsikring, og ønsker samtidig at bidrage til at skabe en incitamentsstruktur, der vil kunne reducere skader og komplikationer hos danske patienter.

Som led i BPK's forslag om at bidrage til Patientforsikringen blev der afholdt møder med Indenrigs- og Sundhedsministeriet i foråret og forsommeren 2011 med relevante private aktører og Danske Regioner.

I følgende høringssvar vil BPK kommentere på lovforslagets generelle forhold og mere specifikke udkast til lovændringer. Afslutningsvis vil BPK foreslå forskellige modeller for implementering af ministeriets lovforslag.

BPK vil samtidig benytte lejligheden til at opfordre til, at ministeriet indbyder til dialog hen over sommeren og frem til lovforslagets fremlæggelse i efteråret 2012, således at BPK og andre relevante aktører har mulighed for at bidrage med at finde en finansieringsmodel, der er økonomisk forsvarlig og hensigtsmæssig på et stærkt konkurrencepræget marked.

Det skal igen understreges, at BPK er enig i sundhedsministerens intentioner om at lade de private bidrage til patientforsikringen samt at sikre, at der skabes incitamenter til at reducere skader og forbedre mulighederne for at ekskludere brodne kar i branchen. BPK finder det dog nødvendigt at kommentere udkastet til lovforslaget, som det er fremlagt i sin nuværende form.

Af generelle bemærkninger fra BPK kan fremhæves følgende:

- **Konkurrenceforvridning:** Lovforslaget lægger op til, privathospitaler og klinikker fortsat skal være i åben konkurrence med øvrige sundhedsaktører, der ikke skal betale for en forsikring. Det finder BPK er udtryk for direkte konkurrenceforvridning.
- **Et dyrere sundhedsvæsen:** Den reelle omkostning for erhvervslivet kan blive en faktor 2-4, dvs. 160-320 mio. kr. årligt, og en del af regningen vil lande hos regionerne. Derfor er der behov for yderligere dialog og analyser i forhold til, hvorledes der kan etableres en model, som sikrer en økonomisk bæredygtig løsning.
- **Manglende incitamentsstrukturer:** Lovforslaget vil ikke i sin nuværende form sikre, at de

'brodne kar' i branchen forsvinder, men risikerer at ramme de private, der bidrager positivt til at nedbringe ventelisterne i det offentlige sundhedsvæsen. Der bør således i højere grad være fokus på at skabe intelligente incitamentsstrukturer, som reelt vil kunne reducere skader m.v.

BPK opfordrer på den baggrund regeringen til at gå i dialog med erhvervslivet om at finde en model, der forener de principper, som ligger bag sundhedsministerens lovforslag, om god samfundsøkonomi og stærke incitamentter til at sikre behandlinger af høj kvalitet og grundlag for reduktion i skader. Især vil BPK opfordre til, at der findes inspiration fra andre skandinaviske lande samt eksisterende ordninger i Danmark og skabes en model på best-practise herfra. Herudover vil BPK påpege, at en naturlig konsekvens af reformeringen bør være, at BPK skal repræsenteres i Patientforsikringen.

BPK har følgende kommentarer til forslaget:

1. Konkurrenceforvridning

BPK er tilhænger af, at sundhedsvæsenets aktører tager ansvar for egne skader i patientbehandlingen. Det gælder således, at de enkelte aktører bør håndtere komplikationer, hændelige uheld, samt uhensigtsmæssig eller mangelfuld information til patienter og pårørende.

BPK finder det imidlertid stærkt problematisk, at ministeriets udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang alene udpeger privathospitalerne som eneste private aktørgruppe, der skal bidrage økonomisk til Patientforsikringen.

Der er i dag en række områder, hvor privathospitalerne er i direkte konkurrence med privatpraktiserende speciallæger. F.eks. handler mange forsikringsselskaber med privatpraktiserende speciallæger om ydelser, der også kan foretages på et privathospital. Det kan eksempelvis være inden for de medicinske områder, såsom neurologiske undersøgelser eller indenfor bevægeapparatet.

En del privatpraktiserende speciallæger tilbyder endvidere at tage imod privatbetalere, på lige fod med de private hospitaler og klinikker. Dette ses inden for flere forskellige områder, som f.eks. øjenkirurgi og dermatologi. Endvidere har visse privatpraktiserende speciallæger aftaler med Danske Regioner om at behandle patienter via Det Udvidede Frie Sygehusvalg, DUFS, lig privathospitalerne.

Faktum er derfor, at privathospitaler og -klinikker er i direkte konkurrence med navnlig de privatpraktiserende speciallæger om privatbetalende patienter og patienter, der bliver behandlet via deres sundhedsforsikring m.v.

Hertil kommer, at der også 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 via DUFS på linje med privathospitalerne.

1.1. Kvalitetsstyring som årsag til konkurrenceforvridning

I udkast til lovforslaget angiver ministeriet, at årsagen til at friholde eksempelvis speciallægerne er, at de er dækket af en overenskomst med regionerne. I lovforslaget fremføres det, at: *"Hensynet bag denne fritagelse er, at speciallægerne i høj grad er dækket af en overenskomst med regionerne, og dermed har regionerne en stærk styring med kvaliteten og indholdet af ydelserne hos speciallægerne."* Med hensyn til regionernes stærke styring af kvaliteten i behandlingerne hos privatpraktiserende speciallæger er BPK ikke bekendt med, at speciallægerne kvalitetsovervåges mere end privathospitalernes.

I forhold til privathospitalerne kan det oplyses, at der i standardaftalen mellem Danske Regioner og privathospitalerne er krav om, at der føres særligt kvalitetskontrol med privathospitalerne, når der er indgået aftale om behandling af patienter via DUFS. Dette fremgår af bilag 5.1: *Specificering af kvalitets- og dokumentationskrav til private sygehuse og klinikker med kontrakt under DUFS til standardaftalen mellem Danske Regioner og privathospitalerne.*

Herudover skal privathospitalerne akkrediteres i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel på linje med resten af det danske sundhedsvæsen, og samtidig udføres proaktive tilsyn med de private sundhedsudbydere fra Sundhedsstyrelsen. Herudover gælder, at privathospitalerne kun kan udføre behandlinger for det offentlige, såfremt der ligger en klar aftale om indhold og pris. Samlet set føres der således en særdeles omfattende kontrol med privathospitalerne i Danmark.

BPK finder derfor ikke, at der kan argumenteres for, at der er en stærkere styring fra regionernes side af hverken kvaliteten eller indholdet af ydelser hos speciallægerne, end der er på de private hospitaler og klinikker.

Hertil kommer, at når det gælder tilkendelsen af patienterstatninger, som skyldes, at behandlingen har været under lægefaglig standard, er privathospitalerne og de offentlige sygehuse fuldstændig ens. Ifølge årsrapporten fra patientforsikringen for 2010 fremgår det, at anderkendelser p.g.a. ikke-optimal behandling i 2010 var på 22 % på de offentlige sygehuse og 24 % på de private sygehuse.

På baggrund af ovenstående overvejelser finder BPK ikke, at der er belæg for, at nogle private sundhedsaktører modsat andre er underlagt stærkere kvalitetsstyring og kontrol. Derfor er BPK's samlede konklusion, at lovforslaget er udtryk for direkte konkurrenceforvridning mellem private aktører. Konsekvensen vil være, at nogle private sundhedsaktører bliver forfordelt fremfor andre.

2. Et dyrere sundhedsvæsen

Lovforslaget vil betyde et dyrere sundhedsvæsen. Det skyldes især, at der bliver tale om en betragtelig omkostningsbyrde for den private sektor inden for sundhedsbehandlinger, hvis privathospitalerne skal købe egen privat forsikring. Det gavner hverken samfundsøkonomien eller den enkelte patient.

2.1 Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet

I lovforslaget anslår ministeriet, at de økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v. vil være 60

mio. kr., hvilket er svarende til beløbet for udbetalinger af patienterstatninger i 2010. Den omkostning vil dog i praksis blive langt højere.

BPK har via en ekstern aktuar fået udarbejdet en analyse, der peger på, at omkostningen vil udgøre en faktor 2-4 af de erstatningsbeløb, der bliver udbetalt. I 2011 udgjorde dette beløb ifølge Patientforsikringen 78,9 mio. kr., og en skønnet omkostning til privat forsikring mod patienterstatninger kan således komme til at udgøre ca. 160-320 mio. kr. Når lovforslaget vil medføre en væsentlig større økonomisk omkostning, så skyldes det bl.a., at forsikringsselskaberne skal have en fortjeneste for at tage opgaven, samt at forsikringsselskaber er nødt til at afsætte en reservesum til uforudsete udgifter.

Den samlede omkostning skal ses i relation til en bruttoomsætning på ca. 1,6 mia. kr. blandt BPK's medlemmer, som anslås at udgøre ca. 80 pct. af sektoren. Der er således tale om en væsentlig økonomisk udgift, der langt overstiger de konkrete erstatninger, der rent faktisk udbetales til patienterne. Der vil for BPK's medlemmer være tale om en væsentlig økonomisk udfordring.

BPK finder det således stærkt bekymrende, at der ikke på forhånd er foretaget fyldestgørende beregninger eller analyser af, hvad en sådan forsikringsdækning vil få af konsekvenser for erhvervslivet. I udkastet til lovforslaget anføres, at: *"Præcis hvad en sådan forsikringsdækning vil koste er ikke afklaret."*

2.2 Økonomiske konsekvenser for regionerne

En del af den økonomiske regning kan forventes at blive til en udgift for regionerne. Dette fremgår tillige ikke af lovforslaget.

Denne konsekvens skyldes, at de offentlige patienter, der behandles via DUFS, vil blive omfattet af en ny forsikringsafgift. Da ca. 31 % af de patienter, privathospitalerne behandler, kommer via DUFS, må det forventes, at der også for regionerne vil blive tale om en betragtelig merudgift, hvis kravet om en privat forsikringsordning opretholdes.

BPK finder desuden helt principielt, at Danske Regioner bør tage ansvar for egne offentlige patienter i forsikringsmæssig sammenhæng.

3. Dækning af aktører i en privatforsikringsordning

I udkastet til lovforslaget er der lagt op til en privatforsikringsordning, der er baseret på, at de enkelte klinikker og hospitaler tegner individuelle forsikringer. Dog er det således, at der er spredning i branchen i forhold til, hvilke behandlingsformer der udløser henholdsvis større og mindre patienterstatninger. Hertil kommer, som anført ovenfor, at der er nogle hospitaler, som deler branche med brodne kar, såsom eksempelvis plastikkirurgiske klinikker, der har foretaget en række tvivlsomme behandlinger.

For dygtige hospitaler og klinikker, der udfører behandlinger, som lever op til lægefaglig standard, kan det på den baggrund vise sig at være vanskeligt at tegne en individuel forsikring. Der er i lovforslaget ikke taget stilling til, hvordan disse hospitaler og klinikker sikres en forsikringsordning, som tilfældet er i andre lande, som Danmark almindeligvis sammenligner sig med.

Alle offentlige og private udbydere af sundhedsydelser i Finland har pligt til at tegne en patientforsikring. I de tilfælde, hvor et privat forsikringselskab nægter at tilbyde patientforsikring til en private sundhedsudbyder af eksempelvis økonomiske årsager, kan den finske Patienterstatningen (PKV) i stedet tilbyde forsikringen.

I det fremlagte forslag er det samtidigt sådan, at der ikke er inkorporeret sanktioner over for de klinikker og hospitaler, som lovpligtigt skal være dækket af en forsikring. I § 30, stk. 5 gælder, at såfremt en klinik eller et hospital ikke har opfyldt deres forsikringspligt, træder kravet om fælles hæftelse i kraft, uden at den skadevoldende klinik selv bliver pålagt en økonomisk sanktion. I Finland er det således, at enhver, der har undladt at tegne en sygeforsikring, skal betale en forhøjet forsikringspræmie for den uforsikrede periode, hvilket kan være op til ti gange den normale forsikringspræmie. På den måde sikres, at brodne kar faktisk rammes effektivt og sanktioneres svarende til deres skader, hvorved der aktivt kan 'ryddes ud' i de aktører, som ikke leverer kvalitet i sundhedsbehandlingen.

4. Mulighed for en skærpet incitamentsstruktur

Det nuværende lovforslag om patientskadeerstatninger i Danmark giver derimod ikke en tilstrækkelig positiv incitamentsstruktur til at gøre det godt og giver, efter BPK's vurdering, en falsk tryghed i forhold til takle 'brodne kar'.

En privat forsikringsordning vil i praksis ikke kunne bidrage til hurtigt og effektivt til at lukke brodne kar i branchen. Ekstraordinært mange anmeldelser og anerkendelser af sundhedsbehandling, der vurderes som 'under lægefaglig standard', vil kunne blive behandlet i et fast-track forløb i Patientforsikringen. Men det vil dog i praksis tage op til et halvt år, førend at der er truffet afgørelser, som vil kunne udløse økonomiske konsekvenser for det pågældende behandlingssted.

Da erstatningssummen ikke er afhængig af lægelige fejl, herunder behandling, der er foretaget 'under lægefaglig standard', men i høj grad er betinget af, at patienterstatninger udbetales for skader, der ligeledes kan kategoriseres som hændelige uheld, vil forsikringsudgiften kunne ramme såvel brodne kar, som de mange dygtige hospitaler og klinikker. Især dygtige klinikker og hospitaler, der leverer plastikkirurgiske ydelser og dermed er i samme branche som de brodne kar, vil opleve forholdsmæssigt høje udgifter til forsikring.

Ved at undtage speciallægerne og praksissektoren fra lovforslaget vil der samtidig ikke være basis for at sikre en bedre incitamentsstruktur for kvalitet i det samlede private sundhedsmarked. Eksempelvis viser erfaringer fra Patientforsikringen, at der i 2009 til 2010 skete en markant stigning i anmeldelser fra patienter, der har været behandlet hos speciallæger. En del af forklaringen er anmeldelser vedrørende tilfælde af overset brystkræft, hvor af en del af undersøgelserne var foretaget i regi af de privatpraktiserende speciallæger.

Lov om klageadgang giver allerede i dag et regionsråd pligt til, såfremt en region gentagne gange har ydet erstatning for skader forvoldt af private sundhedsaktører, at indberette dette til Sundhedsstyrelsen med henblik på en vurdering, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger, jf. §29 stk. 3. BPK er ikke bekendt med, hvorvidt regionsrådene har gjort brug af den eksisterende forpligtelse, men vil understrege, at det fortsat bør være en myndighedsopgave at sikre, at brodne kar lukkes effektivt.

BPK vil således opfordre til, at udkastet til lovforslag tager højde for, at der samlet set bliver skabt en bred incitamentsstruktur, der fordrer færre skader for en bredere kreds af sundhedsaktører, samtidig med, at der sikres et mere effektivt system for at lukke brodne kar i branchen uden at ramme branchen som helhed.

5. Behov for vurderinger af andre modeller

BPK vil opfordre sundhedsministeren til at gå i dialog med de private sundhedsaktører med henblik på at se nærmere på erfaringer fra eksisterende danske modeller for patientskedeforsikring såsom Tandlægeforeningens Patientforsikring og lade sig inspirere fra en række af de lande, vi normalt sammenligner os med og på den baggrund udvikle en særlig dansk model for patientforsikring for private leverandører af sundhedsbehandlinger.

BPK bidrager i den sammenhæng gerne med konstruktive og realiserbare løsninger, der vil kunne imødekomme kravet om, at private aktører bidrager til at betale for egne skader, samtidig med at der tages hensyn til, at der etableres en økonomisk rentabel model, der ikke er konkurrenceforvridende. Samtidig vil en sådan model kunne indeholde incitamentsskabende mekanismer, der vil kunne bidrage til reduktion af komplikationer, skader m.v. Den danske tandlægeordning og den norske patientforsikringsmodel kan eksempelvis tjene som inspiration.

Tandlægeordningen som inspiration

De danske tandlæger har deres egen patientforsikringsordning, Tandlægemes Patientforsikring (herefter TP), som er en særlig forsikringsordning under Tandlægeforeningen. TP modtager, oplyser og afgør sagerne om erstatning efter lov om patientforsikring for skader forvoldt af autoriserede sundhedspersoner ansat i regionstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen, skader forvoldt på universiteternes tandlægeskoler og skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede tandlæger eller på vegne af disse.

Tandlægerne har ligesom privathospitalerne både finansieret omsætning fra det offentlige og fra privatbetalende samt forsikringspatienter. Ønsker man fra ministeriets side også en separat og privattegnede forsikringsordning for private leverandører af sundhedsydelser, er det derfor oplagt at kigge nærmere på udformningen af tandlægemes velfungerende ordning.

Tandlægeordningen som inspiration

De danske privatpraktiserende tandlæger har en særlig ordning for erstatninger under 10.000 kr., som behandles ligesom sagerne efter lov om patientforsikring. Disse skader håndteres i Tandlægemes Patientforsikring (herefter TP), som er en særlig organisation under Tandlægeforeningen. TP modtager, oplyser og afgør sager om erstatning efter lov om patientforsikring for skader forvoldt af autoriserede sundhedspersoner ansat i regionstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen, skader forvoldt på universiteternes tandlægeskoler og skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede tandlæger eller på vegne af disse.

Skulle dette overføres til eksempelvis privathospitalerne og andre aktører, kan man ikke benytte

sygesikringen som indbetalingsvej, men ordningens infrastruktur, hvor alle virksomhedsdrivende månedligt indbetaler et fast beløb af deres omsætning, som så evt. revideres årligt, kunne være en farbar vej. Samtidig sikrer loftet over mulige udbetalinger, at forsikringssummen kan holdes på et acceptabelt niveau. Det samme vil være tilfældet, fordi der etableres en fælles ordning for alle private leverandører uden for Patientforsikringen, som kan pulje deres risiko.

Økonomiske forudsætninger for TP's udbetalinger af erstatninger

Tandlægerne betaler via deres refusion fra regionerne på overenskomstaftalte ydelser månedligt et procentuelt fastsat beløb fra den enkelte praksis' omsætning ind til TP. De privatpraktiserende tandlæger med ydernummer betaler altså automatisk ind til TP via deres refusion fra regionerne, og disse penge dækker alle erstatninger under 10.000 kr. Når en patient har fået en skade, udbetaler TP pengene til patienten. For erstatningerne under 10.000 kr. gælder det, at pengene udbetales af TP fra tandlægerens indbetalinger. Ligger erstatningen over 10.000 kr. udbetales pengene fra TP, men opkræves derefter fra regionen.

Incitamentsstruktur

Med afsæt i TP-ordningen vil der yderligere kunne udbygges en model, hvormed incitamentsmekanismerne for reduktion af skader skærpes. Eksempelvis vil det være muligt i stil med den norske model, jf. nedenfor, at der, udover forsikringsdækningen, indføres en større selvrisiko for den enkelte private aktør.

En sådan ordning vil desuden være økonomisk mere acceptabel, idet private aktører, som har forvoldt skade på patienten, men hvor der er tale om en hændeligt uheld, ikke vil blive straffet uforholdsmæssigt hårdt. For så vidt angår brodne kar vil der i en sådan model være indbygget en performancestruktur, der netop sikrer, at de private aktører, der forvolder mest skade, har den største præmie og selvrisiko i forsikringsordningen.

5.2 Norge som inspiration

Skal der findes gode eksempler på udformning af ny samlet patientforsikringsmodel for de danske sundhedsvæsen, kan der, som nævnt ovenfor, hentes inspiration fra øvrige lande, Danmark normalt sammenligner sig med. BPK vedlægger en analyse af de øvrige skandinaviske landes forsikringsmodeller, udarbejdet af Copenhagen Economics. Særligt den norske model kan fremhæves som mulig inspiration til, hvordan man kan bruge en performancestruktur til at hæve kvalitetsniveauet offentligt såvel som privat.

Hovedtrækkene i den norske model er følgende:

- Den Norske Patientskadeerstatning (NPE) har ansvar for erstatning af både private og offentlige sundhedsydelse. NPE ligger under Helse- og omsorgsdepartementet og beskæftiger sig med krav om skadeserstatninger og udbetaling af sådanne erstatninger.
- NPE finansieres af Norges fire regioner og de private sundhedsudbydere, der alle har pligt til at indberette aktiviteter og indbetale til NPE.
- Den norske patientskadeerstatning dækker alle fysiske og psykiske skader i sundhedsvæsenet. Det grundlæggende princip for erstatning er "no blame", hvilket betyder, at der udbetales erstatning, selvom der ikke er en behandler, der holdes ansvarlig for

fejlbehandlingen. Sideløbende er der et "blame"-system, der vurderer, om skaden kunne have været mulig at undgå.

- Størrelsen på regionernes afgift er baseret på, hvor stor en procentvis andel af erstatningsudbetalingerne, som regionen stået for de seneste fem år. Kommuner og amter indbetaler også et fast beløb pr. indbygger. Administrative omkostninger, som kan henføres til det offentlige sundhedsvæsen, bliver dækket af staten, mens driftsomkostninger relateret til private sundhedsydelse er dækket af tilskud fra enheder i den private sundhedssektor.
- Ejeren eller den ansvarlige for en privat sundhedsenhed indbetaler et tilskud til NPE, der er afhængig af risikogruppen, som professionen tilhører. Højeste tilskud betales af kirurger med 52.000 norske kroner per årsværk.
- Hertil kommer, at det enkelte sygehus betaler en selvrisiko for tilkendte skadeserstatninger på 10.000 norske kroner samt 10 procent af det resterende beløb dog maksimalt op til 100.000 norske kroner.

BPK vil videre opfordre til, at den ovenstående performancemodel udbygges i en dansk kontekst, så ordningen indebærer, at de hospitaler og klinikker, der har flest skader, vil skulle bidrage mest. Dette øger incitamentet til at reducere skader. Hvis der i en sådan ordning samtidigt er inkorporeret et system med en betragtelig selvrisiko, vil der være et indbygget incitament til at arbejde for at reducere skader for både små og store aktører. Samtidig vil de økonomiske konsekvenser være håndterlige for det private marked for sundhedsydelser.

Konklusion

BPK er af den opfattelse, at privathospitalerne i Danmark skal bidrage til at betale for egne patientskadeserstatninger under hensyntagen til, at der etableres en ordning, der ikke er konkurrenceforvridende, er økonomisk bæredygtig og samtidig har den rette incitamentsstruktur. Vælger man altså en performancemodel, rettere end den model med privat forsikring for enkeltaktører, som det nuværende forslag lægger op til, har man chancen for i langt højere grad at sikre en række fordele:

- 1) Effektiv lukning og sanktionering af behandlingssteder, der behandler under standard,
- 2) Øget incitamentsstruktur for kvalitet på alle hospitaler, klinikker og øvrige private leverandører af sundhedsbehandlinger, som indsluses i ordningen,
- 3) sikring af de private hospitaler og klinikker, der i dag bidrager aktivt og positivt til det danske sundhedsvæsen,
- og 4) undgåelse af øgede udgifter til regionerne som en konsekvens af øgede priser hos en række private samarbejdspartnere.

Som anført vil BPK appellere til, at dette enten gøres gennem oprettelse af en samlet privatforsikringsmodel i stil med tandlægerne, som kunne inkludere både privathospitaler og andre private aktører på sundhedsområdet, eller gennem inspiration fra den norske model, hvor udgifterne i sundhedssystemet holdes nede gennem en fælles ordning for offentlige og private.

Sidstnævnte vil i praksis betyde, at privathospitalerne og andre private indbetaler direkte til den



danske Patientforsikring, idet de privates forsikringspræmier selvfølgelig også vil skulle understøtte administration af ordningen, så det offentlige ikke på den konto får en merudgift.

Tanken er netop, at man ved at undlade at pålægge enkelte virksomheder at forsikre sig privat både sparer den private branche, men også regionerne og dermed det samlede sundhedsvæsen, for ekstra udgifter.

På baggrund af ovenstående overvejelser vil BPK således opfordre regeringen til at sætte det nuværende forslag i bero frem til, at øvrige modeller er analyseret og kan indgå ind i et endeligt udspil.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bent Wulff Jakobsen', is written over a light grey grid background.

Bent Wulff Jakobsen

Formand for Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, BPK

Sundhedsministeriet
Att: Anne Marie Karstoft Hertzum

Høring 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 modtog den 10. maj 2012 udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Nærværende høringssvar omhandler alene spørgsmålet om patientskadeerstatningen.

Det er indledningsvist vigtigt for Dansk Erhverv at understrege, at det er afgørende betydning for erhvervslivets konkurrenceevne, at vi har et stærkt og effektivt sundhedsvæsen, der leverer ydelser på højeste internationale kvalitetsniveau. Raske medarbejdere, der bliver 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 har det grundlæggende synspunkt, at private sundhedsaktører bidrager til at styrke kvaliteten og effektiviteten i sundhedsvæsenet samlet set. De private sundhedsaktører, herunder fx speciallæger, har historisk set været en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. De senere år har navnlig privathospitalerne i sammenhæng med bl.a. det frie udvidede sygehusvalg bidraget til at nedbringe ventelister og givet borgeren en større valgfrihed.

Det er derfor også naturligt at de private sundhedsaktører tager et ansvar for utilsigtede hændelser, skader, komplikationer mv. Dansk Erhverv kan derfor grundlæggende tilslutte sig målet om, at de private sundhedsaktører bidrager til patienterstatningerne.

Dansk Erhvervs bemærkninger til lovforslaget:

Dansk Erhverv er på den baggrund helt uforstående over for lovforslaget, og ikke mindst den begrænsede inddragelse af de sundhedsaktører, der er direkte berørt af lovforslaget.

Det er vores vurdering og synspunkt at lovforslaget er konkurrenceforvridende, fordyrende og ikke vil løse de udfordringer med ”brodne kar”, der indgår i sundhedsministerens motivation til lovforslaget i pressemæssig sammenhæng.

Dansk Erhverv er endvidere stærkt forundrede over det faktum, at der som grundlag for lovforslaget ikke har pågået et arbejde med mulige modeller, der også i praksis kan realiseres. Udkastet til lovforslag er således ikke realiserbart i sin nuværende form, bl.a. af den grund, at der ikke

findes garanti for, at der er et privat forsikringstilbud på markedet, der vil kunne sikre alle en forsikring.

Konkurrenceforvridning

Først og fremmest er det Dansk Erhvervs klare vurdering, at lovforslaget er strid med konkurrence Lovgivningen, og har derfor anmodet Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen om at gå ind i sagen.

I sin kerne udpeger lovforslaget privathospitalerne som den ene aktør - blandt flere private aktører, der fremover skal betale særskilt for en forsikringsordning til patienterstatninger. Det finder Dansk Erhverv er konkurrenceforvridning.

Der findes mange eksempler på, at privathospitalerne er i direkte konkurrence med privatpraktiserende speciallæger. F.eks. handler mange forsikringsselskaber med privatpraktiserende speciallæger om ydelser, der også kan foretages på et privat hospital. Det kan være inden for de medicinske områder, som bevægeapparatet eller neurologiske undersøgelser.

En del privatpraktiserende speciallæger tilbyder endvidere, udover at behandle patienter via sygesikringsaftalen og evt. sundhedsforsikring, at tage imod såkaldt privat betalere, på lige fod med de private sygehuse og klinikker. Dette ses inden for flere forskellige områder, som f.eks. øjenkirurgi og hudproblemer.

Faktum er derfor, at privathospitaler og klinikker er i direkte konkurrence med de privatpraktiserende speciallæger om privatbetalende patienter og patienter, der bliver behandlet via deres sundhedsforsikring.

Et dyrere sundhedsvæsen

Lovforslaget vil føre til et dyrere sundhedsvæsen.

Hvis lovforslaget gennemføres i dets nuværende form, vil de private hospitaler i de nævnte eksempler blive pålagt en betragtelig ekstra omkostning til en privat forsikringsordning, mens speciallægerne fortsat får denne omkostning dækket af regionerne. Bortset fra, at en sådan forsikring for øjeblikket ikke findes på markedet er der ingen tvivl om, at der bliver tale om en væsentlig omkostning.

Dansk Erhverv er bekendt med at Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker gennem en ekstern aktuar har fået udarbejdet en analyse, der peger på, at omkostningen vil udgøre en faktor 2-4 af de erstatningsbeløb, der bliver udbetalt. I 2011 udgjorde dette beløb 80 mio. kr., og en skønnet omkostning til privatforsikring mod patienterstatninger vil således udgøre ca. 160-320 mio. kr. Dette skal ses i relation til en bruttoomsætning på ca. 1,6 mia. kr. svarende til bruttoomsætningen for de privathospitaler og klinikker som Dansk Erhverv organiserer.

Den samlede omkostning vil i sidste ende hos kunderne. Det vil fx betyde at DUF-taksterne må antages at skulle kompensere privathospitalerne for en øget omkostning. Det vil øge regionernes udgifter.

Resultatet vil derfor være et dyrere sundhedsvæsen. Lovforslaget er dermed ikke i tråd med regeringens mål om mere sundhed for pengene.

Behov for vurderinger af andre modeller

Dansk Erhverv finder det stærkt bekymrende, at der ikke på forhånd er foretaget beregninger eller analyser af, hvad den foreslåede forsikringsdækning vil få af konsekvenser for erhvervslivet.

Dansk Erhverv vil på det kraftigste 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, økonomisk forsvarlig og ikke konkurrenceforvridende.

Med venlig hilsen

Jakob Scharff
Markedschef
Dansk Erhverv



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

København, den 4. juni 2012

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

Ministeriet har fremsendt udkast til lovforslag vedrørende 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 mv.).

Vi skal hermed meddele, at Dansk Kiropraktor Forening ikke har bemærkninger til forslaget.

Med venlig hilsen


Annette Bonne
Chefkonsulent

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dansk Sygeplejeråd




Den 11. juni 2012
Ref.: KRL
Sagsnr.: 1205-0040

Høring vedr. Ændring af lov om klage – og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Dansk Sygeplejeråd bakker op om den foreslåede lovændring, der betyder at private sygehuse og klinikker fremover skal medfinansiere patientskadeerstatningsordningen mm.

Dansk Sygeplejeråd finder det naturligt, at også de private sygehuse og klinikker er med til at finansiere patientskadeerstatningen, så det ikke kun er det offentlige sundhedsvæsen, der skal betale for erstatning af skader, som også kan finde sted i privat regi.

Med venlig hilsen


Grete Christensen
Formand

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

Postboks 1084
DK-1008 København K

Ekspedition:
mandag-torsdag 10.00-16.00
fredag 10.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Til: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk; amkh@sum.dk

Hvidovre, den 8. juni 2012
Sag 17-2012-00845– Dok. 83739/js

Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danske Handicaporganisationer (DH) er positive overfor forslaget om, at de private sygehuse og klinikker fremover bliver pålagt en forsikringspligt for patientskader.

Når de private sygehuse og klinikker får et økonomisk medansvar for patientskadeerstatningsordningen vil det give et yderligere incitament til at sikre patientsikkerheden og den højeste kvalitet i ydelserne.

Det er dog helt afgørende, at det ifm. ændringerne sikres, at enhver patient til enhver tid er forsikret, og at det aldrig må blive patienten selv, der skal sikre sig, at der er tegnet en forsikring, og at forsikringspræmien er betalt.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand



Anne Marie Karstoft Hertzum
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Høring over forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse og klinikers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene mv.)

Dato:
11. juni 2012

Danske Patienter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
aw@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Danske Patienter støtter overordnet lovændringen, som forpligter private sygehuse og klinikker til at bidrage til patientskadeordningen. Det kan både sikre mere rationelt brug af offentlige midler og afspejler en fornuftig logik - at den der udfører også tager omkostningerne ved fejl. Derudover er det Danske Patienters formodning, at ændringen kan bidrage til et skærpet fokus på kvalitet og patientsikkerhed blandt private aktører.

Danske Patienter ønsker, at man i lovændringen sikrer, at ingen patienter kan stilles ringere i tilfælde af, at en privat aktør ikke lever op til sin forpligtigelse. I den situation skal patienter være garanteret evt. erstatning i andet regi.

Lovforslaget inkluderer private sygehuse og klinikker, men ikke privatpraktiserende speciallæger. Man kunne overveje om disse også bør inkluderes i loven, eftersom de i høj grad udfører samme ydelser som private sygehuse og klinikker og dermed også bør underlægges samme regler.

Danske Patienter er glade for, at reglerne for transportgodtgørelse ændres, eftersom det indtil nu har været en uholdbar situation, som Danske Patienter også ved tidligere lejlighed har påpeget.

Som tidligere udtrykt, i brev dateret 12. december 2011 til departementschef Per Okkels, ønsker Danske Patienter, at spørgsmålet om sammensætningen af Patientskadeankenævnet og

Lægemiddelskadeankenævnet samt en tiltrængt revision af kriterierne for vurdering af erstatningsberettigede skader ved undersøgelse, diagnostiske indgreb, eller behandling inddrages i nærværende lovændring.

Side 2/2

Danske Patienter mener overordnet, at det bunder i et ikke-tidssvarende billede af, hvordan patienterne er organiseret i dagens Danmark, når patientforeninger hverken er repræsenteret i Patientskadeankenævnet eller i Lægemiddelskadeankenævnet. Danske Patienters medlemsforeninger har tilsammen 862.000 medlemmer, og langt hovedparten af disse er ikke repræsenteret via Danske Handicaporganisationer.

En anden problemstilling er, at tilkendelse af erstatning i dag baserer sig på en afvejning af forholdet mellem patientens grundsygdom og skadens sjældenhed og alvor. Det betyder, at patienter med en alvorlig grundsygdom har vanskeligt ved at få tilkendt erstatning.

Danske Patienter anbefaler i forlængelse heraf, at man i forbindelse med nærværende revision af lov om klage- og erstatningsadgang medtager ydere to ændringer, således at Danske Patienter fremad får mulighed for at udpege et medlem til hhv. Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet, og 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

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sum@sum.dk

DANSKE
REGIONER



11-06-2012

Sag nr. 12/1090

Dokumentnr.

Maja Barfod Hørsving

Tine Torslev From

Tel. 35 29 81 29

E-mail: mbh@regioner.dk

Høringsvar Danske Regioner

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

Erstatningspligt

Danske Regioner tager til efterretning, at praksissektoren og hermed også de praktiserende speciallæger ikke er omfattet af ændringen i loven om erstatningsansvar. Danske Regioner antager i den forbindelse, at undtagelsen alene gælder den del af de praktiserende speciallægers virksomhed, som henhører under overenskomsten med RL TN eller udbudsaftaler med en region.

Lovforslaget introducerer en skelnen mellem, om privathospitaler foretager aktiviteter under det udvidede frie sygehusvalg og dermed selv skal bære erstatningsansvaret, eller som en del af en udbudsaftale, hvor regionen har erstatningspligten.

Danske Regioner hæfter sig i den forbindelse ved lovforslagets bemærkninger om, at det ikke kan svare sig at lade speciallægerne betale selv, da de blot vil søge at overvælte omkostningerne på regionerne ved overenskomstforhandlingerne. Danske Regioner ser en mulighed for, at samme situation vil gøre sig gældende ved Danske Regioners forhandlinger med Brancheforeningen for Privathospitaler om takster under det udvidede frie sygehusvalg.

Danske Regioner tager blandt andet på denne baggrund forbehold for de økonomiske konsekvenser, som lovforslaget måtte have for regionerne.

I forhold til aktivitet under det udvidede frie sygehusvalg kan det på den baggrund overvejes, om der kan findes andre modeller - end privat forsik-

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

ring - for hvordan de private leverandører kan varetage erstatningsansvaret for patienterne under det udvidede frie sygehusvalg.

Side 2

En konsekvens i øvrigt af ændringen vedr. erstatningspligten for private sygehuse og klinikker bør i øvrigt være, at § 29, stk. 3 ændres således, at regionsrådet fremover kun er forpligtet til at indberette gentagne tilfælde af skader forvoldt af private sygehuse mv. til Sundhedsstyrelsen i de tilfælde, hvor regionen har erstatningsansvaret.

Vederlag mv. til visse medlemmer af tandlægenævne

Ændringsforslaget giver Ministeren for Sundhed og Forebyggelse hjemmel til at fastsætte vederlag og befodringsgodtgørelse til de ny udnævnte medlemmer af regionstandlægenævn og landtandlægenævn fra Forbrugerrådet og Danske Patienter. Danske Regioner tager denne hjemmel til efterretning, men gør ministeriet opmærksom på, at det kan være vanskeligt at få en aftale på plads med Tandlægeforeningen om finansiering via de i overskkomsten afsatte midler til fælles foranstaltninger.

Danske Regioner tager derfor forbehold for de eventuelle konsekvenser, som denne del af lovforslaget måtte have for regionerne.

Oplysninger i elektronisk form

I forslaget er der fremsat mulighed for, at Patientforsikringsforeningen kan indhente oplysninger i elektronisk form. Det fremgår af bemærkningerne til forslaget, at hensigten med den foreslåede ændring er, at der skal skabes den fornødne hjemmel til elektronisk indhentning af indkomstoplysninger ved direkte adgang hos SKAT.

Det er Danske Regioners opfattelse, at det skal præciseres i lovteksten, at der er tale om indhentning af oplysninger hos SKAT, således at der ikke skabes tvivl om, at Patientforsikringsforeningen ikke kan forvente at indhente oplysninger generelt i elektronisk form fra hospitalerne. Hospitalerne vil ikke p.t. kunne give Patientforsikringen oplysningerne i elektronisk form.

Fordeling af ansvaret

Endeligt finder Danske Regioner, at der kan være behov for at formulere bestemmelse i loven om, at Patientforsikringen, i sager med flere ansvarlige skadevoldere uanset om der er tale om offentlig/offentlig skadevolder eller privat/offentlig skadevolder, tager stilling til en fordeling af ansvaret.

Høringssvaret er givet med forbehold for efterfølgende politisk behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Side 3

Med venlig hilsen

Kirsten Jørgensen

Danmarks Apotekerforening

Kanonbådsvej 10 · Postboks 2181 · 1017 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

apotek

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

18-05-2012

MKA/MKA/4201/00001

Svar på høring over forslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 10. maj 2012 sendt udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i høring.

Forslaget indebærer, at

- private sygehus og klinikker skal selv finansiere erstatning for skader, der sker ved behandlinger, der betales af borgere selv eller af sundhedsforsikring, samt ved skader sket i forbindelse med behandling, der vedrører det udvidede frie sygehusvalg,
- ministeren får hjemmel til at fastsætte regler om, at udgifter til vederlag og befordringsgodtgørelse for Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanters deltagelse i tandlægenævnene,
- der indsættes udtrykkelig hjemmel til, at Patientforsikringen *elektronisk* (ved direkte terminaladgang) kan indhente oplysninger om skadelidtes indkomstforhold hos told- og skattemyndigheder samt at
- definitionen af et lægemiddel bringes i overensstemmelse med definitionen i lægemiddelloven.

De foreslåede ændringer giver ikke Danmarks Apotekerforening anledning til at fremkomme med bemærkninger.

Med venlig hilsen


Merete Køas



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt til: sum@sum.dk og amkh@sum.dk
Kopi sendt til: jm@jm.dk

13. juni 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
www.datatilsynet.dk

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

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

1. Ved e-mail af 10. maj 2012 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovennævnte lovforslag.

Datatilsynet skal i den anledning udtale følgende:

2. Lovforslagets § 1, nr. 3

2.1. Af lovforslagets § 1, nr. 3, fremgår, at § 37, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet affattes således:

”§37. Patientforsikringsforeningen kan af kommunalbestyrelser, regionsråd, statslige told- og skattemyndigheder og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger, Sundhedsstyrelsen m.v. samt den skadelidte, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser, politirapporter, obduktionsrapporter m.v., som foreningen skønner, er af betydning for behandling af sager efter dette kapitel. Oplysningerne kan indhentes i elektronisk form.”

Af de almindelige bemærkninger, afsnit 4, fremgår følgende:

4.1. Gældende ret

Der er ikke fastsat direkte hjemmel til at indhente oplysninger elektronisk. Den generelle hjemmel til at indhente oplysninger fra SKAT fremgår af lovens § 37, stk. 1.

4.2. Overvejelser og indhold

Patientforsikringen har i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet adgang til at indhente oplysninger vedrørende skadelidtes indkomstforhold fra SKAT til brug for beregning af patientskadeerstatningen jf. § 37, stk. 1.

Såfremt indkomstoplysninger skal indhentes elektronisk ved direkte (terminal-)adgang hos SKAT, stiller Datatilsynet krav om, at der er direkte hjemmel hertil i lovgivningen. SKAT

anbefaler ligeledes, at de statslige told- og skattemyndigheder nævnes eksplicit i bestemmelsen, for at der ikke hersker tvivl om hjemlens rækkevidde.

Derfor ændres lovens § 37 således, at Patientforsikringen opnår adgang til at indhente oplysninger elektronisk, ligesom det præciseres at disse oplysninger kan indhentes hos de statslige told- og skattemyndigheder.

Det er ligeledes i lovforslaget præciseret, at Patientforsikringen kan indhente oplysninger til brug for behandling af en patientskadeerstatningssag hos Sundhedsstyrelsen, såfremt dette skulle være nødvendigt, hvad det yderst sjældent vil være.

Patientforsikringen sikres ligeledes adgang til indhentelse af politi- og obduktionsrapporter.”

2.2. Det fremgår af bemærkningerne, at Patientforsikringen med lovforslaget sikres adgang til indhentelse af politi- og obduktionsrapporter.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ses ikke at have forholdt sig til persondataloven¹ i lovforslaget. Datatilsynet skal på den baggrund anmode ministeriet om at overveje med hvilken hjemmel i persondatalovens §§ 6-8, at Patientforsikringsforeningen kan indhente politi- og obduktionsrapporter som foreslået i lovforslagets § 1, nr. 3, herunder om dele af indhentningen/videregivelsen er reguleret af sundhedslovens regler.

Disse forhold bør efter Datatilsynets opfattelse beskrives i bemærkningerne til lovforslaget. Det bør i den forbindelse præciseres hvem oplysningerne indhentes og videregives fra.

I den forbindelse skal tilsynet gøre opmærksom på bestemmelserne i persondatalovens §§ 7 og 8, som regulerer adgangen til at indsamle, registrere og videregive følsomme oplysninger, herunder oplysninger om helbredsforhold og oplysninger om strafbare forhold.

Hvis der med lovforslaget er tilsigtet en fravigelse af persondataloven bør dette tillige beskrives med en vurdering af den ønskede retstilstand i forhold til databeskyttelsesdirektivet².

2.3. Datatilsynet skal desuden henlede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opmærksomhed på, at behandling af personoplysninger endvidere skal ske i overensstemmelse med de grundlæggende principper i persondatalovens § 5 om bl.a. formålsbestemthed, saglighed og proportionalitet. § 5 bygger på artikel 6 i databeskyttelsesdirektivet.

¹ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer

² Europa-Parlamentet og Rådets direktiv 95/46/EF af 24. oktober 1995 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger.

Datatilsynet skal i den forbindelse bemærke, at oplysninger i politirapporter er indsamlet til brug for politiets myndighedsudøvelse. Datatilsynet er umiddelbart tvivlende over for, om det vil være i overensstemmelse med princippet om formålsbestemthed i § 5, stk. 2, at Patientforsikringsforeningen indhenter politirapporter i forbindelse med sin sagsbehandling.

Ministeriet bør derfor nøje overveje, om lovforslaget vil kunne rummes inden for persondatalovens § 5, jf. databeskyttelsesdirektivet artikel 6, samt beskrive dette nærmere i bemærkningerne til lovforslaget.

2.4. Det fremgår af lovforslaget, at "[o]plysningerne kan indhentes i elektronisk form". Datatilsynet forstår dette således, at Patientforsikringsforeningen får mulighed for selv at indhente oplysninger ved direkte (terminal)adgang i den videregivende myndigheds systemer.

Datatilsynet forudsætter, at der kun gives Patientforsikringsforeningen adgang til oplysninger med respekt for persondatalovens regler. Foreningen må således ikke have adgang til oplysninger, som den ikke har behov for i forbindelse med dens sagsbehandling. Dette krav er udtrykt i forskellige afskygninger i lovens almindelige behandlingsregler, de grundlæggende principper i lovens § 5 samt lovens regler om behandlingssikkerhed.

Efter Datatilsynets umiddelbare opfattelse medfører persondataloven, at den i lovforslaget beskrevne adgang til at indhente oplysninger elektronisk må tilrettelægges, så adgangen til oplysninger teknisk begrænses til oplysninger om den skadelidte, og kun til de for sagens behandling nødvendige oplysninger. Der bør altså ikke være teknisk adgang til at foretage opslag i systemer om personer, som ikke er part i sagen hos Patientforsikringsforeningen.

Datatilsynet skal anbefale, at det indsættes i lovforslagets bemærkninger, at Patientforsikringsforeningen kun må have adgang til de for sagen nødvendige oplysninger.

Datatilsynet anbefaler desuden, at der i lovforslaget tages stilling til, hvilke oplysninger medarbejderne i Patientforsikringsforeningen vil kunne få adgang til. Hvis lovforslaget åbner mulighed for, at adgangen etableres uden en teknisk begrænsning i forhold til, hvilke personer der kan indhentes oplysninger om, skal Datatilsynet henstille, at der i lovforslaget tillige indgår en vurdering af dette i forhold til proportionalitetsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 3, og databeskyttelsesdirektivets artikel 6, stk. 1, litra c.

2.5. Det fremgår af bemærkningerne, at Datatilsynet stiller krav om, at der er direkte hjemmel hertil i lovgivningen, hvis indkomstoplysninger skal indhentes elektronisk ved direkte (terminal-)adgang hos SKAT.

Datatilsynet skal foreslå, at dette udskiftes med de ovenfor foreslåede beskrivelser af forholdet til persondataretten.

Datatilsynet skal desuden bemærke, at det følger af indkomstregisterlovens § 7, stk. 1, at det er et krav for at få terminaladgang til oplysninger i indkomstregisteret, at der i anden lovgivning er udtrykkelig lovhjemmel til, at den pågældende myndighed mv. kan få terminaladgang til oplysningerne i indkomstregisteret.

2.6. Når forholdet til persondataloven og databeskyttelsesdirektivet er beskrevet i lovforslaget, skal Datatilsynet anmode om at få det i fornyet høring.

Kopi af dette brev er sendt til Justitsministeriets Lovafdeling til orientering.

Med venlig hilsen

Maiken Breüner
Specialkonsulent

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Finsensvej 15
DK-2000 Frederiksberg

Tel +45 7226 9370
dnvk@dnvk.dk
www.dnvk.dk

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

11. juni 2012
Sags nr.: 1201480
Sagsbeh.: SUMSPJ/DNVK
Dok nr.: 949002

Den Nationale Videnskabsetiske Komité (DNVK) har den 15. maj 2012 modtaget forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i høring, og fremsender herved følgende bemærkninger:

1. Dækningsområdet

Dækningsområdet for lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er nærmere præciseret i bekendtgørelse nr. 1097 af 12. december 2003 om dækningsområdet for lov om patientforsikring. Det fremgår af bekendtgørelsens § 9, at skader efter loven forårsaget på personer, der deltager i biomedicinske forsøg mv., der udføres af private firmaer, foreninger, m.v. er omfattet af lovens område, hvis forsøget udføres under direkte ansvar af et sygehus, en statslig højere uddannelsesinstitution, en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson, m.fl.

Forsøg, der ikke er omfattet af dækningsområdet, skal, for at få en videnskabsetisk godkendelse, have en erstatnings- eller godtgørelsesordning, hvis forsøgspersonen kommer til skade og der skal være tegnet forsikringer eller foreligge en godtgørelsesordning til dækning af den forsøgsansvarliges og sponsors ansvar overfor forsøgspersonerne, jf. komitélovens § 20, stk. 1, nr. 7 (lov nr. 593 af 14. juni 2011 om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter).

Den tidligere Centrale Videnskabsetiske Komité (CVK) har ved afgivelse af problemnotat af 10. september 2009 til Udvalget for revision af komiteloven gjort udvalget og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opmærksom på, at forsøgsdeltagere, der deltager i forsøg, der ikke er omfattet af dækningen i patientforsikringsordningen, ikke er lige så godt dækket, som deltagere omfattet af ordningen. CVK pegede derfor på, at sådanne deltagere bør omfattes af patientforsikringsordningen.

Da der ifølge bekendtgørelsen fortsat er et område for privat forskning, der ikke er omfattet af patientforsikringsordningen, fx hvis forskningen alene gennemføres på en privat klinik efter kontrakt med en sponsor, skal DNVK på ny gøre opmærksom på problemstillingen.

2. Private firmaers erstatningsansvar

Efter lovforslagets § 29, stk. 1, nr. 7, bliver private sygehuse og klinikker erstatningsansvarlige for skader, efter behandling, undersøgelse eller lignende som er betalt direkte af en fysisk eller juridisk person uden for det offentlige sundhedsvæsen.

DNVK finder, at ministeriet med henblik på en præcisering bør overveje, hvem der i lyset af den foreslåede § 29, stk. 1, nr. 7, er erstatningsansvarlige i de situationer, som er nævnt i bekendtgørelsens § 9, som er omfattet af lovens dækningsområde. Er det den private sponsor (lægemiddelfirma) og den private klinik, der samarbejder med et sygehus, der er erstatningsansvarlige, eller det pågældende sygehus, der samarbejdes med?

Med venlig hilsen



Susanne Pihl Jakobsen
Specialkonsulent



Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af klage- og erstatningsloven inden for sundhedsvæsnets.

(private sygehuse og klinikkers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene mv.)

Departementet har med interesse læst det fremsendte lovforslag om ændring af klage- og erstatningsloven, med vedlagte bemærkninger. Departementet takker ligeledes for muligheden for at blive hørt.

Der forekommer dog ikke efter departementets opfattelse umiddelbart noget i ovennævnte lovforslag, der har særlig relevans for grønlandske interesser.

Departementet har derfor ingen bemærkninger til lovforslaget.

Inussiamersumik inuulluaqquusillunga
Med venlig hilsen

Evelina Andersen
Toqq/direkte 346606
evan@nanoq.gl

31. maj 2012
Sagsnr. 2012-062703
Dok. Nr. 923125

Postboks 1160
Tlf: 34 50 00
Fax: 32 55 05
3900 Nuuk
Email: pn@nanoq.gl
www.nanoq.gl



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail: amkh@sum.dk, sum@sum.dk

Det Ethiske Råd
Rentemestervej 8
2400 København NV
Tel + 45 7221 6860
www.etiskraad.dk

21. maj 2012
J.nr.: 1003746
Dok. nr.: 931933
UH.ER

**Høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsad-
gang inden for sundhedsvæsenet**

Det Ethiske Råd takker for modtagelsen af høringsudkastet.

Vi har ingen kommentarer.

Med venlig hilsen
på vegne af Det Ethiske Råd

Jacob Birkler,
formand



HEILSUMÁLARÁÐIÐ

Ríkisumboðið
Amtmansbrekkan 4
100 Tórshavn

Dato: 26. juni 2012
Mál: 12/00386-9
Tygara Skriv:
Viðgjørt: JND

Vedrørende høring om forslag om lov om ændring af lov og klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Med henvisning til Rigsombudsmandens brev af 11.mai 2012 angående høring om forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, skal Heilsumálaráðið på vegne af Færøernes Landsstyre hermed meddele, at Landsstyret ikke har nogen bemærkninger til det forelagte lovforslag.

Det skal yderligere meddeles, at forudsat at lovforslaget bliver vedtaget i foreliggende udformning ønsker Heilsumálaráðið på vegne af Færøernes Landsstyre, hurtigst muligt herefter, at få forelagt forslag til kongelig anordning om loven ikrafttræden for Færøerne, jf. lovforslagets § 3, med undtagelse af lovforslagets § 1 nr. 1.

Det foreslås i denne forbindelse, at § 29, stk.1, nr.5 i A.1248/2011 i samme anledning omformuleres med henblik på at tydeliggøre lovparagraffens indhold og mening.

I § 29, stk.1, nr.5 i lbk.1113/2011 hedder det: "Den region, hvor en privatpraktiserende...". På samme sted i A.1248/2011 hedder det: "De færøske sundhedsmyndigheder, hvor en privatpraktiserende...".

I loven er der tale om en definatorisk henvisning, idet erstatningsansvaret, i praktiseringen af loven, skal placeres hos en bestemt region, nemlig den der opfylder det kriterium, at den instans, som har udført den erstatningsudløsende handling (undersøgelse/behandling) er hjemmehørende indenfor pågældende region. Formuleringen i loven er således nødvendig for at den pågældende erstatningsansvarlige region, i hvert enkelt givet tilfælde, kan identificeres.

Når det gælder lovens færøske variant A.1248/2011 giver en sådan definatorisk henvisning imidlertid ikke mening, idet "de færøske sundhedsmyndigheder" i sig selv er en præcis definition af den erstatningsansvarlige.

En alternativ formulering af § 29, stk.1, nr.5, der tager højde for omtalte forskel mellem danske og færøske forhold kunne være:

"De færøske sundhedsmyndigheder, for så vidt sagen angår en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson eller kommunelæge der har sin praksis på Færøerne, eller en læge, der uden at være kommunelæge virker som vagtlæge på Færøerne, eller en læge, der uden at være

HEILSUMÁLARÁÐIÐ

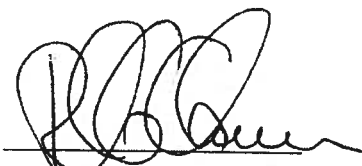
kommunelæge foretager vaccination på Færøerne i henhold til lagtingslov om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme, jf. dog stk. 2.”

Heilsumálaráðið forstår, at en eventuel revision af A.1248/2011 må afvente vedtagelse og ikrafttræden af foreliggende lovforslag. Ovennævnte påpegning af et eventuelt behov for en konkret revision af A.1248/2011, skal ses i lyset af dette, men forventes taget i betragtning i det tilfælde, at der påbegyndes indarbejdelse af foreliggende lovforslags bestemmelser i A.1248/2011.

Med venlig hilsen



Karsten Hansen
landsstyremand for
sundhedsanliggender



Poul Geert Hansen
departementchef

Fra: Sanne Olsen (DEP) [sos@evm.dk]
Sendt: 11. juni 2012 12:48
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: Anne Marie Karstoft Hertzum
Emne: Hørings svar - Høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Til ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

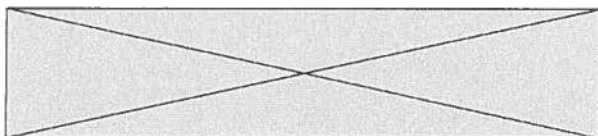
Erhvervs- og Vækstministeriet har modtaget ovenstående høring fra ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Erhvervs- og Vækstministeriet har sendt materialet i høring hos Erhvervsstyrelsen og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har svaret ministeriet for Sundhed og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

Med venlig hilsen

Sanne Olsen

Sekretær, Internationalt sekretariat

Tlf. +45 33 92 33 62




Fra: Eike Byg Huish [ebhu@FOA.DK]
Sendt: 7. juni 2012 11:34
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: Anne Marie Karstoft Hertzum
Emne: Høringssvar lovforslag til ændring af lov om erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet mv.

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

FOA – Fag og Arbejde finder det positivt, at de private sygehuse og klinikker fremover vil blive omfattet af patienterstatningsordningen og dermed betale for skader der er opstået under behandlingen på private sygehuse og klinikker.

Med venlig hilsen
Eike Byg Huish
Konsulent - FOA Overenskomst

Stauings Plads 1 - 3 • 1790 København V • tlf. 4697 2269 mobil 2672 3104 • ebhu@foa.dk

 Tænk på miljøet - er det nødvendigt at printe denne e-mail?

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

sum@sum.dk

Kopi: amkh@sum.dk

11. juni 2012

Sine Jensen

Dok. 126955/

Forslag om ændring af lov om klage- og erstatningssystemet på sundhedsområdet

Forbrugerrådet har modtaget ovennævnte udkast til lovforslag i høring.

Lovforslaget omhandler honorering til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandklagenævnene samt erstatningspligten for private sygehuse og klinikker.

Vi er meget tilfredse med lovforslaget, som medfører, at vores repræsentanter i de regionale tandlægenævn og landstandlægenævnet kan blive honoreret for deres arbejde. Vi noterer os, at honoreringen vil ske med tilbagevirkende kraft samt at vederlaget vil blive afregnet efter sammen model som i Sundhedsvæsnet Disciplinærnævn.

Med venlig hilsen

Vagn Jelsø
Afdelingschef

Sine Jensen
Sundhedspolitisk medarbejder

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk
ankh@sum.dk



Privatisering af patientforsikring for private sygehuse og klinikker

11.06.2012

Forsikring & Pension takker for muligheden for at afgive bemærkninger til udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Generelle bemærkninger til forsikringspligten

Lovforslaget betyder, at private sygehuse og klinikker selv skal finansiere de erstatningsudgifter, der opstår som følge af patientskader på disse sygehuse og klinikker. Forsikring & Pension tager til efterretning, at den private del af sundhedsvæsenet fremover skal løfte sin andel af udgifterne til patienterstatninger.

Forsikring & Pension ser lovforslaget som et led i den udvikling, hvor private sundhedstilbud supplerer de offentligt finansierede undersøgelser og behandlinger. Denne udvikling skaber behov for, at sundhedsmyndighedernes rolle som tilsynsmyndighed tydeliggøres. Forsikring & Pension finder det positivt, at lovgiver udtrykkeligt påtager sig ansvaret for at regulere forholdene i den private del af sundhedsvæsenet, så der opnås mindst samme grad af patientsikkerhed m.v. som i det offentlige sundhedsvæsen.

Borgerne bør med rette kunne forvente, at de offentlige myndigheder stiller samme krav og fører samme tilsyn med private udbydere af sundhedsydelse som med offentlige udbydere. Som borger skal du trygt kunne anvende de læger, klinikker m.v., der har myndighedernes tilladelse til at udbyde sundhedsydelser.

Forsikrings- og pensionsbranchen spiller to forskellige roller i forhold til lovforslaget. På den ene side finansierer vi via sundhedsforsikringer en del af de undersøgelser og behandlinger, der finder sted på de private sygehuse og klinikker. På den anden side er vi potentielt udbydere af den patientskedeforsikring, der stilles krav om, at de private sygehuse og klinikker skal tegne. Vi finder særligt anledning til at kommentere udkast til lovforslag i vores rolle som potentielle udbydere af en ansvarsforsikring.

Forsikring & Pension støtter i udgangspunktet, at det er samme organ, nemlig Patientforsikringsforeningen, der afgør alle sager, og at sagerne afgøres på

Forsikring & Pension
Phillip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf. 41 91 91 91
Fax 41 91 91 92
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk
Anne Seiersen
Underdirektør
Dir. 41 91 90 70
ase@forsikringogpension.dk
Vores ref. ASE/sl
Sagsnr. GES-2012-00231
DokID 305813

Brancheorganisation
for forsikringssekskaber
og pensionskasser

samme grundlag, uanset om patientskaden er opstået på et offentligt eller privat sygehus.

Forsikring & Pension lægger desuden til grund, at forsikringsselskaberne kan anke Patientforsikringsforeningens afgørelser til Patientskadenævnet, lige som tilfældet er for regionerne.

Forsikring & Pension
Vores ref. ASE/si
Sagsnr. GES-2012-00231
DokID 305813

Er risikoen forsikringsbar?

Lovforslaget betyder, at de private sygehuse og klinikker pålægges en forsikringspligt for deres patientskader. Forsikring & Pension mener i udgangspunktet ikke, at der er noget til hinder for en privat forsikringsløsning på dette område.

En privat forsikringsløsning forudsætter imidlertid, at risikoen er "forsikringsbar". Forsikring er at overtage en risiko mod en betaling – en forsikringspræmie. For at forsikringsselskabet kan fastsætte forsikringspræmien rigtigt, skal risikoen kunne estimeres med en vis nøjagtighed.

Det kræver blandt andet, at der er en klar og entydig definition af, hvilke private sygehuse og klinikker der er omfattet af forsikringspligten, og hvilke der ikke er. Eksempelvis fremgår det under pkt. 2.2. i de almindelige bemærkninger, at speciallægerne ikke omfattes af forsikringspligten. Det er ikke klart for Forsikring & Pension, hvornår en speciallæges praksis bliver til en klinik og dermed omfattes af forsikringspligten. Omfanget af det potentielle marked er i sagens natur afgørende for vurderingen af det samlede forretningspotentiale og den samlede risiko. Dette bør derfor præciseres i lovudkastet.

I vurderingen af, hvilket forretningsmæssigt potentiale og risiko det indebærer at bevæge sig ind på dette nye marked, er det også af betydning, om der skal etableres en samlet forsikringsordning for alle forsikringspligtige, eller om forsikringspligten skal efterleves på individuel basis. Umiddelbart vurderer Forsikring & Pension, at en fælles ordning, hvor alle forsikringspligtige deltager, vil være forretningsmæssigt mest attraktivt for forsikringsselskaberne at byde på.

Det er vigtigt for forsikringsselskaberne at få adgang til tilstrækkelig detaljeret skadesstatistik, da der ellers ikke vil kunne fastsættes en tilnærmelsesvis korrekt forsikringspræmie. I de allerede eksisterende forsikringsordninger vil forsikringsselskabet altid anmode en ny kunde om detaljerede oplysninger om de foregående års skadesforløb.

Endelig er det af afgørende betydning, at risikoen kan afgrænses. Patientskaderne på private sygehuse og klinikker skal afgøres på et kendt grundlag. Det er afgørende, at forsikringsselskabet ikke skal dække skader, der først på et langt senere tidspunkt rent faktisk defineres som erstatningsberettigede skader. Eksempelvis fordi du efterfølgende får en ny lægefaglig viden, eller fordi du efterfølgende politisk beslutter at udvide erstatningsgrundlaget. Så vidt vi har forstået Patientforsikringens eksisterende regelgrundlag og praksis, afgøres sagerne på baggrund af, hvad der var lægefaglig standard på tidspunktet for behandling. Sådan må det nødvendigvis også være for de forsikringspligtige private sygehuse og klinikker. Der er eksempler på, at der ved særlov er etableret statslige erstatningsordninger, hvor der er opstået patientskader på trods af, at der er anvendt godkendte

behandlingsmetoder. Forsikring & Pension forudsætter, at sådanne erstatningsordninger i fremtiden også vil omfatte patienter behandlet på forsikringspligtige sygehuse og klinikker. Hvis der er risiko for, at forsikringsselskaberne kan blive mødt med krav på baggrund af lægefaglig viden m.v., der ikke var kendt på behandlingstidspunktet, vil der være tale om en ikke forsikringsbar risiko.

Forsikring & Pension
Vores ref. ASE/si
Sagsnr. GES-2012-00231
DokID 305813

Opstår denne situation, vil den opkrævede forsikringspræmie vise sig at have været for lille, og forsikringsselskabet vil være nødt til at opkræve højere præmier fremadrettet. Men de erstatningspligtige sygehuse og klinikker kan være lukkede, og det vil være nogle andre sygehuse og klinikker, der skal betale den forøgede forsikringspræmie. Skal der tages højde for denne risiko, kan forsikringspræmien ende med at blive prohibitiv høj.

Konkrete bemærkninger

Forsikring & Pensions konkrete bemærkninger knytter sig primært til bemærkningerne til lovforslaget og ikke til de konkrete bestemmelser. Det skyldes, at selve den formelle lovændring er begrænset, og at de materielle forhold, der er bestemmende for forsikringsbranchens vurdering af lovforslagets konsekvenser, reguleres i andre love og bekendtgørelser. Disse love og bekendtgørelser er allerede i kraft, men forsikringsbranchen har ikke hidtil forholdt sig til disse regler, da reglerne i praksis ikke har været af betydning for forsikringsselskaberne.

Ad afsnit 2.1.3 Forsikringspligt efter loven

Som det fremgår af 1. afsnit er indholdet af forsikringspligten allerede fastsat i den eksisterende lov, men har haft begrænset praktisk betydning, da regionerne har været selvforsikrede og også har finansieret erstatningsudbetalinger efter patientskader på private sygehuse og klinikker.

Det fremgår af 2. afsnit, at loven fastsætter minimumsdækningssummer. Desuden kræver loven, at de forsikringsselskaber, der tegner patientforsikring for de private sygehuse og klinikker, i fællesskab hæfter for skader på private sygehuse og klinikker, der ikke har forsikret sig.

Det finder Forsikring & Pension uacceptabelt, fordi det betyder, at forsikringsselskaberne kommer til at hæfte for klinikker, som de ikke ønsker at forsikre. Eksempelvis fordi den pågældende klinik har forårsaget mange patientskader. Det er Forsikring & Pensions opfattelse, at de offentlige tilsynsmyndigheder skal have pligt til at føre tilsyn med, at de private sygehuse og klinikker rent faktisk lever op til deres forsikringspligt. Tilsynsmyndighederne må have hjemmel til at lukke private sygehuse og klinikker, der ikke kan eller vil forsikre sig.

I 4. afsnit fremgår det, at regeringen efter 2 år kan evaluere den nye forsikringsordning, herunder de private sygehuse og klinikkens mulighed for at opnå den nødvendige forsikringsdækning. Hvis der skabes klarhed om de vilkår, der er afgørende for, om patientskaderne er forsikringsbare, er det Forsikring & Pensions umiddelbare forventning, at det er muligt – om ikke andet så internationalt – at opnå forsikringsdækning.

Det er vigtigt at få afklaret endeligt, inden lovforslagets vedtagelse, om der kan etableres en forsikringsløsning. Kan der ikke det, vil det være forbudt for de private sygehuse og klinikker at foretage undersøgelser og behandlinger. Det vil ikke være til fordel for de danske patienter, at vi som en utilsigtet bleffekt af dette lovforslag mindsker behandlingskapaciteten i Danmark.

Forsikring & Pension
Vores ref. ASE/sl
Sagsnr. GES-2012-00231
DokID 305813

Ad afsnit 2.1.4. Patientforsikringsforeningens organisering

I dette afsnit henvises til bekendtgørelse om vedtægter for Patientforsikringsforeningen. Som vi umiddelbart læser vedtægterne, vil forsikringsselskaber, der forsikrer private sygehuse og klinikker, have pligt til at være medlemmer af Patientforsikringsforeningen. Det er et rimeligt krav. Foreningens medlemmer afholder udgiften til foreningens drift efter en fordelingsnøgle, der er fastlagt som deres respektive andel af anmeldelser. Det forekommer også rimeligt.

Imidlertid har alle foreningens medlemmer ikke samme ret til at være repræsenteret i foreningens bestyrelse, jf. § 6 i bekendtgørelsen om vedtægterne (BEK 1206 af 7. december 2009). Som vi læser bekendtgørelsen, er det Indenrigs- og sundhedsministeren, der efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen (der består af medlemmer udpeget af ministeren og regionerne og KL) kan tillade forsikringsselskaberne i forening at udpege medlemmer af bestyrelsen. Det forekommer udemokratisk givet, at foreningens medlemmer hæfter solidarisk for foreningens udgifter. Forsikring & Pension foreslår derfor, at bekendtgørelsen om Patientforsikringsforeningens vedtægt genovervejes i lyset af den foreslåede lovændring.

Ad afsnit 2.2. Overvejelser og indhold

I dette afsnit fremgår det, at lovforslagets foreslåede afgrænsning af, hvilke behandlere der er omfattet af forsikringspligten, kan være konkurrenceforvridende.

For de forsikringsselskaber, der skal overveje at tilbyde forsikring til sygehuse og klinikker omfattet af forsikringspligten, er det meget vigtigt at kende markedets størrelse. Forsikring & Pension skal derfor meget kraftigt anbefale, at det før lovforslagets vedtagelse afklares, om den foreslåede afgrænsning er såvel juridisk som politisk holdbar. Politisk og/eller juridisk usikkerhed om et så fundamentalt grundvilkår som, hvem forsikringspligten omfatter, fremmer ikke forsikringsselskabernes lyst til at begive sig ind i dette marked. Forsikring & Pension foreslår, at det - når den juridiske usikkerhed i forhold til det konkurrenceretlige er afklaret - gøres meget tydeligt i lovforslagets bemærkninger, hvilke typer sygehuse og klinikker der omfattes af forsikringspligten - og gerne med eksempler.

Ad afsnit 7.2. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet

Det fremgår af det sammenfattende skema, at regionerne sparer 60 mio. kr. på lovforslaget. Der synes ikke at være taget højde for, at prisen, som regionerne skal betale for privat behandling under det udvidede frie sygehusvalg, bliver dyrere som følge af forsikringspligten.

Det fremgår desuden, at de økonomiske konsekvenser for erhvervslivet er en ekstraudgift for de private sygehuse og klinikker på 60 mio. kr. svarende til den

forventede erstatningsudgift. Forsikring & Pensions medlemmer bestræber sig selvfølgelig på en effektiv administration. Ikke desto mindre må det forventes, at forsikringspræmierne også skal dække visse administrationsomkostninger i forsikringsselskaberne, og at forsikringsselskaberne også vil tillægge en fortjeneste. Derfor vil udgifterne for de private sygehuse og klinikker overstige erstatningsudbetalingerne.

Forsikring & Pension
Vores ref. ASE/si
Sagsnr. GES-2012-00231
DokID 305813

Ad § 2 – Ikrafttrædelse

Forsikringspligten træder i kraft den 1. juli 2013. Hvis det skal være realistisk at have forsikringsordninger på plads til dette tidspunkt, skal forsikringsselskaberne meget snart have vished for de lovgivningsmæssige rammevilkår og viden om skadeforløb m.v.

Lovforslagets § 1. nr. 3

Forsikring & Pension foreslår, at det tydeliggøres i lovens § 37, at Patientforsikringsforeningen kan indhente oplysninger også fra forsikringsselskaber. Sådant fortolkes loven allerede i dag, men en tydeliggørelse af lovhjemlen kan forebygge, at der opstår tvivl om det fremover.

* * *

Som nævnt indledningsvis er forsikringsbranchen i udgangspunktet positivt stemt over for at løse en ny samfundsopgave. Skal forsikringsselskaberne overtage risikoen på markedsmæssige vilkår, er det imidlertid nødvendigt, at det er muligt at vurdere størrelsen af den risiko, som forsikringsselskaberne skal overtage. Der skal derfor være minimal usikkerhed om de juridiske og politiske rammevilkår, som forsikringsordningen skal fungere under.

I forsikringsbranchen arbejder vi selvfølgelig på højtryk for at få skabt et fuldt overblik over den eksisterende rammeregulering af området og viden om erstatningsforpligtelsernes omfang. I takt med, at vi bliver klogere på disse forhold, vil der kunne opstå spørgsmål og behov for yderligere tydeliggørelse af forsikringspligten. Vi håber derfor, at vi kan få en løbende dialog om forslaget, også efter høringsfristens udløb.

Giver vores hørings svar anledning til spørgsmål, kan I altid kontakte os.

Med venlig hilsen

Anne Seiersen

Fra: Lillian Bondo [lib@jordemoderforeningen.dk]
Sendt: 8. juni 2012 11:11
Til: Anne Marie Karstoft Hertzum; DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: Jette Poder; Jan Helmer; Lene Maigaard
Emne: Jordemoderforeningens svar vedrørende høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Kære Anne Marie Hertzum

Jordemoderforeningen takker for høringen vedrørende klage- og erstatningsadgang med videre.

En samtale mellem Jordemoderforeningens direktør Jan Helmer og fuldmægtig Julie Cederholm, ministeriet, har afklaret, at lovforslaget ikke er møntet på Jordemoderforeningens privatpraktiserende medlemmer.

Vi har derfor ikke kommentarer til høringen, men vi vil selvfølgelig gerne stille os til rådighed for kommentarer, dersom ministeriet ændrer på sigtet eller ved senere overvejelser om ændring af loven.

Med venlig hilsen,

Lillian Bondo, jordemoder, MPA

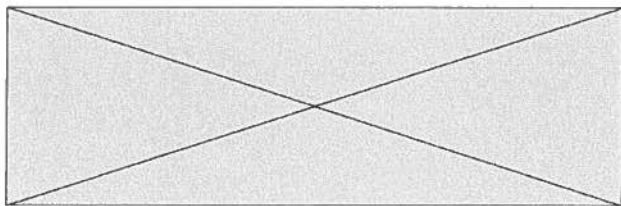
Formand for Jordemoderforeningen

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

mobil +45 23 43 94 33

mail: lib@jordemoderforeningen.dk



SJ20121012140300518 [DOR1056396].TXT

Fra: Thilde Lydixsen [THU@kl.dk]
Sendt: 11. juni 2012 13:21
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: Anne Marie Karstoft Hertzum
Emne: SV: Høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Kære Anne Marie

Da lovforslaget hverken har økonomiske eller administrative konsekvenser for kommuner, har KL ikke kommentarer til høringen.

Med venlig hilsen

Thilde Lydixsen
Konsulent
KL, Social og Sundhed
Tlf. 3370 3852
E-mail: thu@kl.dk

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Anne Marie Karstoft Hertzum [mailto:amkh@sum.dk]
Sendt: 10. maj 2012 09:23
Til: regioner@regioner.dk; regioner@regioner.dk; KL;
DKF@kiropraktor-foreningen.dk;
dp@dp.dk; dsr@dsr.dk; info@tandlaegeforeningen.dk; info@dansktp.dk;
dbio@dbio.dk;
etf@etf.dk; ff@farmakonom.dk; foa@foa.dk; frd@radiograf.dk; fas@dadl.dk;
sek@jordemoderforeningen.dk; dadl@dadl.dk; lvs@dadl.dk; pd@pharmadanmark.dk;
plo@dadl.dk; yl@dadl.dk; 3f@3f.dk; info@tandlaegeforeningen.dk;
info@deoffentligetandlaeger.dk; info@dansktp.dk; lasf@lasf.dk;
info@bedrepsykiatri.dk; vihs@servicestyrelsen.dk; dhf@dhf-net.dk;
Susie.Broendum@rh.regionh.dk; info@patientsikkerhed.dk; dh@handicap.dk;
info@danskepatienter.dk; dch@dch.dk; em@diabetes.dk; fbr@fbr.dk;
info@gigtforeningen.dk; admin@hjernesagen.dk; post@hjertereforeningen.dk;
hospiceforum@hospice.dk; info@cancer.dk; lap@lap.dk; lbh@lbh.dk; lfub@lfub.dk;
sek@spiseforstyrrelser.dk; Landsforeningen@sind.dk; info@patientforeningen-
danmark.dk; info@scleroseforeningen.dk; mail@sjældnediagnoser.dk;
aef@aeldreforum.dk; ae@aeldremobiliseringen.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk;
info@pfl.dk; info@igl.dk; info@lifdk.dk; bof@homannlaw.dk; paubar@rm.dk;
dsam@dsam.dk; apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk;
hoeringssager@danskerhverv.dk; di@di.dk; dansk-it@dansk-it.dk;
Else@vaccinationsforum.dk; info@privatehospitaler.dk; fp@forsikringopension.dk;

Line Raahauge Hvass; dt@datatilsynet.dk; dnvk@sum.dk; Etisk Råd Kontorpostkasse;

info@tinganes.fo; govsec@nanoq.gl; pf@patientforsikringen.dk;
pob@patientombuddet.dk; riomfr@fo.stm.dk; riomgr@gl.stm.dk;
info@rigsrevisionen.dk;
kfst@kfst.dk; hovedstaden@statsforvaltning.dk; midtjylland@statsforvaltning.dk;
nordjylland@statsforvaltning.dk; sjælland@statsforvaltning.dk;
syddanmark@statsforvaltning.dk; fm@fm.dk; ism@ism.dk; jm@jm.dk; stm@stm.dk; OIM
Økonomi- og Indenrigsministeriet postkasse; Sundhedsstyrelsen
Institutionspostkasse; NSI Institutionspostkasse; evm@evm.dk
Emne: Høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Med venlig hilsen

Anne Marie Hertzum
Fuldmægtig, Sundhedsjura og lægemiddelpolitik

Direkte tlf. 7226 9579

Mail: amkh@sum.dk
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ? Holbergsgade 6 ?
1057 København K ? Tlf. 7226 9000 ? Fax 7226 9001 ? www.sum.dk



KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Att: Kontorchef Julie Marie Cederholm

08. juni 2012
Sag 4/0102-0200-1503
/ JF
Deres ref.

Høring om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har den 10. maj 2012 modtaget forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet med anmodning om eventuelle bemærkninger senest den 11. juni 2012.

Det fremgår bl.a. af lovforslaget:

- At de private sygehuse og klinikker gøres erstatningspligtige for evt. skader i forbindelse med undersøgelser, behandling el.lign inden for et nærmere afgrænset område, og at de vil blive pålagt pligt til at skaffe forsikringsdækning for skaderne på deres område. Disse udgifter har hidtil været dækket af regionerne.
- At speciallæger fortsat vil få dækket erstatning til patienter via regionerne, og således ikke har pligt til at tegne en sådan forsikring.

Ifølge bemærkningerne til lovforslaget er begrundelsen for dette, at størstedelen af behandlingen hos de privatpraktiserende læger er finansieret af det offentlige, at regionerne har en stærk styring med kvaliteten og indholdet af ydelserne hos speciallægerne, at erstatningsudbetalingerne for speciallægerne har været faldende fra 2010 til 2011, samt at et evt. krav om forsikring af speciallægerne må forventes at blive overvæltet på regionerne i forbindelse med overenskomstforhandlingerne.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen er sekretariat for Konkurrencerådet. I den egenskab er styrelsen en uafhængig konkurrencemyndighed. De følgende høringsbemærkninger afgives således udelukkende som konkurrencemyndighed.

Det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens opfattelse, at lovforslaget vil have en skadelig virkning for konkurrencen mellem private hospitaler/klinikker og speciallæger.

Dette er begrundet i, at speciallægerne på en række områder udbyder de samme behandlinger, som de private sygehuse/klinikker, ligesom der

KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN

Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby

Tlf. 4171 5000

Fax 4171 5100

CVR-nr. 10 29 48 19

kfst@kfst.dk

www.kfst.dk

ERHVERVS- OG VÆKSTMINISTERIET

konkurreres om at indgå aftaler med forsikringsselskaberne om dækning af forsikringsbetalte ydelser, fx via sundhedsforsikringer.

Forslaget vil betyde, at speciallægerne kan tilbyde disse behandlinger billigere end private sygehuse/klinikker, som skal forsikres mod patientskader, og herved vil konkurrencen mellem private sygehuse/klinikker og speciallæger blive forvredet.

Med hensyn til begrundelserne for at undtage speciallægerne har styrelsen følgende bemærkninger:

Ad. At størstedelen af behandlingen hos de privatpraktiserende læger er finansieret af det offentlige:

Styrelsen er opmærksom på, at speciallægenes ydelser ofte betales af det offentlige, idet der dog også leveres ydelser betalt direkte af patienterne. Det er imidlertid styrelsens opfattelse, at der for det første også er en del af ydelserne hos privathospitalerne, der bliver betalt af det offentlige (fx i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg), men hvor disse alligevel er omfattet af forsikringspligten, og at disse forhold for det andet er uden betydning for den konkurrencemæssige vurdering af lovforslagets skadelige virkning på konkurrencen mellem privathospitaler/klinikker og speciallæger.

Ad. At regionerne har en stærk styring med kvaliteten og indholdet af ydelserne hos speciallægerne:

Det er oplyst overfor styrelsen, at privathospitalerne også er underlagt en stram styring m.h.t kvalitetskontrol, og at de akkrediteres på linje med de øvrige aktører i det danske sundhedssystem, ligesom der føres tilsyn med privathospitalerne fra Sundhedsstyrelsens side.

Ad. At erstatningsudbetalingerne for speciallægerne har været faldende fra 2010 til 2011:

Styrelsen finder for det første, at et fald i et givent år kan være udtryk for en midlertidig situation. Derudover kan det bemærkes, at erstatningsudbetalingerne fra det offentlige - alt andet lige - ville blive yderligere formindsket, hvis speciallægerne også blev omfattet af forsikringspligten.

Ad. At et evt. krav om forsikring af speciallægerne må forventes at blive overvæltet på regionerne i forbindelse med overenskomstforhandlingerne, og i så fald vil besparelsen forsvinde:

Styrelsen skal i denne forbindelse for det første anføre, at der må antages at være en vis sandsynlighed for at der opnås en besparelse for det offentlige, hvis speciallægerne også blev omfattet af lovændringer, og at besparelsen i værste fald ville blive 0 kr., hvis speciallægerne opnåede fuld overvæltning. For det andet har dette som også nævnt ovenfor ikke betydning for den konkurrencemæssige vurdering.

Samlet finder Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen således, at lovforslaget vil have en skadelig virkning for konkurrencen mellem de private hospitaler/klinikker og speciallægerne.

Dette brev er sendt i kopi til Konkurrencerådet og Erhvervs- og Vækstministeriet.

Med venlig hilsen

Joan Frederiksen
Fuldmægtig
Tlf. direkte 4171 5135
jf@kfst.dk



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Juridisk Sekretariat

Svar på høring vedr. forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse og klinikkers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befodringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene mv.) Ministeriets jr. 1100664

Jr. / 2012-2908

Domus Medica
Kristianlagade 12
2100 København Ø

Lægeforeningen har ved brev af 10. maj 2012 fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse modtaget ovennævnte forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet med høringsfrist 11. juni 2012.

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: (35448216)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: (jvb@dadl.dk)
Fax: 35448515
www.laeger.dk

Lægeforeningen skal i den anledning bemærke, at foreningen ser med tilfredshed på, at alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger fortsat vil være omfattet af den gældende Patientskadeerstatningsordning.

Lægeforeningen har ikke yderligere bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Mads Koch Hansen

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

11. juni 2012

J.nr. 0136-20120004-6
KIB/OG

Hørings svar, j.nr. 1100664

Ved mail af 10. maj 2012 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet Patientforsikringen om en udtalelse vedrørende forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse og klinikkers medfinansiering af patientskadeordningen mv.) med høringsfrist den 11. juni 2012.

Forslaget kort:

Efter den nugældende ordning afholder regionerne udgifterne til erstatning for skader, der sker blandt andet på et privat sygehus eller en privat klinik i regionen.

Efter forslaget vil regionen fortsat være erstatningsansvarlig for sådanne skader, *hvis behandlingen er sket som et led i regionens planlagte behandlingskapacitet og på de private sygehuse, der er en del af det frie sygehusvalg, f.eks. en række hospicer*, mens de private sygehuse og de private klinikker selv er erstatningsansvarlige for skader, der sker i forbindelse med *det udvidede frie sygehusvalg og private behandlinger betalt af patienten eller andre*.

Efter forslaget sker der desuden en præcisering og en udvidelse af lovens § 37, således at det sikres, at Patientforsikringen kan indhente relevante oplysninger fra andre myndigheder mv. til brug for afgørelse af, om skaden kan anerkendes og til brug for selve erstatningsberegningen, ligesom oplysningerne kan indhentes i elektronisk form.

Patientforsikringens bemærkninger:

1. Patientforsikringen har ikke bemærkninger til spørgsmålet om, hvem der skal betale for skader opstået på private sygehuse og klinikker. Vi har tidligere samarbejdet med forsikringsselskaber, som blandt andre nogle af de daværende amter havde tegnet forsikringer hos, og det vil ikke volde problemer på ny at indrette vores administration til dette.

Nytorv 5, 3. sal
1450 København K

Tel: 3312 4343
Fax: 3312 4341

Der vil formentlig blive behov for en ændring af vedtægterne for Patientforsikringsforeningen, idet vedtægtens § 6, stk. 1, nr. 2, om udpegelse af bestyrelsesmedlemmer til Patientforsikringens bestyrelse forudsætter, at alle erstatninger afholdes af regionerne og kommunerne.

2. Det fremgår af de almindelige bemærkninger under punkt 1.1., at det forhold, at de private sygehuse og klinikker gives et økonomisk medansvar for patientskadeerstatningsordningen vil være med til fortsat at sikre patienterne sundhedsydelse af høj kvalitet.

Patientforsikringen vil i den forbindelse gerne understrege, at Patientforsikringen er en erstatningsordning. Vores afgørelser kan naturligvis bruges til og bliver brugt til skadeforebyggelse, men vi har efter klage- og erstatningsloven ingen indflydelse på eller ansvar for at påse, om et hospital eller en klinik generelt udfører behandlinger af tilstrækkelig høj kvalitet, heller ikke indirekte gennem vores afgørelser eller antallet af anmeldelser til os vedrørende skader på en privat klinik eller et privat sygehus.

Ansvar for, at kvaliteten hos sundhedsydelsesudbydere er i orden, ligger hos Regionerne og Sundhedsstyrelsen. Regionerne har som hospitalsejere ansvaret for, hvad der foregår på de offentlige hospitaler. For så vidt angår de private hospitaler mv., fremgår det af klage- og erstatningslovens 29, stk. 3, at et regionsråd, der gentagne gange har ydet erstatning for skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, private sygehuse m.v., skal indberette dette til Sundhedsstyrelsen med henblik på en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger i medfør af sundhedsloven og lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv.

Lovgivningen er således helt klar med hensyn til, hvordan den erstatningsudbetalende myndighed skal forholde sig, hvis den bliver opmærksom på gentagne skader i forbindelse med behandlingen af patienter hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Efter det foreliggende udkast til lovforslag vil regionerne ikke længere skulle udbetale erstatningerne for en række af de behandlinger, der foregår på private hospitaler og klinikker. Dermed har regionen ikke den viden, som gør, at der er mulighed for at henvende Sundhedsstyrelsens opmærksomhed på gentagne erstatningsudbetalinger, jf. ovenfor.

Det bør derfor overvejes, hvor ansvaret for, at der efter klage- og erstatningsloven § 29, stk. 3, følges op på Patientforsikringens afgørelser, bør placeres. Patientforsikringen foreslår, at de erstatningspligtige forsikringsselskaber skal indberette afgørelserne til Sundhedsstyrelsen.

I den forbindelse må det understreges, at Patientforsikringen efter vores opfattelse ikke bør foretage denne indberetning. Siden patientforsikringsordningens vedtagelse i 1992 har det altid været forudsat, at der af hensyn til både patienter og sundhedspersonale skulle være vandtætte skotter mellem erstatningssystemet på den ene side og klage- og disciplinærsystemet på den anden.

3. Det fremgår af de almindelige bemærkninger under punkt 2.2. Overvejelser og indhold, at de private sygehuse og klinikker vil være forpligtede til at oplyse Patientforsikringen om, efter hvilket regelsæt den tilskadekomne patient er behandlet.

Patientforsikringen lægger afgørende vægt på, at det af loven fremgår, at de private sygehuse og klinikker er forpligtet til over for Patientforsikringen præcist at oplyse, *hvem* der i givet fald skal udbetale erstatningen. Patientforsikringen ønsker ikke at være fortolkende myndighed i forhold til dette spørgsmål. Hvis Patientforsikringen får en sådan rolle, kan det føre til sager mellem regionen/forsikringselskaber/det private sygehus eller den private klinik og Patientforsikringen om, hvem der er rette erstatningsansvarlige. Patientforsikringen har ikke særlige forudsætninger for at fortolke sundhedslovens regler om det udvidede frie sygehusvalg mv. Der bør derfor tages stilling til, hvorledes og af hvem sådanne eventuelle tvivlsspørgsmål og tvister afgøres.

4. Det følger af lovforslaget, at forsikringspligten alene omfatter private sygehuse og private klinikker, hvorimod praktiserende læger og speciallæger ikke er omfattet af forsikringspligten.

Vi gør opmærksom på, at det i dag kan være meget vanskeligt at skelne mellem dels private sygehuse og private klinikker og dels private klinikker og speciallægeklinikker. For Patientforsikringen har dette imidlertid ikke været noget alvorligt problem, fordi erstatningspligten har påhvilet regionerne.

Når private sygehuse og klinikker pålægges forsikringspligt, bliver det imidlertid helt afgørende, at der trækkes en meget klar skillelinje, således at det altid er muligt uden videre at afgøre, hvorvidt der er tale om et forsikringspligtigt privat sygehus/klinik eller en ikke-forsikringspligtig klinik.

Patientforsikringen kan ikke medvirke ved afgørelsen heraf, dels fordi vi ikke har de faglige forudsætninger for at afgøre, om et behandlingssted tilhører den ene eller den anden kategori, dels fordi vi først får kendskab til klinikkers/ private sygehuses aktiviteter på det tidspunkt, hvor skaden allerede er sket.

Det er derfor vigtigt, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse overvejer, hvorledes man skaber et system, der på forhånd gør det klart for en klinik, hvorvidt der foreligger en forsikringspligt eller ej.

5. Der er i henhold til klage- og erstatningslovens § 30, stk. 5, udstedt bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse (bekendtgørelse nr. 315 af 4. maj 1992 om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring). Bekendtgørelsen blev ikke revideret i tilknytning til vedtagelsen af klage- og erstatningsloven. Dette har ikke haft nogen reel betydning, da der ikke tidligere har været tegnet forsikringer for private sygehuse og sundhedspersoner.

Med vedtagelsen af lovforslaget aktualiseres bekendtgørelsens bestemmelser, herunder særligt reglerne om hæftelse for skader, der ikke er dækket af forsikring.

Patientforsikringen har ikke den forsikringstekniske kompetence til at vurdere, hvorvidt der er behov for ændringer af bekendtgørelsen i tilknytning til lovforslagets gennemførelse, men opfordrer til, at dette bliver overvejet.

Vi gør også opmærksom på, at antallet af forsikringsselskaber formentlig alene kan blive et enkelt eller to, og bestemmelsernes relevans og praktiske funktion bør belyses ud fra disse forhold.

Udover bemærkningen i bekendtgørelsens § 6, stk. 2, om Patientforsikringens forpligtelse til at fastsætte et skønsmæssigt præmiebeløb, forekommer det uklart, hvorledes og af hvem puljeordningerne skal administreres. I det omfang ministeriet forudsætter, at dette skal forestås af Patientforsikringen, gør vi endelig opmærksom på, at dette er en ny administrativ opgave, som Patientforsikringen påføres. Opgavens omfang kan ikke vurderes på det foreliggende, men der vil i givet fald skulle tilføres ressourcer til denne opgave.

6. Patientforsikringen er meget tilfreds med den foreslåede præcisering og udvidelse af klage- og erstatningslovens § 37, stk. 1. Vi forventer, at ændringen vil bidrage til at nedsætte sagsbehandlingstiden, fordi vi hurtigere vil få det samlede oplysningsgrundlag om skaden og patientens økonomiske forhold.

I nogle sager foreligger der både en almindelig personskade, f.eks. ved et færdselsuheld, og en patientskade i forbindelse med den efterfølgende behandling i sundhedsvæsenet. I anslået ca. 200 sager om året foreligger der tilsvarende også først en arbejdsskade og derefter en patientskade i forbindelse med behandlingen.

I disse sager samarbejder vi med Arbejdsskadestyrelsen og de private ansvarsforsikringsselskaber om at oplyse sagerne bedst muligt og foretage en korrekt ansvarsfordeling mellem regionen og forsikringsselskabet. Vi anmoder derfor om, at "Arbejdsskadestyrelsen" og "ansvarsforsikrende selskaber" indsættes i § 37, stk. 1, således at fortolkningstvivel undgås.

Med venlig hilsen

Karen-Inger Bast
direktør

Fra: Peter Bak Mortensen [pbm@patientombuddet.dk]
Sendt: 22. juni 2012 14:19
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: Anne Marie Karstoft Hertzum
Emne: udkast til lov om ændring af klage- og erstatningsloven

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K

Høringssvar

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 10. maj 2012 (sags nr. 1100664) anmodet om Patientombuddets bemærkninger til Forslag til ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (om private sygehuse og klinikkers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen mv.).

Forslaget giver Patientombuddet anledning til følgende bemærkninger:

1. Generelt

Forslaget indebærer, at den nuværende ordning, hvorefter regionerne afholder udgifter til erstatning for patientskader, der sker på private sygehuse og klinikker, ændres, således at private

sygehuse og klinikker selv skal afholde udgifter til erstatning for skader, der sker i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende efter det udvidede frie sygehusvalg mv. og private behandlinger betalt af patienten eller en sundhedsforsikring. De private sygehuse og klinikker vil efter forslaget være underlagt forsikringspligt for de undersøgelser, behandlinger o.lign., som vil være omfattet af deres erstatningsansvar.

Patientombuddet har ikke bemærkninger til forslaget om at lade finansieringen af sådanne skader påhvile de private sygehuse og klinikker i stedet for regionerne.

Det skal bemærkes, at Patientombuddet ikke har grundlag for at vurdere, om overførsel af det økonomiske medansvar for patientskadeerstatningsordningen til de private sygehuse og klinikker vil have betydning for kvaliteten af de behandlinger, der varetages på disse behandlingssteder.

2. Afgrænsning af behandlingssteder

Efter forslaget pålægges erstatnings- og forsikringspligten private sygehuse og klinikker, hvorimod betaling for patientskader forårsaget ved behandling mv. ved privatpraktiserende, autoriserede sundhedspersoner fortsat vil påhvile regionerne.

Det skal hertil bemærkes, at det i dag er vanskeligt at skelne mellem private sygehuse, private klinikker og privatpraktiserende, autoriserede sundhedspersoners praksis. Lovforslaget indeholder ikke en præcis afgrænsning mellem disse typer af behandlingssteder.

Patientombuddet finder det afgørende, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i forbindelse med forslagets gennemførelse foretager en klar afgrænsning af, hvilke behandlingssteder, der er omfattet af erstatnings- og forsikringspligten, og hvilke der fortsat er omfattet af regionernes erstatningspligt. En sådan klar skillelinje vil være afgørende for, at Patientskadeankenævnet ved behandling af erstatningsankesager kan træffe korrekte afgørelser om placering af erstatningsansvar. Der bør endvidere sikres fuld klarhed for de enkelte behandlingssteder om, hvorvidt de er omfattet af forsikringspligten eller ej.

Patientskadeankenævnet kan ikke medvirke ved afgørelse af de anførte, konkrete afgrænsninger, da ankenævnet ikke har de faglige forudsætninger for at afgøre, om et behandlingssted tilhører den ene eller den anden kategori. Hertil kommer, at Patientskadeankenævnet alene varetager

ankesagsbehandling af sager vedrørende allerede opståede patientskader og ikke opgaver vedrørende forudgående rådgivning til behandlingssteder om forpligtelser til at tegne forsikring for patientskadeerstatninger.

3. Afgrænsning af ydelser

Efter forslaget skal de private sygehuse og klinikkers erstatnings- og forsikringspligt alene omfatte behandlinger efter det udvidede frie sygehusvalg, den udvidede ret til undersøgelse for psykisk syge børn og unge og den udvidede ret til behandling af psykisk syge voksne samt behandlinger betalt af en fysisk eller juridisk person, som står uden for det offentlige sundhedsvæsen, for eksempel private behandlinger betalt af patienten eller en sundhedsforsikring.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger (pkt. 2.2), at de private sygehuse og klinikker vil være forpligtede til at oplyse Patientforsikringen om, efter hvilket regelsæt den tilskadekomne patient er behandlet, og at Patientforsikringen kan anmode om dokumentation herfor.

Patientombuddet finder det afgørende, at de enkelte behandlingssteder pålægges en pligt til at oplyse til Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, hvem der i givet fald skal udbetale erstatningen, herunder efter hvilket regelsæt den aktuelle patient er behandlet.

Patientombuddet vil finde det uhensigtsmæssigt, hvis Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet pålægges at træffe afgørelse i eventuelle tvister om, hvilket regelsæt, patienten er behandlet efter. Dels har Patientskadeankenævnet ikke særlige forudsætninger for at fortolke sundhedslovens regler om det udvidede sygehusudvalg mv., dels vil en sådan tvist ikke angå spørgsmålet om, hvorvidt patienten er påført en erstatningsberettigende skade eller ej, men derimod være en tvist om betalingsforpligtelsen mellem det private behandlingssted/dettes forsikringsselskab og en region.

4. Behandling ved praktiserende speciallæger tilknyttet overenskomst med regionerne

Patientombuddet finder det ikke helt klart, om praktiserende speciallæger, der er tilknyttet overenskomst med regionerne, efter forslaget vil være dækket af regionernes erstatningspligt både for behandling mv. dækket af overenskomsten og for behandling, der ikke er dækket af overenskomsten, herunder behandling af egenbetalere og/eller ydelser uden for overenskomsten.

5. Takstfinansiering af afgørelser i Patientskadeankenævnet

Udgifterne til Patientskadeankenævnets virksomhed og Patientombuddets sekretariatsbetjening af nævnet dækkes efter klage- og erstatningslovens § 18 ved takstfinansiering og afholdes af staten, regionsrådene og kommunalbestyrelserne.

Det fremsendte lovforslag indeholder ingen bestemmelser eller bemærkninger vedrørende finansieringen af Patientskadeankenævnets virksomhed efter indførelse af erstatnings- og forsikringspligt for de private sygehuse og klinikker.

Patientombuddet skal opfordre til, at der tages stilling til, om betalingspligten i lovens § 18 skal udvides til også at omfatte de private sygehuse og klinikker, herunder eventuelt disses forsikringsselskab.

Såfremt udgifterne til Patientskadeankenævnets drift og sekretariatsbetjening fortsat ønskes finansieret af staten, regionsrådene og kommunalbestyrelserne alene, vil det medføre behov for ændring af takstfastsættelsen for afsluttede sager, således at omkostningerne ved behandling af sager om private sygehuse og klinikker dækkes ind herved.

6. Forøgelse af antallet af ankesager og retssager

Patientombuddet er enig i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vurdering af, at forslaget formentlig vil føre til en øget indbringelse af sager for domstolene. Som anført vil dette medføre øgede advokatudgifter for Patientskadeankenævnet.

Det er derudover Patientombuddets vurdering, at forslaget også vil medføre flere ankesager fra private sygehuse og klinikker/disses forsikringsselskaber. Navnlig må det antages, at forsikringsselskaberne i højere grad vil have fokus på forhold vedrørende udmåling af erstatninger. Et øget antal ankesager vil skulle finansieres via takstbetalingen.

7. Ikrafttrædelse

I bemærkningerne til lovforslagets § 2 om ikrafttræden er det anført, at lovændringen omfatter skader, som er sket efter den 1. juli 2013.

Patientombuddet skal opfordre til, at formuleringen ændres, således at den svarer til ordlyden i lovforslagets § 2, stk. 1, hvori der korrekt anvendes formuleringen ”skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden”.

Med venlig hilsen

Peter Bak Mortensen
Vicedirektør



Patientombuddet

T(dir.) 7228 6612

T(inst.) 7228 6600

pbm@patientombuddet.dk

www.patientombuddet.dk

Patientombuddet • Finsensvej 15 • DK2000 Frederiksberg

Fra: MARIA HANSSON - 9656 [mhan@dkma.dk]
Sendt: 16. maj 2012 12:50
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: Anne Marie Karstoft Hertzum; Anna Murphy; CHRISTIAN DUBOIS - 9372;
Sundhedsstyrelsen Direktionen
Emne: Høringssvar om forslag om lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Til Ministeriet for sundhed og forebyggelse

Souschef Anna Murphy fra Sundhedsstyrelsen, Tilsyn og Patienssikkerhed har følgende bemærkninger til lovforslaget om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

Maria Hansson
Cand.jur.
Juridisk Sekretariat
T (dir) +45 44 88 96 56
mhan@dkma.dk

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
DK-2300 København S

I henhold til punkt 2 skal private sygehuse og klinikker selv være erstatningspligtige for skader i forbindelse med undersøgelser, behandling el. lign. Det fremgår hertil af bemærkningerne, at speciallægerne ikke er omfattet af ændringen. De skader der sker efter undersøgelse, behandling el.lign. hos en speciallæge betales fortsat af regionerne. Hensynet for fritagelsen er ifølge bemærkningerne, at speciallægerne i høj grad er dækket af en overenskomst med regionerne, og regionerne har derfor en stærk styring med kvaliteten og indholdet af ydelserne hos speciallægerne. Et eventuelt krav om forsikning af alle typer af ydelser, herunder rent private behandlinger, hos speciallægerne må forventes at blive væltet over på regionerne i forbindelse med overenskomstforhandlingerne, fremgår det endvidere af bemærkningerne.

Størstedelen af de læger, der er registreret til at udføre kosmetisk behandling, herunder plastikkirurger, der udfører større kosmetiske indgreb, udfører indgrebene på deres klinik. De vil, hvis man kun så på lovteksten være omfattet af ændringen og dermed være erstatningsansvarlig for de skader, de måtte påføre deres patienter. Men hvis man ser på bemærkningerne til lovteksten, både de generelle og dem til de enkelte ændringer, ser det ikke ud til, at en sådan speciallæge er erstatningsansvarlig for den kosmetiske behandling, vedkommende udfører, hvis vedkommende ved siden af arbejder under overenskomst med regionerne.

Dette bør formuleres meget mere tydeligt - hvad er det for klinikker, man har forestillet sig, der skal være selvstændigt erstatningsansvarlige.

Det fremgår af punkt 3, at Patientforsikringen kan forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser, politirapporter,

obduktionsrapporter mv., som de skønner er af betydning for deres sagsbehandling. De kan i øvrigt kræve at få disse i elektronisk form.

Vi har bemærket os, at det af bemærkningen til ændringen fremgår, at det formentlig kun drejer sig om ganske særlige tilfælde, da udgangspunktet er, at oplysninger fortrinsvis forsøges fremskaffe andetsteds.

Patientforsikringen skal derfor altid først forsøge at indhente deres oplysninger hos relevante myndigheder, inden de søger at få oplysninger hos Sundhedsstyrelsen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Att.: Anne Marie Karstoft Hertzum

sum@sum.dk

amkh@sum.dk

Tandlægeforeningen

Amaliegade 17

1256 København K

Tel.: 70 25 77 11

Fax: 70 25 16 37

info@tandlaegeforeningen.dk

www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Vedr.: Høring – forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Dato: 8. juni 2012

Sagsbeh.: TRS

Tandlægeforeningen har modtaget Ministeriets henvendelse ved mail af 10. maj i år om ovenstående og bemærker hertil følgende:

Tandlægeforeningen kan konstatere, at der med virkning fra 1. januar 2013 ønskes etableret en hjemmel for Ministeren til at fastsætte regler om vederlag og befordringsgodtgørelse til visse medlemmer af de regionale tandlægenævne og Landstandlægenævnet, der ikke udfører hvervet som led i deres tjenstlige arbejde, og om afholdelse af udgifter hertil.

Videre fremgår det, at formålet hermed er at sikre denne honorering til fordel for Forbrugerrådets og Danske Patienters deltagelse i nævns møder samt, at omkostningerne hertil forudsættes afholdt af overenskomstens parter – dvs. RLTN/Danske Regioner og Tandlægeforeningen efter en indbyrdes aftalt fordeling.

Tandlægeforeningen mener, at det er godt, at patienterne har en mulighed for at klage.

For patienterne er der to væsentlige fordele ved, at der er et særskilt og uafhængigt klagesystem for privat tandlægepraksis. De to fordele er:

1. at klagesystemet kan håndtere klager, hvor der er penge mellem behandler og patient. Patienter, der får medhold, kan således få pengene tilbage eller få udført en såkaldt omlavning uden beregning,
2. at der er en ankeinstans, dvs. hvis man er utilfreds med en afgørelse, kan man anke afgørelsen til Landstandlægenævnet,

Tandlægeforeningen har i øvrigt den holdning, at klagesystemet for privat tandlægepraksis skal være så let som muligt at overskue. Derfor har Tandlægeforeningen sammen med RLTN/Danske Regioner etableret internetsiden Tandklage.dk. Formålet med Tandklage.dk er at gøre det lettere at overskue, hvad patienten kan gøre, hvis patienten er utilfreds med behandlingen eller regningen hos tandlægen.

Klagesystemet udgør dermed efter Tandlægeforeningens opfattelse sammen med erstatningssystemet samlet set et godt sikkerhedsnet for patienter på danske tandklinikker.

Patienterne har dermed samtidig en større sikkerhed og tryghed ved at gå til tandlæge i Danmark i forhold til at gå til tandlæge i udlandet.

For Tandlægeforeningen er det samtidig af helt afgørende betydning, at såvel patienterne som offentligheden har tillid til klagesystemet.

Det anføres i bemærkningerne til forslaget, at der med bekendtgørelse nr. 1446 af 15. december 2010 ikke blev taget stilling til honoreringen af forbrugerrepræsentanternes deltagelse i klagesystemet efter 1.januar 2011.

Imidlertid forholder det sig således, at Tandlægeforeningen under såvel de drøftelser, der fandt sted forud for ovennævnte bekendtgørelses ikrafttræden samt i Tandlægeforeningens høringssvar i samme forbindelse udtrykkeligt har gjort opmærksom på, at den ændrede sammensætning af nævnene forudsattes at være udgiftsneutral for tandlægerne.

Den væsentligste årsag hertil var (og er), at – som det fremgår ovenfor – at det for Tandlægeforeningen er afgørende, at patienter og offentligheden har tillid til klagesystemet. Tandlægeforeningen har herunder et skarpt fokus rettet mod at sikre klagesystemet mod habilitetsindsigelse.

Tandlægeforeningen finder ikke, at det er foreneligt med hensynet til at værne om denne målsætning, såfremt foreningen pålægges at være medfinansierende i forbindelse med forbrugerrepræsentanternes deltagelse i klagesagsbehandlingen.

På ovenstående grundlag foreslår Tandlægeforeningen, at ovennævnte forslag genovervejes fra Ministeriets side.

Med venlig hilsen


Freddie Sloth-Lisbjerg
Formand


Joakim Lilholt
Direktør



Ældremobiliseringens sekretariat Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44
www.aeldremobiliseringen.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk
amkh@sum.dk

08.06.2012

Høring vedr. 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.)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i skrivelse af 10. maj 2012 anmodet om eventuelle bemærkninger til ovenstående lovforslag.

Ældremobiliseringen er helt enig i forslagetets sigte om, at private sygehuse og klinikker som hovedregel skal betale for de skader, de forvolder ved f.eks. grov uagtsomhed, men undrer sig samtidigt over, at princippet om, at skadevolder betaler eventuel erstatning, ikke anvendes mere generelt. Det er således ikke alle skader, private sygehuse og klinikker skal erstatte og visse private institutioner og sygehuse er helt undtaget fra bestemmelserne om eget erstatningsansvar.

Især undrer det, at speciallæger er undtaget fra erstatningsansvar. Dette vil medføre konkurrenceforvridning, da f.eks. private klinikker og speciallæger vel i en række tilfælde kan udføre de samme ting. Uanset at speciallæger vil forsøge at overvælte en ekstraudgift til erstatning på det offentlige, bør de pålægges erstatningsansvar for at skabe gennemsigtighed med hensyn til de reelle omkostninger og for at undgå konkurrenceforvridning.

Med venlig hilsen

Gitte E. Olsen
Sekretariatschef

CVR 26 13 90 31 Bank 53 01-09 12 356 Giro 16 89 14 36

Ældremobiliseringen består af: Sammenslutningen af Pensionistforeninger i Danmark - Danske Pensionister - LO Faglige Seniorer og Pensionisternes Samvirke

Økonomi- og Indenrigsministeriet

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

T +45 7228 2400
F +45 7228 2401
M im@im.dk
W oim.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Dato: 11. juni 2012
Enhed: Forvaltningsjura
Sagsbeh.: DEPJTH
Sags nr.: 1205815
Dok nr.: 952839

Svar på høring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 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 tandlægenævne mv.)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 10. maj 2012 anmodet Økonomi- og Indenrigsministeriet om eventuelle bemærkninger til den omhandlede høring.

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

Med venlig hilsen

Jon Toivo Hansen